

## ОТЧЁТ

### о результатах проведения параллельного со Счетной палатой Российской Федерации экспертно-аналитического мероприятия «Анализ системы защиты прав застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования»

**1. Основание для проведения экспертно-аналитического мероприятия:** пункт 1.9.а плана работы контрольно-счётной палаты Костромской области на 2021 год.

**2. Предмет экспертно-аналитического мероприятия:** деятельность субъектов и участников обязательного медицинского страхования по защите прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования.

**3. Объекты экспертно-аналитического мероприятия:** территориальный фонд обязательного медицинского страхования Костромской области, 3 страховые медицинские организации (филиал АО «МАКС-М» в г. Костроме, Костромской филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», филиал ООО «Капитал медицинское страхование» в Костромской области).

**4. Цель и вопросы экспертно-аналитического мероприятия:** оценить результаты мер по защите прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования.

Вопросы:

4.1. Провести анализ комплексности и результатов информационного сопровождения застрахованных лиц по ОМС на всех этапах оказания медицинской помощи.

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

4.3. Проанализировать результаты досудебной и судебной защиты прав застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию.

4.4. Оценить роль системы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС в повышении доступности (сроков ожидания) и качества медицинской помощи.

**5. Исследуемый период:** 2019-2020 годы.

**6. Сроки проведения экспертно-аналитического мероприятия:** с 31 мая по 25 июня 2021 года.

**7. Результаты экспертно-аналитического мероприятия:**

Формирование системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, включая развитие института страховых представителей, открытие офисов страховых медицинских организаций по защите прав застрахованных лиц, в том числе в целях досудебного урегулирования споров, связанных с оказанием медицинской помощи, а также информирование населения о необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, является одним из приоритетных направлений решения основных задач развития здравоохранения в Российской Федерации (подпункт 32 пункта 27 Указа Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года»).

В реализации прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования на территории Костромской области в 2019 и 2020 годах участвовали:

территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Костромской области (далее – ТФОМС Костромской области, ТФОМС, Фонд);

3 страховые медицинские организации (СМО): филиал АО «МАКС-М» в г. Костроме, Костромской филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» с 26.03.2020 (ранее - Костромской филиал ООО «ВТБ Медицинское страхование», ООО «ВТБ Медицинское страхование» прекратило деятельность путем реорганизации в форме присоединения к АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед») и филиал ООО «Капитал медицинское страхование» в Костромской области;

60 медицинских организации (в 2019 году – 63), участвующие в реализации территориальной программы ОМС, имеющие лицензию: 35 областных государственных бюджетных учреждений здравоохранения (в 2019 году – 34); 1 федеральное учреждение (ФКУЗ «МСЧ МВД России по Костромской области»); 24 медицинских организаций частной системы здравоохранения (в 2019 году – 28).

### **7.1. Анализ комплексности и результатов информационного сопровождения застрахованных лиц по ОМС на всех этапах оказания медицинской помощи**

Частью 9 статьи 14 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ) определено, что страховые медицинские организации в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, осуществляют информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи.

В соответствии с пунктом 231 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н, страховая медицинская организация осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц и их законных представителей на всех этапах оказания им медицинской помощи, в том числе по обращениям, и путем организации работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц страховой медицинской организации (далее - страховые представители) по вопросам, касающимся:

- медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, режиме их работы;
- права выбора (замены) и порядка выбора (замены) страховой медицинской организации, медицинской организации и врача;
- порядка получения полиса;
- видах, качестве и условий предоставления медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ ОМС;
- прохождения, в том числе в вечерние часы и в субботу, профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения, а также о возможности дистанционной записи на медицинские исследования;
- прохождения диспансерного наблюдения застрахованными лицами, включенными в группы диспансерного наблюдения при наличии оснований согласно порядкам и срокам проведения диспансерного наблюдения, установленными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья, в том числе онкологическими больными;

- перечня оказанных медицинских услуг и их стоимости (на основании принятых от медицинских организаций реестров счетов за оказанную медицинскую помощь);

- выявленных нарушениях по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам (по обращениям застрахованных лиц).

Пунктом 5.9 формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – типовой договор), утвержденной приказом Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н (утратил силу 23.01.2021), установлена обязанность медицинской организации предоставлять страховой медицинской организации доступное для пациентов место для размещения информационных материалов о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования. Данная норма также закреплена в пункте 8.21 типового договора, утвержденного приказом Минздрава России от 30.12.2020 № 1417н (действующем в настоящее время).

Согласно пункту 6 части 1 статьи 16 Федерального закона № 326-ФЗ застрахованные лица имеют право на получение, в том числе от территориального фонда и страховых медицинских организаций, достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи.

Пунктом 5.3 типового договора (действовавшего до 23.01.2021) установлено, что медицинская организация обязуется предоставлять застрахованным лицам сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи.

Пункт 8.4 действующего в настоящее время типового договора предусмотрено, что медицинская организация обязуется размещать на своем официальном сайте в сети Интернет информацию о режиме работы медицинской организации, видах оказываемой медицинской помощи и условиях ее оказания, порядке обращения застрахованных лиц для получения медицинской помощи в медицинскую организацию, показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также предоставлять указанную информацию по обращениям физических и юридических лиц.

В 2019 и 2020 годах деятельность контакт-центров («Горячей линии») ТФОМС Костромской области и страховых медицинских организаций в сфере защиты прав граждан велась на территории Костромской области согласно Регламенту взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи на территории Костромской области, утвержденному приказом ТФОМС Костромской области от 22.10.2018 № 975, разработанному в соответствии с Методическими рекомендациями по взаимодействию участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (письмо ФФОМС от 25.06.2018 № 6696/30-2/5564).

Обращения граждан в контакт-центр ТФОМС Костромской области поступают на бесплатный федеральный телефонный номер 8-800-234-46-86, работающий круглосуточно в режиме Call-центра (оператор 1-го уровня) с аудиозаписью входящих и исходящих звонков.

Информация о функционировании, в том числе о режиме работы, контакт-центров ТФОМС и страховых медицинских организаций размещена на официальном сайте Фонда, страховых медицинских организаций, а также на информационных стендах медицинских организаций, информационных интерактивных панелях, средствах телекоммуникационной связи.

При обращении гражданина в контакт-центр («Горячая линия») Фонда, оператор 1-го уровня регистрирует обращение в Электронном журнале в установленном порядке и самостоятельно отвечает на вопросы, носящие справочный и/или консультационный характер (типовые вопросы) в соответствии с утвержденными Фондом сценариями.

В случае получения вопроса, не относящегося к типовым, а также при необходимости привлечения специалиста более высокой квалификации для ответов на поставленные вопросы оператор 1-го уровня производит переадресацию обращения застрахованного лица к оператору 2-го уровня по классификации вопроса или страховому представителю. Аналогичный принцип работы у страхового представителя 1-го уровня: он производит переадресацию обращения гражданина к страховому представителю 2-го или 3-го уровня.

Информация о численности специалистов (операторов) различных уровней контакт-центра ТФОМС Костромской области представлена в таблице:

человек

по состоянию	Число застрахованных лиц	оператор 1 уровня		оператор 2 уровня		администратор	
		кол-во	обучены	кол-во	обучены	кол-во	обучены
на 1 января 2020 года	644738	9	5	5	3	1	1
на 1 января 2021 года	638280	11	6	5	3	1	1

Деятельность контакт-центров в страховых медицинских организациях осуществляют страховые представители различных уровней, численность которых по состоянию на конец 2019 года составила 97 человек, в том числе: 1 уровня – 65 человек (из них 46 человек являются сотрудниками федеральных контакт-центров СМО), 2 уровня – 25 человек, 3 уровня – 7 человек; на конец 2020 года – 102 человека, в том числе: 1 уровня – 71 человек (из них 53 человека являются сотрудниками федеральных контакт-центров СМО), 2 уровня – 25 человек, 3 уровня – 6 человек.

Информация о численности страховых представителей различных уровней контакт-центров в разрезе страховых медицинских организаций Костромской области представлена в таблице:

человек

страховые медицинские организации		по состоянию на 1 января 2020 года				по состоянию на 1 января 2021 года			
		СОГАЗ-Мед	МАКС-М	Капитал-МС	Итого	СОГАЗ-Мед	МАКС-М	Капитал-МС	Итого
страховые представители 1 уровня	кол-во, в т. ч.	36	21	8	65	42	20	9	71
	федер. контакт-центр	36	3	7	46	41	4	8	53
	регион. контакт-центр	0	18	1	19	1	16	1	18
	обучены	34	21	8	63	42	20	9	71
страховые	кол-во	8	3	14	25	7	3	15	25

представители 2 уровня	обучены	8	3	14	25	7	3	15	25
страховые представители 3 уровня	кол-во	2	2	3	7	1	2	3	6
	обучены	2	2	3	7	1	2	3	6
<b>Всего</b>	<b>кол-во</b>	<b>46</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>97</b>	<b>50</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>102</b>

Количество застрахованных лиц, приходящееся на одного страхового представителя в Костромской области по всем страховым медицинским организациям, в среднем составило:

по итогам 2019 года: 1 уровня – 9,919 тыс. человек, 2 уровня – 25,790 тыс. человек, 3 уровня – 92,105 тыс. человек;

по итогам 2020 года: 1 уровня – 8,990 тыс. человек, 2 уровня – 25,531 тыс. человек, 3 уровня – 106,38 тыс. человек.

Данные о количестве застрахованных лиц, приходящемся на одного страхового представителя в Костромской области представлены в таблице (в разрезе страховых медицинских организаций):

тыс. человек

страховые медицинские организации	по состоянию на 1 января 2020 года			по состоянию на 1 января 2021 года				
	численность застрахованн ых лиц	число застрахованных лиц, приходящееся в среднем на одного страхового представителя			численность застрахованн ых лиц	число застрахованных лиц, приходящееся в среднем на одного страхового представителя		
		1 уровень	2 уровень	3 уровень		1 уровень	2 уровень	3 уровень
СОГАЗ-Мед	217,819	6,050	27,227	108,910	217,361	5,175	31,117	217,819
МАКС-М	176,865	8,422	58,955	88,433	172,543	8,627	57,514	86,272
Капитал-МС	250,054	31,257	17,861	83,351	248,376	27,597	16,558	82,792
Итого	644,738	9,919	25,790	92,105	638,280	8,990	25,531	106,380

Методы информационного сопровождения застрахованных лиц определяются функционалом страхового представителя каждого уровня при работе с гражданами:

1. Публичное информирование застрахованных лиц (в порядке обеспечения и защиты прав в сфере ОМС, о целях и задачах профилактических осмотров (в том числе диспансеризации) и порядке их проведения, осуществляется страховой медицинской организацией через публикации в средствах массовой информации, распространение брошюр и памяток, выступления в коллективах застрахованных лиц через размещение информации на официальном сайте, на информационных стендах, информационных интерактивных панелях, расположенных в страховых медицинских и медицинских организациях.

2. Информирование застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости осуществляется в электронном виде через Единый портал государственных и муниципальных услуг по запросам заявителей.

3. Индивидуальное информирование застрахованных лиц страховыми представителями, в том числе о необходимости прохождения профилактических мероприятий и диспансерной явки, осуществляется, как по телефону контакт-

центра («Горячая линия»), так и иными способами информирования, доступными для застрахованного лица (SMS-сообщение, мессенджеры, почтовые рассылки, памятки, брошюры, листовки и др.), при визите застрахованного лица в медицинскую организацию, в страховую медицинскую организацию. Кроме того, в рамках реализации проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, функционируют каналы связи граждан со страховыми представителями: пост/визит страхового представителя, телефон обратной связи, терминал.

4. Страховыми медицинскими организациями и ТФОМС Костромской области на постоянной основе проводятся социологические опросы (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи во всех медицинских организациях области. Анкетирование проводится, как путем телефонного опроса, так и при личном визите застрахованного лица в медицинскую организацию, в страховую медицинскую организацию.

Кроме того, страховой представитель осуществляет телефонный опрос застрахованных лиц в целях уточнения своевременности исполнения медицинской организацией мероприятий по организации привлечения населения к прохождению профилактических мероприятий, выяснения причин отказов от них.

5. Информационное сопровождение застрахованных лиц осуществляется на основе программного комплекса (информационного ресурса) ТФОМС Костромской области. Страховые представители используют информацию, размещенную на указанном ресурсе, для осуществления сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, в том числе:

- для привлечения застрахованных лиц, включенных медицинскими организациями в списки, к прохождению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, а также мониторинга и анализа результатов проведения медицинскими организациями данных профилактических мероприятий;

- для осуществления контроля за соблюдением прав застрахованных лиц, в том числе с онкологическими заболеваниями, своевременность проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий;

- для осуществления контроля правильности направлений застрахованных лиц на госпитализацию в профильные медицинские организации, и при необходимости принимает меры по переводу пациента в другую медицинскую организацию соответствующего профиля и имеющую оснащение в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;

- для осуществления контроля выполнения медицинскими организациями рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.

В 2020 году индивидуально проинформировано 274549 граждан (или 43 %

от общего количества застрахованных лиц в Костромской области), что на 14,1 % меньше, чем в 2019 году (319433 чел. или 49,5 % от общего количества застрахованных лиц в Костромской области). Основными формами индивидуального информирования застрахованных лиц являлись SMS-сообщения, система обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (в 2020 году - 40,5 % или 111305 чел., в 2019 году – 31,4 % или 100411 чел.) и почтовая рассылка (в 2020 году - 27,2 % или 74701 чел., в 2019 году – 33,6 % или 107191 чел.). Посредством телефонной связи проинформировано 10,6 % или 28991 чел. (в 2019 году – 9,1 % или 29031 чел.), других информационных ресурсов – 21,7 % или 59552 чел. (в 2019 году – 25,9 % или 82800 чел.).

При публичном информировании застрахованных лиц в 2020 году, по сравнению с предыдущим годом, снизилась активность страховых медицинских организаций, связанная с выступлениями в трудовых коллективах на 11,8 % (с 764 в 2019 году до 674 в 2020 году), с выступлениями на телевидении и радио в 5 раз (с 5 в 2019 году до 1 в 2020 году), уменьшилось количество публикаций статей в средствах массовой информации на 19,5 % (с 62 в 2019 году до 50 в 2020 году), на Интернет-ресурсах в 6,6 раз (с 33 в 2019 году до 5 в 2020 году). Страховыми компаниями оформлено или обновлено в 2020 году 210 стендов в медицинских организациях, что больше на 7,7 % чем в 2019 году (195 стендов). В 2020 году Фондом опубликовано 48 статей в СМИ (в 2019 году – 7), проведено 8 выступлений на телевидении, 6 выступлений на радио и 1 выступление в трудовом коллективе (в 2019 году выступления не проводились), а также опубликовано 17 статей на Интернет-ресурсе (в 2019 году – 4 статьи). В 2020 году стенды в медицинских организациях Фондом не оформлялись и не обновлялись (в 2019 году – 200 стендов).

Также обращения граждан в сфере ОМС принимаются в устной (по телефону, на личном приеме) и письменной форме (по почте, информационным системам общего пользования). Обращения принимаются страховыми представителями СМО во время проведения визитов и на постах, в пунктах выдачи полисов ОМС, в центральных офисах всех трех страховых компаний и в ТФОМС Костромской области.

Обращения граждан классифицируются на консультации, жалобы, заявления и предложения. В целом в ТФОМС Костромской области и в страховые медицинские организации за 2020 год поступило 10201 обращение граждан, что на 5,6 % больше, чем в 2019 году (9628 обращений). Из общего количества обращений в 2020 году в СМО поступило 9544 обращения или 93,6 % (в 2019 году – 9117 обращений или 94,7 %), в Фонд – 657 обращений или 6,4 % (в 2019 году – 511 обращений или 5,3 %).

В 2020 году общее количество письменных обращений снизилось на 27,5 % в сравнении с предыдущим годом и составило 177 обращений или 1,7 % от общего количества обращений (в 2019 году - 244 обращения или 2,5 %). Количество письменных обращений, рассмотренных Фондом, уменьшилось на 44,3 % и составило 64 обращения или 9,7 % от общего количества обращений, рассмотренных Фондом (в 2019 году – 115 обращений или 22,5 %). Количество письменных обращений, рассмотренных СМО в 2020 году также уменьшилось на 12,4 % и составило 113 обращений или 1,2 % от общего количества обращений, рассмотренных СМО (в 2019 году – 129 обращений или 1,4 %).

В 2020 году общее количество устных обращений за разъяснениями возросло на 6,8 % в сравнении с предыдущим годом.

За 2020 год в контакт-центры ТФОМС и страховых медицинских организаций поступило 10024 устных обращения граждан (1-ый уровень) или 98,3 % от общего количества обращений (в СМО – 9431 обращение или 98,8 % от общего количества обращений, рассмотренных СМО; в Фонд – 593 обращения или 90,3 % от общего количества обращений, рассмотренных Фондом). Из них переадресовано к страховым представителям 2-го уровня 3618 обращений (36,1 %), из них переадресовано на третий уровень 278 обращения (7,7 %).

За 2019 год в контакт-центры ТФОМС и страховых медицинских организаций поступило 9384 устных обращения граждан (1-ый уровень) или 97,5 % от общего количества обращений (в СМО – 8988 обращений или 98,6 % от общего количества обращений, рассмотренных СМО; в Фонд – 396 обращений или 77,5 % от общего количества обращений, рассмотренных Фондом). Из них переадресовано к страховым представителям 2-го уровня 5407 обращений (57,6 %), из них переадресовано на третий уровень 187 обращений (3,5 %). Приложение № 1.

В 2020 году поступило 10132 обращения за консультациями (разъяснениями), что на 6 % больше, чем в 2019 году (9555 обращения), из них 9486 разъяснений (или 93,6 %) дали специалисты СМО (в 2019 году – 9058 или 94,8 %), 646 разъяснений (или 6,4 %) – специалисты Фонда (в 2019 году – 497 или 5,2 %). Из общего количества обращений за разъяснениями большинство поступило по вопросам обеспечения полисами ОМС – 57,2 % (в 2019 году – 52,1 %), оставшиеся 42,8 % (в 2019 году – 47,9 %) консультаций проведены по темам: о выборе замены страховой медицинской организации – 8,7 % (в 2019 – 12,1 %), об организации работы МО – 6,2 % (в 2019 году – 6,8 %), об оказании медицинской помощи – 6 % (в 2019 году – 10,7 %), о проведении профилактических мероприятий – 4,9 % (в 2019 году – 3,4 %), о лекарственном обеспечении и выборе медицинской организации по 1,1 % (в 2019 году – 1,9 % и 1,8 % соответственно), о получении медицинской помощи по базовой программе ОМС вне территории страхования – 0,8 % (в 2019 году – 2,5 %), при отказе в оказании медицинской помощи по программам ОМС – 0,7 % (в 2019 году – 0,4 %), о выборе врача – 0,4 % (в 2019 году – 0,8 %), о взимании денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС – 0,1 % (в 2019 году – 0,2 %) и другие причины – 12,8 % (в 2019 году – 7,3 %). Разъяснения по всем обращениям за консультациями даны в день обращения. Увеличение числа обращений за консультацией следует считать положительной тенденцией, поскольку свидетельствует о росте уровня информирования застрахованных лиц о том, где они могут получить квалифицированную консультацию по вопросам получения медицинской помощи в рамках программы ОМС. Также положительно оценивается тот факт, что в 2020 году 495 обращений (в 2019 году – 323 обращения) поступили в контакт-центры за разъяснениями по вопросам проведения профилактических мероприятий (включая диспансеризации), что составило 4,9 % от числа всех обращений за консультацией в ТФОМС Костромской области и СМО (в 2019 году – 3,4 %).

Наибольшее число обращений за разъяснениями поступило в филиал ООО «Капитал медицинское страхование» в Костромской области в 2020 году –



4394 обращения или 44 %, в 2019 году - 5917 обращений или 61,9 % (Приложение № 2).

Структура основных причин консультаций по вопросам ОМС за 2019 и 2020 годы представлена в таблице:

Причины обращений за консультациями (разъяснениями)	2019 год		2020 год		Изменение уровня 2020 года к 2019 году	
	кол-во обращений	удельный вес, %	кол-во обращений	удельный вес, %	рост (+) / снижение (-)	%
Об обеспечении выдачи полисов ОМС	4978	52,1	5792	57,2	+ 814	+ 16,4
О выборе (замене) СМО	1158	12,1	884	8,7	- 274	- 23,7
Об оказании медицинской помощи	1025	10,7	605	6,0	- 420	- 41,0
Об организации работы МО	652	6,8	630	6,2	- 22	- 3,4
О проведении профилактических мероприятий	323	3,4	495	4,9	+ 172	+ 53,3
О получении медицинской помощи по базовой программе ОМС вне территории страхования	236	2,5	81	0,8	- 155	- 65,7
О лекарственном обеспечении	184	1,9	108	1,1	- 76	- 41,3
О выборе МО	174	1,8	117	1,1	- 57	- 32,8
О выборе врача	77	0,8	44	0,4	- 33	- 42,9
При отказе в оказании медицинской помощи по программам ОМС	40	0,4	70	0,7	+ 30	+ 75,0
О взимании денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС	15	0,2	9	0,1	- 6	- 40,0
Другие причины	693	7,3	1297	12,8	+ 604	+ 87,2
Итого	9555	100	10132	100	+ 577	+ 6,0

В 2020 году страховым представителям поступили 7 предложений по вопросам обязательного медицинского страхования (0,07 % от общего числа обращений), в 2019 году предложения в контакт-центры не поступали.

## 7.2. Оценка результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС

Защита прав застрахованных граждан на получение качественной медицинской помощи является ключевой функцией страховых медицинских организаций. В 2019 – 2020 годах реализация принципа доступности и качества оказываемой медицинской помощи контролировалась страховыми медицинскими организациями посредством медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) в соответствии с Порядками организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденными приказами ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (действовал до 29.06.2019) и от 28.02.2019 № 36 (действовал до 25.05.2021).

В соответствии с частью 4 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ *медико-экономическая экспертиза* – это установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Общее количество проверенных страховыми медицинскими организациями в рамках медико–экономических экспертиз случаев увеличилось на 15 %, с 70227 экспертных случаев (2019 год) до 80746 экспертных случаев (2020 год). Приложение № 3.

Объем медико–экономических экспертиз (плановые и целевые) от общего числа предъявленных к оплате счетов в разрезе страховых медицинских организаций и по условиям оказания медицинской помощи представлены в таблице:

страховые медицинские организации / медицинская помощь, оказанная	Объем МЭЭ от числа принятых к оплате случаев, %							
	2019 год				2020 год			
	амбулаторно	стационарно	в дневном стационаре	вне МО (скорая)	амбулаторно	стационарно	в дневном стационаре	вне МО (скорая)
СОГАЗ-Мед	1,3	10,2	15,5	6,9	1,3	10,6	20,7	3,5
МАКС-М	0,8	8,0	15,7	3,0	1,9	12,2	14,6	15,4
Капитал-МС	1,9	10,8	21,6	7,7	2,2	9,1	22,7	4,9
В среднем по СМО	1,4	9,7	17,5	6,0	1,8	10,5	19,9	7,4

Установленный Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36 (далее – Порядок контроля), объем медико-экономических экспертиз по итогам 2019 и 2020 годов выполнен всеми страховыми медицинскими организациями по всем условиям оказания медицинской помощи. Превышение объемов МЭЭ установленного указанным порядком минимального норматива в среднем по страховым медицинским организациям в 2020 году составило: при оказании медицинской помощи амбулаторно – в 2,25 раза (в 2019 году – 1,75 раза), при оказании медицинской помощи стационарно – в 1,31 раза (в 2019 году – 1,21 раза), при оказании медицинской помощи в дневном стационаре – в 2,49 раза (в 2019 году – 2,19 раза), при оказании медицинской помощи вне медицинской организации – в 2,47 раза (в 2019 году – в 2 раза).

Количество целевых медико-экономических экспертиз, проводимых страховыми медицинскими организациями, в целом в 2020 году (68740 экспертных случаев) увеличилось в 1,78 раза в сравнении с 2019 годом (38589 экспертных случаев).

Выявляемость нарушений/дефектов при медико-экономической экспертизе (процент выявленных нарушений от общего объема экспертных случаев) в среднем по страховым медицинским организациям уменьшилась с 19,1 % (за 2019 год) до 12,1 % (за 2020 год). Приложение № 4.

Данные по выявляемости нарушений при МЭЭ в разрезе страховых медицинских организаций представлены в таблице:

страховые медицинские организации	2019 год			2020 год		
	кол-во страховых случаев, подвергшихся МЭЭ	кол-во выявленных нарушений	доля выявленных нарушений от количества экспертных случаев при МЭЭ, %	кол-во страховых случаев, подвергшихся МЭЭ	кол-во выявленных нарушений	доля выявленных нарушений от количества экспертных случаев при МЭЭ, %
СОГАЗ-Мед	25781	6725	26,1	18698	3145	16,8
МАКС-М	13780	1776	12,9	28801	4007	13,9
Капитал-МС	30666	4898	16,0	33247	2611	7,9
В среднем по СМО	70227	13399	19,1	80746	9763	12,1

Доля дефектных случаев по видам нарушений, выявленных при медико-экономической экспертизе, от числа экспертных случаев, в разрезе страховых медицинских организаций (по данным формы № 3ПЗ) представлена в таблице:

страховые медицинские организации	Доля дефектных случаев по видам нарушений, выявленных при медико-экономической экспертизе, от числа экспертных случаев, %					
	Дефекты оформления медицинской документации		Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц		Прочие нарушения	
	2019 год	2020 год	2019 год	2020 год	2019 год	2020 год
СОГАЗ-Мед	8,9	7,4	0,7	1,1	16,5	8,4
МАКС-М	4,3	5,6	0,3	0,3	8,3	8,1
Капитал-МС	5,6	2,7	0,5	0,5	9,9	4,7
В среднем по СМО	6,5	4,8	0,5	0,5	12,0	6,7

В структуре нарушений, выявленных при проведении МЭЭ, основную долю от числа экспертных случаев составляют прочие нарушения (в среднем по СМО в 2020 году – 6,7 %, в 2019 году – 12 %) и непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи (в среднем по СМО в 2020 году – 3,5 %, в 2019 году - 5,5 %). Приложение № 5.

В 2020 году количество медико-экономических экспертиз (экспертных случаев) на 100 застрахованных лиц (12,65) по сравнению с 2019 годом (10,89), в среднем по страховым медицинским организациям, выросло на 16,2 % (число страховых случаев, подвергшихся медико-экономической экспертизе, в филиале АО «МАКС-М» в г. Костроме и филиале ООО «Капитал медицинское страхование» в Костромской области увеличилось, в Костромском филиале АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» - уменьшилось):

страховые медицинские организации	2019 год			2020 год		
	кол-во страховых случаев, подвергшихся МЭЭ	численность застрахованных лиц по состоянию на 01.01.2020, чел.	кол-во МЭЭ (экспертных случаев) на 100 застрахованных лиц	кол-во страховых случаев, подвергшихся МЭЭ	численность застрахованных лиц по состоянию на 01.01.2021, чел.	кол-во МЭЭ (экспертных случаев) на 100 застрахованных лиц
СОГАЗ-Мед	25781	217819	11,84	18698	217361	8,60
МАКС-М	13780	176865	7,79	28801	172543	16,69

Капитал-МС	30666	250054	12,26	33247	248376	13,39
В среднем по СМО:	70227	644738	10,89	80746	638280	12,65

При проведении *экспертизы качества медицинской помощи* экспертом проводится оценка выполняемых медицинских технологий по таким критериям, как: результативность, адекватность, своевременность, обоснованность в медицинской документации, соответствие необходимого объема, преемственность, назначение консультаций и др., без оценки экономических затрат (экономической эффективности) и удовлетворенности пациентов.

Количество экспертиз качества медицинской помощи, проведенных страховыми медицинскими организациями в 2020 году, составило 32380 экспертных случаев, что на 26,5 % меньше, чем в 2019 году (44069 экспертных случаев). Приложение № 6. Объемы экспертизы качества медицинской помощи (плановые и целевые) в разрезе страховых медицинских организаций и по условиям оказания медицинской помощи представлены в таблице:

страховые медицинские организации / медицинская помощь, оказанная	Объем ЭКМП от числа принятых к оплате случаев, %							
	2019 год				2020 год			
	амбулаторно	стационарно	в дневном стационаре	вне МО (скорая)	амбулаторно	стационарно	в дневном стационаре	вне МО (скорая)
СОГАЗ-Мед	0,6	8,2	8,5	4,3	0,3	5,3	3,9	2,4
МАКС-М	0,6	9,8	9,4	7,3	0,4	15,7	8,6	1,7
Капитал-МС	1,1	8,5	7,0	2,4	1,2	6,6	3,0	2,0
В среднем по СМО:	0,8	8,8	8,3	4,6	0,7	8,8	4,8	2,1

Превышение объемов ЭКМП установленного минимального норматива в среднем по страховым медицинским организациям Костромской области в 2020 году составило: при оказании медицинской помощи амбулаторно – на 40 % (в 2019 году – на 60 %), при оказании медицинской помощи стационарно – на 76 % (в 2019 году – аналогично), при оказании медицинской помощи в дневном стационаре – на 60 % (в 2019 году – в 2,76 раза), при оказании медицинской помощи вне медицинской организации – на 40 % (в 2019 году – в 3,1 раза).

Минимальные нормативы объемов экспертизы качества медицинской помощи, установленные Порядком контроля, по итогам 2019 года выполнены всеми страховыми компаниями по всем условиям оказания медицинской помощи. По итогам 2020 года филиалом АО «МАКС-М» в г. Костроме и Костромским филиалом АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» ЭКМП проведены в объемах менее установленных нормативов по медицинской помощи, оказанной амбулаторно (норматив: не менее 0,5 % от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи).

В 2020 году количество случаев, рассмотренных при проведении целевых экспертиз качества медицинской помощи страховыми медицинскими организациями, в сравнении с 2019 годом, незначительно снизилось на 0,8 % (2020 год - 20837 случаев, 2019 год - 20996 случаев).

Всего в 2020 году экспертизе качества медицинской помощи подвергнуто 32380 случаев, по результатам которых выявлено 31,7 % экспертных случаев с нарушениями, допущенными медицинскими организациями при оказании

медицинской помощи, в 2019 году – 44069 случаев и 36,9 % экспертных случаев с нарушениями (Приложение № 7). Уровень выявляемости нарушений при экспертизе качества медицинской помощи в среднем по страховым медицинским организациям в 2020 году снизился на 5,2 процентных пункта по сравнению с 2019 годом.

Данные по выявляемости нарушений при проведении ЭКМП в разрезе страховых медицинских организаций представлены в таблице:

страховые медицинские организации	2019 год			2020 год		
	кол-во страховых случаев, подвергшихся ЭКМП	кол-во выявленных нарушений	доля выявленных нарушений от количества экспертных случаев при ЭКМП, %	кол-во страховых случаев, подвергшихся ЭКМП	кол-во выявленных нарушений	доля выявленных нарушений от количества экспертных случаев при ЭКМП, %
СОГАЗ-Мед	13615	8826	64,8	6353	3270	51,5
МАКС-М	13872	3703	26,7	8976	3699	41,2
Капитал-МС	16582	3730	22,5	17051	3299	19,3
В среднем по СМО	44069	16259	36,9	32380	10268	31,7

Удельный вес дефектных случаев по основным видам нарушений, выявленных при проведении экспертизы качества медицинской помощи, в разрезе страховых медицинских организаций (по данным формы № ЗПЗ) представлен в таблице:

страховые медицинские организации	Удельный вес дефектных случаев по основным видам нарушений, выявленных при экспертизе качества медицинской помощи в общем количестве экспертных случаев, %					
	Нарушения при оказании медицинской помощи		Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц		Прочие нарушения	
	2019 год	2020 год	2019 год	2020 год	2019 год	2020 год
СОГАЗ-Мед	34,1	28,6	0,7	0,4	30,1	22,5
МАКС-М	14,9	18,1	0,2	0,1	11,6	23,0
Капитал-МС	11,5	11,9	0,1	0,3	10,9	7,2
В среднем по СМО	19,6	16,9	0,3	0,2	17,1	14,6

В структуре дефектных случаев основные нарушения составляют несоблюдение клинических рекомендаций, порядков и стандартов оказания медицинской помощи (в 2020 году -16,1 %, в 2019 году – 19 %) (Приложение № 8).

Соотношение количества выявленных нарушений, при проведении экспертиз качества медицинской помощи, и объема финансовых санкций, наложенных на медицинские организации, представлено в таблице:

Виды нарушений, выявленные при проведении ЭКМП	2019 год			2020 год		
	кол-во нарушений, ед.	финансовые санкции, тыс. рублей	финансовые санкции на единицу нарушения, тыс. рублей	кол-во нарушений, ед.	финансовые санкции, тыс. рублей	финансовые санкции на единицу нарушения, тыс. рублей
нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении	14	180,94	12,92	17	336,19	19,78
преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий	218	436,85	2,00	190	545,78	2,87
несоблюдение клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи	8360	11568,65	1,38	5213	13223,88	2,54
непрофильная госпитализация	24	277,83	11,58	51	479,38	9,40
прочие нарушения	7643	12845,80	1,68	4797	14042,42	2,93
итого	16259	25310,07	1,56	10268	28627,65	2,79

В структуре оснований для применения финансовых санкций наибольшую долю занимали дефекты/нарушения при оказании медицинской помощи: несоблюдение клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи (в 2019 году – 45,7 %, в 2020 году – 46,2 %) и прочие нарушения (в 2019 году – 50,8 %, в 2020 году – 49,1 %). При этом, наиболее высокие финансовые санкции на единицу нарушений наложены по вине медицинской организации преемственности в лечении непрофильная госпитализация не повлиявшим на состояние здоровья застрахованного лица (в 2019 году - 12,92 тыс. рублей, в 2020 году - 19,78 тыс. рублей) и непрофильная госпитализация (в 2019 году – 11,58 тыс. рублей, в 2020 году – 9,40 тыс. рублей).

Данные о количестве проведенных экспертиз качества медицинской помощи (экспертных случаев) на 100 застрахованных лиц по страховым медицинским организациям представлены в таблице:

страховые медицинские организации	2019 год			2020 год		
	кол-во страховых случаев, подвергшихся ЭКМП	численность застрахованных лиц по состоянию на 01.01.2020, чел.	кол-во ЭКМП (экспертных случаев) на 100 застрахованных лиц	кол-во страховых случаев, подвергшихся ЭКМП	численность застрахованных лиц по состоянию на 01.01.2020, чел.	кол-во ЭКМП (экспертных случаев) на 100 застрахованных лиц
СОГАЗ-Мед	13615	217819	6,25	6353	217361	2,92
МАКС-М	13872	176865	7,84	8976	172543	5,20
Капитал-МС	16582	250054	6,63	17051	248376	6,86
В среднем по СМО:	44069	644738	6,84	32380	638280	5,07

В 2020 году количество экспертиз качества медицинской помощи (экспертных

случаев) на 100 застрахованных лиц в среднем по страховым медицинским организациям уменьшилось по сравнению с 2019 годом на 25,9 % (с 6,84 до 5,07), за счет снижения числа ЭКМП, проведенных Костромским филиалом АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» и филиалом АО «МАКС-М» в г. Костроме, соответственно на 53,3 %, и 35,3 %.

Соотношение количества дефектных случаев, выявленных при экспертизах качества медицинской помощи, и численности застрахованных лиц в разрезе страховых медицинских организаций представлено в таблице:

страховые медицинские организации	2019 год			2020 год		
	кол-во дефектных случаев, выявленных при ЭКПМ	численность застрахованных лиц по состоянию на 01.01.2020, чел.	кол-во дефектных случаев на 100 застрахованных лиц	кол-во дефектных случаев, выявленных при ЭКПМ	численность застрахованных лиц по состоянию на 01.01.2021, чел.	кол-во дефектных случаев на 100 застрахованных лиц
СОГАЗ-Мед	8826	217819	4,05	3270	217361	1,50
МАКС-М	3703	176865	2,09	3699	172543	2,14
Капитал-МС	3730	250054	1,49	3299	248376	1,33
В среднем по СМО:	16259	644738	2,52	10268	638280	1,61

В 2020 году количество дефектных случаев, выявленных при экспертизах качества медицинской помощи, на 100 застрахованных лиц в среднем по страховым медицинским организациям уменьшилось по сравнению с 2019 годом на 36,1 % (с 2,52 до 1,61). При этом, количество дефектных страховых случаев, выявленных филиалом АО «МАКС-М» в г. Костроме, увеличилось с 2,09 (в 2019 году) до 2,14 (в 2020 году), в двух других страховых компаниях наблюдается снижение данного показателя (наиболее существенное в 2,7 раза в Костромском филиале АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»).

Финансовые результаты экспертного контроля, проводимого страховыми медицинскими организациями, представлены в таблице:

показатели	2019 год		2020 год	
	МЭЭ	ЭКМП	МЭЭ	ЭКМП
Кол-во экспертных случаев	70227	44069	80746	32380
Кол-во дефектных случаев	13399	16259	9763	10268
Финансовые санкции, тыс. рублей	18769,29	25310,07	10029,69	28627,65
Объем финансовых санкций на один экспертный случай, тыс. рублей	0,27	0,57	0,12	0,88
Объем финансовых санкций на один дефектный случай, тыс. рублей	1,40	1,57	1,03	2,79

По результатам экспертиз качества медицинской помощи и медико-экономических экспертиз суммы финансовых санкций за 2020 год составили 0,5 % от сумм, полученных медицинскими организациями в качестве оплаты медицинской помощи по ОМС (7522484,63 тыс. рублей), за 2019 год – 0,6 % (6927108,80 тыс. рублей).

В соответствии с пунктом 53 Порядка контроля специалистами ТФОМС Костромской области с привлечением внештатных экспертов (врачей-специалистов), проводились **повторные медико-экономические экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи (реэкспертизы)**. Задачами реэкспертиз являются проверка обоснованности и достоверности заключения

специалиста-эксперта или эксперта качества медицинской помощи, первично проводившего медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи и контроль деятельности специалистов-экспертов/экспертов качества медицинской помощи. Реэкспертизы проводятся в случаях проведения Фондом документальной проверки соблюдения страховой медицинской организацией законодательства в сфере обязательного медицинского страхования, выявления нарушений при организации страховой медицинской организацией контроля, наличия противоречий выводов эксперта качества медицинской помощи описанию выявленных нарушений в экспертном заключении, поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией, поступления жалобы застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи.

В целом в 2020 году по сравнению с 2019 годом количество проведенных ТФОМС повторных МЭЭ уменьшилось в 11,8 раза, ЭКМП – в 2,7 раза (Приложение № 9). Объемы реэкспертиз, проведенных ТФОМС Костромской области, по условиям оказания медицинской помощи представлены в таблице:

Период	Объемы реэкспертиз от числа первичных МЭЭ и ЭКМП, %							
	медико-экономическая экспертиза				экспертиза качества медицинской помощи			
	амбулаторно	стационарно	в дневном стационаре	вне МО (скорая)	амбулаторно	стационарно	в дневном стационаре	вне МО (скорая)
<b>2019 год</b>	1,8	8,5	7,3	3,2	3,4	4,6	4,2	1,8
<b>2020 год</b>	0,2	0,2	0,8	0,4	0,8	2,2	11,3	2,9

Установленное Порядком контроля (пункт 60) минимальное количество страховых случаев, подвергаемых реэкспертизе, не выполнено:

по итогам 2019 года по повторным МЭЭ при оказании медицинской помощи в дневном стационаре (7,3 % при нормативе не менее 8 %), по повторным ЭКМП при оказании медицинской помощи стационарно (4,6 % при нормативе не менее 5 %);

по итогам 2020 года по повторным МЭЭ по всем условиям оказания медицинской помощи, по повторным ЭКМП при оказании медицинской помощи стационарно (2,2 % при нормативе не менее 5 %).

В 2020 году количество специалистов, участвующих в деятельности по обеспечению прав застрахованных лиц, составило 236 человек, в том числе специалисты СМО – 169 чел., специалисты ТФОМС – 67 чел. (в 2019 году – 263 чел., 191 чел., 72 чел., соответственно). Число штатных специалистов ТФОМС Костромской области и страховых медицинских организаций, участвовавших в деятельности по обеспечению прав застрахованных лиц в 2020 году, составило 96 человек (в 2019 году – 102 чел.), в том числе сотрудники СМО – 83 чел. (в 2019 году – 87 чел.), ТФОМС – 13 чел. (в 2019 году – 15 чел.). Из числа штатных специалистов в организации и проведении МЭК, МЭЭ и ЭКМП в 2020 году участвовало 34 человека, из них сотрудники СМО – 21 чел., ТФОМС – 13 чел. (специалисты, осуществляющие МЭК – 5 чел., специалисты-эксперты – 7 чел., эксперты ЭКМП – 1 чел.), аналогично в 2019 году. Кроме того, для проведения ЭКМП привлекались внештатные эксперты (врачи-специалисты) в 2019 году – 158 чел. (Фондом – 57 чел., СМО – 101 чел.) и в 2020 году – 140 чел. (Фондом – 54 чел., СМО – 86 чел.).



### 7.3. Анализ результатов досудебной и судебной защиты прав застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию

Исполнение полномочий ТФОМС и страховых медицинских организаций в части защиты интересов прав застрахованных лиц в большей части реализуется в рамках обращений граждан в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации». Вопросы о нарушении прав застрахованных, изложенные в обращениях, рассматриваются в досудебном порядке путем проведения проверок, а также медико-экономических экспертиз и (или) экспертиз качества медицинской помощи.

Обращения, в которых имеются данные о нарушении прав застрахованных лиц, классифицируются как жалобы. Все жалобы застрахованных лиц рассмотрены в досудебном порядке с проведением необходимых контрольно-экспертных мероприятий. В ответе на жалобы застрахованным лицам разъясняется их право на обращение в суд при поддержке Фонда, страховых медицинских организаций, на официальном сайте Фонда [www.oms44.ru](http://www.oms44.ru) размещена информация о бесплатной юридической помощи, оказываемой застрахованным лицам (в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 324-ФЗ «О бесплатной юридической помощи в Российской Федерации»).

В 2020 году Фондом и СМО рассмотрено 62 жалобы граждан (или 0,6 % от общего числа обращений), что составило 0,97 ед. жалобы на 10000 застрахованных лиц на территории Костромской области, что на 11 ед. жалоб (или 15,1 %) меньше, чем в 2019 году - 73 жалобы (или 0,8 % от общего числа обращений). По результатам рассмотрения в 2020 году 54 жалобы (87,1 % от общего числа жалоб) признаны обоснованными, что на 25,6 % больше, чем в 2019 году – 43 обоснованной жалобы (58,9 % от общего числа жалоб).

Структура основных причин обоснованных жалоб, поступивших в ТФОМС Костромской области и СМО в 2019 и 2020 годах, представлена в таблице:

Причины обоснованных жалоб	2019 год		2020 год		Изменение уровня 2020 года к 2019 году	
	кол-во жалоб	удельный вес, %	кол-во жалоб	удельный вес, %	рост (+) / снижение (-)	%
Оказание медицинской помощи	21	48,8	37	68,5	+ 16	+ 76,2
Отказ в оказании медицинской помощи по программам ОМС	3	7,0	5	9,2	+ 2	+ 66,7
Нарушение прав на выбор МО	1	2,3	-	-	- 1	-
Нарушение прав на выбор (замену) СМО	3	7,0	-	-	- 3	-
Организация работы МО	4	9,3	3	5,6	- 1	- 25,0
Получение медицинской помощи по базовой программе ОМС за пределами субъекта РФ, в котором выдан полис	-	-	2	3,7	+ 2	-
Взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС	8	18,6	3	5,6	- 5	- 62,5
Проведение профилактических мероприятий	2	4,7	-	-	- 2	-
Другие причины	1	2,3	4	7,4	+3	в 4 раза
Итого	43	100	54	100	+ 11	+ 25,6

Отмечается рост общего количества обоснованных жалоб, их количество увеличилось на 11 жалоб (или 25,6 %) по сравнению с 2019 годом. Обоснованные жалобы на оказание медицинской помощи выросли на 76,2 % и отказ в оказании медицинской помощи по программам ОМС – на 66,7 % в сравнении с 2019 годом. В то же время количество обоснованных жалоб на взимание денежных средств за

медицинскую помощь по программам ОМС уменьшилось на 62,5 % и организацию работы медицинской организации – на 25 %.

В 2020 году рассмотрены, признаны обоснованными и удовлетворены в досудебном порядке:

страховыми медицинскими организациями - 45 жалоб (в 2019 году – 34 жалобы, в том числе с возмещением медицинской организацией ущерба, причиненного застрахованному лицу, в сумме 0,76 тыс. рублей);

Фондом - 9 жалоб (аналогично в 2019 году), в том числе с возмещением медицинской организацией ущерба, причиненного застрахованному лицу, в сумме 17,0 тыс. рублей.

Кроме того, в 2019 и 2020 годах при участии ТФОМС Костромской области и филиала АО «МАКС-М» в г. Костроме в рамках судебной защиты прав застрахованных лиц рассмотрено 2 исковых заявления (производства завершены в 2020 году). По обоим искам принято решение по их удовлетворению с возмещением ущерба, причиненного застрахованным лицам, в общей сумме 12,25 тыс. рублей:

1) решением мирового судьи судебного участка № 10 Ленинского судебного района г. Костромы от 24.12.2019 по делу № 2-2307/2019 удовлетворены исковые требования гражданки К. при поддержке ТФОМС Костромской области и филиала АО «МАКС-М» в г. Костроме (участие в качестве третьих лиц) о взыскании с ООО «ЗУБиК» денежных средств, уплаченных по договору на предоставление платных медицинских услуг, в размере 1,0 тыс. рублей, компенсация морального вреда в размере 0,5 тыс. рублей, штраф за несоблюдение в добровольном порядке удовлетворения требований потребителя в сумме 0,75 тыс. рублей (всего взыскано 2,25 тыс. рублей). Судом апелляционной инстанции решение суда первой инстанции оставлено в силе (апелляционное определение Ленинского районного суда г. Костромы от 25.06.2020 по делу № 11-37/2020);

2) решением Свердловского районного суда г. Костромы от 07.02.2020 по делу № 2-703/2020 удовлетворены исковые требования гражданина К. при поддержке филиала АО «МАКС-М» в г. Костроме (участие в качестве третьего лица) о взыскании с ОГБУЗ «Городская больница г. Костромы» компенсации морального вреда в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи в сумме 10,0 тыс. рублей.

#### **7.4. Оценка системы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС в повышении доступности (сроков ожидания) и качества медицинской помощи**

Порядок и условия предоставления бесплатной медицинской помощи населению Костромской области, включая сроки ожидания, а также критерии качества и доступности медицинской помощи, в 2019 – 2020 годах установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Костромской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением администрации Костромской области от 23.12.2019 № 511-а, и Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Костромской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением администрации Костромской области от 24.12.2018 № 556-а. В составе программы государственных гарантий реализуется территориальная программа обязательного медицинского страхования (далее – Территориальная программа ОМС, ТП ОМС), определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской

помощи на территории Костромской области и соответствующая единым требованиям базовой программы ОМС.

В 2020 году с целью изучения уровня удовлетворенности населения объемом, доступностью и качеством медицинской помощи оказанной по ТП ОМС в рамках социологических исследований, проведенных специалистами страховых медицинских организаций и Фонда, опрошено 40604 человека, что на 8,3 % меньше чем в 2019 году (44258 человек). Из общего количества респондентов 98,8 % застрахованных лиц (40122 чел.) опрошено специалистами СМО и 1,2 % (472 чел.) - специалистами Фонда.

Результаты социологических опросов, проведенных в 2019 и 2020 годах, представлены в таблице:

При получении медицинской помощи	2019 год			2020 год		
	численность опрошенных застрахованных лиц, всего	из них удовлетворены оказанной медицинской помощью		численность опрошенных застрахованных лиц, всего	из них удовлетворены оказанной медицинской помощью	
		кол-во человек	%		кол-во человек	%
вне медицинской организации	3037	2241	73,8	3125	2319	74,2
амбулаторно	26087	21324	81,7	16454	13550	82,4
в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь амбулаторно <sup>1</sup>	3294	2208	67,0	16443	12691	77,2
стационарно	6935	6110	88,1	2429	1963	80,8
в условиях дневного стационара	4905	4194	85,5	2153	1792	83,2
<b>Итого</b>	<b>44258</b>	<b>36077</b>	<b>81,5</b>	<b>40604</b>	<b>32315</b>	<b>79,6</b>

<sup>1</sup> в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь амбулаторно, предусматривающих планировочные решения внутренних пространств, обеспечивающих комфортность пребывания пациентов, включая организацию открытой регистратуры с инфоматом, электронного табло с расписанием приема врачей, колл-центра, системы навигации, зоны комфортного пребывания в холлах и оснащение входа автоматическими дверями

Уровень удовлетворенности объемом, доступностью и качеством медицинской помощи по данным опросов за 2020 год составил 79,6 %, за 2019 год – 81,5 %, что превышает целевой критерий удовлетворенности населения медицинской помощью, установленный Территориальными программами ОМС на 2020 год в размере 75 %, на 2019 год в размере 73 %. Наибольший уровень удовлетворенности оказанной медицинской помощью отмечен в 2020 году - при получении медицинской помощи в условиях дневного стационара (83,2 %), в 2019 году - при получении медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (88,1 %). Наименьший уровень удовлетворенности оказанной медицинской помощью отмечен в 2020 году – при получении скорой медицинской помощи (74,2 %), в 2019 году - при получении медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь амбулаторно (67 %). Структура удовлетворенности застрахованных граждан качеством оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях стационара представлена в таблице:

Показатели	удовлетворенность качеством медицинской помощи по показателям, %		Изменение уровня 2020 года к 2019 году (+,-)
	2019 год	2020 год	
<b>при амбулаторно-поликлиническом лечении</b>			
длительность ожидания в регистратуре на прием к врачу, при записи на лабораторные и (или)	80,5	81,5	+ 1,0

инструментальные исследования			
удовлетворенность работой врачей	86,1	86,7	+ 0,6
доступность врачей-специалистов	81,7	83,3	+ 1,6
уровень технического оснащения медицинских учреждений	84,3	85,6	+ 1,3
<b>при стационарном лечении</b>			
длительность ожидания госпитализации	87,9	91,9	+ 4,0
уровень удовлетворенности питанием	89,5	86,9	- 2,6
уровень обеспеченности лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, расходными материалами	92,4	96,3	+ 3,9
уровень оснащенности учреждения лечебно-диагностическим и материально-бытовым оборудованием	89,7	92,1	+ 2,4

Результаты анкетирования показали, что за последние два года сохраняется положительная динамика в виде роста всех показателей, за исключением показателя удовлетворенности питанием при стационарном лечении (снижение с 89,5 % в 2019 году до 86,9 % в 2020 году).

Сохраняется ограничение доступности бесплатной амбулаторно-поликлинической помощи, выраженное длительным ожиданием приема врачей и диагностического обследования, ограничением доступности врачей-специалистов, отсутствием возможности полного обследования в поликлинике по назначению врача в связи с недостаточным оснащением поликлинических отделений.

Соблюдение сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов, в том числе в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, является одной из основных целей предупреждения нарушений при оказании медицинской помощи в рамках контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Контроль сроков ожидания осуществляется страховыми медицинскими организациями и ТФОМС путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

При медико-экономическом контроле в автоматизированном режиме проводится контроль всех случаев оказанной медицинской помощи, представленных медицинскими организациями на оплату в реестрах счетов, в том числе в целях выявления случаев нарушения сроков ожидания медицинской помощи.

Указанные случаи в дальнейшем передаются в работу врачам-экспертам для проведения по ним медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи на основании оценки первичной медицинской документации.

По всем случаям, отобранным на все виды медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи (в том числе повторные), экспертами страховых медицинских организаций и ТФОМС проводится оценка соблюдения сроков ожидания медицинской помощи и проведения диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов. По результатам анализа первичной медицинской документации и выявления несоблюдения сроков, указанные нарушения отражаются в актах экспертиз с применением

соответствующих финансовых санкций к медицинским организациям.

Кроме того, страховая медицинская организация обеспечивает контроль за соблюдением прав застрахованных лиц в части соблюдения сроков ожидания оказания медицинской помощи и своевременности проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий средствами информационного ресурса ТФОМС.

Страховой представитель на основании данных информационного ресурса о застрахованных лицах формирует индивидуальную историю страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием на основе сведений реестров-счетов и осуществляет контроль соответствия оказанной медицинской помощи клиническим рекомендациям, порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, в том числе своевременность проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий.

Информационное сопровождение застрахованных лиц при оказании специализированной помощи также осуществляется посредством информационного ресурса ТФОМС. Страховой представитель на основании сведений, внесенных в информационный ресурс о застрахованных, типах, направленных на госпитализацию, осуществляет мониторинг очередности и доступности специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, своевременности и профильности плановой госпитализации.

При выявлении случаев нарушений соблюдения сроков госпитализации, страховой представитель осуществляет взаимодействие с медицинской организацией для уточнения причин выявленных нарушений и принятия оперативных мер, направленных на их устранение, а также организует экспертизу оказания медицинской помощи.

## **8. Выводы**

1. В 2020 году индивидуально проинформировано граждан 43 % от общего количества застрахованных лиц Костромской области, что на 14,1 % меньше, чем в 2019 году (49,5 %). Основными формами индивидуального информирования застрахованных лиц являлись SMS-сообщения, система обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (в 2020 году - 40,5 %, в 2019 году – 31,4 %) и почтовая рассылка (в 2020 году - 27,2 %, в 2019 году – 33,6 %).

В сравнении с 2019 годом в рамках публичного информирования застрахованных лиц в 2020 году снизилась активность страховых медицинских организаций, связанная с выступлениями в коллективах на 11,8 %, на телевидении и радио в 5 раз, уменьшилось количество публикаций статей в средствах массовой информации на 19,5 %, на Интернет-ресурсах - в 6,6 раза, однако увеличилось количество оформленных или обновленных стендов в медицинских организациях на 7,7 %. В 2020 году Фондом опубликовано в СМИ в 6,9 раза больше статей, на Интернет-ресурсе – в 4,3 раза, чем в 2019 году, проведено 15 выступлений на телевидении, радио и в коллективах (в 2019 году выступления не проводились), стенды в медицинских организациях Фондом не оформлялись и не обновлялись (в 2019 году – 200 стендов).

2. В целом в ТФОМС Костромской области и в страховые медицинские организации за 2020 год поступило обращений за разъяснениями на 6 % больше, чем в 2019 году, за счет роста числа устных обращений на 6,8 % и снижения числа

письменных обращений на 36,8 %. Из общего количества обращений значительная доля поступила в СМО (в 2020 году - 93,6 %, в 2019 году – 94,8 %). Большинство обращений поступило за разъяснениями по вопросам обеспечения полисами ОМС (в 2020 году - 57,2 %, в 2019 году – 52,1 %).

3. Объем медико-экономических экспертиз, установленный Порядком контроля, выполнен всеми страховыми медицинскими организациями по всем условиям оказания медицинской помощи с превышением установленных минимальных нормативов. Превышение объемов МЭЭ в среднем по страховым медицинским организациям Костромской области в 2020 году составило: при оказании медицинской помощи амбулаторно – в 2,25 раза (в 2019 году – 1,75 раза), при оказании медицинской помощи стационарно – в 1,31 раза (в 2019 году – 1,21 раза), при оказании медицинской помощи в дневном стационаре – в 2,49 раза (в 2019 году – 2,19 раза), при оказании медицинской помощи вне медицинской организации – в 2,47 раза (в 2019 году – в 2 раза).

Выявляемость нарушений/дефектов при медико-экономической экспертизе в среднем по страховым медицинским организациям уменьшилась с 19,1 % (за 2019 год) до 12,1 % (за 2020 год).

Количество целевых медико-экономических экспертиз, проводимых страховыми медицинскими организациями, в целом в 2020 году увеличилось в 1,78 раза в сравнении с 2019 годом.

4. Объемы экспертизы качества медицинской помощи, установленные Порядком контроля, по итогам 2019 года выполнены всеми страховыми медицинскими организациями по всем условиям оказания медицинской помощи, по итогам 2020 года – у филиала АО «МАКС-М» в г. Костроме и Костромского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» по медицинской помощи, оказанной амбулаторно, объёмы проведенных ЭКМП менее установленных нормативов (не менее 0,5 % от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи).

Превышение объемов ЭКМП установленного минимального норматива в среднем по страховым медицинским организациям Костромской области в 2020 году составило: при оказании медицинской помощи амбулаторно – на 40 % (в 2019 году – на 60 %), при оказании медицинской помощи стационарно – на 76 % (в 2019 году – аналогично), при оказании медицинской помощи в дневном стационаре – на 60 % (в 2019 году – в 2,76 раза), при оказании медицинской помощи вне медицинской организации – на 40 % (в 2019 году – в 3,1 раза).

Уровень выявляемости нарушений при экспертизе качества медицинской помощи в среднем по страховым медицинским организациям в 2020 году снизился на 5,2 процентных пункта по сравнению с 2019 годом с 36,9 % до 31,7 %.

Доля дефектов качества медицинской помощи (нарушения при оказании медицинской помощи) среди всех выявленных СМО нарушений в 2020 году составила 16,9 %, что на 2,6 процентных пункта ниже показателей 2019 года (19,6 %).

В 2020 году количество случаев, рассмотренных при проведении целевых экспертиз качества медицинской помощи страховыми медицинскими организациями, незначительно снизилось (на 0,8 %) в сравнении с 2019 годом.

5. Установленный Порядком контроля минимальный норматив по количеству страховых случаев, подвергаемых реэкспертизе, ТФОМС Костромской области не выполнен:

по итогам 2019 года по повторным МЭЭ при оказании медицинской помощи в дневном стационаре (7,3 % при нормативе не менее 8 %), по повторным ЭКМП при оказании медицинской помощи стационарно (4,6 % при нормативе не менее 5 %);

по итогам 2020 года по повторным МЭЭ по всем условиям оказания медицинской помощи, по повторным ЭКМП при оказании медицинской помощи стационарно (2,2 % при нормативе не менее 5 %).

6. Количество жалоб от граждан, поступивших в ТФОМС Костромской области и страховые медицинские организации, снизилось на 15,1 % по сравнению с 2019 годом, при этом число обоснованных жалоб увеличилось на 25,6 %.

Основную долю обоснованных жалоб составили жалобы на оказание медицинской помощи (в 2020 году – 68,5 %, в 2019 году – 48,8 %). В 2020 году в сравнении с 2019 годом количество обоснованных жалоб на взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС и на организацию работы медицинских организаций снизилось на 62,5 % и 25 % соответственно. В то же время возросло количество обоснованных жалоб на оказание медицинской помощи и отказ в оказании медицинской помощи по программам ОМС на 76,2 % и 66,7 % соответственно.

Рассмотрено и удовлетворено в досудебном порядке:

в 2020 году - 54 обоснованных жалобы, в том числе с возмещением медицинской организацией ущерба, причиненного застрахованному лицу, в сумме 17,0 тыс. рублей;

в 2019 году – 43 обоснованных жалобы, в том числе с возмещением медицинской организацией ущерба, причиненного застрахованному лицу, в сумме 0,76 тыс. рублей.

В судебном порядке рассмотрены 2 иска, поданные застрахованными лицами. По обоим искам принято решение по их удовлетворению с возмещением ущерба, причиненного застрахованным лицам в общей сумме 12,25 тыс. рублей.

7. В рамках социологических опросов об удовлетворенности объемом, доступностью и качеством медицинской помощи в 2020 году опрошено 40604 человека, что на 8,3 % меньше чем в 2019 году (44258 человек). Из общего количества респондентов 98,8 % застрахованных лиц опрошено специалистами СМО, 1,2 % - специалистами Фонда.

По результатам проведенных опросов в 2020 году 79,6 % граждан удовлетворены оказанной им медицинской помощью, в 2019 году - 81,5 %, что превышает целевой критерий удовлетворенности населения медицинской помощью, установленный Территориальными программами. Наибольший уровень удовлетворенности оказанной медицинской помощью отмечен в 2020 году - при получении медицинской помощи в условиях дневного стационара (83,2 %), в 2019 году - при получении медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (88,1 %). Наименьший уровень удовлетворенности оказанной медицинской помощью отмечен в 2020 году – при получении скорой медицинской помощи (74,2 %), в 2019 году - при получении медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь амбулаторно (67 %).

**9. Предложения:**

1. Принять меры по увеличению объема информационного сопровождения застрахованных лиц страховыми представителями всех уровней на всех этапах оказания им медицинской помощи.

2. Обеспечить выполнение нормативов по проведению медико-экономических экспертиз, экспертиз качества медицинской помощи и реэкспертиз, установленных Порядком контроля.

3. При планировании тематических экспертиз качества медицинской помощи обратить особое внимание на экспертизу оказания скорой медицинской помощи и первичной медико-санитарной помощи в связи с меньшей удовлетворенностью населением этими видами медицинской помощи.

4. Обеспечить проведение обучения всех операторов контакт-центра Фонда 1-го и 2-го уровня.

***Контрольно-счетная палата***