Информация   
о динамике количества и результатах рассмотрения обращений и жалоб граждан в 1 квартале 2014 года в сравнении с аналогичным периодом   
2013 года (по форме ПГ)

1.**О**бщее количество обращений в ХКФОМС и СМО в первом квартале 2014 года составило более 95  тысяч (90 045), что в 1,5 раза меньше показателя аналогичного периода прошлого года (145 737 обращений в 2013 году).

Количество обращений по телефону «горячей линии» незначительно увеличилось (в 1,3 раза), количество обращений с целью консультации уменьшилось в 2,3 раза. Количество заявлений уменьшилось в 1,5 раза, в 86% случаев это заявления о выборе и замене СМО в связи с обменом полисов на полисы единого образца (в 2013 году – 95%). Динамика количества обращений (в основном за счет уменьшения количества заявлений) обусловлена постепенным завершением обмена «старых» полисов на полисы единого образца **(таб.1.1)**.

Общее количество жалоб в ХКФОМС и СМО, выраженное в абсолютных цифрах, практически не изменилось (в 2013 году – 156, в 2014 году – 171); Доля обоснованных жалоб в общем количестве обращений в 2014 году 0,2%, в 2013 году 0,1%.

При этом абсолютное количество жалоб, признанных обоснованными, уменьшилось (в 2014 году - 82, в 2013 году - 105). Удельный вес обоснованных жалоб к общему их количеству в 1,4 раза ниже показателя прошлого года: 48% в 2014 году, 67,3% в 2013 году.

В структуре причин обоснованных жалоб наибольшее количество составляют жалобы на организацию работы медицинских организаций (33%, в 2013 году – 32,4 %), на качество медицинской помощи (29,3%, в 2013 году – 19%, рост показателя в 1,5 раза), на отказ в медицинской помощи по программе ОМС (9,8%, в 2013 году – 16,2%, снижение показателя в 1,7 раза), на взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС (15,9%, в 2013 году – 13,3%, снижение в 1,2 раза), жалобы на лекарственное обеспечение (1,2 %, в 2013 году – 12,4 %, снижение показателя в 10,3 раза).

2. В ходе организации рассмотрения обращений и жалоб застрахованных, их законных представителей, в том числе по запросам правоохранительных и надзорных органов, ХКФОМС зачастую сталкивается с проблемой непредоставления медицинскими организациями первичной медицинской документации для проведения целевых экспертиз качества медицинской помощи без уважительных причин, несмотря на неоднократные запросы страховых медицинских организаций.

Данное обстоятельство является нарушением положений приказа ФФОМС от 01 декабря 2014 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (п. 27 приказа) и препятствует выполнению требований Федеральных законов № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании», № 59-ФЗ «О рассмотрении обращений граждан Российской Федерации» в части соблюдения установленных сроков рассмотрения обращений и жалоб граждан, а также запросов правоохранительных и надзорных органов (в силу действия Федеральных Законов «О прокуратуре РФ», «О полиции РФ»).

В адрес руководителей медицинских организаций и СМО направлено информационное письмо по данному вопросу.

3. В связи с возникающими вопросами руководителей МО о правомерности использования защищенного канала информационного взаимодействия между СМО и МО по технологии ViPNet, в том числе при рассмотрении обращений и жалоб застрахованных, информируем.

Документы, направляемые по каналу ViPNet как в письменной, так и в электронной форме, заверенные электронной цифровой подписью при наличии гарантии их подлинности (достоверности) имеют юридическую силу.

Использование указанного канала как официального канала связи между СМО и медицинскими организациями по обеспечению взаимодействия в системе ОМС, в том числе организации экспертной работы, соответствуют требованиям законодательства.