**Деятельность ТФОМС РХ и СМО по рассмотрению обращений граждан по итогам 2018 года**

В соответствии с положением о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Республики Хакасия, утвержденном постановлением Правительства Республики Хакасия от 14.07.2011 N 435, согласно ст. 38 Федерального закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", к одной из функций Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Хакасия и одной из обязанностей страховых медицинских организаций является организация приема граждан, обеспечение своевременного и полного рассмотрения обращений граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц.

Основным нормативным документом, регламентирующим порядок рассмотрения обращений граждан, является федеральный закон от 02.05.2006 N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации".

Застрахованные граждане имеют право обратиться в адрес ТФОМС РХ или страховой медицинской организации, в которой они застрахованы, любым удобным для них способом:

1. лично;
2. по номеру телефона Контакт-центра 8-800-350-42-25;
3. посредством заполнения формы обращения на официальных интернет-сайтах.

**В 2018 году на территории Республики Хакасии поступило 60 978 обращений граждан, из них устных 8 622, письменных 52 356.**

**Структура обращений в 2018 году:**

1. -52 270 заявлений (в 2017 г. – 33 242);
2. – 8 663 консультаций (в 2017 г. – 5 349);
3. - 42 жалобы (в 2017 г. - 55).

**1. Обращения за консультацией**

Обращения поступают по телефону «Горячей линии» Контакт-центра, непосредственно в офисы страховых медицинских организаций, к страховым представителям в медицинских организациях и на встречах, организованных с гражданами по вопросам ОМС, а также по сети «Интернет».

Наиболее распространенной формой устных обращения граждан является обращение в Контакт Центр по телефону «Горячей линии» - 4124, т. е более 47,8% от числа устных обращений.

Всего поступило 8622 устных обращений, из них 99,9% (8619) составляют обращения за консультацией.

Самой распространенной причиной обращения за консультацией являются вопросы по порядку выдачи полиса ОМС - 3408 (39,6 %), далее следуют консультации по вопросам организации работы медицинских организаций - 1443(16,7 %), третье место занимают консультации о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи по программе ОМС 1403 (16,3 %).

**2. Заявления**

За 2018 год в структуре письменных обращений наибольшее количество составляют заявления – 99,9% (в 2017 году – 99,9%).

В структуре заявлений 66,2% приходится на заявления о выборе и замене страховой медицинской организации, а 33,6% составляют заявления о выдаче дубликата полиса ОМС.

По сети «Интернет» поступило 38 обращений (в 2017 году- 17).

**3. Жалобы**

На жалобы приходится 0,08% от общего количества письменных обращений граждан (в 2017 году – 0,16%).

Обоснованными признаны 16 жалоб (38,1%). За 2018 год количество обоснованных жалоб уменьшилось в 1,5 раза в сравнении с 2017 годом.

Структура основных причин обоснованных жалоб (%)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Причина | 2017  (абс. число) | 2018  (абс. число) |
| На взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС | **4** | **4** |
| Организация работы медицинских организаций | **3** | **2** |
| Качество медицинской помощи | **21** | **8** |
| Прочие | **1** | **2** |
| **ВСЕГО** | **29** | **16** |

За 2018 год количество жалоб на качество медицинской помощи уменьшилось в 2,6 раза, в сравнении с 2017 годом, при этом занимает 1 место.

На 2 месте - жалобы на взимание денежных средств, число которых не изменилось по отношению к 2017 году.

На организацию работы медицинских организаций за 2018 год поступило 2 жалобы (в 2017 году – 3), занимает 3 место.

По всем обоснованным жалобам за 2018 год специалистами территориального фонда и страховыми медицинскими организациями проведена соответствующая работа: в досудебном порядке рассмотрено 16 (100%) спорных случаев (в 2017 году – 29 (100%), по которым все заявители удовлетворены .

За 2017-2018 годы исковые заявления застрахованными лицами не подавались.

**В рамках действующего законодательства Российской Федерации специалистами страховых медицинских организаций и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Хакасия все жалобы граждан рассмотрены в установленные сроки и с соблюдением порядка, предусмотренного Федеральным законом от 02.05.2006 №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».**