

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия  
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

**Г. В. Артамонова**

# **Организация защиты прав пациентов в системе медицинского страхования**

Рекомендовано Учебно-методическим объединением  
по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России  
в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальностям:  
060101 65 – Лечебное дело, 060103 65 – Педиатрия, 060104 65 – Медико-  
профилактическое дело, 060105 65 – Стоматология

**Кемерово  
КемГМА  
2009**

УДК: 614.2:369 (075.8)

Артамонова, Г. В., Богомолова, Н. Д., Ивойлов, В. М., Перепелица, Д. И., Синцов, К. Г., Царик, Г. Н., Цитко, Е. А., Шипачев, К. В., Штернис, Т. А., **Организация защиты прав пациентов в системе медицинского страхования:** уч. пособие. – Кемерово: КемГМА, 2009. – 110 с.

Учебное пособие соответствует требованиям Государственного образовательного стандарта (2000); учебный материал адаптирован к образовательным технологиям с учетом специфики обучения; проиллюстрирован таблицами, имеются ситуационные задачи.

Учебное пособие «Организация защиты прав пациентов в системе медицинского страхования» составлено в соответствии с учебной программой дисциплины «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и предназначено для студентов лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов. Данное учебное пособие может быть использовано на этапе последиplomной подготовки специалистов.

#### **Рецензенты:**

*Голева О. П.* – д. м. н., проф., зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения с курсами истории медицины и биомедицинской этики ГОУ ВПО РГМУ Росздрава;

*Савельева Е. Н.* – к. м. н., доц. каф. управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГОУ ВПО РГМУ Росздрава.

© Кемеровская государственная медицинская академия, 2009.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ</b>	<b>4</b>
<b>1.1. Страхование, история развития, роль и место страхования в системе социальной защиты граждан и коллективов</b>	<b>4</b>
<b>1.2. Международный опыт организации социальной защиты граждан</b>	<b>12</b>
<b>1.3. Правовая основа социальной защиты граждан в Российской Федерации</b>	<b>15</b>
<b>1.4. Страховые медицинские организации, их роль и функции в системе защиты прав пациентов</b>	<b>39</b>
<b>2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ</b>	<b>45</b>
<b>2.1. Порядок рассмотрения претензий (жалоб), поступающих в СМО от застрахованных граждан</b>	<b>45</b>
<b>2.2. Методика оценки уровня качества лечения</b>	<b>47</b>
<b>2.3. Показатели деятельности системы ОМС</b>	<b>50</b>
<b>Контрольные задания</b>	<b>52</b>
<b>Приложение 1</b>	<b>78</b>
<b>Приложение 2</b>	<b>85</b>
<b>Приложение 3</b>	<b>89</b>
<b>Приложение 4</b>	<b>92</b>
<b>Приложение 2 к Положению о порядке организации защиты прав граждан в системе ОМС</b>	<b>103</b>
<b>Условные обозначения</b>	<b>109</b>
<b>ЛИТЕРАТУРА</b>	<b>110</b>

## **Тема: Организация защиты прав пациентов в системе медицинского страхования**

**Цель занятия.** Изучение принципиальных основ системы медицинского страхования, организации защиты прав пациентов.

### **План занятия**

#### **1. Теоретические основы**

1.1. Страхование, история развития, роль и место страхования в системе социальной защиты граждан и коллективов.

1.2. Международный опыт организации социальной защиты граждан.

1.3. Правовая основа социальной защиты граждан в Российской Федерации: Конституция РФ; «Закон о медицинском страховании граждан в РФ» (1991); «Основы законодательства об охране здоровья граждан в РФ» (1993); Программа государственных гарантий предоставления населению РФ бесплатной медицинской помощи.

1.4. Страховые медицинские организации (СМО), их роль и функции в системе защиты прав пациентов.

#### **2. Практическая часть**

2.1. Порядок рассмотрения претензий (жалоб) от застрахованных граждан в случае нарушения их прав.

2.2. Методика оценки уровня качества лечения (УКЛ).

2.3. Показатели деятельности системы обязательного медицинского страхования.

### **1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ**

#### **1.1. Страхование, история развития, роль и место страхования в системе социальной защиты граждан и коллективов**

В эпоху античности существовали учреждения-общества, подобные страховым, которые оказывали материальную поддержку своим членам. Римские солдаты, например, образовывали особые союзы, целью которых была выплата денег в таких случаях, как перевод солдата в другой гарнизон, увольнение его со службы, наконец, смерть – на погребение. Древние греки создавали особые союзы на основах взаимодействия для общего покрытия убытков, могущих произойти при мореплавании.

Современное страховое дело ведет свое происхождение от итальянского мореходства (с середины XIV в.). Договор морского страхования развился из особой страховой (морской) ссуды. Банкир объявлял о заключении договора о ссуде с купцом или судовладельцем и

## 1.2. Международный опыт организации социальной защиты граждан

Общие права граждан, связанные с получением медицинской помощи, занимают вторую ступень в комплексе прав на охрану здоровья. Никакие ограничения прав пациентов не должны нарушать права человека, и каждое ограничение должно иметь под собой правовую базу в виде законодательства той или иной страны. Осуществление прав должно происходить не в ущерб здоровью других членов общества и не нарушать их человеческих прав.

Выбор стратегии в вопросах обеспечения прав пациентов и их обязанностей должен быть тщательно подготовлен с тем, чтобы намерения могли гарантированно перерасти в действия, что обеспечит поддержку со стороны заинтересованных сторон.

Ситуации в разных странах неодинаковы в силу различий действующих в них законодательств, организации национальных служб здравоохранения, экономических условий, социальных, культурных и нравственных ценностей; однако существуют некоторые общие принципы политики в области защиты прав пациентов, которые могут быть должным образом адаптированы к условиям каждой отдельно взятой страны.

Эти права, связанные с получением медицинской помощи, сформулированы в международных правовых актах о правах человека в области охраны здоровья.

*Всеобщая декларация прав человека.* В Париже 10 декабря 1948 г. Генеральной Ассамблеей ООН была принята Всеобщая декларация прав человека. Ст. 25 декларации посвящена правам человека на здоровье и надлежащее медицинское обслуживание. Согласно статье:

1) «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, а также право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по независящим от него обстоятельствам».

2) «Материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь. Все дети, родившиеся в браке или вне брака, должны пользоваться одинаковой социальной защитой».

*Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах.* Всеобщая декларация прав человека положила начало международному признанию необходимости уважать достоинство человека и появлению целого ряда других международных документов, являющихся основой для защиты прав граждан в большинстве стран мира. Важнейшим

### **1.3. Правовая основа социальной защиты граждан в Российской Федерации**

Существуют три составляющие социальной защиты граждан:

- социальное обеспечение – форма солидарной помощи населению, осуществляемая за счет государственного бюджета;
- социальное страхование – система отношений по распределению и перераспределению национального дохода, заключающихся в формировании специальных страховых фондов для содержания лиц, не участвующих в общественном труде. Фонды социального страхования формируются из государственных дотаций и страховых взносов, уплачиваемых работодателями и работающими гражданами;
- социальное вспомоществование (благотворительность) – добровольная деятельность граждан и юридических лиц по бескорыстной передаче гражданам или юридическим лицам имущества или денежных средств.

Рассмотрим процесс поэтапного формирования социальной защиты.

На первом этапе происходит выделение из всего населения целевых групп – лиц, нуждающихся в социальной защите. Для этого применяются механизмы контроля и критерии определения семейных доходов.

На втором этапе выбираются методы, обеспечивающие целенаправленную помощь. Для этого осуществляется привязка помощи к конкретным регионам страны или социальным группам населения.

На третьем этапе проводится оценка уровня жизни, необходимая для правильного определения целевых групп, обследуются семейные бюджеты с учетом всех доходов в денежной и натуральной формах.

В целях определения объектов социальной помощи применяется концепция минимально необходимого уровня потребления – минимальная потребительская корзина, являющаяся важнейшим фактором экономического прогресса и уровня социально-экономического развития страны.

Важным вопросом обеспечения государственной социальной защиты является выбор способов предоставления пособий, дотаций, льгот. Они могут предоставляться в денежной и натуральной формах.

Повышению эффективности социальной защиты населения способствует использование моделей персонифицированного финансирования социальных потребностей отдельных категорий граждан.

До сих пор социальная защита в России основывалась на универсальном принципе предоставления социальных услуг всем членам общества или всем лицам, относящимся к определенной категории населения, например, ветеранам войны, без проверки нуждаемости. В ближайшее время должно быть завершено создание в Российской Федерации системы адресной социальной помощи.

Государственные и муниципальные услуги, предоставление которых физическим лицам на безвозмездной и безвозвратной основе за счет

#### **1.4. Страховые медицинские организации, их роль и функции в системе защиты прав пациентов**

Страховыми медицинскими организациями (СМО), осуществляющими обязательное медицинское страхование (далее – страховые медицинские организации), могут выступать юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами с любыми, предусмотренными законодательством РФ формами собственности, обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставным фондом и организующие свою деятельность в соответствии с законодательством РФ. СМО не входят в систему здравоохранения.

Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций.

Основной задачей СМО, осуществляющей ОМС, является проведение его путем оплаты медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с ТП ОМС и договорами ОМС, осуществления контроля объема и качества медицинских услуг.

СМО вправе:

- свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования;
- участвовать в аккредитации медицинских учреждений;
- устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию;
- принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;
- предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

СМО обязана:

- осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе;
- заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;
- добросовестно выполнять все условия заключенных договоров;
- создавать в установленном порядке страховые резервы;
- защищать интересы застрахованных.

СМО не имеет права отказать страхователю в заключении договора обязательного медицинского страхования, который соответствует действующим условиям страхования.



## 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

### 2.1. Порядок рассмотрения претензий (жалоб), поступающих в СМО от застрахованных граждан

Задача 2.1.1 (Эталон). В отдел защиты прав застрахованных (ЗПЗ) СМО поступила жалоба от гражданина С. с претензией на качество медицинской помощи в урологическом отделении центральной городской больницы (ЦГБ), с возмещением ущерба в результате возникших осложнений здоровья после проведенных диагностических и лечебных процедур.

Необходимо провести расследование претензии к качеству оказания медицинской помощи, составить заключение об обоснованности претензии, возможности возмещения ущерба гражданину С., определить сумму выплат застрахованному.

#### *Решение (образец)*

Порядок разбора жалоб застрахованных:

1) При поступлении жалобы от пациента С. в отдел ЗПЗ СМО на некачественное оказание медицинской помощи в суточный срок она регистрируется. Претензия (жалоба) оформляется письменно по типовой форме. Специалисты СМО определяют подведомственность и целесообразность проведения экспертизы по данному случаю. Пациенту С., подавшему жалобу, сообщается принятое решение; при отрицательном решении мотивированный ответ направляется в пятидневный срок.

2) Необходимо ознакомить медицинское учреждение, где оказывалась помощь пациенту С., с текстом жалобы. К претензии прикладывается письменное разрешение пациента С. на допуск экспертов СМО к его медицинской документации. СМО делает запрос медицинской документации.

3) Специалист отдела ЗПЗ СМО знакомится с медицинской документацией пациента С. в течение не более пяти рабочих дней с момента получения их из лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ).

4) Для разбора жалобы застрахованного С. на некачественное оказание медицинской помощи привлекается независимый эксперт органов здравоохранения по урологии, имеющий высшую врачебную категорию и стаж работы по специальности более семи лет.

5) Эксперт при разборе жалобы пациента С. ознакомился с имеющейся медицинской документацией, осмотрел больного, сделал анализ соответствия проведенных диагностических и лечебных процедур, постановки диагноза стандарту медицинской технологии и объективному состоянию больного.

Экспертом установлено, что 08.08.2006 г. больному С. в отделении эндоскопической урологии областной больницы (ОБ) проведена



## 2.2. Методика оценки уровня качества лечения

Задача 2.2.1 (Эталон). Больная К. лечилась в стационаре 18 дней с диагнозом «острая пневмония». В процессе диагностического обследования больной были проведены следующие анализы: общий анализ мочи, крови, рентгенография легких в двух проекциях, однократный анализ на БК – флору, сахар крови, фибриноген, СРБ.

Лечение больной проводилось с использованием антибиотиков, сульфаниламидов, дезинтоксикационных средств, бронхоспазмолитиков, отхаркивающих, физиопроцедур.

При выписке больной установлено, что температура тела и показатели крови нормализовались, рентгенографически обнаружено усиление легочного рисунка в зоне бывшей инфильтрации.

На основании имеющихся данных требуется определить уровень качества лечения (УКЛ). Оценить УКЛ по шкале интегральной оценки качества медицинской помощи в баллах.

### *Решение (образец)*

1) Уровень качества лечения определяется по формуле:

$$УКЛ = \frac{0,5 ОНДМ + 0,1 ОД + 0,4 ОНЛМ + ОК}{200\%}$$

где УКЛ – уровень качества лечения;  
0,5 – весовой индекс для ОНДМ;  
ОНДМ – оценка набора диагностических мероприятий;  
0,1 – весовой индекс для ОД;  
ОД – оценка диагноза;  
0,4 – весовой индекс для ОНЛМ;  
ОНЛМ – оценка набора лечебно-оздоровительных, реабилитационно-профилактических и других мероприятий;  
ОК – оценка качества лечения.

### Шкала оценки набора диагностических мероприятий

0 % – диагностическое обследование не проводилось;  
25 % – выполнены отдельные малоинформативные обследования;  
50 % – обследование проведено наполовину;  
75 % – обследование проведено почти полностью, имеются некоторые упущения;  
100 % – обследование проведено полностью.

Таблица 2

**Шкала экспертных оценок**

Удельный вес экспертных оценок, медицинская помощь по которым была оказана в соответствии с правилами и условиями ОМС (%)	Балльная оценка
85–100	5
70– 84	4
55– 69	3
40–54	2
Менее 40	1

В данной задаче УКЛ равен 88 %, что по шкале оценок соответствует 5 баллам, и этот результат можно внести в формулу для интегральной оценки степени удовлетворенности пациента (ОУП) реализацией права на получение бесплатной, безопасной, квалифицированной, качественной медицинской помощи:

$$ОУП = \frac{ДМП + УКП + УКЛ + ОРЛ + МТО + ОЛО + СЭДН}{СРП}$$

СРП – сумма рассматриваемых позиций.

**2.3. Показатели деятельности системы ОМС**

Задача 2.3.1. В 2006 г. ТФ ОМС располагал суммой финансовых средств в размере 463,8 млрд рублей, в том числе: страховые взносы предприятий – 246,2 млрд руб., платежи на страхование неработающего населения – 179,6 млрд руб., доходы от временно свободных средств 6,6 млрд рублей, субвенции Федерального фонда – 11,5 млрд руб., штрафы и пени – 17,6 млрд руб., прочие поступления – 2,3 млрд рублей.

На финансирование здравоохранения потрачено 446,3 млрд рублей, содержание ТФ ОМС – 4,1 млрд руб., прочие расходы – 8,3 млрд рублей. Выплаты на одного застрахованного (подушевой норматив) составили 13 тыс. рублей. Среднемесячная заработная плата по всей системе ОМС в 2006 г. равна 648,2 тыс. рублей.

Страхование граждан в системе ОМС на территории Кемеровской области к началу 2006 г. осуществляли 12 страховых компаний. Число обратившихся граждан в 2005 г. по вопросу защиты своих прав в СМО составило 6365, в 2006 г. – 1114 человек.

Проведите анализ деятельности ТФ ОМС за 2006 г.

2) Коэффициент инвестиционных расходов в 2006 г. равен:

$$K_{ид} = \frac{6,6}{446,3} \times 100 = 1,47\%$$

3) Уровень выплат:

- на финансирование здравоохранения – 96,7 %;
- содержание ТФ ОМС – 0,89 %;
- прочие расходы – 1,9 %.

4) Динамика числа обратившихся граждан в СМО: по сравнению с 2005 г. увеличение на 4,7 раза.

### **Контрольные задания**

Задание 2.1.1. Определите, имеются ли в приведенных примерах нарушения прав пациентов в соответствии с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, Законом РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»:

1) В регистратуру стоматологической поликлиники обратилась пациентка с жалобами на острую боль в зубе, сопровождающуюся тошнотой и головокружением. Врачом было отказано в медицинской помощи из-за отсутствия у пациентки в момент обращения в поликлинику страхового полиса.

2) Врач ЦРБ направляет для родоразрешения в областной роддом женщину, имеющую полис ОМС. В связи с тем, что на момент поступления роддом был закрыт на профилактический ремонт, женщина поступает в родильный дом городской больницы. Родоразрешение проводили с помощью операции «кесарево сечение». На момент выписки женщина должна была оплатить стоимость операции и пребывания в роддоме, с чем она категорически не согласна.

Задание 2.1.2. Пациент находился на лечении в стационаре на дому одной из поликлиник города К. К-й области. Результатами лечения пациент не удовлетворен и хотел бы выразить претензию на качество оказания медицинской помощи в данном ЛПУ. Какие органы и учреждения обеспечивают правовую защиту пациентов в системе ОМС? Куда застрахованный может обратиться с жалобой?

Задание 2.1.3. В службу ЗПЗ страховой компании от пациентки К. поступила претензия (жалоба) к качеству оказания медицинской помощи в ЛПУ города Л. Пациентка находилась в стационаре два месяца, ей было проведено оперативное лечение по поводу коксоартроза. Операция сопровождалась осложнениями, которые привели к затруднению передвижения больной. Претензия зарегистрирована 24.06.2006 г., проведена независимая экспертиза истории болезни пациентки К.,

**«Основы концепции прав пациента в Европе:  
Общие положения»**

**Задачи концепции.** Основы концепции прав пациента в Европе следует рассматривать как поддержку нарастающего интереса во многих государствах к проблеме защиты прав пациентов. В рамках настоящего документа сделана попытка отразить и выразить надежды людей не только на улучшение доступной им медицинской помощи, но и на более полное признание их прав как пациентов.

Пациенты несут обязанности по отношению к себе за медицинскую самопомощь и перед производителями медицинских услуг, а производители медицинских услуг могут рассчитывать на такую же защиту своих прав, как и все остальные граждане. В основу создания настоящего документа положена посылка о том, что формулирование прав пациента позволит людям в большей мере осознать свою ответственность при обращении за медицинской помощью и предоставлении медицинской помощи и что отношения пациента и производителя медицинских услуг будут строиться на взаимной поддержке и уважении.

Пациенты должны знать о своих практических возможностях в деле улучшения системы здравоохранения. Их активное участие в процессе диагностики и лечения часто необходимо, а порой и незаменимо. Оно чрезвычайно важно при предоставлении производителям медицинских услуг всей необходимой информации, необходимой для диагностики и лечения. В установлении отношений доверительного диалога пациент – производитель медицинских услуг роли каждой из сторон важны в равной степени.

В самом деле, роль пациента в деле обеспечения доступности медицинской помощи необходимо еще раз подчеркнуть, особенно в условиях современных сложных систем здравоохранения, существование которых поддерживается на деньги общества, экономное расходование которых является обязанностью и медицинских работников, и пациентов. Поскольку участие пациента в процессе клинической подготовки врачей возможно лишь с его информированного согласия, они должны знать, что именно от их согласия зависит подготовка компетентных специалистов.

**Цели концепции**

«Основы концепции прав пациента в Европе» могут рассматриваться как документ, который создан для того, чтобы:

– подтвердить основные права человека в области охраны его здоровья и в особенности, чтобы защитить его достоинство и целостность личности, а также, чтобы обеспечить уважение к пациенту как к личности;

## Приложение 2

### **Примерные формы оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от него**

#### **Форма 1 (ведется во всех отделениях)**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_ г.

В соответствии со ст. 31 и 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан и с согласия больного(ой) он(а) информирован(а) о состоянии его (ее) здоровья, результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и результатах проведенного лечения (подробно расписать).

Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_

Подпись больного (или его законного представителя)

\_\_\_\_\_

#### **Форма 2 (ведется в отделениях хирургического профиля)**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ ч. \_\_\_\_\_ мин.

На операцию согласен (согласна) добровольно. О ее объеме, особенностях, риске, возможных последствиях и осложнениях (подробно расписать), методе обезболивания и составе операционной бригады информирован (информирована) в соответствии со ст. 30, 31 и 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_

Подпись больного (или его законного представителя)

\_\_\_\_\_

## Извлечение из Гражданского кодекса Российской Федерации

### Часть 2 ГК РФ

Статья 1068. *Ответственность юридического лица или гражданина за вред, причиненный его работником*

1. Юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

Применительно к правилам, предусмотренным настоящей главой, работниками признаются граждане, выполняющие работу на основании трудового договора (контракта), а также граждане, выполняющие работу по гражданско-правовому договору, если при этом они действовали или должны были действовать по заданию соответствующего юридического лица или гражданина и под его контролем за безопасным ведением работ.

2. Хозяйственные товарищества и производственные кооперативы возмещают вред, причиненный их участниками (членами) при осуществлении последними предпринимательской, производственной или иной деятельности товарищества или кооператива.

Статья 1096. *Лица, ответственные за вред, причиненный вследствие недостатков товара, работы или услуги*

1) Вред, причиненный вследствие недостатков товара, подлежит возмещению по выбору потерпевшего продавцом или изготовителем товара.

2) Вред, причиненный вследствие недостатков работы или услуги, подлежит возмещению лицом, выполнившим работу или оказавшим услугу (исполнителем).

3) Вред, причиненный вследствие непредоставления полной или достоверной информации о товаре (работе, услуге, подлежит возмещению лицами, указанными в пунктах 1 и 2 настоящей статьи.

### Глава 8 ГК РФ

Статья 150. *Нематериальные блага*

1. Жизнь и здоровье, достоинство личности, личная неприкосновенность, честь и доброе имя, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна, право свободного передвижения, выбора места пребывания и жительства, право на имя, право авторства, иные личные неимущественные права и другие нематериальные блага, принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона, неотчуждаемы и непередаваемы иным способом. В случаях и в порядке, предусмотренных законом, личные неимущественные права и другие

## Приложение 4

### **Положение о порядке организации защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования в Кемеровской области (2000 г.)**

#### Порядок организации работы по разбору письменных обращений (жалоб) застрахованных

Защита прав застрахованных во внесудебном порядке осуществляется на основании договоров системы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации и правовыми, нормативными актами Кемеровской области.

При поступлении жалобы на некачественное оказание медицинской помощи она подлежит регистрации в суточный срок в соответствующем «Журнале регистрации жалоб и письменных обращений».

Полученная информация записывается в соответствующих графах журнала:

№ п/п	Дата поступления жалобы	ФИО заявителя, кем застрахован	Место жительства	Место работы	Содержание обращения	Ответственный	Дата окончания разбора	Результат разбора	Примечание

Специалист по ЗПЗ обязан вести учет претензий (жалоб) и обращений на некачественное оказание медицинской помощи, проводить их анализ в разрезе каждого медицинского учреждения, структурного подразделения, медицинского работника, работающего в системе обязательного медицинского страхования.

Каждый случай обращения оформляется письменно по типовой форме (претензия).

В содержании претензии застрахованный должен по возможности четко сформулировать вопросы, на которые он желает получить ответ в результате разбора жалобы, а также определить размер компенсации, на которую он рассчитывает по результатам разбора.

Жалоба рассматривается специалистами на предмет подведомственности и в случае неподведомственности застрахованному направляется уведомление в пятидневный срок.

В течение двух рабочих дней специалист по ЗПЗ должен ознакомиться с содержанием претензии, определить объем медицинской документации, необходимый для качественного разбора жалобы, а также составить предварительный план разбора претензии.

В случае нецелесообразности проведения экспертизы качества медицинской помощи лицу, подавшему жалобу, направляется мотивированный ответ в пятидневный срок.



А

**Приложение 2**  
**к Положению о порядке организации**  
**защиты прав граждан в системе ОМС**

**ТИПОВАЯ ИНСТРУКЦИЯ**  
**о порядке рассмотрения обращений граждан**  
**в системе обязательного медицинского страхования**

Настоящая Инструкция разработана с целью упорядочения и совершенствования работы с обращениями – жалобами, заявлениями, претензиями и предложениями застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования и в соответствии с нормами действующего законодательства, в том числе Законом «О медицинском страховании граждан в РФ», Указом Президиума Верховного Совета СССР от 12.04.1968 г. № 2534-УП «О порядке рассмотрения предложений, заявлений и жалоб граждан», Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1, приказом ФОМС от 28.03.1997 г. № 35 и другими нормативными актами.

Инструкция разработана специалистами Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области, Кузбасской ассоциации страховых организаций, Департамента охраны здоровья населения Администрации Кемеровской области.

**1. Сфера действия настоящей Инструкции**

Настоящая Инструкция может быть использована как ведомственный документ Территориальным фондом обязательного медицинского страхования и его филиалами, страховыми медицинскими организациями и их филиалами, медицинскими учреждениями, расположенными на территории Кемеровской области и работающими в системе обязательного медицинского страхования (далее – учреждения).

На основе данной Инструкции могут быть разработаны документы, детализирующие порядок (процедуру) работы с жалобами граждан в учреждениях, являющихся субъектами обязательного медицинского страхования.

Действие Инструкции распространяется и на обращения лиц, не застрахованных по обязательному медицинскому страхованию.

**2. Общие правила работы с обращениями граждан**

Обращения граждан подразделяются на жалобы, претензии, заявления, предложения.

*Жалоба* – обращение гражданина (его представителя) в учреждение по поводу причинения вреда его (либо его близких) жизни и здоровью, на неудовлетворительное качество оказания медицинских услуг,

## Условные обозначения

ГК	–	Гражданский Кодекс
ДМС	–	добровольное медицинское страхование
КоАП	–	Кодексе административного права
ЛВ	–	лечащий врач
ЛПУ	–	лечебно-профилактическое учреждение
МЗ	–	Министерство здравоохранения
НПА	–	нормативно-правовой акт
ОЗГ	–	охрана здоровья граждан
ОМС	–	обязательное медицинское страхование
Основы	–	Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан
ПГГ	–	Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи
РФ	–	Российская Федерация
СПО	–	страхование профессиональной ответственности
СанПиН	–	санитарные правила и нормы
ТПГГ	–	территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи
ТП ОМС	–	территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи
УК	–	Уголовный Кодекс
ФЗ	–	Федеральный закон
ФСС	–	фонд социального страхования
ЧМП	–	частная медицинская практика

*Учебное издание*

*Артамонова Галина Владимировна  
Богомолова Наталья Дмитриевна  
Ивойлов Валерий Михайлович  
Перепелица Дмитрий Иванович  
Синцов Константин Григорьевич  
Царик Галина Николаевна  
Цитко Евгений Анатольевич  
Шипачев Константин Викторович  
Штернис Татьяна Александровна*

**Организация защиты прав пациентов  
в системе медицинского страхования**

*Корректор, технический редактор – Аносова К. М.  
Художественный редактор – Сапова Т. А.  
Ответственный редактор – Богомолова Н. Д.*

Подписано в печать 23.09.2008. Тираж 100 экз. Формат 21×30½.  
Условных печатных листов 6,4. Печать трафаретная.

Отпечатано  
редакционно-издательским отделом  
Кемеровской государственной медицинской академии  
650029, Кемерово, ул. Ворошилова, 22а.  
**<http://www.kemsma.ru/rio/>**

Требования к авторам:  
**<http://www.kemsma.ru/rio/forauth.shtml>**