**1. Общие сведения**

Положение о порядке организации обеспечения и защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования Брянской области (далее - Положение) определяет взаимодействие участников системы обеспечения и защиты прав застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования Брянской области.

1.1.Перечень нормативно – правовых актов, регулирующих сферу обеспечения и защиты прав застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования

1. Конституция Российской Федерации.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации.
3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.
4. Закон РФ “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”.
5. Закон РФ “О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».
6. Закон РФ “О защите прав потребителей”.
7. Закон РФ «Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан».
8. Закон Брянской области “Об охране здоровья населения Брянской области”.
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 декабря 2006 года № 905 «Об утверждении административного регламента федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи».
10. Приказ ФОМС от 15 марта 2007 года № 49 «О порядке регистрации, прохождения и анализа письменных и устных обращений граждан» (в ред. от 12 марта 2010 года).
11. Приказ ФОМС от 06 сентября 2000 года № 73 «Об утверждении методических рекомендаций» (в ред. Приказа ФФОМС от 11.11.2002 года № 54).
12. Приказ ФОМС от 26 мая 2008 года № 111 «Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования».
13. Приказ ФОМС от 14 августа 2008 года № 175 «Об утверждении формы ведомственного статистического наблюдения №ПГ и инструкции по ее заполнению».
14. Приказ ФОМС от 08 мая 2009 года № 97 «Об утверждении инструкции «О порядке проведения территориальными фондами обязательного медицинского страхования межтерриториальных расчетов за медицинскую помощь в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования, оказанную гражданам в Российской Федерации вне территории страхования».
15. Методическое пособие ФОМС «Защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования. Вопросы организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС».
16. Положение о департаменте здравоохранения Брянской области.
17. Правила обязательного медицинского страхования населения Брянской области.
18. Положение о контроле объемов и качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Брянской области.
19. Положение о порядке оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования на территории Брянской области.
20. Положение о возмещении вреда (ущерба) застрахованным гражданам Брянской области в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования.
21. Порядок проведения Брянским территориальным фондом обязательного медицинского страхования межтерриториальных расчетов за медицинскую помощь в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования, оказанную гражданам в Российской Федерации вне территории страхования.
22. Положение о порядке рассмотрения обращений граждан в Брянском территориальном фонде ОМС и страховых медицинских организациях системы ОМС Брянской области.

1.2. Основные определения и термины

**Пациент** – потребитель медицинских и связанных с ними услуг независимо от того: здоров он или болен.

**Права пациента** - специфические права, производные от общих гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав человека, реализуемые при получении медицинской помощи и связанных с ней услуг или в связи с любым медицинским воздействием, осуществляемым в отношении граждан.

**Гарантия прав** - предусмотренное законом, иным правовым актом или договором обязательство по выполнению содержащихся в них норм и положений, обеспечивающих реализацию прав пациента при предоставлении медицинских и других, связанных с ними услуг.

**Застрахованный**- физическое лицо, вступившее в гражданско-правовые отношения со страховой медицинской организацией в силу закона или договора медицинского страхования и имеющее страховой медицинский полис.

**Защита прав застрахованных**- установленный законодательством Российской Федерации порядок, обеспечивающий реализацию прав застрахованных и механизм их защиты при получении медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

**Медицинская помощь надлежащего качества**осуществляется по определенной технологии с целью снижения риска прогрессирования имеющихся у пациента заболеваний и возникновения нового патологического процесса, а также достижения удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью.

**Медицинская помощь ненадлежащего качества**– процесс оказания медицинской помощи, в котором имеются врачебные ошибки, которые способствовали или могли способствовать нарушению медицинских технологий, увеличению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновению нового патологического процесса, неоптимальному использованию ресурсов здравоохранения и неудовлетворенности пациента.

**Обращения граждан**– изложенные в устной или в письменной форме предложения, заявления или жалобы граждан или юридических лиц, адресованные ТФОМС и СМО, прошедшие регистрацию в установленном порядке.

**Жалоба**– обращение по поводу восстановления нарушенных прав и интересов граждан, несогласия с решением, действием (бездействием) участников системы ОМС, затрагивающим права и интересы граждан, установленные законодательством по обязательному медицинскому страхованию, в котором выражено недовольство действиями (бездействиями) должностных лиц.

**Обоснованная жалоба** - обращение, в результате анализа которого подтвердились отмеченные в обращении факты, указывающие на неправомерность каких-либо действий, несоответствие этих действий нормам и положениям, действующим в отрасли здравоохранения и системы ОМС.

**Заявление** – обращение гражданина (его представителя) по поводу реализации прав и законных интересов граждан, не связанное с их нарушением.

**Предложение** – обращение гражданина (его представителя), содержащее указание на недостатки в работе участников системы ОМС, не связанные с нарушением прав и интересов граждан, подавших обращение, а также на конкретные пути и способы решения затронутых проблем.

**Консультация**– рекомендации специалиста управления организации защиты прав застрахованных граждан, основанные на нормативно – правовых документах ОМС по поводу обращения гражданина за разъяснениями. Регистрация консультаций может не содержать сведений об обратившемся, но производится в установленном порядке.

**Моральный вред** – физические или нравственные страдания, причинённые гражданину действиями, нарушающими его личные неимущественные права.

**Материальный ущерб**- уменьшение (фактически или его стоимости) имущества потерпевшего или материальные затраты на восстановление его нематериальных благ (жизни, здоровья).

1.3. Перечень прав граждан при получении медицинской помощи

Право гражданина на охрану здоровья и бесплатную, качественную медицинскую помощь в соответствии с Программой государственных гарантий по обеспечению граждан РФ бесплатной медицинской помощью.

Право гражданина на обязательное медицинское страхование.

Право гражданина на выбор страховой медицинской организации.

Право гражданина на выбор врача и выбор лечебно – профилактического учреждения.

Право гражданина на получение достоверной информации о состоянии своего здоровья и ограничения доступа к данной информации других лиц.

Право гражданина на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи.

Право отдельных категорий граждан на лекарственное обеспечение.

Право женщин на планирование семьи, регулирование репродуктивной функции и права беременной женщины и матери.

Права несовершеннолетних.

Право гражданина на независимую экспертизу и отказ от патолого-анатомического вскрытия.

Право гражданина на трансплантацию органов.

Право на охрану здоровья граждан, страдающих психическими заболеваниями.

Право на охрану здоровья граждан, страдающих ВИЧ-инфекцией.

Право граждан на обжалование действий.

Права пациента.

**2. Обеспечение гарантий прав застрахованных граждан в условиях обязательного медицинского страхования**

Мероприятия по обеспечению и защите прав застрахованных граждан при получении медицинской помощи в условиях ОМС Брянской области осуществляют в пределах компетенции:

* органы законодательной и исполнительной власти;
* департамент здравоохранения Брянской области;
* управление здравоохранения Брянской городской администрации;
* управление Росздравнадзора по Брянской области;
* территориальное управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Брянской области;
* Брянский территориальный фонд ОМС;
* страховые медицинские организации системы ОМС;
* профсоюзные организации медицинских работников;
* профессиональные медицинские ассоциации;
* территориальное управление по антимонопольной политике по Брянской области;
* Уполномоченный по правам человека в Брянской области;
* координационный совет по вопросам страхования администрации Брянской области;
* координационный совет по обеспечению и защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования Брянской области;
* органы суда и прокуратуры.

2.1.Нормативно – правовое регулирование обеспечения и защиты прав застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования Брянской области.

Система обеспечения и защиты прав застрахованных граждан предусматривает:

2.1.1. Правовое и нормативное обеспечение гарантий по объему и качеству предоставляемой медицинской помощи.

Обеспечение государственных гарантий предоставления медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования реализуется утвержденной в установленном порядке территориальной программой ОМС, как составной части Программы государственных гарантий оказания населению Брянской области бесплатной медицинской помощи на текущий год (далее Программы) путем обеспечения соответствия объемов медицинской помощи финансовым средствам системы обязательного медицинского страхования.

В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования конкретизируются обязательства государства посредством определения видов медицинской помощи, перечня медицинских учреждений, условий и порядка предоставления медицинской помощи.

2.1.2. Информационное обеспечение застрахованных о правах.

Информационное обеспечение включает в себя мероприятия по индивидуальному и публичному информированию граждан о правах при получении медицинской помощи в условиях ОМС. СМО/ БТФОМС предоставляется информация:

* о территориальной программе ОМС, как составной части программы государственных гарантий обеспечения населения Брянской области бесплатной медицинской помощью;
* о перечне видов медицинской помощи и медицинских услуг, предоставляемых бесплатно гражданам в объеме муниципального заказа, утвержденного в установленном порядке;
* об условиях предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках муниципального заказа;
* о перечне видов медицинской помощи и медицинских услуг, предоставляемых гражданам сверх муниципального заказа;
* о порядке получения медицинской помощи в федеральных клиниках;
* о принципе экстерриториальности, т. е. доступности медицинских услуг для всех граждан независимо от места жительства.

Ответственность за достоверность предоставленной гражданам информации в медицинской организации несет руководитель медицинской организации.

Информационное обеспечение граждан о правах предусматривает разъяснение правовых аспектов обязательного медицинского страхования, проведение встреч с застрахованными в организованных коллективах (предприятия, учебные заведения и др.), выступления в средствах массовой информации (телевидение, радио, газеты, журналы) и др.

Удовлетворенность пациентов уровнем, качеством и условиями оказания медицинской помощи оценивается путем проведения анкетирования с последующей обработкой полученной информации по установленной методике.

По данным анкетирования определяются основные недостатки в организации медицинской помощи застрахованным. Результаты анкетирования СМО/ БТФОМС доводятся до сведения участников системы обеспечения и защиты прав застрахованных, могут служить основанием для социальных прогнозов и принятия своевременных управленческих решений.

2.1.3. Финансовая основа обеспечения и защиты прав застрахованных.

Финансовой основой обеспечения и защиты прав застрахованных являются средства обязательного медицинского страхования. Аккумулирование средств осуществляет Брянский территориальный фонд ОМС.

СМО формируют страховые резервы, предназначенные для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в объеме и на условиях территориальной программы обязательного медицинского страхования.

БТФОМС осуществляет межтерриториальные расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным вне территории страхования.

Экономический механизм обеспечения защиты прав застрахованных реализуется через систему договоров участников обязательного медицинского страхования.

**3. Взаимодействие участников системы обеспечения и защиты прав застрахованных**

Основной задачей взаимодействия участников обеспечения и защиты прав застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования Брянской области является соблюдение норм и положений действующей нормативно-правовой базы в области прав и законных интересов граждан на бесплатную и доступную медицинскую помощь.

3.1. Департамент здравоохранения Брянской области

Департамент здравоохранения Брянской области осуществляет контроль за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения (за исключением контроля качества высокотехнологичной медицинской помощи, а также медицинской помощи в федеральных организациях здравоохранения).

3.2. Управление Росздравнадзора по Брянской области

Управление Росздравнадзора по Брянской области осуществляет контроль и надзор за соблюдением стандартов качества медицинской помощи.

3.3. Брянский территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Обеспечение и защиту прав граждан в системе ОМС осуществляет Брянский территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее – БТФОМС) посредством:

* учета и контроля за полнотой и своевременностью поступления платежей на обязательное медицинское страхование;
* аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование граждан;
* финансирования обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях территориальной (базовой) программы обязательного медицинского страхования;
* разработки и согласования тарифов на медицинские услуги;
* участия в разработке территориальной программы ОМС с целью достижения сбалансированности объемов финансовых средств ОМС структуре и объемам медицинской помощи;
* участия в формировании нормативно-правовых документов, обеспечивающих функционирование системы управления качеством медицинской помощи, в разработке управленческих решений, направленных на коррекцию деятельности медицинских организаций и СМО по обеспечению и защите прав застрахованных на бесплатную и качественную медицинскую помощь;
* контроля целевого и рационального использования средств ОМС;
* контроля выполнения СМО страховых технологий;
* участия в формировании Регистра внештатных медицинских экспертов в системе ОМС;
* изучение удовлетворенности застрахованных граждан доступностью и качеством медицинской помощи;
* рассмотрения обращений застрахованных вне территории страхования по вопросам оказания медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;
* возмещения ущерба, причиненного застрахованному вне территории страхования, в досудебном порядке;
* защиты интересов застрахованных вне территории страхования в суде;
* участия в работе межведомственной согласительной комиссии по тарифам, координационного совета по обеспечению и защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования Брянской области.

3.4. Страховые медицинские организации системы обязательного медицинского страхования

Страховые медицинские организации осуществляют обеспечение и защиту прав застрахованных посредством:

* заключения и исполнения договоров на оказание медицинских услуг с медицинскими организациями системы ОМС;
* оплаты медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с территориальной программой ОМС и договорами обязательного медицинского страхования граждан;
* информирования населения о правах при оказании медицинской помощи;
* проведения контроля сроков, объемов и качества медицинской помощи и условий ее предоставления, как в процессе лечения, так и после его завершения;
* изучение удовлетворенности застрахованных граждан доступностью и качеством медицинской помощи;
* рассмотрения обращений застрахованных по вопросам оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;
* возмещения ущерба, причиненного застрахованному, в досудебном порядке;
* защиты интересов застрахованных в суде;
* обобщения и анализа результатов контроля сроков, объемов и качества медицинской помощи, предоставления органам управления здравоохранения результатов, выводов и предложений для использования их в системе управления качеством медицинской помощи медицинских организаций.

3.5. Координационный совет по обеспечению и защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования Брянской области.

Координационный совет координирует деятельность участников системы обеспечения и защиты прав застрахованных граждан в Брянской области путем организации контроля исполнения норм и положений, регулирующих реализацию прав и законных интересов граждан на бесплатную и доступную медицинскую помощь.

**4. Порядок обеспечения и защиты прав застрахованных граждан.**

Предоставление застрахованным гражданам бесплатной и доступной медицинской помощи надлежащего качества в объеме и на условиях территориальной программы государственных гарантий обеспечивают органы управления здравоохранения, руководители медицинских организаций.

При возникновении спора между медицинской организацией и пациентом урегулирование осуществляется преимущественно на досудебном этапе.

I ступень урегулирования спора между медицинской организацией системы ОМС и пациентом является компетенцией СМО/ БТФОМС.

При поступлении жалобы (обращения) застрахованного или его представителя (Приложение №1) в СМО/ БТФОМС последние направляют в адрес медицинского учреждения информацию о поступившей жалобе (обращении) и запрос о предоставлении необходимой медицинской документации (Приложение №2).

На основании первичных медицинских и учетно - отчетных документов, нормативных документов, представленных пациентом и медицинской организацией, специалисты СМО/ БТФОМС проводят экспертизу качества медицинской помощи в течение 10 дней.

Если причиной обращения было возмещение денежных средств, то наряду с Актом экспертизы качества медицинской помощи оформляется Акт на возмещение материального ущерба (Приложение №3).

Акт на возмещение материального ущерба является основанием возмещения денежных средств медицинской организацией застрахованному гражданину в досудебном порядке.

Срок рассмотрения Акта экспертизы качества медицинской помощи и Акта на возмещение материального ущерба в медицинской организации составляет 3 дня со дня его регистрации в медицинской организации.

В случае согласия или несогласия медицинской организации с выводами, изложенными в Акте экспертизы качества медицинской помощи и Акте на возмещение материального ущерба, медицинская организация в установленные сроки возвращает в СМО/ БТФОМС акты, подписанные руководителем медицинской организации.

Обжалование Акта экспертизы качества медицинской помощи осуществляется в соответствии с Положением о контроле объёмов и качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Брянской области.

Отсутствие ответа от медицинской организации в течение установленного срока расценивается как согласие с Актом экспертизы качества медицинской помощи и Актом на возмещение материального ущерба.

Медицинская организация в течение 10 дней производит возмещение затрат (ущерба) в виде выплаты гражданину денежной суммы путем перечисления на открытый пациентом лицевой счет в банке согласно Акту на возмещение материального ущерба.

В случае несогласия одной из сторон создается комиссия для рассмотрения спора.

II ступень урегулирования спора является компетенцией коллегиального органа – комиссии при департаменте здравоохранения Брянской области.

Комиссия включает в себя представителей:

* органов управления здравоохранения Брянской области/ г. Брянска;
* профессиональных медицинских ассоциаций;
* профессиональной организации медицинских работников;
* Брянского территориального фонда ОМС;
* страховых медицинских организаций;
* координационного совета по обеспечению и защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования Брянской области;
* медицинских организаций.

Состав комиссии утверждается приказом органов управления здравоохранения Брянской области/ г. Брянска и БТФОМС по каждому случаю рассмотрения спора.

По результатам рассмотрения спора комиссия выносит решение (Приложение №4). Решение комиссии второй ступени урегулирования спора оформляется в 3 (трех) экземплярах и в течение 10 (десяти) дней направляется в адрес застрахованного, медицинской организации и в СМО.

III ступень урегулирования спора является компетенцией судебных органов.

В случае не урегулирования спора в досудебном порядке либо при несогласии заявителя с выводами комиссии заявитель вправе передать рассмотрение спора в суд.

СМО/ БТФОМС организует представление в суде прав и интересов застрахованного, предоставляя всю необходимую для этого документацию (Приложение №5).

С целью совершенствования информационно-аналитической базы по организации защиты прав граждан и контроля объемов и качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования ФОМС утверждена форма ведомственного статистического наблюдения N ПГ "Организация защиты прав и законных интересов граждан в системе обязательного медицинского страхования", предусматривающая ежеквартальную отчетность СМО/ БТФОМС о состоянии защиты прав граждан на территории субъекта РФ.

Сбор, обработка информации по обращениям и жалобам граждан обеспечивает гибкое реагирование на снижение показателей качества, безопасности, доступности медицинской помощи, позволяет оценивать состояние защиты прав граждан при получении медицинской помощи в сравнении с показателями по Российской Федерации и сопоставлять уровень организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях системы ОМС Брянской области.