



**Развитие института страховых
представителей:
практический опыт, анализ результатов,
перспективы развития**





Развитие института страховых представителей

Минздравом России и ФОМС в рамках реализации страховых принципов в сфере ОМС предложена концепция создания и поэтапного развития института страховых представителей 3–х уровней.

2018 г. – начало работы в системе ОМС страховых представителей 3 уровня (СП-3)

Деятельность СП 3 - новый этап развития института страховых представителей, позволяющий перейти от констатации нарушения прав гражданина в сфере здравоохранения по итогам ретроспективных экспертных мероприятий к **восстановлению нарушаемого права застрахованного лица В МОМЕНТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ!**

Цели деятельности СП 3 :

-предотвращение ухудшения состояния здоровья пациентов и формирование приверженности к лечению, при эффективном использовании ресурсов системы здравоохранения

Механизмы достижения целей:

взаимодействие с медицинской организацией для уточнения причин выявленных нарушений и принятия оперативных мер, направленных на их устранение.

Принятие оперативных мер с целью предотвращения нарушения прав и законных интересов застрахованных лиц на надлежащее качество оказываемой медицинской помощи –основная составляющая процесса управления качеством медицинской помощи!

Задачи страхового представителя 3 уровня – предупреждение основных страховых рисков:

- отказа в оказании медицинской помощи;
- предупреждение фактов неправомерной оплаты медицинской помощи, включённой в программу ОМС;
- отказа в бесплатном предоставлении лекарственных препаратов, медицинских изделий, продуктов питания;
- прогрессирования заболевания вследствие ненадлежащего выполнения требований лечащего врача.



Развитие института страховых представителей

- **экспертиза качества медицинской помощи застрахованным лицам по профилю «онкология»**
- **сопровождение пациентов, перенесших острый коронарный синдром**
- **сопровождение застрахованных лиц предпенсионного возраста**
- **развитие метода сравнительного анализа объёмных и стоимостных показателей потребляемой медицинской помощи при сопровождении застрахованных лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями**



1. Экспертиза качества медицинской помощи застрахованным лицам по профилю «онкология»

➤ В 2017 году на территории Владимирской, Калининградской, Липецкой, Нижегородской, Пермской, Смоленской областей и Республик Северная Осетия-Алания и Кабардино-Балкарской Республики начаты системные экспертные мероприятия в целях выявления наиболее «проблемных зон» при оказании медицинской помощи **пациентам с онкологическими заболеваниями.**



➤ На основе сформированных региональных канцеро-регистров, проведены тематические экспертизы качества более чем 4300 случаев медицинской помощи, по **единым методологическим принципам**





Экспертиза качества медицинской помощи застрахованным лицам по профилю «онкология» выявила:

Системные организационные проблемы при оказании медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями:

1. Недостаточность объема коек дневных стационаров для обеспечения необходимой доступности онкопомощи, в частности при проведении химиотерапии (*в ряде субъектов РФ «работает» всего 1-2 койки в онкодиспансерах*);
2. Отсутствие в первичной медицинской документации данных об использовании **конкретного** химиопрепарата или комбинации химиопрепаратов, препаратов таргетной терапии (их спецификация).

Дефекты качества медицинской помощи, свидетельствующие о несоблюдении требований Клинических рекомендаций Ассоциации онкологов России:

1. Введение химиопрепарата в дозе, не соответствующей расчету по формуле с учетом массы тела или площади поверхности тела (необоснованное занижение доз ХП).
2. Не соблюдение требований своевременности начала, окончания и возобновления очередного цикла введения химиопрепаратов.
3. Отсутствие необходимой профилактики и поддерживающей терапии осложнений химио- и лучевой терапии (возникновения тошноты и рвоты, тромбоэмболических осложнений и т.д.).





Послание Президента В.В. Путина Федеральному собранию от 01.03.2018 года

Посланием Президента РФ В.В. Путина

Федеральному Собранию от 01.03.2018
и Указом Президента РФ от 07.05.2018г.

№204 определены **национальные цели и стратегические задачи** развития Российской Федерации, в частности предложено реализовать **специальную общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями, выстроить современную комплексную систему от ранней диагностики до своевременного эффективного лечения указанных заболеваний.**





Нормативные и методические документы Минздрава России и Федерального фонда ОМС по повышению контроля за онкозаболеваемостью

1. Приказ Минздрава России от 04.07.2017г. №379н «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «онкология», утв. приказом Минздрава России от 15.11.2012г. №915н;
2. Приказ ФОМС от 30.03.2018г. №59 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011г. №79»;
3. Письмо от **27.04.2018г.** №5486/30-1/и с проектом **Регламента** работы страхового представителя 3 уровня при отборе случаев оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставленной им медицинской помощи;
4. Письмо Минздрава России №17-0/10/2-2853, ФОМС №5586/30/и от 30.05.2018г. «О направлении формы контрольного листа учета оказанной медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями»;
5. Письмо ФОМС от 13.06.2018г. №7164/30-1/и с формами отчетности по реестрам счетов и контрольно-экспертных мероприятий, проведенных по случаям подозрения и/или установления диагноза онкозаболевания.
6. Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утв. письмом Минздрава России N 11-7/10/2-8080, ФОМС N 13572/26-2/и от 21.11.2017 (ред. от 12.03.2018) с Инструкцией по группировке случаев, в том числе Правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования



Сопровождение диспансерной группы пациентов с онкологическими заболеваниями

- С 2018 г страховыми представителями 3 уровня осуществляется сопровождение застрахованных лиц, входящих в группы диспансерного наблюдения по имеющимся у них или впервые выявленным по итогам диспансеризации заболеваниям.
- Приказом ФОМС № 59 от 30.03.2018 г, с мая 2018 г в 9-ти пилотных регионах, с сентября 2018 г во всех субъектах РФ (Приказ ФОМС № 200 от 28.09.2018 г.) внедряется Регламент работы страхового представителя 3 уровня при отборе случаев оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или установленным диагнозом онкологического заболевания (ЗНО) при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставленной им медицинской помощи .
- В целях реализации приказов ФОМС, разработаны методические подходы по проведению тематических медико-экономических и экспертиз качества медицинской помощи **в целях выявления системных нарушений при химиотерапии ЗНО.**
- Данные подходы успешно апробированы в пилотных регионах, завершивших в числе первых подготовку к реализации Регламента ФОМС: Липецкая, Тульская, Ростовская, Московская области, г.г. Москва и Санкт-Петербург

Разработаны типовые формы следующих протоколов к актам экспертиз:

1. Протокол выявленных дефектов оказания медицинской помощи онкологическим больным
2. Протокол контроля маммографии
3. Протокол контроля патоморфологического исследования
4. Протокол контроля иммуногистохимического исследования
5. Протокол контроля УЗИ молочных желез
6. Протокол контроля магнитно-резонансной маммографии.

СТАРТ :Результаты за период май-август 2018г.

Количество субъектов РФ, участвующих в пилотном проект	Количество случаев химиотерапии онкозаболеваний (рак молочной железы)	Количество экспертиз	Количество дефектов
6	2 939	2 192 (75%)	2 380 (109%)





2. Сопровождение пациентов, перенесших острый коронарный синдром (Ростовская область)

➤ На территории Ростовской области с 2018 г совместно с Министерством здравоохранения Ростовской области и Территориальным фондом ОМС реализуются мероприятия по сопровождению пациентов, перенесших ОКС



➤ Цели проекта :

- обеспечение преемственности этапов лечения после выписки пациентов их из сосудистых центров;
- анкетирование в целях выяснения уровня приверженности к назначенной терапии;
- индивидуальное информирование о сроках диспансерного наблюдения;
- активное информирование застрахованных лиц о методах вторичной профилактики ОКС



Сопровождение пациентов, перенесших острый коронарный синдром (Результаты)

- сформирован и проводится на постоянной основе актуализация кардиорегистра пациентов, перенесших ОКС, которым оказана специализированная медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара;
- совместно с Министерством здравоохранения Ростовской области организована передача выписного эпикриза, содержащего рекомендации для АПУ и службы СМП;
- сформирован и проводится актуализация на постоянной основе кардиорегистр пациентов перенесших стентирование коронарных артерий;



3. Сопровождение застрахованных лиц предпенсионного возраста. Проект.



В связи с установлением в Российской Федерации понятия «**предпенсионный возраст**», а также глобальной задачи увеличения продолжительности жизни граждан, в том числе путём создания социально-медицинских условий в достижении и пережитии возраста пенсионного обеспечения, разрабатывается проект информационного сопровождения: «Принципы деятельности СП в отношении ЗЛ предпенсионного возраста» - с участием страховых представителей СМО.

В ходе реализации проекта планируется:

1. Разработка информационного бюллетеня и его распространение среди застрахованных лиц (ЗЛ) предпенсионного возраста о главных причинах и факторах риска смерти в предпенсионном возрасте и раннем пенсионном возрасте (5-7 лет после достижения пенсионного возраста).
2. Выделение группы ЗЛ, перенесших ОКС и ОНМК для контроля своевременности направления их участковыми терапевтами на консультации к кардио – и нейрохирургам в целях установления необходимости выполнения эндоваскулярных вмешательств (стентирование пораженных сосудов сердца и головного мозга, АКШ и др.) **в плановой форме.**
3. Выделение группы ЗЛ предпенсионного возраста, страдающих сахарным диабетом или имеющих факторы риска его возникновения в предпенсионном возрасте, и разработка комплекса мер, в т.ч. СП СМО, по раннему выявлению заболевания, его профилактике и контролю за оказанием медицинской помощи (сроки, объем, качество).
4. Создание регистра ЗЛ с впервые выявленными заболеваниями при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации лиц старшего трудоспособного возраста с целью их информирования о способах вторичной профилактики выявленной патологии, контроле постановки на диспансерный учёт, своевременном прохождении плановой диспансеризации.



4. Развитие метода сравнительного анализа объёмных и стоимостных показателей потребляемой медицинской помощи при сопровождении застрахованных лиц с ХНИЗ

В 2018 году начат системный сравнительный анализ объёмных и стоимостных показателей МП по данным реестров счетов оказанной медицинской помощи за **2016-2018гг.**

Выбрано **8 субъектов РФ** (Владимирская, Волгоградская, Омская, Пензенская, Нижегородская, Смоленская, Ярославская области, Удмуртская республика).

В исследование включены группы пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ):

- ИБС без развития ОКС;
- ИБС с развитием ОКС с разделением на подгруппы пациентов со стентированием коронарных артерий и без.
- Артериальная гипертензия;
- Сахарный диабет;



Распределение пациентов по группам осуществлялось по признаку прохождения диспансеризации взрослого населения (ДВН) **в 2016г.**, по результатам которой определена группа здоровья IIIa с основным диагнозом согласно диагнозу группы. По тем субъектам РФ, по которым указанный алгоритм невыполним, т.к. по итогам ДВН устанавливается диагноз гр.«Z» согласно МКБ-Х, - определение группы осуществлялось по «доминирующему» диагнозу в «обращении» в течение 2016 г. (2 субъекта РФ).

Проведён анализ оказанной медицинской помощи по видам и условиям, включённым в базовую ТПОМС 615 тыс. человек , прошедших ДВН.



Развитие метода сравнительного анализа объёмных и стоимостных показателей потребляемой медицинской помощи при сопровождении застрахованных лиц с ХНИЗ

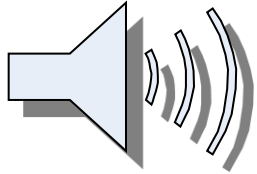
При проведении исследования анализу подвергалась динамика следующих показателей за 2016г., 2017г., 2018г.(9 мес.):

1. общее количество и динамика численности пациентов в группах;
2. число ЗЛ, состоящих под диспансерным наблюдением в связи с основным заболеванием;
3. количество случаев обращений за медицинской помощью по условиям оказания медицинской помощи (амбулаторные, стационарные (круглосуточный и дневной), скорая медицинская помощь);
4. общая стоимость потребляемой медицинской помощи, в том числе по условиям ее оказания;
5. количество умерших в отчетном периоде с основным диагнозом заболевания группы исследования.

Сравнительный анализ стоимости оказанной медицинской помощи проводился с использованием коэффициентов дисконтирования, рассчитанных на основе нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, утвержденных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи для соответствующих периодов.



Развитие методологии сопровождения определенных групп застрахованных лиц с ХНИЗ: предварительные результаты



Анализ объемных и стоимостных показателей потребляемой медицинской помощи пациентами исследуемых групп показал:

- 1. низкую долю ЗЛ IIIA гр., состоящую под диспансерным наблюдением (ДН) (Артериальная гипертензия **не более 19%** , в группе пациентов, перенесших ОКС указанная доля ниже и составляет **не более 11%**) . Как следствие, низкие объёмы потребляемой амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;
- 2. преимущественным видом оказания медицинской помощи во всех исследуемых группах остаётся специализированная медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара . При этом отмечается у ЗЛ с ИБС (без ОКС в анамнезе) и АГ снижение объёмов её потребления за 3 года снизилось на 7%;
- 3. при сравнении показателей по группам пациентов, перенесших ОКС со стентированием КА и без, установлено, что пациенты, которым НЕ было проведено интервенционное вмешательство на КА, вызывают бригады СМП **до 3 раз чаще**, чем пациенты первой группы;
- 4. средние фактические затраты на оказание медицинской помощи на одного застрахованного/год превышают установленные средние подушевые нормативы финансирования базовой программы ОМС за соответствующие периоды– до 6 раз;



Развитие методологии сопровождения определенных групп застрахованных лиц с ХНИЗ, предварительные выводы:

- 1. анализ объемных и стоимостных показателей потребляемой различными группами пациентов медицинской помощи в течение нескольких лет позволяет выявлять тенденции, требующие дальнейшего изучения, в том числе путем организации экспертных мероприятий (мультидисциплинарных тематических экспертиз);
- 2. развитие института страховых представителей должно способствовать: увеличению доли пациентов, состоящих под ДН по поводу ХНИЗ со снижением затрат на их лечение в условиях круглосуточного стационара (наиболее дорогостоящее), повышению эффективности использования ресурсов системы здравоохранения;
- 3. возможность повышения медицинской и экономической эффективности использования ресурсов системы здравоохранения позволит сформировать у органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья мотивацию к развитию института СП.