

УДК 614.2

## ПРЕДПЕНСИОННЫЙ ВОЗРАСТ: ПЕРСПЕКТИВЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СМО

Н.И. Гришина, А.А. Старченко



ООО «Капитал Медицинское Страхование»

### Реферат

В статье актуализируются проблемы решения сформулированного Президентом России принципа пациентоориентированности здравоохранения на базе института страхового представительства системы ОМС в связи с прошедшей реформой пенсионного законодательства с целью создания реальных условий для возможности достижения гражданами страны среднего 80+ возраста, для чего предлагается приобщение созданного в предыдущие годы института страховых представителей СМО, актуализировав исполнение ими важнейших функций – предотвращение ухудшения состояния здоровья граждан в период предложенного Президентом РФ предпенсионного возраста – «пяти лет до наступления срока выхода на пенсию», а также формирование приверженности граждан предпенсионного возраста к назначенному диспансерному наблюдению, лечению имеющихся хронических заболеваний и профилактике возможных геронтологических состояний.

### Ключевые слова:

*обязательное медицинское страхование, страховой представитель, информационное сопровождение застрахованных лиц, предпенсионный возраст, приверженность лечению, клинические рекомендации.*

### Для корреспонденции

**Гришина Надежда Ивановна**

генеральный директор ООО «Капитал Медицинское Страхование»

Тел.: 8 (495)287-81-27

E-mail: oms@kapmed.ru

**Старченко Алексей Анатольевич**

советник генерального директора ООО «Капитал Медицинское Страхование», доктор медицинских наук, профессор, член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, президент НП «Национальное агентство по безопасности прав пациентов и независимой экспертизе»

Тел.: 8 (495)287-81-25 доб. 4079

E-mail: oms@kapmed.ru

Адрес: 115184, Москва, ул. Б. Татарская, дом 13, стр. 19

Президентом РФ В. Путиным сформулирована задача формирования пациентоориентированного здравоохранения на базе страховой модели с поэтапной реализацией страховых принципов в системе ОМС, незыблемость которой подтверждена 25-летним положительным опытом: *«Специалисты сегодня считают, что если мы сейчас начнем ликвидировать страховые формы медицины, мы вообще перейдем к полному хаосу в этой сфере. Поэтому совершенствовать нужно эту систему, но очень-очень аккуратно. Важнейшая задача, которая касается каждого, – это доступность современной, качественной медицинской помощи. Мы должны ориентироваться здесь на самые высокие мировые стандарты»*, – заключает Президент РФ.

- 2) право на надлежащее качество медицинской помощи во всех ее формах и видах;
- 3) право на бесплатную медицинскую помощь в пределах конституционных гарантий.

## 2. Предупреждение основных страховых рисков пациентов:

- 1) отказ в оказании медицинской помощи;
- 2) навязывание платных услуг, которые могут быть оплачены СМО, т.к. включены в программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;
- 3) отказ в бесплатном предоставлении лекарственных препаратов, медицинских изделий, питания – всего, что предусмотрено програм-



**Н.И. Гришина:** *«Новизна современного этапа развития ОМС заключается в преобразовании рисков пациентов в страховые риски СМО посредством введения института страхового представителя, призванного осуществить реальный переход от констатации нарушенных прав гражданина в сфере здравоохранения по итогам ретроспективных медико-экспертных мероприятий к решению новой задачи – восстановлению нарушаемого права застрахованного лица в процессе оказания медицинской помощи».*

Минздравом России и Федеральным фондом ОМС (ФОМС) в рамках реализации поручения Президента РФ о внедрении в действующую страховую модель ОМС страховых принципов предложена концепция создания и поэтапного развития института страховых представителей (СП) в страховых медицинских организациях (СМО) [1-3].

Институт СП призван осуществить включение всех существующих рисков застрахованных лиц в сферу ответственности СМО – именно в этом может заключаться пациентоориентированная реализация страховых принципов в системе ОМС [4].

К задачам СП, проистекающим из переноса рисков пациентов в страховые риски СМО, следует отнести:

1. Обеспечение базовых прав пациентов:
  - 1) право на доступность медицинской помощи во всех ее формах и видах;

мой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (программа ОМС);

- 4) возможность нанесения пациенту ущерба здоровью и жизни при оказании медицинской помощи;
- 5) возможность потери трудоспособности при оказании пациенту медицинской помощи;
- 6) возможность остаться без средств при затяжных судебных процессах по искам о возмещении материального и морального вреда при оказании медицинской помощи, включенной в программу ОМС.

Таким образом, новизна современного этапа развития ОМС заключается в преобразовании рисков пациентов в страховые риски СМО посредством введения института страхового представителя, призванного осуществить реальный переход от констатации нарушенных прав гражданина в сфере здравоохране-

ния по итогам ретроспективных медико-экспертных мероприятий к решению новой задачи – восстановлению нарушаемого права застрахованного лица в процессе оказания медицинской помощи.

Объявленные ФОМС основные цели деятельности страховых представителей 3-го уровня, как новой фигуры СМО в системе ОМС с 2018 года, как раз и направлены на:

- 1) предотвращение ухудшения состояния здоровья застрахованного лица (ЗЛ);
- 2) формирование приверженности ЗЛ к лечению.

Реализация этих целей предусматривает следующие возможные механизмы, направленные на восстановление нарушаемого права ЗЛ в процессе оказания медицинской помощи:

- оперативное взаимодействие СП-3 с медицинской организацией для уточнения причин выявленных нарушений и принятия оперативных мер, направленных на их устранение;
- очные медико-экспертные мероприятия (медико-экономическая экспертиза (МЭЭ) и очная экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП). Взаимодействие СП-3 с медицинской организацией предусматривает, в первую очередь, его взаимодействие с должностными лицами МО – заведующими отделениями, заместителями главного врача, главным врачом, функциональные обязанности которых включают:
  - разрешение споров между субъектами и участниками системы ОМС;
  - принятие управленческих решений, направленных на разрешение конкретной спорной ситуации и восстановление нарушенных прав конкретного пациента – заявителя;
  - принятие управленческих решений, направленных на недопущение аналогичных нарушений прав граждан в будущем.

Полномочия СП-3 на принятие оперативных мер с целью предотвращения нарушения прав и законных интересов застрахованных лиц на надлежащее качество оказываемой медицинской помощи

являются одной из основных составляющих процесса управления качеством медицинской помощи!

Механизм восстановления нарушаемых прав посредством выполнения СП-3 очных медико-экспертных мероприятий также требует совершенствования. Действующими нормами контроля в системе ОМС в настоящее время предусмотрена очная экспертиза качества медицинской помощи в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи, основной целью которой является предотвращение и/или минимизация отрицательного влияния на состояние здоровья пациента дефектов медицинской помощи [6].

Важно помнить, что очная ЭКМП проводится до достижения результата лечения, следовательно, эксперт и СП-3 не сможет полноценно оценить ни одно из важнейших составляющих определения качества медицинской помощи:

- очная оценка правильности выбора медицинской технологии не всегда однозначно возможна, т.к. еще не в полной мере известен результат этого выбора – исход лечения;
- очная оценка степени достижения запланированного результата также невозможна, т.к. в отсутствие фактов о результате лечения невозможно оценить степень достижения этого недостигнутого результата запланированному результату;
- очное установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи также невозможно, т.к. при неоконченном лечении не может быть установлен исчерпывающий перечень возникших осложнений, не может быть определен исход лечения и не может быть выявлен полный перечень возможных дефектов в оказании медицинской помощи.

Врач-эксперт или СП-3, представляя СМО, не вправе в отсутствие лицензии у последней оказывать медицинскую помощь. Любое вмешательство со стороны представителя СМО в практическое оказание медицинской помощи будет рассматриваться как, с одной стороны, безлицензионная деятельность, с другой стороны, лишит страховую медицин-



скую организацию статуса независимого эксперта качества медицинской помощи и, наоборот, при возникновении вреда жизни и здоровью осложнит ситуацию отнесением страховой медицинской организации к соответчику наряду с учреждением здравоохранения по иску о возмещении вреда здоровью при оказании медицинской помощи.

Поэтому следует рассмотреть возможность введения очной МЭЭ, направленной на выявление и очное восстановление нарушаемых прав пациента, предусмотренных Законом РФ № 323-ФЗ, а именно:

- 1) выявление и очно-срочное восстановление нарушаемых прав на своевременность оказания медпомощи в экстренной, неотложной и плановой форме в соответствии с требуемыми нормативными актами (результат: констатация в акте очной МЭЭ нарушения права пациента на своевременность начала оказания медицинской помощи);
- 2) выявление и очное восстановление нарушаемых прав пациента на этапность оказания медицинской помощи в соответствии с порядками ее оказания (результат: констатация в акте очной МЭЭ нарушения права пациента на требуемый порядок этап оказания медпомощи при нозологии, установленной в меддокументации);
- 3) выявление и очное восстановление нарушаемых прав пациента на бесплатную медицинскую помощь при требовании оплатить медуслуги, лекарства или расходные материалы и медизделия, бесплатно предоставляемые в системе ОМС;
- 4) выявление и очное восстановление нарушаемых прав пациента на своевременность предоставления отдельных медуслуг (осмотр, консультация, лабораторное или инструментальное исследование), предусмотренных действующими критериями оценки качества медицинской помощи по

двоичной системе «Да-Нет», не затрагивающими причинные связи нарушений.

Констатация нарушенного права пациента в акте очной МЭЭ и внесение в акт рекомендаций о необходимости соблюдения действующих норм и правил представляются особенно важными для контроля и правовой оценки последующих действий медицинской организации.

В связи с инициативой Президента РФ установить понятие «предпенсионный возраст» и возникающей в связи с этим задачей увеличения продолжительности жизни застрахованных лиц и создания социально-медицинских условий для застрахованных лиц предпенсионного возраста в достижении и пережитии возраста пенсионного обеспечения предлагается ряд мер, осуществляемых страховыми представителями СМО.

1. Выделение совместно с главным внештатным терапевтом МЗ РФ и главным внештатным специалистом МЗ РФ по профилактической медицине главных причин и факторов риска смертности в предпенсионном возрасте и раннем пенсионном возрасте (пять-семь лет после достижения пенсионного возраста).

2. Разработка информационного бюллетеня и его распространение среди ЗЛ предпенсионного возраста о главных причинах и факторах риска смертности в предпенсионном возрасте и раннем пенсионном возрасте.

3. Опыт реализации проекта деятельности СП по профилактике острых сосудистых катастроф (ОКС и ОНМК) показывает, что данный проект в силу комплекса социально-медицинских факторов (психологический стресс от обязанности осуществлять трудовую деятельность, стресс от усталости, стресс от необходимости переквалификации на фоне снижения операционной активности мозга, накопление и реализация отрицательных факторов системного атеросклероза, усугубление нарушений в питании и др.) будет наиболее востребован у ЗЛ предпенсионного возраста, имеющих следующие ССЗ:

1) ЗЛ предпенсионного возраста, перенесшие ОКС

и ОНМК, в виду 100% необходимости проведения им консультации на предмет выполнения эндоваскулярных вмешательств (стентирование пораженных сосудов сердца и головного мозга, АКШ и др.) в плановой форме;

- 2) ЗЛ предпенсионного возраста с ишемической болезнью сердца, требующие направление на выполнение эндоваскулярных вмешательств (стентирование пораженных сосудов сердца и головного мозга, АКШ и др.) в плановой форме в соответствии с Клиническими рекомендациями «Стабильная ишемическая болезнь сердца» МКБ 10: I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9 (Российское кардиологическое общество, Национальное общество по изучению атеросклероза, Национальное общество по атеротромбозу, 2016) предусмотрено: при «выявлении, по данным мониторинга ЭКГ, суммарной продолжительности ишемии миокарда >60 мин. в сутки служит веским основанием для направления пациента на коронароангиографию (КАГ) и последующую реваскуляризацию миокарда, поскольку говорит о тяжелом поражении коронарной артерии. При недостаточно эффективной оптимальной медикаментозной терапии рекомендуется направить больного на консультацию к врачу сердечно-сосудистому хирургу для определения возможной реваскуляризации миокарда (ПАС)». Российские рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) «Диагностика и лечение стабильной стенокардии» (Российский национальный конгресс кардиологов (Москва, 2008): «Антиангинальную терапию считают эффективной, если удается стенокардию устранить полностью или перевести больного из более высокого ФК в I ФК при сохранении хорошего качества жизни»;
- 3) ЗЛ предпенсионного возраста при наличии у них в анамнезе диагноза ОНМК, ТИА (I63, G45, G46;G69, G70.9), в отношении которых необходимо строгое выполнение требований следующих клинических рекомендаций. Клиническими рекомендациями «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у



взрослых» (МКБ 10: I63, G45, G46), 2015 предусмотрено: *«Рекомендуется операция КЭАЭ пациентам с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий 70–99% на базе центров с показателями периоперационных осложнений менее 6%»* – рекомендуется каротидная эндартерэктомия симптомной артерии в течение 6 месяцев от момента ОНМК (при стенозе 70–99% диаметра ВСА гомолатеральному инфаркту или ТИА). Рекомендовано как можно более раннее выполнение операций КЭАЭ после ишемического события, в идеале – в течение первых двух недель. Каротидная эндартерэктомия симптомной артерии может быть проведена при умеренной степени (50–69% диаметра) стеноза ВСА при отсутствии выраженных сочетанных заболеваний, наличии дополнительных факторов риска, например, у мужчин. Национальными рекомендациями по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий (председатель Профильной комиссии по сердечно-сосудистой хирургии Экспертного совета Минздрава РФ академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия) предусмотрены *показания к проведению ультразвукового дуплексного сканирования у бессимптомных пациентов с диагностированным или подозреваемым стенозом сонных артерий.*

- А. У бессимптомных больных с подозрением на наличие стеноза сонных артерий рекомендуется выполнение ультразвукового дуплексного сканирования (УДС) в качестве начального диагностического теста для выявления гемодинамически значимого стеноза сонных артерий.
- Б. Выполнение ультразвукового дуплексного сканирования для выявления гемодинамически значимого стеноза сонных артерий целесообразно у неврологически бессимптомных пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, ишемической болезнью сердца или аневризмой аорты.
- В. Целесообразно ежегодно повторять ультразвуковое дуплексное сканирование для оценки прогрессирования или регресса заболевания у

пациентов с атеросклерозом, у которых ранее был выявлен стеноз более 50% (уровень доказательности С).

- Г. Выполнение ультразвукового дуплексного сканирования целесообразно у неврологически бессимптомных пациентов старше 50 лет, у которых имеются два или более из следующих факторов риска: артериальная гипертензия, гиперлипидемия, курение, семейный анамнез среди ближайших родственников со случаями проявления атеросклероза в возрасте до 60 лет или случаев ишемического инсульта в семейном анамнезе;
- 4) ЗЛ предпенсионного возраста с артериальной гипертонией, не способные достичь самостоятельно или не достигших в силу иных причин целевых уровней АД, в связи с необходимостью оказания им медицинской помощи по подбору адекватной антигипертензивной терапии в условиях дневного или круглосуточного стационара с целью достижения целевых уровней АД и закрепления достигнутого эффекта.

4. Опыт деятельности СП по сопровождению впервые выявленных онкологических больных также указывает на необходимость акцентуации данного подхода в отношении ЗЛ предпенсионного возраста (ЗЛПП), которые в силу комплекса стрессорных факторов могут быть в группе риска по возникновению у них злокачественных новообразований. Особый акцент необходимо сделать:

- 1) на раннем выявлении у ЗЛПП признаков новообразований, что потребует участия СП в информировании о них ЗЛ на их рабочих местах и в трудовых коллективах. Необходимо формирование списков ЗЛ, выразивших желание на углубленное обследование по результатам таких встреч при выявлении у них таковых признаков;
- 2) на формировании у ЗЛПП приверженности на выполнение лабораторных и инструментальных исследований раннего выявления злокачественных новообразований (ЗН): маммографии, онкомаркеров, генетических исследований;

- 3) на включении в ПГГ генетических исследований для групп риска среди ЗЛПП (наличие ЗН у близкого родственника или нескольких, факторы профвредности и др.);
- 4) на выполнении всех контрольных мероприятий по оценке сроков оказания онкопомощи, ее объема и качества с обязательной реакцией на выявленные нарушения их устранением в срочном порядке.

5. Выделение группы ЗЛПП, страдающие сахарным диабетом или имеющие 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).

6. Проработка вопроса выделения отдельного профилактического осмотра и диспансерного приема в предпенсионном возрасте с обязательными составляющими инструментального и лабораторного обследования и отдельной тарификацией.

7. Характер деятельности СП-3 по информированию ЗЛ, формированию приверженности у них к лечению и восстановление их прав требует его присутствия в МО на постоянной основе в отдельном помещении с целью реализации принципа конфиденциальности общения с ЗЛ.

Объявленные цели деятельности СП показывают необходимость совершенствования института СП и внесения ряда изменений в законодательство РФ:

1. Внесение в законодательство об ОМС обязанности или права (полномочия) СМО осуществлять посредством СП деятельность по информированию застрахованных лиц об оказанной им медицинской помощи, требующей повышенной их приверженности к лечению, по умолчанию (т.е. до факта получения письменного отказа от информирования).

2. Внесение в законодательство об ОМС определения страхового представителя СМО и отсылочной нормы о компетенции МЗ РФ или ФОМС по разработке и утверждению положения (регламента) об СП

СМО, его уровнях, компетенциях, правах, обязанностях, принципах взаимодействия с МО.

3. Внесение в законодательство дополнений о правовом регулировании метода очной экспертизы, осуществляемой СП-3:

- внести отдельную новеллу в Закон РФ № 326-ФЗ о предмете, цели и методе очной экспертизы медицинской помощи, в т.ч. очной МЭЭ, что позволит реализовать оперативный механизм защиты прав больного человека;
- внести в Закон РФ № 326-ФЗ отдельную новеллу о праве (обязательстве) страховой медицинской организации осуществлять очную экспертизу медицинской помощи;
- внести изменения в Закон РФ № 323-ФЗ отдельную новеллу о предмете, цели и методе очной экспертизы медицинской помощи;
- внести изменения в нормативные акты МЗ РФ и ФОМС с утверждением четкого конкретного порядка проведения очной экспертизы медицинской помощи, исчерпывающего перечня мероприятий, выполняемых экспертом в процессе очной экспертизы медицинской помощи, а также перечня вопросов, подлежащих разрешению в результате очной экспертизы медицинской помощи.

4. Утвердить нормативные акты различных ведомств (МЗ РФ, Госимущества и др. и аналогичных в субъектах РФ) о безвозмездной аренде помещений в МО для СП, безвозмездной аренде мест для размещения информационных стендов СМО, телефонных аппаратов, терминалов связи с СП, витрин с памятными и расходными информационными материалами для граждан, доступе к административному и дежурному руководству МО с целью своевременного пресечения нарушений прав и законных интересов пациентов.

5. Внести изменения в действующее постановление Правительства РФ от 30.07.1994 г. № 890 о бесплатном обеспечении пациентов, перенесших стентирование коронарных и церебральных сосудов средствами антиагрегантной терапии, начиная с пациентов предпенсионного и раннего пенсионного возраста.

6. Предусмотреть в постановлении Правительства РФ от 04.10.12 г № 1006 особого режима оказания платных услуг в государственных МО пациентам со злокачественными новообразованиями.

7. Внести изменения в нормативные акты о Росздравнадзоре, обязывающие предоставлять по запросу СМО или ТФОМС информации об оказанных МО платных услугах с целью прекращения практики двойной оплаты медуслуг и нарушения права граждан на бесплатную медицинскую помощь в рамках программы ОМС.

Таким образом, задача восстановления нарушаемого права пациента на доступную медицинскую помощь надлежащего качества в процессе ее оказания, решаемая новым институтом системы ОМС – страховым представителем СМО 3 уровня в рамках преобразования рисков пациентов в страховые риски СМО, требует дальнейшего совершенствования действующего законодательства в сфере здравоохранения и ОМС.

#### **Литература**

1. Гришина Н.И. Страховой представитель 3 уровня – актуальная новация системы ОМС // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2018. – № 2. – С. 49-61.
2. Гришина Н.И., Старченко А.А., Тарасова О.В. Страховой представитель 3 уровня – новая фигура системы ОМС // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 2. – С. 57-70.
3. Старченко А.А., Тарасова О.В., Страховой представитель 3 уровня – шаг по пути управления объемами и качеством медпомощи // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 1. – С. 59-61.
4. Старченко А.А. Пациентоориентированность – новый стимул в работе контрольно- надзорных органов сферы здравоохранения // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 2. – С. 10-14.
5. Старченко А.А., Гришина Н.И., Аксенова Н.Л. Система адресного информационного сопровождения онкологических больных в системе ОМС // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 5. – С. 64-69.
6. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для тематических экспертиз медицинской помощи с целью снижения смертности населения: Том 2. – М., 2017. – 184 с.