

## СТРАХОВОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ 3 УРОВНЯ – АКТУАЛЬНАЯ НОВАЦИЯ СИСТЕМЫ ОМС

*Н.И. Гришина, генеральный директор ООО «Росгосстрах-Медицина», Москва*



Н.И. Гришина

19 декабря 2017 г. в Федеральном фонде ОМС состоялось видеоселекторное совещание по вопросам организации работы страхового представителя 3 уровня, давшее старт новому направлению работы СМО и ТФОМС в 2018 г.

Основным документом, регулирующим на данный момент деятельность страховых представителей 3 уровня, является Регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (далее – регламент), утвержденный приказом ФОМС от 11.05.2016 г. № 88.

В соответствии с регламентом страховой представитель 3 уровня – это «специалист-эксперт страховой медицинской организации или эксперт качества медицинской помощи, деятельность которого направлена на работу с письменными обращениями застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение при наличии индивидуального согласия их информационного сопровождения при организации оказания медицинской помощи».

Основные цели деятельности страхового представителя 3 уровня, установленные регламентом –

«предотвращение ухудшения состояния здоровья и формирования приверженности к лечению».

Основные функции страхового представителя 3 уровня (СП-3), предусмотренные регламентом:

- участие в оперативном разрешении спорных ситуаций, возникающих в момент госпитализации, путем взаимодействия с уполномоченными должностными лицами медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;
- организация экспертизы оказания медицинской помощи в момент получения специализированной медицинской помощи для контроля доступности медицинской помощи, соответствия условий ее оказания установленным показателям, соблюдения прав пациента.

Особая значимость этих функций заключается в том, что они позволяют перейти от констатации нарушения прав гражданина в сфере здравоохранения по итогам ретроспективных экспертных мероприятий к решению задачи восстановления нарушаемого права застрахованного лица в процессе оказания медицинской помощи, т.е. до окончания страхового случая. Это в полной мере отвечает принципу

## Реализация страховых принципов в сфере ОМС



### СТРАХОВОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ 3 УРОВНЯ

#### Обеспечение базовых прав пациентов:

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

#### 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 госгарантий бесплатной медицинской помощи;
3. Отказ в бесплатном предоставлении лекарственных препаратов, медицинских изделий, питания – всего, что предусмотрено программой госгарантий бесплатной медицинской помощи (программа ОМС);
4. Нанесение пациенту ущерба здоровью и жизни при оказании медицинской помощи;
5. Потеря трудоспособности при оказании медицинской помощи;
6. Длительное ожидание решения по искам о возмещении материального и морального вреда при оказании медицинской помощи, включенной в программу ОМС.

Переход от констатации нарушения прав гражданина в сфере здравоохранения к **восстановлению нарушаемого права застрахованного лица** – новация современного этапа развития ОМС.

В «РГС-Медицина» с конца 2016 года сформированы Отделы защиты прав застрахованных и информационного сопровождения ОМС, работает 149 врачей-экспертов, реализующих задачи СП 3 уровня по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и клиническим специальностям: онкология, неврология, кардиология и др.

пациентоориентированности и является новацией системы ОМС.

Перечень полномочий СП-3 при выполнении новых функций, установленный разделом IV регламента, предусматривает взаимодействие «с медицинской организацией для уточнения причин выявленных нарушений и принятия оперативных мер, направленных на их устранение». При этом страховые представители наделяются правом официального обращения за содействием к уполномоченным должностным лицам медицинских организаций и получением от них необходимой информации для урегулирования и разрешения спорных ситуаций.

Именно уполномоченные должностные лица медицинских организаций – заведующие отделениями, заместители главного врача, главный врач, – законодательно наделены обязанностями, которые включают:

- разрешение споров между субъектами и участниками системы ОМС;
- принятие управленческих решений, направленных на разрешение конкретной спорной ситуа-

ции и восстановление нарушенных прав конкретного пациента-заявителя;

- принятие управленческих решений, направленных на недопущение аналогичных нарушений прав граждан в будущем.

Таким образом, полномочия СП-3, направленные через взаимодействие с МО на принятие оперативных мер с целью предотвращения нарушения прав и законных интересов застрахованных лиц (права на доступность, надлежащий объем и качество оказываемой медицинской помощи), позволяют ему быть активным участником процесса управления качеством медицинской помощи!

Исходя из предусмотренных для СП-3 целей деятельности, функций и полномочий, исполнять обязанности страховых представителей 3 уровня могут штатные эксперты СМО, имеющие сертификат по специальности «общественное здоровье и организация здравоохранения» и/или сертификат по клинической специальности.

Основным инструментом СП-3 для восстановления нарушаемых прав и законных интересов застрахованных лиц при оказании медицинской помощи является тематическая экспертная деятельность.

Методической основой проведения тематических экспертиз является Карта дефектов медицинской помощи, разработанная в ООО «РГС-Медицина» на основе действующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) в рамках проекта «Независимая медицинская экспертиза – инструмент общественного контроля в сфере здравоохранения России». Цель данного проекта – повысить эффективность контроля качества оказания медицинской помощи посредством формирования института независимой

экспертизы медицинской помощи на базе Национальной медицинской палаты и сформированного в системе ОМС профессионального экспертного сообщества. При реализации проекта использовались средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением президента Российской Федерации от 25.07.2014 №243-рп и на основании конкурса, проведенного Общероссийской общественной организацией «Лига здоровья нации».

Карта дефектов медицинской помощи размещена для практического использования на сайте Национальной медицинской палаты в разделе «Независимая экспертиза НМП» в свободном доступе (<http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=49>), а также и на сайте «РГС-Медицина» (<https://rgs-oms.ru/press/metodicheskie-materialy/>).

Модель старта работы страховых представителей 3 уровня первоначально определяется выбранными условиями оказания медицинской помощи:

- в амбулаторных условиях;
- в стационарных условиях.

При этом в каждом субъекте РФ может быть также выбрана определенная тема для разработки СП-3 уровня на начальных этапах в зависимости от величины и актуальности статистических показателей заболеваемости и смертности от различных заболеваний.

**Рассмотрим модель старта деятельности страхового представителя 3 уровня при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях.**

Исходим из того, что на амбулаторном этапе основная цель деятельности СП-3 – предотвращение ухудшения состояния здоровья – может быть достигнута через реализацию права пациента по ре-

### Пример практической реализации деятельности страхового представителя 3 уровня: ОКС и ОНМК



**ЦЕЛЬ:** Предотвращение ухудшения состояния здоровья на амбулаторном этапе - это реализация права пациента с ОКС и ОНМК по результатам проведенной диспансеризации и диспансерного наблюдения на получение медицинской помощи надлежащего качества, снижающий его индивидуальный риск смерти: своевременное плановое проведение стентирования коронарных, сонных артерий, аорто-коронарного шунтирования (АКШ), каротидной эндартерэктомии и т.д.

**Медицинское основание:** КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ У ПАЦИЕНТОВ С ХИБС (2017) Российского научного общества специалистов по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению.

**3.1.2. Реваскуляризация миокарда улучшает качество жизни пациентов с ХИБС.**

**3.1.3. Реваскуляризации миокарда улучшает прогноз заболевания пациента.**

**КЛАСС I:** Достоверные доказательства и (или) единство мнений экспертов.

**Уровень достоверности А:** Источником данных являются крупные многоцентровые рандомизированные клинические исследования или мета-анализы.

#### 1 этап:

- контроль определения медицинской организацией риска развития фатальных осложнений заболеваний по шкалам сердечно-сосудистого риска смерти,

- контроль диспансерного наблюдения после выписки пациента с ОКС и ОНМК.

**2 этап - контроль направления пациента на консультации к кардиохирургу и нейрохирургу.**

**3 этап - контроль результата:**

- перевод больного из группы высокого риска смерти в группу низкого риска;

- контроль диспансерного наблюдения после выполнения инвазивных вмешательств.

зультатам проведенной диспансеризации получить необходимую медицинскую помощь, радикально меняющую его индивидуальный риск смерти.

Например, при сердечно-сосудистых заболеваниях (атеросклероз, ИБС, АГ, ХСН), выявленных по итогам диспансеризации, к такой медицинской помощи может быть отнесено своевременное проведение стентирования коронарных, сонных артерий, аортокоронарного шунтирования (АКШ), каротидной эндартерэктомии и т.д.

Для решения задачи своевременного получения необходимой помощи по результатам проведенной диспансеризации СП 3 уровня осуществляется:

- 1) контроль направления на второй этап по результатам прохождения первого этапа;
- 2) контроль полноты объема и правильности выбора мероприятий второго этапа диспансеризации;
- 3) контроль диспансерного наблюдения застрахованных лиц с группами здоровья IIIа и IIIб по заболеваниям, имеющим высокую вероятность летального исхода и формирующим лидирующие позиции в смертности населения РФ и т.д.

## Практическая реализация концепции деятельности страхового представителя 3 уровня



Приказом «РГС-Медицина» от 28.12.2017г. №642 определен следующий перечень мероприятий:

**1. Работа с базами данных оказанной медицинской помощи пациентам, перенесшим ОКС и ОНМК, за период с 01.01.2017г. по 31.12.2017г. – формирование выборки:**

- 100% случаев лечения в условиях КС с диагнозами, соответствующими ОКС и ОНМК;
- 100% обращений указанных лиц в АПУ по месту прикрепления/наблюдения;
- 100% случаев обращений указанных лиц за СМП с обострениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССЗ).

**2. Проведение тематических МЭЭ и ЭКМП по отобранным из указанных групп случаям медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях, лицам:**

- с выполненным интервенционным медицинским вмешательством;
- без выполнения интервенционного медицинского вмешательства;
- вызывавшим бригаду СМП в связи с обострением ССЗ более 3-х в течение одного месяца.

**3. Проведение опроса пациентов вышеуказанных групп по типовой форме с целью выявления дефектов преемственности между этапами оказания МП; полноты, своевременности и качества диспансерного наблюдения.**

**4. Участие СП-3 в работе Школ здоровья, Школ правовой грамотности, заседаниях врачебных комиссий медицинских организаций и т.д.**

- 4) контроль постановки на диспансерное наблюдение лиц, выписанных из круглосуточного стационара с диагнозами онкологических заболеваний, оценки объема и качества их дальнейшего динамического наблюдения;
- 5) контроль постановки на диспансерное наблюдение лиц, выписанных из круглосуточного стационара с диагнозами острого коронарного синдрома, острого нарушения мозгового кровообращения, оценки объема и качества их дальнейшего динамического наблюдения;
- 6) контроль случаев частых повторных вызовов скорой медицинской помощи по одному и тому же заболеванию в течение определенного короткого периода времени, в целях последующей организации тематических экспертиз для оценки обоснованности вызовов скорой медицинской помощи и качества амбулаторного наблюдения пациента.

Перечень изложенных задач и действий СП-3 может быть в субъектах РФ расширен и конкретизирован.

Решение этих задач предусматривает анализ баз данных персонализированного учета оказанной медицинской помощи. Такую системную аналитическую работу СП-3 уровня должны осуществлять на основе возможностей современных информационных технологий (программных комплексов по обработке реестров счетов), которые позволят формировать и регулярно актуализировать списки (контингенты) застрахованных лиц, подлежащих дистанционному динамическому наблюдению со стороны СП-3.

Не менее важным аспектом работы СП-3 является и взаимодействие с контингентами застрахованных лиц, которое предусматривает:

- 1) информирование о необходимости прохождения этапов диспансеризации (профилактическое

направление) или явки в медицинскую организацию по месту прикрепления для динамического наблюдения в связи с хроническим заболеванием, о работе пациентских школ (школы диабета, бронхиальной астмы и т.д.);

- 2) получение «обратной связи» о качестве полученных гражданами медицинских услуг, в том числе с помощью анкетирования, проводимого СП-2 уровня, с целью организации и проведения тематических экспертиз;

- 3) информирование застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании медицинской помощи, о плане действий по минимизации созданных рисков (организации необходимой медицинской помощи и т.д.).

Огромное значение в работе СП-3 применительно к амбулаторным условиям имеет правильная постановка функции, направленной на предотвращение ухудшения состояния здоровья граждан.

Конкретные подходы к исполнению этой функции можно рассмотреть применительно к сердечно-

сосудистой патологии (ИБС, артериальной гипертензии, ОНМК и др.), которая занимают первое место среди причин смертности населения РФ.

Исполнение функции предусматривает следующие этапы:

1 этап - контроль правильного определения медицинской организацией риска развития фатальных осложнений заболеваний, требующих необходимых медицинских вмешательств. Например, контроль расчета суммарного сердечно-сосудистого риска осложнений и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний или стратификации риска внезапной сердечной смерти.

2 этап - контроль направления пациента на консультации к специалистам – носителям методов радикального лечения (например, сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, эндоваскулярная диагностика и лечение).

3 этап - контроль результата проведенных вмешательств:

- контроль перевода больного из группы высокого риска фатальных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний в группу низкого риска после выполнения инвазивных вмешательств;

- контроль ведения диспансерного наблюдения после выполнения инвазивных вмешательств.

**На 1 этапе** СП-3 должна проводиться оценка:

- адекватности собранных врачом анамнестических данных пациента, в том числе на основе проведенного анкетирования в соответствии с Методическими рекомендациями Минздрава России от 29.08.2013г. №14-2/10/2-6432 «Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения»;
- правильности определения риска развития фатальных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний на основе шкалы SCORE (табл. 1) и клинических рекомендаций «Стабильная ишемическая болезнь сердца» (2016);
- правильности определения прогностического индекса ИБС по данным коронароангиографии при медикаментозном лечении (табл. 2).

**На 2 этапе** СП-3 должна оцениваться правильность действий лечащего врача по направлению пациента на проведение радикальных методов лечения на основании:

Таблица 1

### Определение риска по шкале SCORE

| Риск СССР          | Оценка риска  |
|--------------------|---|
| Очень высокий риск | - доказанный атеросклероз любой локализации (коронарография, мультиспиральная компьютерная томография и др., перенесенные ИМ, транслюминальная баллонная ангиопластика, аортокоронарное шунтирование, мозговой инсульт, периферический атеросклероз);<br>- СД II и I типа с поражением органов-мишеней (микроальбуминурией);<br>- хроническая болезнь почек (СКФ < 60 мл/мин./1,73 м <sup>2</sup> );<br>- риск SCORE >= 10% |
| Высокий риск       | - значительно повышенные уровни отдельных факторов риска, например АГ высокой степени тяжести или семейная дислипидемия;<br>- риск SCORE >= 5% и < 10%  |
| Умеренный риск     | риск SCORE >= 1% и < 5%   |
| Низкий риск        | риск SCORE < 1%.  |

Таблица 2

## Оценка прогностического индекса

| Распространенность атеросклероза и степень стенозирования КА (% стенозирования) | 5-летняя выживаемость (%) |
|---|---------------------------|
| Поражение 1 КА (75%)  | 93                        |
| Поражение >1 КА (50—74%)  | 93                        |
| Поражение 1 КА (>95%)   | 91                        |
| Поражение 2 КА  | 88                        |
| Поражение 2 КА (оба стеноза >95%)   | 86                        |
| Поражение 1 КА, стеноз в проксимальном отделе ПНА >95%                          | 83                        |
| Поражение 2 КА, стеноз ПНА >95%   | 83                        |
| Поражение 2 КА, стеноз в проксимальном отделе ПНА >95%                          | 79                        |
| Поражение 3 КА  | 79                        |
| Поражение 3 КА, один из стенозов >95%   | 73                        |
| Поражение 3 КА, стеноз в проксимальном отделе ПНА 75%                           | 67                        |
| Поражение 3 КА, стеноз в проксимальном отделе ПНА >95%                          | 59                        |

- российских рекомендаций Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) «Диагностика и лечение стабильной стенокардии» (Российский национальный конгресс кардиологов (Москва, 2008), в соответствии с которыми «антиангинальную терапию считают эффективной, если удается стенокардию устранить полностью или перевести больного из более высокого ФК в I ФК при сохранении хорошего качества жизни»;
- клинических рекомендаций «Стабильная ишемическая болезнь сердца» Российского кардиологического общества, Национального общества по изучению атеросклероза (2016), которыми предусмотрено:
  1. Выявление, 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.

2. При недостаточно эффективной оптимальной медикаментозной терапии рекомендуется направить больного на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу для определения возможной реваскуляризации миокарда (ПАС).

Этими же клиническими рекомендациями установлены критерии отсутствия преимущественности медицинской помощи при наличии диагноза «стабильная стенокардия», на основании которых СП-3 также может оценить качество диспансерного наблюдения пациентов с указанным диагнозом. Такими критериями являются:

- отсутствие назначения и/или результатов мониторинга ЭКГ;
- отсутствие эпикриза при суммарной продолжительности ишемии миокарда в минутах по данным мониторинга ЭКГ более 60 минут;
- отсутствие направления на консультацию к специалисту по эндоваскулярным вмешательствам или кардиохирургу для выполнения

коронароангиографии или реваскуляризации при суммарной продолжительности ишемии миокарда >60 минут;

- отсутствие в формулировке диагноза функционального класса стабильной стенокардии;
- отсутствие контроля за изменением функционального класса после 3 месяцев антиангинальной терапии;
- отсутствие направления на консультацию к сердечно-сосудистому хирургу, специалисту по эндоваскулярным вмешательствам для выполнения коронароангиографии или реваскуляризации при отсутствии перехода пациента из более высокого ФК в I ФК в течение 3 месяцев антиангинальной терапии;
- несвоевременность постановки на диспансерный учет лиц с впервые выявленными хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями, а также имеющих высокий риск их развития, подлежащих динамическому наблюдению в соответствии с Приказом Минздрава России от 21.12.2012 N 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения»;
- отсутствие протоколов диспансерных осмотров и/или констатации в них обоснованности отказа от консультаций у врачей-специалистов (приказ МЗ РФ от 21.12.12 г. № 1344н) и полноты проведения медицинскими работниками обязательных мероприятий в рамках диспансерного приема (осмотра, консультации) согласно приказу Минздрава России от 21.12.2012 N 1344н).

Действующие клинические рекомендации определяют тактику поведения СП-3 и при сопровождении в амбулаторных условиях застрахованных лиц с сосудистыми нарушениями мозгового кровообращения.

### Промежуточные результаты деятельности СП-3 при сопровождении пациентов, перенесших ОКС и ОНМК в 2017 году



1. По результатам проведенного анализа баз данных пролеченных пациентов за 2017г. выбрано:  
**-19,7 тыс. пациентов, которым было проведено интервенционное медицинское вмешательство;**  
**-82,7 тыс. пациентов, которым не было проведено интервенционное медицинское вмешательство;**  
**-5 тыс. пациентов, которые в течение 2017г. вызвали бригаду СМП в связи с обострением ССЗ более 3-х раз в течение одного месяца.**
2. По состоянию на 05.02.2018 г. получено **7 078** заполненных анкет пациентов, перенесших ОКС и ОНМК в 2017 г., об удовлетворенности медицинской помощью.
3. Для проведения тематических экспертиз были отобраны случаи обращений в МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, пациентов, перенесших ОКС и ОНМК - как до стационарного лечения, так и после него согласно определенным группам. Предварительные результаты представлены в таблице.
4. Информирование ФФОМС, ТФОМС, органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций с предложениями принятия конкретных управленческих решений.

|  | ОКС    | ОНМК   |
|--|--------|--------|
| Количество пациентов   | 8 834  | 8 613  |
| Количество случаев оказания медицинской помощи   | 34 653 | 21 659 |
| Количество проведенных тематических МЭЭ (на 02.02.2018г.)  | 17 746 | 8 421  |
| Количество проведенных тематических ЭКМП (на 02.02.2018г.)   | 8 479  | 5 917  |
| Количество лиц, не поставленных на диспансерный учет в соответствии с требованиями приказа Минздрава России №1344н |        |        |
| Количество выявленных дефектов медицинской помощи  |        |        |

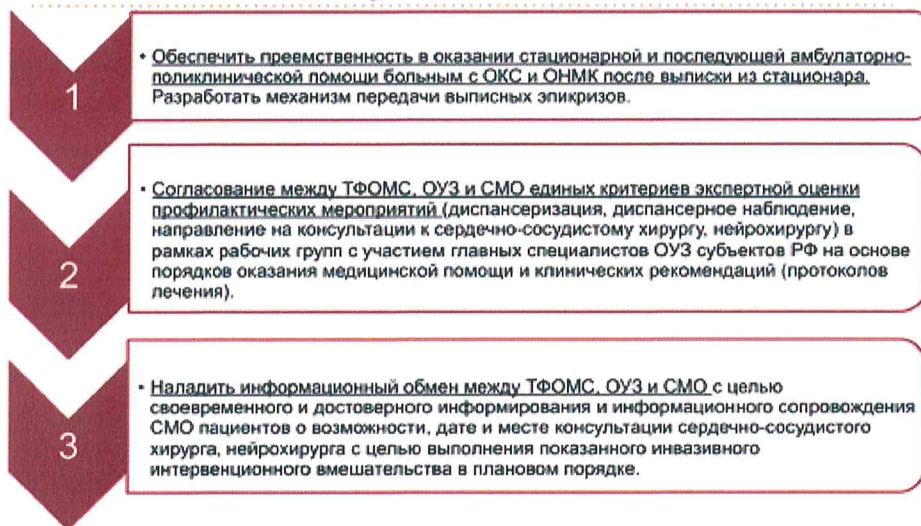
Например, клиническими рекомендациями «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых» (2015) четко предусмотрены показания к радикальным инвазивным вмешательствам после перенесенного ОНМК.

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.

Указанные клинические рекомендации позволяют сформулировать следующие критерии отсутствия преимущества при наличии в анамнезе диагноза ОНМК и транзиторной ишемической атаки (ТИА), на которые должен опираться СП-3:

- отсутствие направления пациента с ОНМК в анамнезе и/или признаками ТИА в анамнезе на консультацию к сердечно-сосудистому хирургу

### Предложения СМО по принятию управленческих решений с целью оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с ОКС и ОНМК после выписки из стационара



или интервенционному эндоваскулярному специалисту для определения степени стеноза сонных артерий;

- отсутствие направления на ультразвуковое дуплексное сканирование пациента с признаками ТИА в анамнезе;
- отсутствие учета степени стеноза внутренней сонной артерии, гомолатеральной признакам ТИА или ОНМК в анамнезе;
- отсутствие направления на ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий при наличии у пациента облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей, ишемической болезни сердца или аневризмы аорты, шума, аускультативно выслушиваемого над сонными артериями;
- отсутствие в протоколах осмотров диспансерного учета больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями данных о наличии или отсутствии шума, аускультативно выслушиваемого над сонными артериями;
- отсутствие в данных протоколах осмотров диспансерного учета указания на наличие 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;

- отсутствие направления на ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий пациента старше 50 лет при выявлении факторов риска;
- отсутствие направления пациента с ОНМК в анамнезе и/или признаками ТИА в анамнезе на консультацию к сердечно-сосудистому хирургу или эндоваскулярному специалисту для определения показаний к каротидной ангиопластике со стентированием или каротидной эндартерэктомии;
- отсутствие формулировки патогенетического подтипа ишемического инсульта в анамнезе, определяющего тактику диспансерного ведения.

Особое значение в работе страхового представителя 3 уровня, направленной на предотвращение ухудшения состояния здоровья граждан, занимает информирование различных субъектов и участников системы ОМС.

1. Застрахованных лиц, прошедших диспансеризацию или профмедосмотр, которым установлена группа здоровья 3а, 3б и/или лиц, состоящих на диспансерном учете в связи с хроническим заболеванием, СП-3 информирует о необходимости посещения/наблюдения у врача-терапевта по месту прикрепления в медицинской организации для получения необходимых рекомендаций, направления на дополнительное обследование.
2. Медицинскую организацию: о выявленных в результате тематических контрольных мероприятий фактах, свидетельствующих о необходимости направления граждан на 2 этап диспансеризации



по результатам 1-го или фактах систематического непроведения диспансерного наблюдения лиц с хроническими заболеваниями.

3. Орган управления здравоохранением и региональный сосудистый центр: о необходимости выполнения консультаций нейрохирурга, кардиохирурга и др. для группы застрахованных лиц, находящихся на диспансерном наблюдении.
4. ТФОМС: об объемах необходимой консультативной помощи.

С целью формирования и повышения приверженности пациентов лечению при наличии эффективного взаимодействия с медицинской организацией с передачей в адрес СП-3 графика приема специалистами-консультантами возможна организация своевременного информирования гражданина о согласованной с МО дате его визита к лечащему врачу, или консультанту-нейрохирургу, кардиохирургу, эндокринологу, в МРТ-кабинет, КТ-кабинет, УЗИ-кабинет.

**Вторая модель старта деятельности страхового представителя 3 уровня предусматривает конкретизацию его действий в отношении застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях.**

Для пациентов с ОКС и ОНМК действия СП-3, направленные на предотвращение развития осложнений, целесообразно в первую очередь локализовать на уровне региональных сосудистых центров, для пациентов с онкологическими заболеваниями – на уровне онкодиспансеров.

В онкодиспансере действия СП-3 должны быть направлены на профилактику нарушений и восстановление прав застрахованного лица:

- на своевременную госпитализацию: 15 календарных дней с даты установления предварительного

**Контроль предотвращения ухудшения состояния здоровья в амбулаторных условиях включает информирование**

**Застрахованных лиц (ЗЛ), с группами здоровья 3а, 3б и лиц, состоящих на диспансерном учете - о необходимости посещения / наблюдения у врача-терапевта по месту прикрепления для получения необходимых рекомендаций.**

**Медицинских организаций (МО) - о выявленных фактах, свидетельствующих о необходимости направления ЗЛ на 2-й этап диспансеризации по результатам 1-го или фактах систематического отсутствия диспансерного наблюдения.**

**Органов управления здравоохранением и МО региональных сосудистых центров: о необходимости выполнения консультаций нейрохирурга, кардиохирурга и др. для группы застрахованных лиц, находящихся на диспансерном наблюдении.**

**ТФОМС: об объемах необходимой консультативной помощи.**

**СП-3: Предотвращение ухудшения состояния здоровья граждан при оказании медицинской помощи в стационарных условиях**

**1. Для пациентов с ОКС и ОНМК - данная задача решается СП-3 в региональном сосудистом центре: контроль исполнения Порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения).**

**2. Для пациентов с онкологией - данная задача решается СП-3 в онкодиспансере на предмет соблюдения и восстановления прав:**

- на сроки цикловой химио- и таргетной терапии;
- на своевременность госпитализации (15 календарных дней)
- на своевременность выполнения гистологического исследования (15 рабочих дней);
- на медицинскую помощь в соответствии с клиническими рекомендациями Ассоциации онкологов России.



**СП-3: Формирование у пациентов приверженности лечению**

**1. Обращение СП-3 напрямую к пациенту:**

**1. С вопросами о причинах не прохождения 2-го этапа диспансеризации: не явки на диспансерное наблюдение, частых вызовов СМП в течение месяца:**

**- акцентируется внимание пациента на необходимость посещения врача-терапевта;**  
**- акцентируется внимание врача-терапевта на необходимость динамического наблюдения, планового стационарного лечения, включая направление пациента в специализированные МО.**

**2. Информирование о собраниях школ здоровья по конкретной патологии, информирование о правах пациентов и приверженности лечению на собраниях школ здоровья.**

диагноза новообразования или 10 календарных дней с даты гистологической верификации злокачественного новообразования (Приказ МЗ РФ от 15.11.12 г. № 915н);

- на соблюдение сроков цикловой химиотерапии и таргетной терапии;
- на соблюдение сроков выполнения патолого-анатомических исследований (верификация): 15 рабочих дней с даты поступления биопсийного материала.

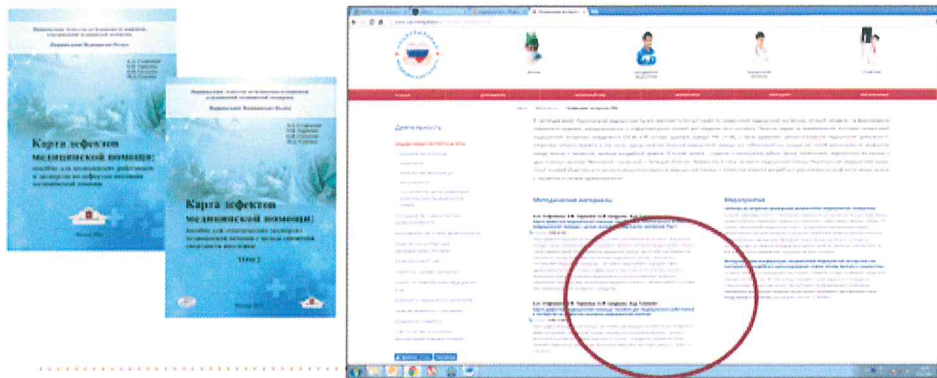
С целью повышения эффективности деятельности СП-3 представляется важным при наличии у него сертификата по специальности «общественное здоровье и организация здравоохранения» наделять его полномочиями, позволяющими осуществлять оперативный контроль, в т.ч. очную экспертную функцию за оказанием медицинской помощи.

В рамках очной медико-экономической экспертизы (МЭЭ) СП-3 сможет осуществлять контроль исполнения МО характеристик качества медицинской помощи по показателям своевременности ее

## Основной инструмент восстановления нарушаемых прав застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи – тематическая экспертная деятельность



Методической основой проведения тематических экспертиз является «Карта дефектов медицинской помощи...», разработанная в «РГС-Медицина» на основе действующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения), размещена для использования на сайте Национальной Медицинской Палаты в свободном доступе.



оказания, утвержденным законодательством РФ (п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ; п. 4 ст. 40 Закона РФ № 326-ФЗ), порядками оказания медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями.

Например, критерием ненадлежащего качества оказания медицинской помощи при ОНМК является несоблюдение сроков выполнения различных диагностических исследований, предусмотренных Порядком оказания медпомощи по ОНМК (Приказ МЗ РФ от 15.11.12 г. N 928н):

«20. Определение содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ производится в течение 20 минут с момента забора крови, после чего результат передается дежурному врачу-неврологу Отделения.

23. Время с момента поступления больного с признаками ОНМК в Отделение до получения дежурным врачом-неврологом Отделения заключения КТ-исследования или МРТ-исследования головного мозга и исследования крови составляет не более 40 минут.

25. Больным, у которых по заключению КТ- или МРТ-исследования установлены признаки гемор-

рагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ-исследования, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

29. В палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии Отделения в течение всего срока пребывания каждого больному с ОНМК проводятся:

- мониторинг неврологического статуса (не реже 1 раза в 4 часа, при необходимости чаще);
- мониторинг соматического статуса, включающий контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза (не реже 1 раза в 4 часа, при необходимости чаще)».

При невыполнении требований Порядка, установленных в ходе очной МЭЭ, СП-3 вправе от МО потребовать немедленного их исполнения, а также одновременно составить Акт МЭЭ, в котором констатировать код дефекта 3.2.3 «Несвоевременное выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания».

Совершенно очевидно, что невыполнение этих строгих нормативов является риском прогрессирования имеющегося заболевания, в противном случае эти критерии не были бы утверждены Минздравом России или Ассоциацией специалистов в клинических рекомендациях с высокой степенью доказательств. Для установления факта невыполнения этих строгих нормативов отсутствует необходимость привлечения экспертов КМП по клинической специальности, вполне достаточно квалификации СП-3,

Таблица 3

| № п/п | Критерии качества   | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар  | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена компьютерная томография головы или магнитно-резонансная томография головы с описанием и интерпретацией результата не позднее 40 минут от момента поступления в стационар        | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена компьютерно-томографическая ангиография и/или магнитно-резонансная ангиография и/или рентгеноконтрастная ангиография церебральных сосудов (при субарахноидальном кровоизлиянии) | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено определение уровня глюкозы в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар  | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено определение уровня тромбоцитов в крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар   | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено определение международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени не позднее 20 минут от момента поступления в стационар            | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнена консультация врача-нейрохирурга не позднее 60 минут от момента установления диагноза внутричерепного кровоизлияния  | Да/Нет            |
| 10.   | Начато лечение в условиях блока (палаты) интенсивной терапии или отделения реанимации не позднее 60 минут от момента поступления в стационар  | Да/Нет            |
| 11.   | Выполнено стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар  | Да/Нет            |
| 12.   | Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIH не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                 | Да/Нет            |
| 13.   | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислородом в крови, диуреза)   | Да/Нет            |
| 14.   | Начата индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной коррекцией  | Да/Нет            |
| 15.   | Выполнено определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST   | Да/Нет            |
| 17.   | Начата медицинская реабилитация не позднее 48 часов от момента поступления в стационар  | Да/Нет            |
| 18.   | Выполнена оценка по шкале Рэнкин в первые 24 часа от момента поступления в стационар и на момент выписки из стационара  | Да/Нет            |
| 19.   | Оценка по шкале Рэнкин уменьшилась не менее чем на 1 балл за время пребывания в стационаре  | Да/Нет            |
| 20.   | Отсутствие пролежней в период госпитализации  | Да/Нет            |
| 21.   | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации  | Да/Нет            |

имеющего сертификат по специальности «общественное здоровье и организация здравоохранения».

В подобных ситуациях действия СП-3 аналогичны действиям и полномочиям главного врача (заместителя главного врача по лечебной работе), которые, также являясь специалистами по специальности «общественное здоровье и организация здравоохранения», вправе за неисполнение требований порядков и клинических рекомендаций применить к лечащим врачам дисциплинарные взыскания.

Привлекать экспертов КМП по клинической специальности необходимо, если дефект с кодом 3.2.3 применяется в части констатации причинения ухудшения состояния или причинения возникновения нового заболевания у конкретного пациента, т.е. при выводах о наличии причинно-следственных связей.

СП-3 в рамках очного экспертного контроля может оценить качество медицинской помощи не только по характеристикам своевременности ее оказания, но и по некоторым другим однозначным критериям, выработанным и утвержденным ассоциациями специалистов в клинических рекомендациях.

Таковыми однозначными (типа «да-нет»), не имеющими в качестве условия выполнения показаний или противопоказаний, могут быть критерии правильности выбора методов диагностики и лечения (п.21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ), утвержденных приказом МЗ РФ № 203н.

Например: «3.9.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром нарушении мозгового кровообращения (коды по МКБ-10: I60 - I63; G45; G46) (См. табл. 3)

Полный перечень критериев, которые СП-3 при наличии сертификата по специальности «общественное здоровье и организация здравоохранения» могут оценивать в рамках очных экспертных мероприятий, целесообразно сформировать на коллегиальной основе с участием страхового медицинского сообщества, а также представителей пациентских организаций и утвердить нормативным актом в установленном порядке.

**Крайне важным аспектом деятельности страхового представителя 3 уровня является и формирование приверженности пациентов лечению.**

Приверженность пациента лечению во многом формируется при демонстрации заботы и внимания к нему со стороны врача.

Обращение СП-3 напрямую к пациенту с вопросами о причинах непрохождения 2-го этапа диспансеризации или неявки в установленное время на динамическое наблюдение в связи с хроническим заболеванием формирует и/или повышает у граждан приверженность лечению по аналогии демонстрации внимания к нему со стороны лечащего врача.

Например, на первых этапах задача по формированию приверженности лечению может быть реализована СП-3 по сегменту застрахованных лиц, отобранных по результатам анализа реестров счетов, как часто вызывающих СМП в течение месяца:

- акцентируя внимание пациента на необходимости посещения врача поликлиники с целью информирования врача о состоянии здоровья, коррекции терапии и получения новых рекомендаций;

- акцентируя внимание врача-терапевта на необходимости динамического наблюдения, планового стационарного лечения, включая направление пациента в специализированные медицинские центры (в т.ч. высокотехнологичные).

При наличии у СП-3 информации о графике работе школ здоровья, функционирующих на базе медицинских организаций, формирование приверженности лечению возможно через информирование пациентов о необходимости посещения школ здоровья по конкретной патологии, а также через выступления СП-3 на собраниях школ здоровья.

Формирование приверженности лечению обеспечивается и при разъяснении СП-3 застрахованному лицу результатов проведенной экспертизы с акцентом на качество оказанной ему медпомощи, обоснованность и необходимость приема назначенных ему лекарственных препаратов, выполнения рекомендаций врача, соблюдения принципов здорового образа жизни.

Подтвержденное СП-3 по результатам экспертизы качество оказанной застрахованному лицу помощи одновременно является и подтверждением высокого профессионального уровня лечащего врача и правильности его выбора пациентом.

Выявленные по результатам экспертизы дефекты, особенно в случаях, когда они в работе лечащего врача масштабируются и тиражируются, могут быть основанием для рекомендаций по смене лечащего врача или даже замене медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи.

Изложенные действия СП-3 не только согласуются с достижением цели по предотвращению ухудше-

ния состояния здоровья пациента и формированию его приверженности лечению, но и поддерживают государственную политику, направленную на развитие конкуренции медицинских организаций за пациентов, объемы медицинской помощи и финансовых средств ОМС. Такая конкуренция объективно основывается на качестве оказываемой медицинской организацией медицинской помощи и является важнейшим принципом пациентоориентированной системы здравоохранения и системы управления качеством медицинской помощи в сфере ОМС.