

Старченко А.А.

**ЭКСПЕРТ КАЧЕСТВА МЕДПОМОЩИ СМО,
сопредседатель комитета независимой медицинской экспертизы
НП «Национальная медицинская палата»,
член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре,
профессор МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
доктор медицинских наук, профессор**

Конгресс

«Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения»

**Страховые медицинские компании и защита прав
пациентов.**

Место пациента в системе ОМС.

Как реализуются права пациентов в системе ОМС?

МОСКВА

30 октября 2017 г.

СТРАХОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ДЛЯ СИСТЕМЫ ОМС: ² **ПРЕОБРАЗОВАНИЕ РИСКОВ ПАЦИЕНТОВ В ФИНАНСОВЫЙ РИСК СМО**

Базовые права пациентов, которые нуждаются в защите:

- 1. Право на доступность медицинской помощи во всех ее формах и видах.**
- 2. Право на надлежащее качество медицинской помощи во всех**
- 3. Право на бесплатную медицинскую помощь в пределах конституционных гарантий.**

К страховым рискам пациентов относятся:

- отказ в оказании медицинской помощи;

- навязывание платных услуг, которые могут быть оплачены СМО, т.к. включены в программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;

- отказ в бесплатном предоставлении лекарственных препаратов, медицинских изделий, питания – всего, что предусмотрено программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (программа ОМС);

- возможность нанесения пациенту ущерба здоровью и жизни при оказании медицинской помощи;

- возможность потери трудоспособности при оказании ему медицинской помощи;

- возможность остаться без средств при затяжных судебных процессах по искам о возмещении материального и морального вреда при оказании медицинской помощи, включенной в программу ОМС.

Это далеко не исчерпывающий список рисков.

СТРАХОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ДЛЯ СИСТЕМЫ ОМС: ³ **ПРЕОБРАЗОВАНИЕ РИСКОВ ПАЦИЕНТОВ В ФИНАНСОВЫЙ РИСК СМО**

Риски пациентов должны быть компенсированы новыми страховыми принципами, которые, в свою очередь, распределяют указанные выше риски пациентов на плечи профессиональных СМО:

I. ФЕДЕРАЛИЗАЦИЯ СМО – постепенный поэтапный переход к введению необходимости СМО иметь офисы (филиалы, представительства) в 2/3 субъектов РФ, независимо от наличия или отсутствия в этих субъектах РФ застрахованных лиц. Это финансовый риск для СМО - вести ОМС в субъекте при малом числе или отсутствии застрахованных лиц. Но это – предотвращение риска для застрахованного лица, оказавшегося в данном субъекте РФ (командировка, отпуск) оказаться без медицинской помощи в отсутствие поддержки страховой компании. Этот страховой принцип можно назвать – федерализация СМО.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ договора между ФФОМС и СМО – передача проблемы защиты прав пациентов на уровень Федерации.

II. Досудебное возмещение материального вреда застрахованному лицу, нанесенного навязыванием ему платных медицинских услуг, включенных в программу ОМС – досудебное возмещение пациенту затрат из целевых средств с последующей возможностью МО обжаловать данное изъятие в суде.

III. Досудебное возмещение материального вреда застрахованному лицу, нанесенного ему обязательством оплатить лекарственные препараты и медицинские изделия, включенные в программу ОМС.

Право пациента на надлежащее качество медпомощи реализуется через механизм экспертизы

«...С самого начала моего врачебного поприща я принял за правило: не скрывать ни моих заблуждений, ни моих неудач, и я доказал это, обнародовав все мои ошибки и неудачи...».

«...Я видел, как многие опытные практические врачи ... ошибались, и сам я так часто ошибался...».

«Я хочу написать не простую статью, не изложение некоторых интересных историй болезни, но осуществить выполнение своих излюбленных размышлений путем правдивого, открытого признания в своих ошибках и посредством раскрытия запутанного механизма их избавить своих учеников и начинающих врачей от повторения».

Николай Иванович Пирогов

Актуальность: уголовно-судебный этап

«Каждые 40 минут в российские суды направляется прокурорский иск о защите прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь» - заявил 29 апреля 2014 года Генеральный прокурор России Ю.Я. Чайка, выступая с докладом на заседании Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации.

В выступлении были затронуты в том числе вопросы действенности прокурорского надзора за соблюдением прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь – так, например, в течение минувшего года только в интересах наименее социально защищенных слоев населения прокурорами было направлено в суды 12 тыс. исков.

К судебной защите прав на охрану здоровья регулярно прибегают и сами граждане, а также их полномочные и законные представители. В отношении лиц, признанных виновными в неоказании (ненадлежащем оказании) медицинской помощи, **каждый год в среднем постановляется около 100 обвинительных приговоров.**

ЗАДАЧА - решение проблемы пациента на досудебном этапе:⁶

«... и волки сыты, и овцы целы!»

СМО в существующем ГРАЖДАНСКОМ законодательстве находятся в неантагонистических противоречиях с медицинскими организациями, деятельность которых подвергается экспертному контролю со стороны СМО.

Диалектика неантагонистических противоречий требует нахождения консенсуса в пользу третьего лица – застрахованного лица, пациента при минимальном ущербе для причинившей вред пациенту стороне - МО:

«Кто не против Вас, тот ЗА ВАС!»

СМО НЕ С ВАМИ, НО НЕ ПРОТИВ ВАС И, следовательно, ЗА ВАС!

Правоотношения в УГОЛОВНОМ законодательстве антагонистичны: следователь видит в обвиняемом преступника!

Антагонизм – это баррикада: «КТО НЕ С НАМИ, ТОТ ПРОТИВ НАС!».

Компромисс практически не возможен, т.к. он предлагается в единственной для врача форме: признать свою вину и быть осужденным в особом уголовном производстве с минимальным наказанием!

Кто выиграет от такого антагонизма? Врач проиграет в любом случае, даже если его после 2-3 лет юридического стресса признают невиновным.

Пациент проиграет также: осужденный врач вряд ли компенсирует затраты на лечение!

т.к. без врача не может существовать пациент!

Экспертиза СМО в системе ОМС – это неантагонистическое противостояние:

- 1) его главный принцип – поиск компромисса во имя сохранения оставшегося здоровья пациента и сохранения в рабочем состоянии врача: «Кто не против вас, тот за вас», имея ввиду, что спор идет не с врачом лично – СМО не против врача лично, а с его работодателем, т.е. юридическим лицом! В уголовном суде – лично против врача!**
- 2) спор о качестве медицинской помощи происходит не в следственном комитете, а в родной медицинской организации с возможностью приглашения помощников (зав. отделением, сотрудников кафедр и т.д.);**
- 3) спор происходит с профессионалом, а не со следователем, т.е. предмет спора соответствует компетенции спорящих;**
- 4) предусмотрена возможность обжалования выводов эксперта СМО в ТФОМС;**
- 5) имеется возможность в добровольном порядке без огласки и нанесения вреда собственной репутации выплатить справедливое возмещение;**
- 6) возможно и «внеденежное» разрешение спора – помощью в получении санаторной путевки, госпитализации в иное медучреждение и др. акты милосердия, понимания и помощи к пострадавшему больному. СМО всегда в таком подходе будет помощником, т.к. заинтересован в удовлетворении интересов своего застрахованного лица;**
- 7) окончательное решение принимает гражданский суд, который также предусматривает цивилизованный спор на принципах равноправия сторон, о котором можно лишь мечтать в уголовном судопроизводстве;**
- 8) сохранено «лицо» лечащего врача и возможность для пациента последующего обращения, конфликт не носит личного характера и исключает месть!**

Уголовная актуальность:**КОЛЛЕГИЯ СК РФ по вопросам организации работы по расследованию ятрогенных преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи.****29 сентября 2016 г.**

Председатель СК России А. Бастрыкин привел статистические данные о преступлениях указанной категории, отметив, что: *«в 2015 году потерпевшими от ятрогенных преступлений признаны 888 человек. Из них вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи погибло 712 человек, в том числе 317 детей. В 2016 году из 352 человек, погибших вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи – 142 ребенка». «В первом полугодии 2016 года в следственные органы Следственного комитета Российской Федерации поступило 2 516 сообщений о преступлениях, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи, по результатам их рассмотрения возбуждено 419 уголовных дел», - уточнил А. Бастрыкин.*

Председатель СК России потребовал от подчиненных всестороннего исследования обстоятельств гибели пациентов в каждом конкретном случае. А для того, чтобы оперативно получать информацию о совершенных ятрогенных преступлениях, он указал подчиненным на необходимость **заключения соглашений о сотрудничестве с Росздравнадзором**, который осуществляет контроль и за порядком проведения медицинской экспертизы, и за соблюдением стандартов качества медицинской помощи.

По итогам коллегии был выработан ряд конкретных мер, направленных на совершенствование расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи.

Исключение из правил ОМС (приказ МЗ и СР РФ № 158н) пункта «3.11.⁹ Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания)» создало предпосылки перевода ЯТРОГЕНИИ из гражданского законодательства в УГОЛОВНОЕ:

11.09.17 г. Следственный комитет РФ совместно с Санкт-Петербургским государственным университетом разработают концепцию по предупреждению неосторожных преступлений против жизни и здоровья, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Об этом сообщила официальный представитель СК РФ С. Петренко.

Соглашение о сотрудничестве было подписано председателем СК РФ А. Бастрыкиным и ректором СПбГУ Н. Кропачевым по итогам встречи в Санкт-Петербурге.

«В рамках сотрудничества будет осуществляться совместная деятельность по подготовке высококвалифицированных специалистов, научное и методическое взаимодействие по вопросам, связанным с деятельностью СК России, включая проведение совместных исследований, проведение симпозиумов, семинаров и конференций с участием представителей сторон и студентов университета, разработку концепции по предупреждению ятрогенных преступлений, а также взаимодействие по иным вопросам», - сказал представитель ведомства».

04 Октября 2017 года в Следственном комитете РФ состоялось совещание по вопросам ¹⁰ расследования ятрогенных преступлений.

Председатель СК РФ А. Бастрыкин уверен, что «следственные органы обязаны немедленно реагировать на сигналы о врачебной халатности, качественно и в короткие сроки расследовать такие уголовные дела, а также в полном объеме информировать органы здравоохранения и общественность о причинах и условиях совершения ятрогенных преступлений в целях их исключения в медицинской практике».

Участники совещания отметили, что зачастую достаточно сложным является вопрос квалификации ятрогенных преступлений. В большинстве случаев преступления медицинских работников квалифицируются по ст.109 УК РФ - причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Это достаточно общая формулировка, к тому же у следователя часто возникает сложный выбор между несколькими нормами уголовного закона, которые соответствовали бы совершенному деянию и наступившим последствиям. В этой связи предложено разработать проект изменений в Уголовный кодекс в части введения специальной нормы, предусматривающей ответственность за совершение преступлений, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Подобная норма позволит объективно оценивать динамику преступлений, совершенных медицинскими работниками, выяснять обстоятельства совершения таких преступлений не только по конкретному уголовному делу, но и в региональном масштабе, снимет возникающие на практике спорные вопросы квалификации.

По итогам совещания Председатель СК России поручил Академии Следственного комитета РФ и подразделению процессуального контроля центрального аппарата ведомства подготовить предложения по внесению изменений в законодательство, проработать меры, которые помогут оперативно фиксировать и расследовать ятрогенные преступления.

Частота дефектов в здравоохранении «в мировом масштабе» (S. Stender, 2012)

Исследование/страна	Авторы, год публикации	Год исслед.	Число пациенто в	Частота дефектов
Гарвардская медицинская практика	Brennan TA, Leape LL и соавт; 1991	1984	30195	27,6
Юта-Колорадо (США)	Thomas и соавт; 2000	1992	14052	2,9
Качество здравоохранения в Австралии	Wilson и соавт; 1995	1992	14179	16,6
Новая Зеландия	Davis и соавт; 2002	1998	6579	11,2
Великобритания	Vincent и соавт; 2001	1999	1014	10,8
Канада	Baker и соавт; 2004	2002	3745	7,5
Франция	Michel и соавт; 2007	2004	8754	6,6
Великобритания	Sari и соавт; 2007	2004	1006	8,7
Испания	Aranaz-Andre и соавт; 2008	2005	5624	8,4
Нидерланды	Zegres и соавт; 2009	2006	7926	5,7
Швеция	Soop и соавт; 2009	2006	1967	12,3

По данным одного из докладчиков конгресса «Человек и лекарство» (2006), академика А.Г. Чучалина, **практически каждый третий диагноз ставится отечественными врачами неверно.** Для сравнения, в США процент врачебных ошибок составляет 3-4%, в Великобритании – 5%, во Франции – 3%.

По словам А.Г. Чучалина, россияне вынуждены платить непомерно высокую цену за непрофессионализм медицинских работников. **Так, из-за неправильного или несвоевременного диагноза в России умирают 12% больных пневмонией.** Из-за плохой организации врачебного контроля за артериальной гипертонией Россия лидирует среди развитых стран по числу инсультов. Из-за недостатка знаний врачи первичного звена выявляют только 30% пациентов, нуждающихся в высокотехнологичной медпомощи.

Отечественные врачи часто не имеют представления о новых методах диагностики и лечения, лекарственных препаратах, не умеют работать с компьютером и не прилагают никаких усилий к повышению своего профессионального уровня.



НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ (НПЛ)



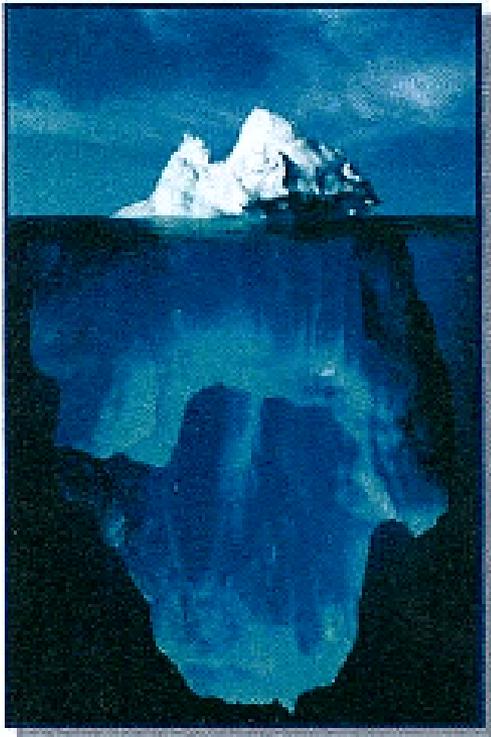
О.В.Зайратьянц, МГМСУ им. А.И.Евдокимова, 2013 г.

Панель задач: Поиск, Настройка, Безопасность и Центр - Adobe Reader

Файл Редактирование Вид Видовые панели Инструменты Поиск Сервис

27 1:28 100%

ПРИ ЖИЗНИ
НЕ
ДИАГНОСТИРУЕТСЯ
более 30%
НПЛ

An image of an iceberg floating in the ocean. The tip of the iceberg is visible above the water surface, while the much larger, submerged part is hidden below. This visual metaphor represents the statistic that more than 30% of Non-Productive Losses (НПЛ) are not diagnosed during life.

Оформление Свойства История Поиск Компьютер Интернет

RU 1 27 12:18

надлежащее качество медпомощи реализуется через механизм экспертизы

КОМУ ДОВЕРИТЬ Экспертизу качества медпомощи ?

1. Главному внештатному эксперту регионального органа управления здравоохранением?

ГКБ: лечение больного с открытой ЧМТ и гнойным менингоэнцефалитом – эритромицином...

Дефекты эксперта СМО: «2) нарушение стандарта лечения пациента: неадекватная эмпирическая антибиотикотерапия («Неотложная нейрохирургия»: *«Макролиды практически не проникают через ГЭБ даже при воспалении»*); назначенные препараты не имеют отметок об их выполнении в карте интенсивной терапии). Развившийся и прогрессирующий менингоэнцефалит – результат неадекватной антибиотикотерапии препаратом, не проникающим через

при воспалении.

Мнение главного нейрохирурга субъекта РФ – соавтора

руководства «Неотложная нейрохирургия»: **дефектов**

В.В. Лебедев, В.В. Крылов
**НЕОТЛОЖНАЯ
НЕЙРОХИРУРГИЯ**
РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

1. Главному внештатному эксперту регионального органа управления здравоохранением?

ГКБ: Операция аппендэктомии. Больной в послеоперационном периоде жалуется на сильные боли в животе в течение вечера и всей последующей ночи.

Только утром выполненная релапаротомия – в брюшной полости 3,5 л крови.

Заключение эксперта СМО: соскальзывание лигатуры с крупного сосуда брыжеечки аппендикса.

Заключение главного хирурга субъекта РФ – криптогенное кровотечение, дефект КМП отсутствует.

1. Региональному органу управления здравоохранением?

ЭКСПЕРТ СМО: оказание услуги «протезирования без протеза» незаконна.

Ответ Минздрава субъекта РФ: тариф на медуслугу «Протезирование коленного (тазобедренного) сустава» в системе ОМС не включает стоимости эндопротеза.

Вопрос: в чем потребительная ценность услуги протезирования сустава без самого протеза?

Налицо: 1) прокоррупционная активность: стоимость протеза произвольна и не снижается непроведенными конкурсными процедурами;

2) оказание услуги протезирования незаконно обусловлено навязыванием другой услуги - покупки протеза потребителем медпомощи.

КОМУ ДОВЕРИТЬ ЭКМП ?

2. Эксперту Территориального фонда ОМС?

СМО и ее эксперт несет ответственность перед застрахованным за качество экспертизы и достоверность ее выводов в соответствии с законом «О защите прав потребителей», т.к. застрахованное лицо – потребитель услуги ОМС именно от исполнителя – СМО, как минимум – застрахованное лицо сменит СМО.

ТФОМС и его эксперт КМП не несут ответственности перед пациентом, т.к. он не является их клиентом и потребителем!

Отсутствие ответственности перед потребителем – главная причина возможного отсутствия объективности, достоверности и качества выводов ЭКМП.

При этом для СМО эксперт КМП – независимая фигура, т.к. СМО не вправе вмешиваться в его экспертные выводы.

Надзор за качеством и достоверностью выводов эксперта со стороны СМО не установлен: содержать армию экспертов над экспертами невозможно.

Предложения:

1. Разработать правовые нормы и терминологию потребительной ценности услуги «обязательное медицинское страхование» для застрахованного лица и нормативы ее надлежащего качества.

2. Разработать меры ответственности эксперта ТФОМС и утвердить принципы равнозначности статуса экспертов СМО И ТФОМС.

КОМУ ДОВЕРИТЬ ЭКМП ?

2. Эксперту Территориального фонда ОМС?

ИЗ АКТА ЭКМП СМО:

«**Диагноз клинический заключительный:**

Основной: Мезентериальный тромбоз. Олиго-анурия, уремия. СПОН. Сахарный диабет II типа средней степени тяжести, декомпенсированный. ИБС: атеросклеротический кардиосклероз. Острая внегоспитальная двусторонняя пневмония (гипостатическая) средней степени тяжести, ДН I-II. ДЭ Пост.смешанного генеза. Отек легких. Отек головного мозга.

**Диагноз патологоанатомический: Основное комбинированное сочетанное заболевание:
Острый флегмонозный холецистит с перипроцессом.**

Сахарный диабет 2-го типа декомпенсированный, осложненный множественными поражениями внутренних органов и уремией

Атеросклеротический кардиосклероз при наличии атеросклероза коронарных артерий и мелкоочагового кардиосклероза

Осложнение: Серозный выпот в брюшную полость. Паренхиматозная дистрофия внутренних органов. Застойное полнокровие внутренних органов.

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ОШИБКИ:

ГНОЙНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ и ФИБРИНОЗНЫЙ ПЕРИТОНИТ НЕ РАСПОЗНАНЫ!

Наблюдение вне ОРИТ.

Невыполнение оперативного вмешательства по жизненным показаниям. КОД 3.2.5.

КОМУ ДОВЕРИТЬ ЭКМП ?

2. Эксперту Территориального фонда ОМС?

Главный врач МО – депутат законодательного собрания субъекта РФ.

ИЗ АКТА РЕЭКСПЕРТИЗЫ ТФОМС:

«09.06.11 боли усилились, больная кричала от боли. 09.06.11 в 22.35 Больная в экстренном порядке доставлена в приемное отделение ЦРБ».

Наблюдение вне ОРИТ.

«11.06.11 в 6-30 дежурной медсестрой вызван в палату дежурный врач: констатирована смерть».

«Заключение: Летальный исход явился следствием прогрессирования и декомпенсации имеющихся у больной хронических заболеваний и был не предотвратим. Не диагностированный при жизни гнойный воспалительный процесс в желчном пузыре не явился непосредственной причиной летального исхода, лишь мог усугубить явления нарастания полиорганной недостаточности, обусловленной течением основных заболеваний.

В данном случае, оперативное вмешательство вряд ли могло бы повлиять на исход заболевания».

Код 3.2.1. – невыполнение операции не повлияло на исход....

3. КОМИССИИ МИНЗДРАВА субъекта РФ?

Комиссия Минздрава субъекта РФ в своем заключении фактически **констатировала, но не признала** грубейшие дефекты оказания медицинской помощи:

«По заключению главного патологоанатома, заключительный патологоанатомический диагноз должен быть уточнен:

Основное заболевание: Острый флегмонозный холецистит с гнойным перипроцессом.

М. поступила в ЦРБ в тяжелом состоянии с признаками декомпенсированной сердечной недостаточности (АД 80/40, застойные явления в легких, пастозность голеней, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см.), **с наличием тяжелого острого гнойного процесса в желчном пузыре (200 мл гноя, острый флегмонозный холецистит, фибриновые наложения на серозной оболочке)**, с тяжелой фоновой патологией - декомпенсированным сахарным диабетом.

Больная умерла при явлениях нарастающей сердечной недостаточности, которая в сочетании с гнойным процессом в желчном пузыре и тяжелой фоновой патологией (сахарным диабетом) послужила причиной смерти.

Не диагностированный при жизни гнойный воспалительный процесс в желчном пузыре усугубил явления нарастания полиорганной недостаточности, обусловленной течением основных заболеваний».

ВОЗНИКАЮТ ВОПРОСЫ:

1. «Гнойный **перипроцесс**» - это что? Из какой классификации?

Фактически имели место «**фибриновые наложения на серозной оболочке**», т.е. **фибринозный перитонит**, однако не указаны его обязательные классификационные атрибуты: распространенность, этиология - данные патологоанатомического микробиологического исследования, клиническая стадия, фаза и т.д.).

КОМУ ДОВЕРИТЬ ЭКМП ?

ВОЗНИКАЮТ ВОПРОСЫ:

2. «Не диагностированный при жизни гнойный воспалительный процесс в желчном пузыре усугубил явления нарастания полиорганной недостаточности, обусловленной течением основных заболеваний».

КАК ЭТО ПОНЯТЬ:?

2.1. Не диагностированный при жизни гнойный воспалительный процесс в желчном пузыре усугубил полиорганную недостаточность, обусловленную основным заболеванием (?!?) - острым флегмонозным холециститом.

ИЛИ

2.2. Основное заболевание – острый флегмонозный холецистит, с одной стороны, обусловил возникновение полиорганной недостаточности и, с другой стороны, одновременно (?!?!!) основное заболевание усугубилось самим же основным заболеванием в форме не диагностированного при жизни гнояного воспалительного процесса в желчном пузыре.

3. Разве *«Не диагностированный и нелеченный при жизни гнойный воспалительный процесс в желчном пузыре (200 мл гноя)»* не вызвал декомпенсацию сахарного диабета?

КОМУ ДОВЕРИТЬ ЭКМП ?

2. Эксперту профессиональной ассоциации онкологов, приглашенному Территориальным фондом ОМС?

Вывод эксперта СМО:

1. Введение химиопрепарата в дозе, ниже соответствующей расчету по площади поверхности тела на 10-25%, при отсутствии показаний к редукции дозы, формулы расчета разовой дозы химиотерапевтического препарата, обоснования режима химиотерапии, предусмотренных действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) расценивается как ненадлежащее выполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий, создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания – 3.2.3.

2. Не выполнение требований своевременности начала, окончания и возобновления очередного цикла введения химиопрепаратов, предусмотренных Клиническими рекомендациями Ассоциации онкологов России представляет собой ненадлежащее качество онкологической помощи по критериям:

- своевременность оказания онкологической медицинской помощи – цикл химиотерапии четко определяет дни (начало и конец) введения препарата и периоды между ними – отклонение от этого требования – несвоевременное оказание медпомощи;

- правильность выбора методов лечения – цикл химиотерапии четко определяет дни (начало и конец) введения препарата и периоды между ними – отклонение от этого требования – неправильный выбор исполнения требуемой схемы химиотерапии;

- степень достижения запланированного результата – цикл химиотерапии четко определяет дни (начало и конец) введения препарата и периоды между ними – отклонение от этого требования создает риск не достижения запланированного результата.

Код дефекта «3.6. Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица».

2. Эксперту профессиональной ассоциации, приглашенному Территориальным фондом ОМС?

ОБОСНОВАНИЯ ЭКСПЕРТА СМО:

1. «Лекарственная терапия рака молочной железы» (под ред. Персводчиковой Н. И., Стениной М. Б. — М.: Практика, 2014. — 284 с.): *«При проведении химио-терапии необходимо использовать стандартные комбинации, строго соблюдать режим введения препаратов, не допуская необоснованного уменьшения доз и увеличения интервалов между введениями, а также сокращения числа курсов химио-терапии, так как это неминуемо отразится на эффективности лечения».*

2. «Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний» (под ред. Н.И. Персводчиковой, В.А. Горбуновой. — 4-е изд., расширенное и дополненное. — М.: Практическая медицина, 2015. — 688 с.): *«Адьювантная химиотерапия. Адьювантная химиотерапия должна проводиться с использованием стандартных химиотерапевтических схем с обязательным соблюдением доз и интервалов между курсами».*

3. «Онкомамология» (под ред. В.А.Хайленко, Д.В.Комова. - М.: МЕДпресс--58 информ, 2015. - 328 с.; НИИ клинической онкологии Российского онкологического научного центра (РОНЦ) им. Н.Н.Блохина и кафедры онкологии факультета дополнительного профессионального образования (ФДПО) Российского национального исследовательского медицинского университета (РНИМУ) им. Н.И.Пирогова МЗ РФ):

«8. Адьювантная химиотерапия рака молочной железы. Важнейшим фактором успешности проводимого лечения оказалось соблюдение дозового и интервального режимов (так называемой плотности дозы цитостатиков)».

2. Эксперту профессиональной ассоциации, приглашенному Территориальным фондом ОМС?

ОБОСНОВАНИЯ ЭКСПЕРТА СМО:

4. Клиническая онкогинекология: Руководство для врачей (под ред. В. П. Козаченко _ 2-е изд., перераб. и доп. - М.: «Издательство Бином», 2016. - 424 с.; НИИ клинической онкологии Российского онкологического научного центра (РОНЦ) им. Н.Н.Блохина): «Важно соблюдать принцип адекватности доз препаратов и интервалов между циклами химиотерапии.»

Препараты следует применять в максимальных дозах, при которых выраженность побочных эффектов приемлема. Необоснованное снижение доз препаратов может привести к значительному снижению эффективности всего курса химиотерапии, а также к развитию лекарственной устойчивости опухолевых клеток, что сделает невозможным дальнейшее использование препаратов данной группы. Кроме того, циклы химиотерапии необходимо проводить через строго определенные промежутки времени. Поскольку увеличение интервалов между циклами снижает дозовую интенсивность препаратов, интервалы должны быть минимальными и достаточными для восстановления наиболее уязвимых тканей».

5. «Практические рекомендации по лекарственному лечению больных раком молочной железы РУССКО (Злокачественные опухоли. - 2016. - № 4, спецвыпуск 2- С. 550 с.): «... химиотерапия должна проводиться с использованием стандартных режимов, применяющихся в адъювантной терапии (табл. 3), с обязательным соблюдением дозовых и временных параметров».

ВЫВОД ЭКСПЕРТА ТФОМС: дефектов НЕТ !!!!!

КОМУ ДОВЕРИТЬ ЭКМП ?

2. Эксперту профессиональной ассоциации, приглашенному Территориальным фондом ОМС?

Анализ акта реэкспертизы ТФОМС показал:

1. В ряде экспертных случаях, по мнению экспертов ТФОМС, вместо кода дефекта «Неадекватное качество оказания медицинской помощи» должен был быть применен код «Дефекты оформления медицинской документации, препятствующие экспертной оценке качества медицинской помощи».

В указанных экспертных случаях по заключениям эксперта СМО выявлены следующие дефекты качества медицинской помощи, оказанной больным с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца в стационаре, которые отнести к дефектам только оформления документации не просто невозможно, а и неэтично:

- «динамика течения инфаркта по ЭКГ не отражена и не проанализирована, в лечении отсутствуют ингибиторы АПФ, статины, бета-блокаторы; не обосновано назначение омепразола»;

– «недостаточное лечение – не назначены статины, бета-блокаторы»;

– «не достаточное обследование (глазное дно, мониторингирование ЭКГ)»;

– «не достаточное обследование (глазное дно, мониторингирование ЭКГ)».

КОМУ ДОВЕРИТЬ ЭКМП ?

2. Эксперту профессиональной ассоциации, приглашенному Территориальным фондом ОМС?

Анализ акта реэкспертизы ТФОМС показал:

2. В ряде случаев, по мнению экспертов ТФОМС, дефекты в оказании медицинской помощи по поводу артериальной гипертензии и ОКС вообще отсутствуют, хотя экспертом СМО выявлено:

– «Недостаточное обследование по данному заболеванию (глазное дно, мониторирование ЭКГ). Схема введения гепарина не верна»;

– «При аллергии на НПВС назначен аспирин. Для подтверждения клинического диагноза нет необходимых исследований»;

- « Динамика течения инфаркта по ЭКГ не отражена , в лечении нет ингибиторов АПФ, статинов, бета-блокаторов»;

– «Боли в сердце сохраняются в течение 3 дней, отсутствует коррекция терапии»;

- при диагнозе крупноочагового инфаркта миокарда динамика состояния оценивается не полно (дневники должны быть каждые 3 часа, ЭКГ каждые сутки и по показаниям). Статин назначен без схемы, отсутствует контроль МНО;

– при диагнозе: впервые возникшая стенокардия - не проведено суточное мониторирование ЭКГ, ЭХО-кардиография;

– обследование и лечение не в полном объеме: учитывая изменения на ЭКГ по задней и боковой стенке, не проводится ЭХО-кардиография, мониторирование ЭКГ, не назначается гепарин, не обоснованно назначается цефотаксим, омепразол, бромгексин;

– недостаточно собраны жалобы и анамнез, в результате выставлен диагноз, не отвечающий требованиям классификации. Не обоснована отмена гепарина, эналаприла.

КОМУ ДОВЕРИТЬ ЭКМП ?

4. КОМИССИИ СМЭ?

4.1. Районный суд Одинцовского р-на МО назначил СМЭ по иску об оставлении салфетки в брюшной полости. Заключение Бюро СМЭ МО: вред здоровью отсутствует.

Заключение эксперта СМО: нанесение вреда здоровью оставлением инородного тела в брюшной полости. Основание: Международная статистическая классификация болезней 10 пересмотра, введения в России приказом Минздрава РФ № 170 от 27.05.97 г. :

Y61.0 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при проведении хирургической операции.

4.2. СМЭ: «Сахарный диабет улучшает микроциркуляцию и маскирует явления тромбоза».

5. РОСЗДРАВНАДЗОР?

Ответ на обращение о необоснованности выводов СМЭ : правильность выводов заключения комиссии СМЭ оценивает заказчик СМЭ. (Ильф и Петров, 2014?)

6. Профессиональное медицинское сообщество ?

- Звонок из аппарата: «Губернатор новый, нельзя ли не упоминать в заключении о роли местного органа власти...»;

- Звонок из аппарата: «Надо убрать из заключения упоминание о виновном враче, выводим из-под ответственности невиновного, но не должны указывать на виновного врача... Не подпишет Президент».

КОМУ ДОВЕРИТЬ ЭКМП ?

9 июля 2015 года состоялось заседание-дискуссия Рабочей группы «Социальная справедливость» Центрального штаба Общероссийского общественного движения «НАРОДНЫЙ ФРОНТ «ЗА РОССИЮ» на тему «Частные страховые организации в системе ОМС: посредники или важное звено».

В рамках решения указанной проблемы и данной дискуссии эксперты ставят важный вопрос: при передаче функций экспертизы от частных страховых компаний чиновникам сможет ли врач-эксперт осуществлять независимую от чиновника оценку медицинской помощи?

Сегодня чиновник демонстрирует свою властную функцию, соблазн административного давления на эксперта огромен.

Особенно, если главный врач проверяемой медицинской организации депутат, родственник крупного чиновника или оказывал родственникам чиновника эксклюзивную медицинскую помощь.

ФИНАНСОВАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ СМО – ГЛАВНЫЙ ФАКТОР НЕЗАВИСИМОСТИ И ОБЪЕКТИВНОСТИ ЭКСПЕРТА В СИСТЕМЕ ОМС!

ДОГОВОР СМО с ФФОМС – НОВЫЙ ФАКТОР НЕЗАВИСИМОСТИ И ОБЪЕКТИВНОСТИ ЭКСПЕРТА В СИСТЕМЕ ОМС!

ФИНАНСОВАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ СМО – ГЛАВНЫЙ ФАКТОР НЕЗАВИСИМОСТИ И ОБЪЕКТИВНОСТИ ЭКСПЕРТА В СИСТЕМЕ ОМС!

Сегодня основным гарантом независимости и объективности эксперта является финансовая устойчивость и независимость от местных органов власти страховой медицинской организации: чем она финансово более устойчива, чем больше застрахованных из большего числа субъектов РФ отдали ей предпочтение, тем больше социальная база и опора этой страховой компании, тем больше возможностей привлекать разных экспертов к работе, тем объективнее выводы экспертов вне зависимости от мнения чиновничества здравоохранения, уважительнее к выводам экспертов СМО и представители судебно-медицинской службы, правоохранительных органов и суда.

При рассмотрении вопроса о передаче экспертной деятельности от частной СМО органу власти и чиновному органу: финансовой устойчивости, широкой социальной базе, как факторам независимости и объективности экспертизы в системе ОМС, могут быть противопоставлены административное давление, противодействие объективной информации о наличии и серьезности дефектов в регионе, социально-политическая целесообразность и борьба за кресло.

Президент России, Минздрав России, Федеральный фонд ОМС и ОНФ, ведущие постоянную борьбу за повышение уровня финансирования системы ОМС заинтересованы в получении объективной и достоверной обратной связи о качестве оказываемой в регионах медицинской помощи гражданам, избирателям и налогоплательщикам, которую сегодня предоставляют экспертные подразделения финансово устойчивых и независимых от органов региональной власти частных СМО.

**Ответ на вопрос о служебной принадлежности врача-эксперта очевиден:
не чиновнику!**

Независимый статус эксперта медицинской помощи СМО обеспечивается:

- **финансовой независимостью страховой медицинской организации и ее экспертов от территориальных органов управления здравоохранением и контролируемых медицинских организаций;**
- **служебно-трудовой независимостью экспертов СМО от территориальных органов управления здравоохранением и контролируемых экспертом медицинских организаций;**
- **правовой регламентацией экспертной деятельности СМО и ее экспертов на основе норм ФЗ № 326-ФЗ; ФЗ №-323-ФЗ и Закона «О защите прав потребителей»;**
- **уровнем профессиональной подготовки, подтверждаемым наличием авторских работ, ученой степенью, ученым званием, опытом экспертной работы, стажем работы по специальности, врачебной квалификационной категорией, аккредитацией в регистре экспертов;**
- **наличием единых правил экспертизы – «Карта дефектов», с помощью которой достигается единство экспертной практики: по схожим экспертным спорным вопросам выносятся схожие экспертные решения.**

Независимый статус эксперта медицинской помощи страховой медицинской организации является основой общественного контроля за качеством оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Серьезные усилия органов государственной власти по повышению безопасности граждан в последние годы направлены на ужесточение материальной ответственности организаций и лиц за оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности, и причинение вреда жизни и здоровью граждан, в том числе и пациентов.

Независимый статус эксперта медицинской помощи СМО является базисом для осуществления контрольных мероприятий и служит залогом формирования в общественном здравоохранении системы сдержек и противовесов.

Базовые права пациентов, которые нуждаются в защите:

1. Право на доступность медицинской помощи во всех ее формах и видах.
2. Право на надлежащее качество медицинской помощи во всех
3. Право на бесплатную медицинскую помощь в пределах конституционных гарантий.

Приказом ФФОМС от 11 мая 2016 г. № 88 утвержден Регламент и ФУНКЦИИ страхового представителя 3 уровня:

«1) участие в оперативном разрешении спорных ситуаций, возникающих в момент госпитализации, путем взаимодействия с уполномоченными должностными лицами медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;

2) 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».

Ключевым, с точки зрения интереса пациента-застрахованного лица, является не абстрактная экспертиза, а **обеспечение ему доступности в ту медицинскую организацию, которая, по данным ранее проведенных СМО плановых и целевых экспертиз, обеспечивает более полное соблюдение законных прав и интересов пациента на медицинскую помощь надлежащего качества, в медицинскую организацию с высокой экспертной профессиональной репутацией.**

Следовательно, задача обеспечения информационного сопровождения при организации оказания медицинской помощи **должна включать функцию выдачи страховым представителем 3 уровня направления на оказание медицинской помощи в медицинскую организацию, выбранную застрахованным лицом, по результатам его информирования о возможностях, кадрах, профессиональном их уровне, качестве оказываемой медицинской помощи.**

На эту необходимость исполнения СМО этой функции указывает и требование пункта 18 раздела «III. Порядок взаимодействия Участников при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий»: *«Страховые представители 3 уровня осуществляют индивидуальное информирование о необходимости своевременного обращения в медицинские организации в целях предотвращения ухудшения состояния здоровья и формирования приверженности к лечению».*

Следование по пути объявленной цели - предотвращения ухудшения состояния здоровья и формирования приверженности к лечению - **не позволит** страховому представителю 3 уровня, являющемуся как минимум специалистом с высшим медицинским образованием и стажем практической работы не менее 5 лет, рекомендовать пациенту медицинскую организацию с неудовлетворительными показателями качества медицинской помощи и отсутствием необходимых ресурсов для получения им надлежащего качества медицинской помощи.

Из этого следует, что страховой представитель 3 уровня должен быть вправе выдавать направление на оказание медицинской помощи застрахованному лицу по итогам его информирования и выбора им медицинской организации.

Именно полномочие страхового представителя 3 уровня на принятие оперативных мер с целью предотвратить нарушение прав и законных интересов застрахованных лиц на надлежащее качество оказываемой медицинской помощи – основание для выдачи направления застрахованному лицу в медицинскую организацию, имеющую более высокую репутацию среди экспертного сообщества СМО, а, следовательно, увеличение объемов оказываемой медицинской помощи для конкретной медорганизации, основанное на фактических данных анализа качества медицинской помощи в субъекте РФ.

Таким образом, страховой представитель 3 уровня – это новый инструмент в системе управления объемами и качеством медицинской помощи, играющий важную роль в конкурентной борьбе медицинских организаций.

СПАСИБО!