



*Всероссийский
союз страховщиков*

РГС МЕДИЦИНА

**Страховые представители третьего уровня:
«Адресное информационное сопровождение
онкологических больных с целью повышения
доступности медицинской помощи
и увеличения продолжительности жизни
пациентов»**

**Советник генерального директора ООО «РГС-Медицина»
Старченко А.А.**

**Ижевск
2018**

Информационное сопровождение застрахованных лиц страховыми представителями позволяет перейти от констатации нарушения прав гражданина к восстановлению нарушаемых прав и предупреждению дефектов:

- Отказ в оказании медицинской помощи;
- Навязывание платных услуг, которые могут быть оплачены СМО, т.к. включены в программу госгарантий бесплатной медицинской помощи;
- Отказ в бесплатном предоставлении лекарственных препаратов, медицинских изделий, питания – всего, что предусмотрено программой госгарантий бесплатной медицинской помощи (программа ОМС);
- Нанесение ущерба здоровью и жизни пациента при оказании медицинской помощи;
- Потеря трудоспособности при оказании медицинской помощи;

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.

- **В 2017 году «РГС-Медицина» начаты системные экспертные мероприятия в целях повышения ответственности СМО в системе контроля качества медицинской помощи, направленной на снижение смертности населения.**
- **Экспертные мероприятия проводились в 42 субъектах РФ по ОКС, ОНМК и ЗНО и показали возможность единых подходов к организации работы страхового представителя при разрешении проблем пациентов.**

Этапы и принципы организации экспертных мероприятий по онкологической помощи

1

Выбор субъектов РФ для проведения экспертных мероприятий на основании общих статистических показателей ранней выявляемости, заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний лиц, застрахованных в ООО «РГС-Медицина».

Анализ данных по оплаченным реестрам счетов за 2016 г и 2017 г
Исполнители: Страховые представителями 3 уровня

Результат:
включение в проект на 2017 г **7 субъектов РФ**

2

Определены критерии отбора страховых случаев лечения онкопациентов для проведения экспертных мероприятий:

- Уровень смертности по нозологическим формам онкопатологии в регионе
- Стоимость лечения

Отбор страховых случаев на экспертизу по утвержденным критериям по оплаченным реестрам счетов за 2017
Исполнители: Страховые представителями 3 уровня

Результат: отобрано **4700** страховых случаев в 7 субъектах РФ

3

Анализ клинических рекомендаций Ассоциации онкологов России для выбора реперных точек качества, доступности и своевременности оказания онкологической помощи

Формирование на основе реперных точек качества экспертного задания для экспертов: перечня вопросов, ответы на которые привлекаемые эксперты должны дать в ходе проведения экспертиз

Результат:
утверждение типового договора для заключения с экспертами

4

Подбор группы экспертов качества медицинской помощи по профилю онкология, из числа включенных в территориальные реестры экспертов качества субъектов РФ, для проведения экспертиз с выездом в регионы

Анализ территориальных реестров экспертов качества субъектов РФ, выбор экспертов, заключение договоров на проведение экспертиз.
Исполнители: Страховые представителями 3 уровня

Результат: сформирована группа экспертов, составлен план- график проведения экспертиз с выездом экспертов

5

- Согласование с ТФОМС тематики и сроков проведения экспертиз
- Взаимодействие с МО по организации и проведению экспертиз в соответствии с графиком

1. Недостаточен объем коек дневного стационара для обеспечения доступности онкопомощи (в ряде субъектов - 1-2 койки дневного стационара в онкодиспансерах)

Средства ОМС расходуются на оказание химиотерапевтической помощи в круглосуточном стационаре без достаточных к этому оснований: химиотерапевтические препараты вводятся в первые два-три дня госпитализации, дневниковые записи свидетельствуют об отсутствии необходимости наблюдения пациента в условиях круглосуточного стационара (удовлетворительное состояние пациента, отсутствие сопутствующих заболеваний, допустимые отклонения значений в результатах лабораторных исследований).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СТРАХОВОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:

- В большинстве проверенных случаев объем необходимых вмешательств, включая поддерживающую терапию, мог быть выполнен в условиях дневного стационара.
- Перепрофилирование части круглосуточных коек в койки дневного стационара позволит сократить очередь пациентов, как минимум в два раза, т.к. койка дневного стационара может функционировать в две-три смены.

Предложения о необходимости развертывания коек дневного стационара не встречают понимание и отклик в МО!

Оценка достоверности объемов оказанной онкологической помощи

- В первичной медицинской документации отсутствуют данные об использовании **конкретного** химиопрепарата или комбинации химиопрепаратов, а также и препаратов таргетной терапии (моноклональных антител) у конкретного больного
- На сегодня указание в документации конкретной информации об использованных препаратах - **серии и номере лекарственного препарата**, - действующими нормативными актами не предусмотрено
- Невозможно установить факт получения дорогостоящего химиопрепарата пациентом, убедиться в том, что данный препарат закуплен медорганизацией в установленном порядке, а не принесен самим пациентом, в том числе получен им за счет средств бюджета при оказании помощи в амбулаторных условиях

ПРЕДЛОЖЕНИЯ по итогам работы страховых представителей:

- **Утвердить нормативным актом правила документального оформления используемых химиопрепаратов с обязанностью МО вносить в медицинскую документацию «паспортные данные» -серию и номер - использованного химиопрепарата (по типу правил клинического использования донорской крови)**
- **Необходимость совершенствования тарифного регулирования: возможность выделения отдельных подгрупп КСГ с учетом реальных затрат на один из главных КСГ-образующих факторов - стоимость конкретного химиопрепарата или их комбинации.**

Дефекты качества онкологической помощи

Методологическая основа экспертных мероприятий Клинические рекомендации Ассоциации онкологов России

Выявлено не соблюдение требований клинических рекомендаций Ассоциации онкологов России:

- «Рак молочной железы» (2014) установлено: «3.1.5. ...Рекомендуется при проведении адъювантной (неоадъювантной) химиотерапии использовать стандартные режимы с соблюдением оптимальной дозовой интенсивности; необходимо избегать необоснованной (в отсутствие токсичности) редукции доз препаратов и увеличения интервалов между курсами».

Введение химиопрепарата в дозе, не соответствующей расчету по формуле с учетом массы тела или площади поверхности тела.

- «Назначение колониестимулирующих факторов с целью профилактики развития фебрильной нейтропении»: «3. Снижение доз химиопрепаратов и отсроченные курсы химиотерапии приводят к ухудшению результатов лечения онкологического заболевания: - выживаемость пациентов, получивших 85% от запланированной дозы составила 40%; при дозе менее 85% - выживаемость пациентов снизилась до 21%, а у пациентов с дозой менее 65 %, безрецидивная и общая выживаемость не отличалась от таковой у нелеченых больных».

Не соблюдаются требования своевременности начала, окончания и возобновления очередного цикла введения химиопрепаратов.

- «Тошнота и рвота у больных, получающих химио- и лучевую противоопухолевую терапию»;
- «Тромбоэмболические осложнения у больных»;
- «Кардиоваскулярная токсичность, индуцированная химиотерапией и таргетными препаратами»;
- «Коррекция гепатотоксичности индуцированной противоопухолевой химиотерапией»;

Отсутствует необходимая профилактика и поддерживающая терапия осложнений химиотерапии и лучевой терапии: тошноты и рвоты, тромбоэмболических осложнений, кардиоваскулярной токсичности, гепатотоксичности, анемии и лейкопении, индуцированных противоопухолевой химиотерапией

Введение химиопрепарата в дозе, ниже соответствующей расчету по площади поверхности тела на 15-25%, 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 и формирования лекарственной резистентности к применяемым химиопрепаратам – код дефекта по приказу ФФОМС № 230 - *«3.2.3. Ненадлежащее выполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) : создавшее риск прогрессирования имеющегося онкозаболевания»*.

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 п. 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ:

- своевременность оказания онкологической 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, приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица».

ОБОСНОВАНИЯ СП-3 - ЭКСПЕРТА СМО:

1. Клиническими рекомендациями (протокол лечения) Ассоциации онкологов России «Рак молочной железы» (2014) установлено: «3.1.5. Адъювантная (неоадъювантная) химиотерапия. *Рекомендуется при проведении адъювантной (неоадъювантной) химиотерапии использовать стандартные режимы с соблюдением оптимальной дозовой интенсивности; необходимо избегать необоснованной (в отсутствие токсичности) редукции доз препаратов и увеличения интервалов между курсами*».
2. «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 химиотерапии, так как это неминуемо отразится на эффективности лечения*».
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. Адъювантная химиотерапия рака молочной железы. ***Важнейшим фактором успешности проводимого лечения оказалось соблюдение дозового и интервального режимов*** (так называемой плотности дозы цитостатиков)».
4. **Клинические рекомендации по назначению колониестимулирующих факторов с целью профилактики развития фебрильной нейтропении: «3. Нарушения протоколов лечения. Снижение доз химиопрепаратов и отсроченные курсы химиотерапии приводят к ухудшению результатов лечения онкологического заболевания:** - выживаемость пациентов, получивших 85% от запланированной дозы составила 40%; при дозе менее 85% - выживаемость пациентов снизилась до 21%, а у пациентов с дозой менее 65 %, безрецидивная и общая выживаемость не отличалась от таковой у нелеченых больных».

5. «Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний» (под ред. Н.И. Переводчиковой, 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».*

6. 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. Неосновательное 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».*

7. «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 адьювантной терапии (табл. 3), с обязательным соблюдением дозовых и временных параметров».*

СП-3: разъяснение врачам и пациентам необходимость строгого соблюдения дозо-интервальных требований Клинических рекомендаций.

Отсутствие в Медицинской карте полного протокола онкоконсилиума и конкретного календаря пациента с указанием дат начала очередных курсов химиотерапии.

Статья 6 Закона РФ № 323-ФЗ устанавливает «Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи»: *«1. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем: 4) организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени».*

Вывод: отсутствие полного протокола онкоконсилиума у пациента лишает его права на приоритет его интересов на рациональное использование его собственного времени: полный протокол онкоконсилиума с включенным в него календарем циклов химиотерапии, гормонотерапии и сеансов лучевой терапии – это «дорожная карта» врача и пациента, позволяющие пациенту планировать свое время рационально (труд, отдых, посещение культурных мероприятий), т.е. создание условий для полноценной жизни и высокого ее качества, а также времени на сторонние консультации и получение «второго мнения» – **реализация принципа пациентоориентированности.**

Врачу и заведующему отделением данный календарь - дорожная карта позволит экономно и точно персонально планировать ресурсы (кадровые, консультативные, лекарственные) для лечения пациента.

СП-3: контроль исполнения календаря в МО и оповещение пациента

Выявлены серьезные отклонения в исполнении требований клинических рекомендаций по поддерживающей терапии:



1. Отсутствует полнообъемное исполнение требований Клинических рекомендаций Ассоциации онкологов России «Тошнота и рвота у больных, получающих химио- и лучевую противоопухолевую терапию», что является ненадлежащим выполнением необходимых пациенту лечебных мероприятий, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, создавшее риск прогрессирования имеющегося синдрома тошноты-рвоты и риск возникновения нового заболевания – аспирация рвотных масс.
2. Отсутствует исполнение требований Клинических рекомендаций Ассоциации онкологов России «Тромбоэмболические осложнения у онкологических больных», что создает реальную угрозу тромбоэмболических осложнений у этой самой тромбоопасной категории пациентов.
3. Отсутствует исполнение в полном объеме требований Клинических рекомендаций «Кардиоваскулярная токсичность, индуцированная химиотерапией и таргетными препаратами» Ассоциации онкологов России (2014) при лечении в адъювантном режиме антрациклинами и трастузумабом, что создает угрозу возникновения сердечной недостаточности и смерти от неонкологической причины.
4. Отсутствует исполнение в полном объеме требований Клинических рекомендаций «Коррекция гепатотоксичности индуцированной противоопухолевой химиотерапией» Ассоциации онкологов России (2014), что создает возникновения и быстрого прогрессирования печеночной недостаточности.

Код дефекта по номенклатуре приказа ФФОМС № 230 - 3.2.3. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) : приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания».



В большинстве Медицинских карт стационарного больного отсутствует формулировка и (или) медикаментозная коррекция сопутствующих заболеваний. Великий Врач С.П. Боткин утверждал, что следует лечить не болезнь, а – БОЛЬНОГО, т.е. со всеми его сопутствующими заболеваниями и состояниями.

Характер работы онколога-химиотерапевта не связан с постоянным отвлечением его в операционную или процедурный кабинет, т.к. все сеансы химиотерапии выполняют квалифицированные медицинские сестры. **В силу этого важного обстоятельства каждый пациент отделения и врача химиотерапевта вправе быть окружен повышенным вниманием и состояние его здоровья должно быть подробнейшим образом изучено лечащим врачом химиотерапевтом.**

СП-3: разъяснение врачам и пациентам необходимость исполнения сопровождающей онкотерапии и лечения сопутствующих заболеваний в соответствии с требованиями Клинических рекомендаций.

Предложения по результатам выявленных дефектов

- **ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**, направленные на разъяснение врачам необходимости строгого соблюдения дозо-интервальных требований Клинических рекомендаций, своевременного исполнения сопровождающей онкотерапии и лечения сопутствующих заболеваний в соответствии с требованиями Клинических рекомендаций **не встречают понимание и отклик в МО!**
- Частые аргументы : «клинические рекомендации – это лишь мнение отдельной группы врачей»



- **Придать** больший юридический статус клиническим рекомендациям , внося необходимые изменения в законодательство РФ
- **Обеспечить** качественный базовый уровень онкологической медицинской помощи за счет требований как по соблюдению клинических рекомендаций , так и требований по обоснованию в медицинской документации решений , предусматривающих «отход» от рекомендаций в связи с противопоказаниями, осложнениями и иными индивидуальными особенностями пациента. Клиническое мышление лечащего врача по индивидуальному подходу к лечению имеет право быть, но должно быть зафиксировано в медицинской документации!
- **Утвердить** критерии (« реперные точки») качества онкологической помощи на основании клинических рекомендаций, которые станут единой основой для проведения экспертных мероприятий всеми экспертами, привлекаемые к проведению экспертиз различными ведомствами (ОМС, Росздравнадзор) и позволят повысить ответственность и профессионализм врачей, осуществляющих лечение онкопациентов.

Не соблюдение принципов пациентоориентированности

- Ст. 6 Закона РФ № 323-ФЗ : *«1. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем:... 4) организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени».*
- **В рамках экспертных мероприятий установлено, что в Медицинских картах пациентов отсутствуют протоколы онкоконсилиума с конкретным «календарем» пациента с указанием дат курсов химиотерапии или радиотерапии**
- **Протокол онкоконсилиума пациента с включенным в него календарем циклов химиотерапии, гормонотерапии и сеансов лучевой терапии – это «дорожная карта» врача и пациента, позволяющая:**
 - пациенту рационально использовать его время и хорошо подготовиться к процедурам, что является практической реализацией принципа пациентоориентированности.
 - врачу и заведующему отделением планировать и эффективно расходовать ресурсы (кадровые, лекарственные, инструментальные) на оказание помощи.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

Предусмотреть в нормативных актах требование об обязанности МО указывать в медицинской карте пациентов протоколы онкоконсилиума с календарем дат курсов химиотерапии и/или радиотерапии

При реализации предложения СТРАХОВЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ смогут обеспечить:

- контроль исполнения календаря ,
- разъяснение пациентам их права на соблюдению дозо-интервальных требований
- оповещение пациента с напоминанием о необходимости явки на следующих курс терапии для формирования приверженности к лечению

Выявляемость дефектов по результатам экспертиз качества онкологической медицинской помощи

- Дефекты выявлены в 68% проверенных страховых случаях, т.е. в 2941 случаев из 4325
- Общее количество выявленных дефектов - 3665
- В среднем на 1 проверенный случай приходится 1,25 дефекта

	Код дефекта	Выявляемость в случаях	Выявляемость в процентах
Всего подвергнуто ЭКМП 4 325 страховых случаев	3.2.3 – ненадлежащее качество онкопомощи, <u>создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания:</u> 1) <u>необоснованные объективными причинами нарушения дозо-интервальных требований Клинических рекомендаций;</u> 2) отсутствие полноценной и своевременной профилактики и поддерживающей терапии осложнений химиотерапии.	1 658	38,3
	3.6. - нарушение преемственности в лечении: не выполнение своевременности начала, окончания и возобновления очередного цикла химиотерапии	1 225	28,3
	4.2 - <u>Отсутствие в меддокументации протокола онкоконсилиума и результатов</u> полнообъемного иммуногистохимического и гистологического исследований.	553	12,8
	3.7. - необоснованная госпитализация в круглосуточный стационар, медицинская помощь могла быть предоставлена в условиях дневного стационара.	115	2,7
	4.3. - <u>Отсутствие в протоколе информированного добровольного согласия пациента</u> наименования мед. вмешательства, риска осложнений и предполагаемого результата.	41	0,9
	3.2.1. - отсутствие формулы расчета разовой дозы химиотерапевтического препарата, обоснования режима химиотерапии, способа и кратности введения лекарственного препарата, длительности курса и обоснования назначения конкретного лекарственного средства или их комбинаций, предусмотренных клиническими рекомендациями	32	0,7
	4.4. - <u>Наличие признаков искажения сведений,</u> представленных в медицинской документации.	27	0,6
	4.6.1. - <u>Некорректное применение тарифа,</u> требующее его замены по результатам экспертизы	10	0,2
	5.4.2. - Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, <u>не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.</u>	4	0,1

Требования к оказанию онкологической помощи в 2018 году



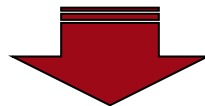
Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 г предусмотрен новый критерий своевременности начала специализированной онкопомощи : в срок 14 дней .

Оценка своевременности онкологической помощи по результатам проведенных мероприятий в 2017 г показала:

- Средний срок между установлением диагноза ЗНО и госпитализацией по онкопациентам, застрахованным в ООО РГС-Медицина составил 39 дней, при этом :
- минимальный интервал составлял - 1 день, максимальный – 314 дней;
- только 27% пациентов были госпитализированы в срок до 14 дней после установления диагноза ЗНО

Страховой представитель 3 уровня в целях предотвращения прогрессирования онкозаболевания должен обеспечить контроль соблюдения прав онкопациента (и/или обеспечить восстановление нарушаемых прав) на :

- на соблюдение сроков цикловой химиотерапии и таргетной терапии;
- своевременность госпитализации (14 календарных дней) после установления диагноза;
- своевременность госпитализации (14 календарных дней) после гистологической верификации;
- медицинскую помощь в соответствии с клиническими рекомендациями Ассоциации онкологов России.



Эти задачи могут быть решены в рамках реализации проекта «Адресное информационное сопровождение онкологических больных в системе ОМС», базис которого составляют клинические рекомендации Ассоциации онкологов России

Адресное информационное сопровождение онкологических больных в системе ОМС: цели, необходимые условия

Цель проекта: контроль за своевременностью выявления новообразований на ранних клинических стадиях и маршрутизацией пациентов (в перспективе в режиме on line) для:

- получения максимально раннего радикального лечения,
- своевременного выявления осложнений и дефектов медпомощи на различных ее этапах в т.ч. на этапе диспансерного ведения пациента ,
- формирования приверженности пациентов лечению

Для реализации проекта с учетом новых требований своевременности оказания онкопомощи

НЕОБХОДИМО:

- **Создание информационной медицинской базы (регистра) онкологических больных, в которую в режиме ON LINE будет вноситься вся информация, касающаяся маршрутизации, диагностики, лечения («дорожной карты») и диспансерного наблюдения онкопациентов.**
- **Проработка возможности интеграции данной информационной базы с действующим Канцер-регистром**
- **Создание законодательных условий, обеспечивающих доступ к базе данных (в режиме ON LINE) онкологов медицинских организаций, органа управления здравоохранением субъекта РФ, а также экспертов и страховых представителей СМО и ТФОМС**
- **Разработка механизмов экономической мотивации МО к своевременному и полному внесению в базу данных необходимой информации**

Мероприятия проекта



Медико-экспертные

1. Реализация по базе данных ON LINE-контроля за своевременностью, объемом, доступностью онкологической медицинской помощи, в т.ч. с целью недопущения прогрессирования ранних клинических стадий новообразования в поздние

Особые точки контроля:

- * сроки цикловой химиотерапии и таргетной терапии;
- * своевременность госпитализации (14 календарных дней) после установления диагноза;
- * своевременность госпитализации (14 календарных дней) после гистологической верификации;
- * сроки выполнения КТ, МРТ, ПЭТ в соответствии с программой ОМС;
- * критерии оценки качества Клинических рекомендаций (протоколов лечения);
- * критерии оценки качества приказа МЗ РФ № 203н.

2. Разработка реперных точек качества онкологической помощи по клиническим рекомендациям и единого толкователя дефектов онкопомощи с целью единства экспертной практики:

3. Проведение экспертизы онкопомощи по единым реперным точкам качества на основе единого толкователя дефектов.

4. Отбор ряда реперных точек качества одномодального типа (без установления причинных связей, показаний и противопоказаний) для внесения в Реестр счетов с целью профилактики дефектов онкопомощи уже на этапе медико-экономического контроля



Ожидаемый результат: Повышение ответственности и профессионализма врачей, осуществляющих лечение онкопациентов.

Организационно-финансовые

комплекс мер по оперативному управлению объемами онкологической помощи в различных медицинских организациях, в т.ч. экстерриториально с целью своевременного оказания комплексной онкологической помощи и недопущения прогрессирования ранних клинических стадий новообразования в поздние.



Ожидаемый результат: Улучшение доступности и своевременности оказания онкологической медицинской помощи

Действия страхового представителя в рамках проекта на основании информации, полученной из информационной базы данных и медико-экспертных мероприятий :

- Контроль своевременности получения пациентом направления на последующий этап лечения;
- Доведение до пациентов календаря (дорожной карты) циклов химиотерапии или радиотерапия до пациента и **разъяснение пациентам их права на соблюдению дозо-интервальных требований**
- Своевременное напоминание смс-рассылкой о дате последующего сеанса **лучевой** или **химиотерапии**;
- Контроль исполнения мероприятий календаря: выяснение причин «не появления» пациента на необходимом для него этапе онкопомощи: отказ в выдаче направления и нарушение принципа преемственности; психологические трудности и проблемы самого пациента (страх предлагаемого лечения);
- Психологическая поддержка и помощь пациенту с онкопатологией;



Ожидаемый результат:
ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ОНКОПАЦИЕНТОВ ЛЕЧЕНИЮ



*Всероссийский
союз страховщиков*

РГС МЕДИЦИНА

Спасибо за внимание !