



**Организация деятельности
страховых представителей 3 уровня
Пилотный проект в Ставропольском крае**
Докладчик: генеральный директор ООО «СК«Ингосстрах-М»
Н.А.Курбатова

Пилотный проект «Страховой представитель 3 уровня»

ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ «СТРАХОВОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ 3 УРОВНЯ» БЫЛ РЕАЛИЗОВАН НА БАЗЕ КРУПНЕЙШЕГО ФИЛИАЛА ИНГОССТРАХ-М В Г. СТАВРОПОЛЕ С ОБЪЕМОМ СТРАХОВОГО ПОЛЯ БОЛЕЕ 1,9 МЛН. ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

Пилотный проект был инициирован в целях подготовки к началу работы страховых представителей 3 уровня и тиражирования полученного опыта на 19 территориях работы Компании.

Для создания нового организационного механизма служба страховых представителей 3 уровня была запущена в тестовом режиме в январе 2017 года. В ходе пилота отработывались необходимые бизнес-процессы для выявления недоработок и их устранения на этапе апробации системы.



СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ

Система страховых представителей филиала включает в себя:

- 1 уровень - 45 чел.,** обученных на базе Корпоративного университета Ингосстрах-М по программе «Страховой представитель первого уровня»
- 2 уровень - 37 чел.,** сертифицированных в аккредитованном ВУЗе
- 3 уровень - 13 чел.,** прошедших обучение по программе «Подготовка страховых представителей в здравоохранении третьего уровня»



В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ 61 ВРАЧ-ЭКСПЕРТ КОМПАНИИ ИНГОССТРАХ-М УЖЕ ПРОШЕЛ ПРОГРАММУ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ К СТРАХОВОМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ 3 УРОВНЯ.

1

Организация и проведение экспертизы качества медицинской помощи, в том числе очной.

Участие в рассмотрении обращений граждан, поступивших в Контакт-Центр и требующих оценки качества и /или организации медицинской помощи.

2

3

Контроль фактического потребления застрахованными лицами, подлежащими диспансерному наблюдению, объемов медицинской помощи в медицинских организациях.

Анализ своевременности организации диспансерного наблюдения, плановых госпитализаций и иных рекомендаций по результатам диспансеризации.

4

5

Анализ выявленных нарушений при осуществлении госпитализации, в том числе непрофильной. Взаимодействие с медицинской организацией для принятия оперативных мер, направленных на их устранения.

Взаимодействие с медицинскими организациями и территориальным фондом обязательного медицинского страхования по результатам экспертной деятельности и разрешения спорных ситуаций.

6

Инструментарий страхового представителя 3 уровня

СТРАХОВЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ 3 УРОВНЯ ИМЕЮТ ДОСТУП К ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ, СВЕДЕНИЯ В КОТОРОЙ ФОРМИРУЮТСЯ ИЗ 4 МОДУЛЕЙ:

База данных персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, включающая результаты экспертной деятельности

Единый информационный ресурс контроля госпитализации ТФОМС-СК

ПК «РС
ЕРЗ»

База данных
оказанной
МП

ПК
«ЕИР
263»

ПК
сопровожден
ия
экспертной
деятельности

АРМ
СТРАХОВОГО
ПРЕДСТАВИТЕ
ЛЯ
3 УРОВНЯ

Региональный
сегмент единого
регистра
застрахованных
лиц

ПК
«КИСЕРО»

«Комплексная интегрированная система единой регистрации обращений», включающая электронный журнал обращений, функции Контакт-центра, и сопровождения профилактических мероприятий

ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА ПОЗВОЛЯЕТ СТРАХОВОМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ 3 УРОВНЯ:

1. Просмотреть всю историю обращений пациента за медицинской помощью начиная с 2014 года: диагнозы, этапы и уровни оказания медицинской помощи;
2. Получать сведения о результатах ранее проведенных экспертных мероприятий;
3. Нажатием одной кнопки провести отбор случаев по заданной тематике для организации экспертизы, сформировать и направить в медицинскую организацию заявку на предоставление медицинских документов;
4. Получать данные о проведении диспансерного наблюдения;
5. Анализировать сведения о госпитализации: очередность и доступность, своевременность, профильность, нарушение сроков;
6. Контролировать проведение диспансеризации: прохождение, присвоение группы здоровья, удовлетворенность;
7. Осуществлять работу с жалобами застрахованных лиц, поступивших в Контакт-центр;
8. Обмениваться информацией и документами с медицинскими организациями и ТФОМС;
9. Получать контактные данные

СТРАХОВОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ 3 УРОВНЯ ОРГАНИЗУЕТ И ПРОВОДИТ ЭКСПЕРТИЗЫ В ЦЕЛЯХ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СИСТЕМНОГО АНАЛИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

СКРИНИНГ РЕЕСТРОВ СЧЕТОВ

ЗАДАЧА ЭКСПЕРТИЗЫ

РЕЗУЛЬТАТ

ПО ПАЦИЕНТУ

Контроль всех случаев оказания медицинской помощи из истории обращений пациента за ее получением:

- оценка динамики состояния здоровья пациента;
- выявление этапов оказания медицинской помощи, на которых были допущены нарушения.

Направление в медицинские организации, допустившие выявленные нарушения, обобщенной экспертной рецензии для принятия управленческих решений.

ПО КОДУ ДИАГНОЗА

Оценка качества оказания медицинской помощи по случаям хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной смертности (болезни системы кровообращения, в т.ч. острый коронарный синдром, острое нарушение мозгового кровообращения, онкологические заболевания, сахарный диабет, хронические болезни легких):

- анализ выполнения медицинскими организациями порядка маршрутизации пациентов на основе консолидированной информации;
 - оценка соответствия профильности медицинской помощи диагнозу;
 - оценка показанности и выполнения лечебных мероприятий.
- Контроль качества медицинской помощи в медицинской организации в целях:
- оценки динамики количества и структуры выявляемых дефектов за различные периоды времени;
 - выявления системных нарушений, допускаемых в медицинской организации.

Внесение на рассмотрение органов управления здравоохранением, Координационного совета по защите прав застрахованных итоговой информации для принятия, в случае необходимости, управленческих решений.

ОТДЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Контроль качества медицинской помощи по медицинской услуге в различных медицинских организациях в целях сопоставления:

- качества и объема предоставляемой медицинской услуги;
- сроков оказания медицинской помощи.

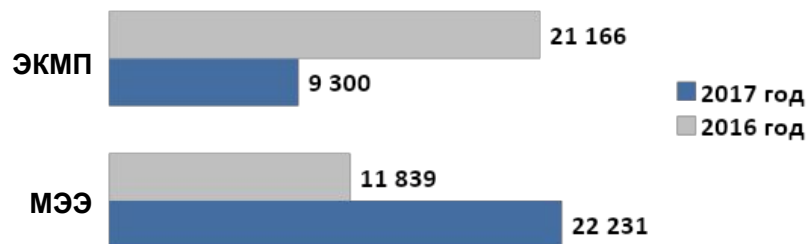
Формирование аналитической справки и рекомендаций по устранению нарушений в целях принятия административных решений, составления медицинскими организациями планов по улучшению качества медицинской помощи. Информация о количестве выявленных дефектов используется при планировании объемов экспертизы в данной медицинской организации в следующем периоде.

ПО МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ

Результаты контроля являются дополнительным критерием отбора для проведения тематической экспертизы.

1. Организация и проведение экспертизы качества медицинской помощи

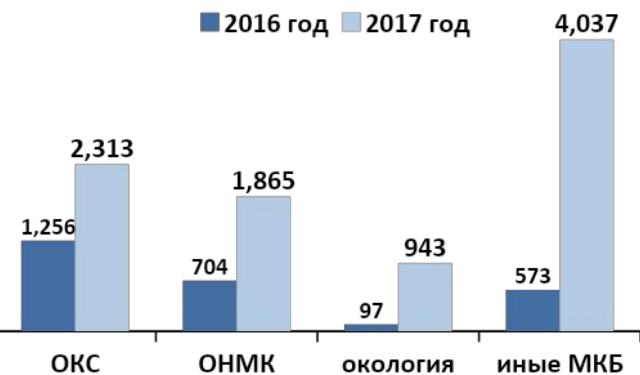
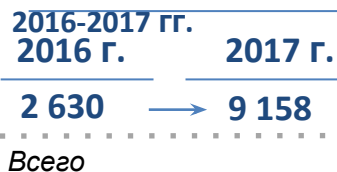
СТРУКТУРА ТЕМАТИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ И ЭКСПЕРТИЗ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО СЛУЧАЯМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ



Страховыми представителями 3 уровня был проведен анализ выявляемых по результатам ЭКМП нарушений, который показал, что 80% нарушений связано с непроведением объема исследований при диспансеризации. Поскольку данные нарушения могут быть определены на этапе МЭЭ, высвободившийся ресурс позволил перераспределить направленность деятельности экспертов и усилить акцент в работе врачей на проведение ЭКМП специализированной медицинской помощи.

Применение страховым представителем 3 уровня нового подхода к скринингу реестров счетов расширило спектр тематических экспертиз, что позволило выявлять ранее скрытые нарушения и факторы, способствовавшие увеличению сроков лечения или отсутствию положительной динамики в состоянии здоровья пациентов в условиях круглосуточных стационаров.

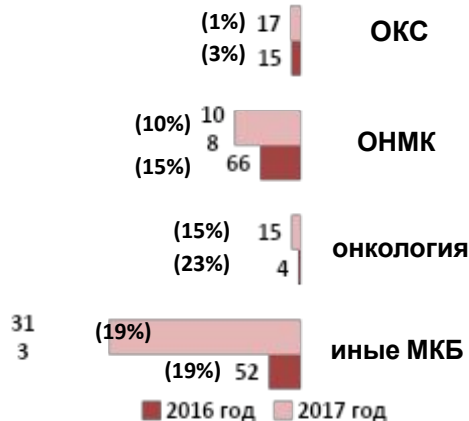
РОСТ ТЕМАТИЧЕСКИХ ЭКМП



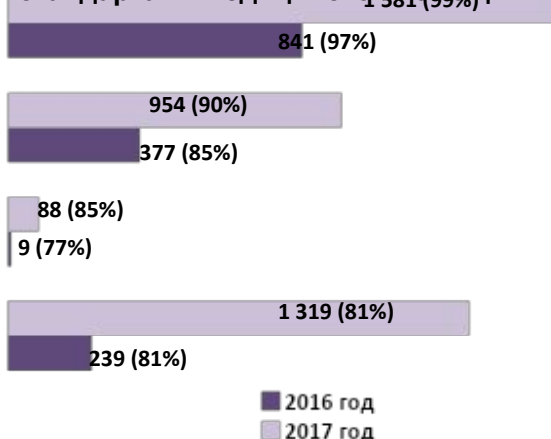
РОСТ КОЛИЧЕСТВА ВЫЯВЛЯЕМЫХ НАРУШЕНИЙ 2016-2017 гг.



Всего Прочие нарушения

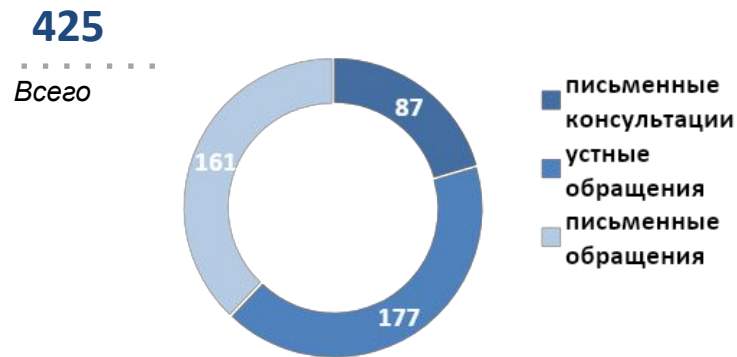


Нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи



2. Рассмотрение обращений граждан, поступивших в Контакт-центр и требующих оценки качества и /или организации медицинской помощи

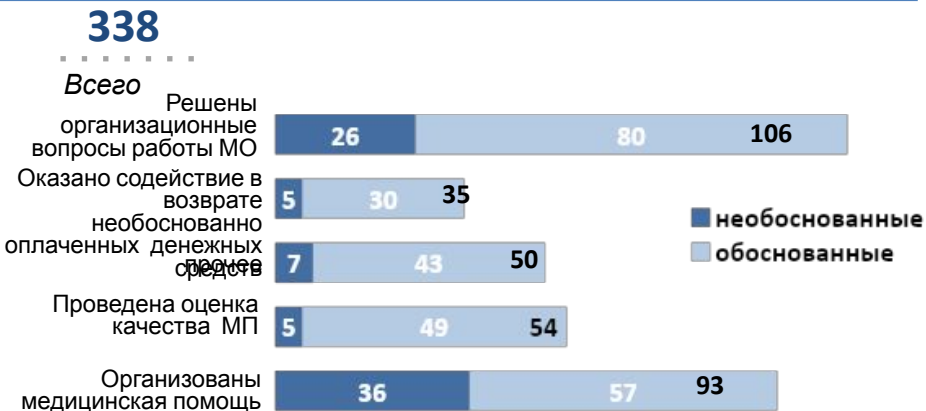
КОЛИЧЕСТВО ОБРАЩЕНИЙ, РАССМОТРЕННЫХ СТРАХОВЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ 3 УРОВНЯ, 9 МЕС. 2017 Г.



К компетенции страховых представителей 3 уровня относится рассмотрение обращений, поступающих в Контакт-центр, требующих медицинских познаний:

- Организации медицинской помощи;
- Рассмотрения жалоб, связанных с качеством, доступностью и своевременностью оказания медицинской помощи застрахованным лицам;
- Разрешения спорных случаев при оказании медицинской помощи;
- Проверки обоснованности взимания платы за медицинские услуги;
- Проведения претензионной работы по возврату денежных средств застрахованным лицам за медицинскую помощь, включенную в программу обязательного медицинского страхования.

СОПРОВОЖДЕНИЕ СТРАХОВЫМИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ 3 УРОВНЯ ГРАЖДАН ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, 9 МЕС. 2017 Г.



УГЛУБЛЕННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ СТРАХОВЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ 3 УРОВНЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, 9 МЕС. 2017 Г.



3.

Контроль фактического потребления медицинской помощи при диспансерном наблюдении

На основе данных реестров счетов медицинских организаций, содержащих сведения о присвоенных группах здоровья, построен алгоритм контроля потребности застрахованных лиц в динамическом наблюдении и разработано программное обеспечение для контроля фактического потребления медицинской помощи при диспансерном наблюдении.

ДАННЫЕ О ПРИСВОЕННОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ, 9 МЕС. 2017

Г.

45%

прошедших диспансеризацию в 2017 году нуждались в диспансерном наблюдении и лечении



В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ СТРАХОВЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ 3 УРОВНЯ ПРОВОДИТСЯ АНАЛИЗ СВОЕВРЕМЕННОСТИ ПРОХОЖДЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ.

Наличие сведений о медицинской помощи

Работа в ПО.
Контроль счетов

Отсутствие сведений об обращениях

Тематическая ЭКМП по профилю заболевания

Индивидуальное информирование о необходимости обращения за медицинской помощью

В зависимости от установленного диагноза застрахованные лица, которым присвоена группа здоровья IIIa или IIIб, разделены на группы кратности наблюдения:

Кратность наблюдения	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Заболевание	- сахарный диабет - заболевания почек ...	- артериальная гипертензия - хроническая ишемическая болезнь сердца ...	- полипы желудка - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки ...

Диспансерное наблюдение

88 тыс. чел. присвоена III группа здоровья по результатам диспансеризации в период с января по май 2017 года

50 тыс. чел. обратились в медицинскую организацию по поводу выявленного заболевания

3.

Контроль фактического потребления медицинской помощи при диспансерном наблюдении

ДЛЯ РАБОТЫ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ 3 УРОВНЯ БЫЛО РАЗРАБОТАНО СОБСТВЕННОЕ ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ «КОНТРОЛЬ ПЕРИОДИЧНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ»

Реестры ОМС - [1.0.0.71\000 СК «Ингосстрах-М»] [192.168.207.19\RS\rozpz]

Программа Дополнительно ?

Периодичность проведения диспансерного наблюдения : 1138 стр. 14 сек.

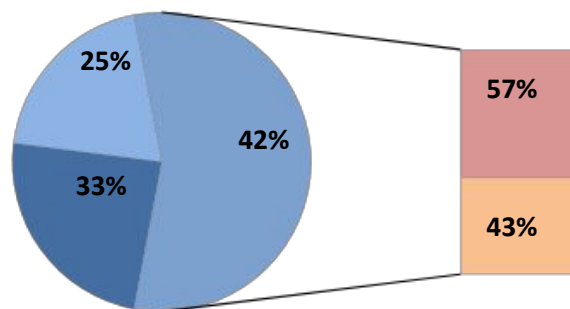
Случайная выборка Редактировать случай Групповое обновление Распечатать

Код	Название группы здоровья	Полис ОМС	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Код МКБ	Название МКБ	Кто присвоил	Дата присвоения	Периодичность	Кол-во обращений	Контроль срока	Информирование
			Галина	Петровна			I20.8	Другие формы стенокардии	260079	11.04.2017	>=1р. в 6м.	0	11.04.2018	
			Нина	Петровна			J45.9	Астма неуточненная	260059	26.04.2017	>=1р. в 6м.	0	26.04.2018	
			Ольга	Владимировна			J45.8	Смешанная астма	260059	28.04.2017	>=1р. в 6м.	0	28.04.2018	
			Александр	Иванович			J44.1	Хроническая обструктивная легочная болезнь	260059	27.04.2017	>=1р. в 1г.	0	27.10.2017	Отобран
			Вера	Александровна			I20.9	Стенокардия неуточненная	260079	07.06.2017	>=1р. в 6м.	0	07.06.2018	
			Александр	Георгиевич			I25.8	Другие формы хронической ишемической болезни сердца	260079	02.06.2017	>=1р. в 6м.	0	02.06.2018	
			Юрий	Александрович			I20.8	Другие формы стенокардии	260079	06.06.2017	>=1р. в 6м.	0	06.06.2018	
			Виктор	Иванович			I20.8	Другие формы стенокардии	260079	01.06.2017	>=1р. в 6м.	0	01.06.2018	
			Николай	Васильевич			I20.8	Другие формы стенокардии	260079	07.06.2017	>=1р. в 6м.	0	07.06.2018	
			СЕРГЕЙ	ТИМОФЕЕВИЧ			I25.9	Хроническая ишемическая болезнь сердца	260098	21.04.2017	>=1р. в 6м.	0	21.04.2018	
			Любовь	Григорьевна			I25.8	Другие формы хронической ишемической болезни сердца	260079	04.05.2017	>=1р. в 6м.	0	04.05.2018	
			Александр	Петрович			I20.8	Другие формы стенокардии	260079	02.05.2017	>=1р. в 6м.	0	02.05.2018	
			Анна	Федоровна			I25.8	Другие формы хронической ишемической болезни сердца	260079	03.05.2017	>=1р. в 6м.	0	03.05.2018	
			Александр	Геннадьевич			I25.8	Другие формы хронической ишемической болезни сердца	260079	03.05.2017	>=1р. в 6м.	0	03.05.2018	
			Анастасия	Павловна			I20.8	Другие формы стенокардии	260079	10.05.2017	>=1р. в 6м.	0	10.05.2018	

ФАКТИЧЕСКОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ

88 020

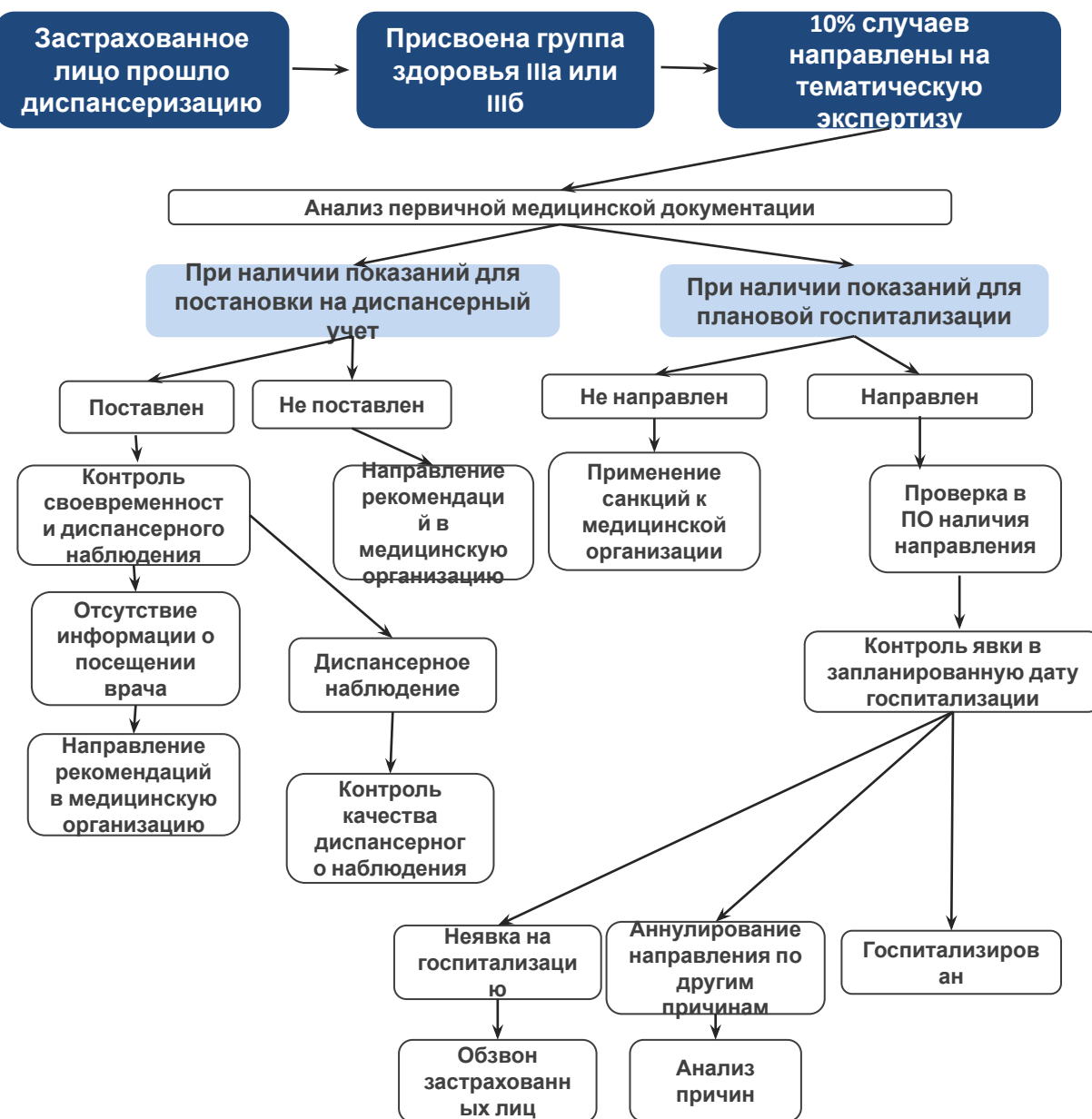
Всего граждан были отнесены к 3 группе здоровья в период с января по май 2017 года



- не наступил срок обращения в медицинскую организацию
- обратились в медицинскую организацию самостоятельно
- были проинформированы о необходимости обратиться в медицинскую организацию
- обратились в медицинскую организацию по итогам проведенного информирования
- обратились в медицинскую организацию по итогам проведенного информирования

Страховым представителем 3 уровня проводится анализ своевременности прохождения застрахованным лицом диспансерного наблюдения. Отсутствие сведений об обращении пациента в медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, в реестрах счетов с установленной периодичностью служит основанием для информирования страховым представителем 3 уровня застрахованного лица о необходимости обращения в медицинскую организацию.

4. Анализ своевременности организации диспансерного наблюдения, плановых госпитализаций и иных рекомендаций по результатам диспансеризации



При анализе первичной медицинской документации случаев диспансеризации страховыми представителями 3 уровня оценивались:

- показания и своевременность направления на 2 этап диспансеризации;
- показания и своевременность направления на плановую госпитализацию;
- рекомендации по диспансерному наблюдению в поликлинических условиях.

При наличии показаний к плановой госпитализации проводилась проверка:

- наличия записи о направлении на госпитализацию;
- регистрация направления на в едином информационном ресурсе ТФОМС.
- при отсутствии факта госпитализации проверяется причина ее несвоевременности или невыполнения.

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОВЕДЕННОГО СТРАХОВЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ 2 УРОВНЯ АНАЛИЗА НАРУШЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ СТРАХОВОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ 3 УРОВНЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ В ЦЕЛЯХ ПРИНЯТИЯ ОПЕРАТИВНЫХ МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА ИХ УСТРАНЕНИЕ:

**ОЧЕРЕДНОСТЬ
ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

- При превышении срока ожидания запланированной госпитализации проводит проверку причин допущенного нарушения.
- Осуществляет взаимодействие с медицинскими организациями для оценки возможности сокращения срока ожидания госпитализации.

**ДОСТУПНОСТЬ
ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

- Взаимодействует с медицинской организацией или застрахованным лицом для определения возможного перенаправления пациентов в медицинские организации, имеющие соответствующие профили отделений.
- Организует тематическую ЭКМП с целью оценки обоснованности экстренных (внеплановых) госпитализаций.

**СВОЕВРЕМЕННОСТЬ
ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

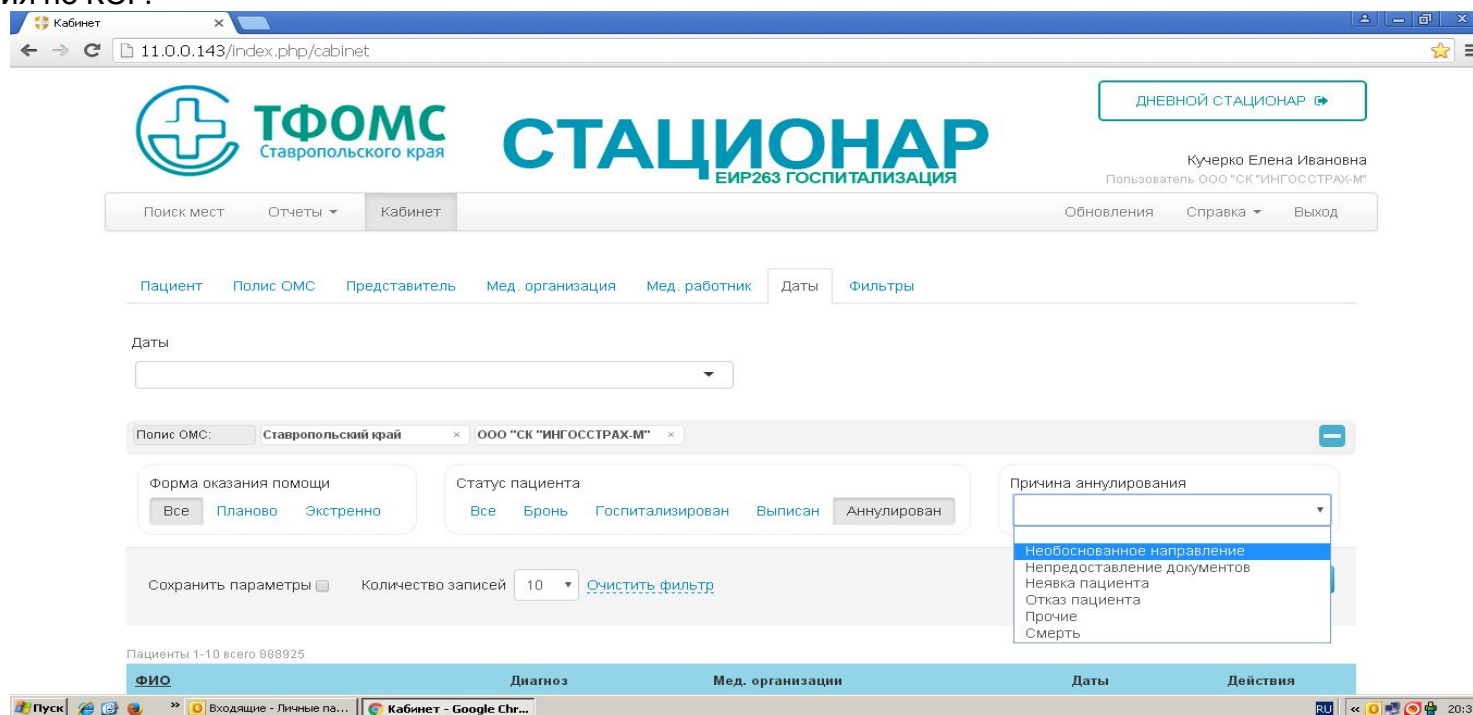
- Организует ЭКМП амбулаторно–поликлинической помощи в целях оценки наличия показаний к госпитализации по первичной медицинской документации и своевременности направления пациента на госпитализацию.
- Систематизирует информацию о случаях несвоевременной госпитализации по результатам ЭКМП.

**НЕСОСТОЯВШАЯСЯ
ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ**

- Осуществляет взаимодействие с медицинскими организациями для уточнения причин несостоявшейся госпитализации и в случае наличия нарушений принимает оперативные меры, направленные на их устранение.

ИСПОЛЬЗУЯ ЕДИНЫЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ РЕСУРС ТФОМС СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ СТРАХОВОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ 3 УРОВНЯ ИМЕЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ :

- Проведения анализа количества и причин отказов в госпитализации по направлению каждого врача поликлиники.
- Контроля плановых и экстренных перемещений пациента с амбулаторного этапа на этап стационарной медицинской помощи.
- Проведения анализа своевременности выписки пациента с использованием справочников длительности лечения по КСГ.



В информационном ресурсе реализована система фильтров, экспортируемых выборок, автоматически формируемых отчетных данных, что дает возможность страховому представителю 3 уровня целенаправленно планировать объем экспертной выборки по конкретным медицинским организациям.

6. Взаимодействие с медицинскими организациями и ТФОМС по результатам экспертной деятельности и разрешения спорных ситуаций

СТРАХОВЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ 3 УРОВНЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПОСТАВЛЕННЫХ ЗАДАЧ В РАМКАХ ПРИНЯТИЯ МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВ ГРАЖДАН НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМОГО ОБЪЕМА И КАЧЕСТВА, ВЗАИМОДЕЙСТВУЮТ С УЧАСТНИКАМИ СИСТЕМЫ ОМС И ОРГАНОМ УПРАВЛЕНИЯ

Медицинские организации

- Направление в адрес администраций медицинских организаций результатов проведенного контроля.
- Направление по результатам проведенной экспертной работы аналитических справок с предложениями по принятию управленческих решений, направленных на улучшение качества медицинской помощи в медицинских организациях.
- Планирование экспертного контроля на основе полученных от медицинских организаций планов мероприятий по устранению выявленных нарушений.
- Проведение служебного разбора по случаям оказания застрахованным лицам медицинской помощи.
- Проведение очных встреч с уполномоченными лицами медицинской организации в целях обсуждения выявленных в актах контроля системных нарушений и порядка их устранения.
- Требование возмещения необоснованно затраченных застрахованными лицами денежных средств.

224 встречи с МО для обсуждения выявленных в актах контроля дефектов

ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ: Органы управления в сфере здравоохранения

При рассмотрении жалоб застрахованных лиц на качество медицинской помощи страховые представители 3 уровня обращаются в органы управления здравоохранением:

- для получения медицинских документов застрахованного лица и результатов ведомственного разбора случаев медицинской помощи;
- для оказания содействия в разрешении вопросов застрахованных лиц, не относящихся к компетенции страховой медицинской организации, но неразрывно

ТФОМС

Территориальный фонд участвует:

- в процедуре согласования результатов экспертизы, в случае поступления разногласий к актам экспертиз из медицинских организаций;
- при необходимости ТФОМС организует коллегиальное рассмотрение претензий медицинских организаций с привлечением экспертов фонда, медицинской организации и страховой медицинской

В течение 10 месяцев 2017 года Ставропольским филиалом

направлено: В адрес администраций медицинских организаций

- **187** аналитических справок с предложениями по принятию управленческих решений
- **49** справок по результатам тематической экспертизы по случаям диспансеризации
- **499** писем, содержащих результаты проведенного филиалом контроля, требования о предоставлении результатов внутренних проверок и принятых мер, возмещения необоснованно затраченных застрахованными лицами денежных средств

В адрес министерства здравоохранения Ставропольского края:

- **10** писем с обращением об оказании содействия в рассмотрении жалоб застрахованных лиц

Территориальным фондом ОМС Ставропольского края рассмотрено:

- **158** спорных случаев между страховой компанией и медицинскими организациями.

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**