

*Отсутствие полноценной системы защиты прав пациентов в сфере медицинского страхования тормозит развитие здравоохранения. Чтобы исправить ситуацию, нужно создать мотивацию для всех участников процесса.*

В середине сентября Левада-Центр опубликовал результаты опроса россиян на тему отношения к отечественной медицине. На вопрос «удовлетворены ли вы системой здравоохранения» отрицательно ответили 77% респондентов (предусмотрены варианты «определенно нет» и «скорее нет», мы суммировали их). Пять лет назад, в 2008-м, недовольных было 59%. При этом 42% участников последнего опроса посчитало, что за прошедший год качество медицинских услуг ухудшилось, а еще 39% – осталось при прежнем негативном мнении. На фоне разговоров об увеличении финансирования, программах модернизации, росте заработной платы персонала и преобразованиях отраслевого законодательства оценки оптимизма не вызывают.

В условиях далекой от совершенства медицины крайне важным остается вопрос защиты прав пациентов. В середине лета интерес к нему подогрел Владимир Путин, констатировав на заседании Госсовета, что страховые медицинские организации (СМО), на которые возложена эта функция, «в основном являются лишь посредниками при передаче финансовых средств, не мотивированы на повышение качества медпомощи и практически не несут за нее никакой ответственности». Журнал «Эксперт-Урал» и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Свердловской области провели круглый стол по защите прав застрахованных в системе ОМС.

### ***Вас не слышно***

По данным ФОМС РФ, в 2012 году в страховые компании и территориальные фонды поступило 44,3 тыс. жалоб пациентов, из которых 24,7 тысячи признаны обоснованными. Учитывая, что за амбулаторной помощью обращалось свыше 540 млн человек, а еще 30 миллионов лечилось в стационарах, – претензии, казалось бы, возникли у мизерного количества пациентов. Но поверить, что эти цифры отражают реальное состояние здравоохранения, сложно. Да и данные самого Минздравсоцразвития не позволяют. В 2010 году, как следует из доклада о реализации программы госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи, ее уровнем было довольно 34% пациентов. В более свежие доклады этот показатель не вошел, но очевидно, что кратно за столь короткий срок улучшиться он не мог.

– В здравоохранение приходят большие деньги – как на обновление материальной базы, так и на лечение. По программе модернизации Свердловская область получила дополнительно более 11 млрд рублей, бюджет ТФОМС на текущий год превысил 40 млрд рублей. Казалось бы, должно быть все лучше и лучше. Но общаясь с пациентами, с медицинским сообществом, мы видим, что на деле так получается далеко не всегда, – отмечает директор ТФОМС Свердловской области Валерий Шелякин.

Эффект от растущего финансирования все же есть – уменьшается количество жалоб на незаконное взимание средств за медицинские консультации и процедуры, которые по закону должны быть бесплатными. В Свердловской области, по данным территориального фонда, в 2012 году количество таких жалоб по сравнению с 2011-м уменьшилось на 31%. А в первом полугодии 2013-го по сравнению с аналогичным периодом 2012 года – в 2,7 раза.

– В прошлом году у нас не было зафиксировано ни одной жалобы на взимание денежных средств в стационарах. Ситуация с точки зрения финансовой обеспеченности региональных программ ОМС существенно улучшилась, – подтверждает директор ТФОМС Пермского края Вадим Бабин.

При этом вопросы у пациентов к качеству оказания медицинской помощи, к ее организации, к отношению персонала остаются, продолжает Вадим Бабин:

– В 2012 году фонд ОМС и страховые компании приняли свыше 200 обоснованных жалоб. Хотя по их количеству оценивать уровень оказания медицинской помощи сложно: если жалоб мало – может, все в порядке, а может, это провал в знаниях пациентов, их нежелание отстаивать свои права.

Задача страховых компаний, работающих в системе ОМС, – не только фиксировать жалобы застрахованных и помогать людям решать проблемы в досудебном или судебном порядке. Возможно, куда более важная функция страховщика – консультировать клиентов по любым вопросам, касающимся медицинской помощи. Здесь тоже есть проблемы. Например, за 2012 год десять работающих в Свердловской области СМО ответили почти на 42 тыс. звонков и 1,7 тыс. виртуальных обращений от населения. При его численности в 4,3 млн человек, это немного.

– Мы видим, что пациенты начали разбираться в функциях страховой компании, задавать им самые разные вопросы, от совсем несущественных до крайне важных – например, просят помочь в разбирательствах в случаях со смертельным исходом. В то же время огромное количество проблем решается на кухнях, на скамейках, в коридорах поликлиник, они не доходят до тех, кто может дать квалифицированный ответ. Остаются невысказанными и конструктивные предложения, – говорит директор серовского межмуниципального филиала ТФОМС Свердловской области Иван Сартаков.

Взаимодействие системы здравоохранения с пациентами в сфере защиты их прав важно по нескольким причинам. Во-первых, возможность получить полноценную консультацию до и в процессе оказания медицинской помощи может повысить удовлетворенность конкретного пациента. Во-вторых, если помощь все же была оказана неправильно, полноценный разбор ситуации должен снизить риск повторения ошибки. В-третьих, анализировать жалобы и вопросы принципиально важно для эффективного управления отраслью. Почему этого не происходит?

### ***Страшный незнакомец***

Базовых причин – три. Первая – пациенты просто не знают, что страховые медицинские организации являются представителями их интересов.

– Если что-то случается на этапе оказания медицинской помощи, люди пишут куда угодно – в прокуратуру, министру, губернатору, президенту. Тогда как первый шаг по закону – это обращение в свою страховую компанию. Для анализа жалоб нами налажено взаимодействие с различными ведомствами на территории края, работающими с обращениями граждан. Прокуратура, Минздрав, Росздравнадзор и другие пересылают сообщения по ОМС нам, мы – в страховые компании, берем на контроль их рассмотрение, – рассказывает Вадим Бабин. – Мне кажется, в том, что граждане не всегда обращаются в страховые организации, есть вина самих компаний: у них нет к этому мотивации. Головные офисы в первую очередь интересуют количество застрахованных.

– Если люди не обращаются в страховые компании, это значит еще и то, что они не

знают, где застрахованы. 99% населения на вопрос, нужен ли выбор СМО (он появился с принятием нового закона об ОМС в 2010 году. – Ред.), ответит «нет», потому что не видит в нем ничего кроме постоянной смены полисов. Система ОМС не справляется с социальной функцией, на нее возложенной. Пациенты чуть ли не дерутся с медицинским персоналом, требуют судов, крови – градус неприятия высок. Задачей СМО было сделать так, чтобы человек не ругался с врачами, а мог объективно определить качество оказанной ему медицинской помощи, – уверен председатель правления общественной организации защиты потребителей медицинских услуг «Здравоохранение», фонда реформирования социальной сферы «Территория» Максим Стародубцев.

Вторая причина – обращение к СМО, по мнению пациентов, не дает ожидаемого эффекта. Отчасти это так. По данным ФОМС РФ, в 2012 году из 24,7 тыс. обоснованных жалоб с материальным возмещением удовлетворено только около 4,5 тысячи, средняя сумма – 3,9 тыс. рублей. В суды поступило всего 408 исков.

– Если страховые компании не судятся, они просто экономят деньги. Суд – это обычный цивилизованный процесс решения спора, только и всего. Без него это происходит субъективно между страховыми компаниями и медицинскими организациями. Суд же досконально разбирается в ситуациях, на основании его решения можно делать выводы, – считает Максим Стародубцев.

Исполнительный директор компании «СОГАЗ-Мед» (Москва) Анатолий Ховрин с претензиями к страховым компаниям не согласен:

– Сегодня в СМО созданы структурные подразделения по защите прав застрахованных, почти во всех есть круглосуточные диспетчерские службы правовой поддержки, онлайн-консультанты, развитые сети физических представительств в медицинских организациях. Расширение сервисов консультативной помощи приводит к росту обращений и снижению количества жалоб. В 2012 году мы обработали чуть больше 3 млн обращений – почти на 40% больше, чем в 2011-м, а в текущем году их количество уже почти соответствует уровню всего 2012-го. Жалоб в 2011 году было почти 2,6 тысячи, в 2012-м – 2,4, в первом полугодии 2013-го – меньше тысячи. Работа с обращениями застрахованных в текущем режиме направлена именно на то, чтобы предотвратить нарушение их прав и решить вопрос до возникновения жалобы. Что касается судебного и досудебного путей решения споров, то застрахованному важна оперативность. Если мы понимаем, что можно решить вопрос в его пользу в досудебном порядке, зачем затягивать процесс? В противном случае СМО готова помогать

застрахованному в юридическом сопровождении.

Но эффективность защиты прав пациентов снижают еще несколько факторов, напрямую с деятельностью СМО не связанных. Например, качество экспертизы. По словам участников круглого стола, вопросы возникают и к компетенции экспертов, и к их беспристрастности. Не секрет, что уровень корпоративной этики во врачебном сообществе довольно высок.

Можно предположить, что солидарность практикующих врачей и участвующих в проверках врачей-экспертов является одной из причин мизерных выплат за ошибки в оказании медицинской помощи. Для примера – в начале сентября в Тюменской области завершился судебный процесс по делу о взыскании морального ущерба за смерть пациента, произошедшей из-за ошибки в диагностировании. Вдова погибшего требовала полмиллиона рублей, а получила в пять раз меньше. В 2010 году Минздравсоцразвития подготовило проект закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами», по которому компенсация за смерть в случае врачебной ошибки составляла бы 2 млн рублей, за наступление инвалидности – от 0,5 до 1,5 миллиона в зависимости от группы. Но закон так и не был принят.

Наконец, третья причина, по которой пациенты не торопятся жаловаться, – опасение, что их будут лечить еще хуже. Особенно это актуально для небольших городов.

– Мы работаем на севере Свердловской области, где населенные пункты удалены друг от друга на 100–150 км. Из-за этого, несмотря на право выбора, многие пациенты не могут им воспользоваться и посещают исключительно ближайшие лечебные учреждения. И поэтому не хотят обижать своих врачей, боятся, что если пожалуются, они не будут их лечить, – отметил Иван Сартаков. – Интересно, что люди боятся участвовать даже в анонимном анкетировании, хотя мы объясняем, что его проводит ТФОМС, а не больница. И показывает оно 85-процентную удовлетворенность медицинской помощью.

***Ну-ка все вместе***

Решить проблемы с соблюдением и защитой прав можно, но для этого понадобятся усилия всех участников системы здравоохранения: и профильных министерств, и территориальных фондов ОМС, и лечебных учреждений, и самих пациентов. Первое, что нужно сделать, – научить людей использовать все возможности защиты своих прав. Поскольку медучреждения и страховщики в этом в большинстве своем не заинтересованы, правовой грамотностью населения предстоит заниматься преимущественно исполнительным органам власти и территориальным фондам. Инструментов – множество: от информационных стендов в учреждениях здравоохранения до полноценных PR-кампаний.

– Нужно признать, что большая часть населения по-прежнему слабо знает свои права в ОМС, хотя система существует уже двадцать лет, – констатирует Вадим Бабин. – Чтобы исправить это, фонд взаимодействует со СМИ, проводит пресс-конференции, прямые линии, в ходе которых пациенты могут задать вопросы руководителям и специалистам фонда, краевого Минздрава. Каждый год в бюджете закладываются средства на информационно-разъяснительную работу. В соответствии с нормативной базой в каждой медицинской и страховой организации, работающей в ОМС, должна быть информация о том, что платно и что бесплатно для населения. Мы помогаем в правильной форме организовать эту работу, ежегодно издаем памятки, плакаты, брошюры по вопросам оказания медицинской помощи в системе ОМС.

Иван Сартаков указывает на еще один формат взаимодействия с населением:

– В этом году мы провели дни открытых дверей в нескольких населенных пунктах. В Серове, где около 100 тыс. жителей, мероприятие было очень эмоциональным, люди пришли, чтобы выговориться, выплеснуть накопившееся. А, например, в Волчанске с 10 тыс. жителей, наоборот, говорили о проблемах конструктивно, а в конце благодарили врачей. Вне зависимости от тональности, подобные встречи – хорошая возможность донести до населения необходимую информацию.

Рост правовой грамотности в теории должен привести к тому, что декларируемая конкуренция между СМО превратится в реальную, люди начнут более осознанно относиться к их выбору, опираясь на те, от которых можно получить наилучшую поддержку. Федеральный и территориальный фонды ОМС уже дают возможность населению познакомиться со статистикой страховых компаний, но многим ли она интересна?

Ускорить процесс просвещения можно за счет усиления контроля за СМО и создания для компаний, активно работающих с населением, дополнительных стимулов, в первую очередь финансовых.

– У территориальных фондов в рамках нового закона об ОМС появилась возможность материально мотивировать СМО с точки зрения защиты прав застрахованных. Это так называемая система вознаграждения за показатели работы, – отмечает Вадим Бабин. – В Пермском крае в прошлом году работало семь компаний, шесть получили дополнительные бонусы на сумму более 8 млн рублей. Показатели, за которые средства выделяются, утверждены на федеральном уровне: как оборудованы места выдачи полисов, насколько удобны сайты, как ведется разъяснительная работа и т.д. Возможности СМО не до конца раскрыты в нашей системе. Но правила работы устанавливаются государством. Может, эти правила нужно скорректировать, а затем проконтролировать, как они соблюдаются?

Вознаграждение для страховых компаний предусмотрено и в бюджете свердловского фонда: объем премии за их работу в 2012 году составил 16 млн рублей (для девяти компаний в разных долях в зависимости от степени достижения целевых показателей). За эффективную работу в 2013 году региональные страховщики могут получить уже более 30 млн рублей. Кроме премии, страховые компании получают из системы ОМС средства на ведение дела – 1% от сумм, направляемых на оплату медицинской помощи. На эти деньги компании содержат пункты выдачи полисов, оказывают консультационную и юридическую поддержку, а также проводят экспертизу качества медицинских услуг.

Если взаимодействие населения и СМО выйдет на новый уровень, а количество жалоб вырастет и начнет реально влиять на деятельность медицинских учреждений, им придется более взвешенно относиться к правам пациентов. Так, руководство поликлиники №4 Нижнего Тагила решило не дожидаться этого момента и внедрило ряд инструментов, который может пригодиться другим медикам.

– По инициативе главного врача установлена звуко- и видеозапись приема пациентов, а также их общения с сотрудниками регистратуры. Такой ход позволил улучшить отношение персонала к работе и практически свел на нет жалобы на качество медицинской помощи и этику, – рассказал директор нижнетагильского межмуниципального филиала ТФОМС Свердловской области Валерий Фрейз.

– В медицинских организациях должны быть созданы механизмы, не только минимизирующие количество жалоб, но и замыкающие их на себе, – отмечает заместитель главного врача детской городской клинической больницы №9 города Екатеринбурга Андрей Шастин. – Организация горячей линии, создание специального раздела для обращений на сайте и выделение для работы с ними отдельного человека, информирование пациентов о наличии каналов обратной связи позволит рассматривать большую часть жалоб и вопросов внутри учреждения.

Таким образом, проблемы защиты прав пациентов отнюдь не выглядят неразрешимыми, если уделять им должное внимание. Но опыт работы системы здравоохранения показывает, что этот процесс не будет ни простым, ни быстрым.

**Источник:** [Эксперт Урал](#), № 41, 14.10.13

**Автор:** Белоусов А.