

Пациентоориентированность — новый стимул в работе контрольно- надзорных органов сферы здравоохранения

Старченко А.А. Пациентоориентированность — новый стимул в работе контрольно-надзорных органов сферы здравоохранения

Пациентоориентированность — новый принцип работы системы контрольно-надзорных органов, который реализуется в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, интегрируется в единую иерархическую медико-экспертную систему (СМО, ТФОМС и Росздравнадзор) в рамках обязательного медицинского страхования.

Starchenko A.A. Patient focus is a new driver for the operation of supervisory health care agencies

Patient focus is a new principle in the operation of supervisory health care agencies, which is implemented under the state control of the quality and safety of healthcare practice and integrates medical insurance organizations, territorial compulsory medical insurance funds and Roszdravnadzor into a single, hierarchical system of medical expertise.

Ключевые слова: пациентоориентированность, контроль и надзор в сфере здравоохранения, экспертиза качества медицинской помощи

Keywords: patient focus, health monitoring and surveillance, examination of quality of care

Президент Российской Федерации В.В. Путин, выступая с посланием Федеральному Собранию РФ 3 декабря 2015 г., определил: «Прямая обязанность страховых компаний, работающих в системе ОМС, отстаивать права пациента, в том числе при необоснованных отказах в бесплатном оказании медицинской помощи».

Ранее, в предыдущем послании, Президент Российской Федерации поставил задачу: «Система ОМС должна в полной мере финансово обеспечить государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи. Это касается и общего объема средств, и их доведения до конкретных больниц или поликлиник. При этом пациент должен знать, какую помощь ему обязаны предоставить бесплатно, а врач — понимать, по каким принципам оплачивается его работа... Задача заключается в том, чтобы работал именно страховой принцип, чтобы возросла ответственность человека за свое здоровье».

30 ноября 2015 г. в Москве состоялась очередная VIII конференция Росздравнадзора «Медицина и качество», на которой Минздравом России, Росздравнадзором и Федеральным фондом ОМС был провозглашен переход на новый принцип отечественного здравоохранения — пациентоориентированность.

В докладе руководителя Росздравнадзора М.А. Мурашко прозвучал ряд актуальных предложений, которые ранее предлагались экспертами системы ОМС, но, к сожалению, не были реализованы на практике:

А.А. СТАРЧЕНКО, д.м.н., профессор МОНКИ им. М.Ф. Владимирского, член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, alstar3@mail.ru

1) введение жесткой системы нормативных актов органов управления здравоохранением субъектов РФ с перечислением конкретных обязанностей медицинских организаций (МО) и медицинских работников по оказанию медицинской помощи при патологии, определяющей в настоящее время смертность населения, — так называемые «операционные нормативные акты»; 2) введение жесткой системы цифровых значений критериев доступности и качества медицинской помощи в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Провозглашение принципа пациентоориентированности состоялось как ответ исполнительной власти на дискуссии о системе контроля и надзора сферы здравоохранения России на форуме Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!».

По итогам форума Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!» Президент Российской Федерации Владимир Путин подписал перечень поручений, среди которых — представить предложения по внесению в законодательство Российской Федерации изменений, касающихся:

■ конкретизации обязанностей страховых медицинских организаций (СМО) по защите прав застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи МО (в т. ч. в случае необоснованного отказа в оказании медицинской помощи, предусмотренной программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи), по информированию застрахованных лиц о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи;

■ усиления контроля за исполнением СМО обязанностей в системе обязательного медицинского страхования, а также установления мер административной ответственности за их неисполнение.

Разрешение указанных проблем невозможно в отрыве от всей сложившейся системы контроля и надзора сферы здравоохранения [1—6].

Конкретизация обязанностей СМО по защите прав застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи МО — это новое перекалывание страховых рисков пациентов при получении ими медицинской помощи в системе ОМС на плечи СМО. К этим 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 нанесения пациенту ущерба здоровью и жизни отказом в 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.

Ряд приведенных выше рисков успешно анализируется и предотвращается Росздравнадзором, поэтому формулирование новых страховых принципов системы ОМС невозможно рассматривать изолированно от других контрольно-надзорных органов.

Совместное следование Росздравнадзора, ФФОМС и СМО по пути пациентоориентированности приведет к большей степени защиты пациента при уважительном отношении к медицинскому работнику — главной фигуре здравоохранения.

Установление конструктивного взаимодействия между Росздравнадзором, ФФОМС и СМО позволит предупредить и компенсировать риски пациентов новыми страховыми принципами, которые, в свою очередь, перекалывают указанные выше риски пациентов на плечи профессиональных СМО, в строгом соответствии с требованием Президента России «отстаивать права пациента, в том числе при необоснованных отказах в бесплатном оказании медицинской помощи»:

I. Введение обязанности СМО иметь офисы (филиалы, представительства) во всех субъектах 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), остаться без медицинской помощи в отсутствие поддержки страховой компании. Этот страховой принцип можно было бы назвать федерализацией СМО.

II. Возмещение материального вреда застрахованному лицу, нанесенного навязыванием ему платных медицинских услуг, включенных в программу ОМС.

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

IV. Реальное досудебное возмещение пациенту морального вреда и материального ущерба, связанного с причинением вреда его жизни и здоровью при отказе в оказании ему медицинской помощи (У66 — Случайное нанесение вреда больному: непредоставление хирургической и терапевтической помощи, преждевременное прекращение хирургической и терапевтической помощи).

V. Реальное досудебное возмещение пациенту морального вреда и материального ущерба, связанного с причинением вреда его жизни и здоровью по формулировке диагноза по МКБ-Х (например, оставление инородного тела; перфорация органа; ошибочность дозировки; недостаточная стерильность; несовместимость крови, другие причины, конкретизированные в разделе У60-У65 МКБ Х пересмотра).

Эти страховые принципы (страховые риски) в системе ОМС должны обеспечиваться и реализовываться СМО.

Такие же полномочия должны быть даны Росздравнадзору для защиты пациентов при получении медицинской помощи вне системы ОМС, а также при осуществлении государственного контроля соблюдения государственными внебюджетными фондами прав граждан в сфере охраны здоровья граждан.

Пациентоориентированность как новый принцип работы системы контрольно-надзорных органов реализуется в рамках исполнения положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. №1152, как формирование единого медико-экспертного поля:

- 1) СМО осуществляет контроль за качеством оказания медицинской помощи МО в системе ОМС методом экспертизы качества медицинской помощи;
- 2) ФФОМС осуществляет контроль за экспертной деятельностью СМО методом реэкспертизы качества медицинской помощи;
- 3) Росздравнадзор в рамках полномочий, данных постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 №1152,

осуществляет контроль за реэкспертной деятельностью ТФОМС методом экспертизы качества медицинской помощи;

4) аттестованные в рамках реализации приказа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 16.03.2015 №1620 эксперты качества медицинской помощи СМО могут осуществлять экспертизу при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в т. ч. при осуществлении Росздравнадзором государственного контроля соблюдения государственными внебюджетными фондами прав граждан в сфере охраны здоровья граждан.

Таким образом, пациентоориентированность является одновременно демократическим принципом сдержек и противовесов, реализуемым системой контрольно-надзорных органов:

- 1) право контроля органа (экспертиза СМО, реэкспертиза ТФОМС, экспертиза Росздравнадзора) сдерживается возможностью надзора за данным правом;
- 2) отсутствие неподнадзорных элементов;
- 3) эксперты, включенные в разные уровни иерархии контроля, осуществляют экспертную деятельность по одним принципам.

Реализация этих положений возможна при законодательном придании СМО мощной исполнительной функции — права досудебного возмещения застрахованному лицу материального вреда, причиненного взиманием денежных средств за услуги, предусмотренные программой ОМС. Это существенным образом сократит временные (3—4 года) и судебные финансовые издержки гражданина.

Социальная значимость: существующее положение жителя небольших городов и сел является обременительным, т. к. фактически ограничивает его право на обращение за судебной защитой в силу опасения за свое здоровье — после решения суда он вынужден будет обращаться за медицинской помощью в то же учреждение здравоохранения, с которым состоял в судебном споре. СМО, пользуясь финансовым и экспертным авторитетом, лицензией ЦБ РФ на ОМС, должна в таких случаях осуществлять досудебные выплаты гражданину.

Финансовый источник досудебного возмещения застрахованным лицам — целевые средства ОМС.

Алгоритм действий СМО по досудебному возмещению застрахованным лицам материального ущерба:

1. Рассмотрение жалобы застрахованного лица на незаконное взимание денежных средств МО за медицинские услуги, предусмотренные программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, или понуждение к приобретению за личные средства лекарственных препаратов, медицинских изделий и других материальных ценностей, включенных в программу ОМС.

2. Выполнение целевой экспертизы качества медицинской помощи по жалобе застрахованного лица с установлением показаний к выполнению медицинских услуг, назначению лекарственных препаратов или медицинских изделий, включение их в порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, обязательные перечни и формуляры, предусмотренные законодательством РФ.

3. Предъявление Акта целевой экспертизы качества медицинской помощи по жалобе застрахованного лица и предписания в МО о возмещении гражданину незаконно понесенных затрат в месячный срок.

4. Отказ МО в месячный срок возместить незаконно понесенные затраты гражданину является основанием для возмещения СМО гражданину из целевых средств ОМС с последующим удержанием данной суммы из объема финансирования МО.

5. С целью предупреждения возможных злоупотреблений со стороны СМО необходимо предусмотреть формирование сдержек и противовесов: удержание суммы из объема финансирования МО проводится после реэкспертизы качества медицинской помощи ТФОМС, подтверждающей выводы о необходимости возмещения гражданину незаконно понесенных затрат.

6. Денежные средства перечисляются СМО на расчетный счет гражданина по Акту целевой экспертизы качества медицинской помощи СМО и Акту реэкспертизы ТФОМС.

7. В случае несогласия МО с решением СМО и ТФОМС МО направляет иск в судебные инстанции, тем самым пациент, уже получивший компенсационное возмещение, исключается из дальнейших судебных споров между МО, СМО и ТФОМС, а следовательно, не несет риска потери денежных средств и риска «мести» со стороны сотрудников МО при очередном обращении за медицинской помощью. Реализация этих двух страховых принципов несет финансовый риск для СМО: если в судебном споре она проигрывает МО, возмещение пациенту признается судом необоснованным, то СМО возмещает МО из собственных средств ранее изъятую из финансирования сумму.

IV. Возмещение пациенту морального и материального ущерба, связанного с причинением вреда его жизни и здоровью при оказании ему медицинской помощи ненадлежащего качества. Аналогично реализации предыдущих двух принципов: СМО, изымая по решению, одобренному ТФОМС, из финансирования МО сумму на компенсацию вреда жизни и здоровью пациента, несет риск выплаты МО означенной выше суммы из собственных средств по судебному решению, признавшему выплату пациенту необоснованной.

В рамках решения указанной проблемы эксперты медицинской помощи ставят важный вопрос — в какой модели эксперт сможет проявить максимальную объек-

тивность: в модели частных СМО или в модели государственных институтов?

Если быть реалистом, то очевидно, что сегодня соблазн административного давления на эксперта огромен. Поэтому основным гарантом независимости и объективности эксперта являются финансовая устойчивость и независимость от местных органов власти СМО: чем она финансово более устойчива, чем больше застрахованных из большого числа субъектов РФ отдала 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, уважительнее к выводам экспертов СМО и представители судебно-медицинской службы, правоохранительных органов и суда.

С целью реализации принципа пациентоориентированности в системе контрольно-надзорных органов системы ОМС (СМО — ТФОМС — Росздравнадзор), т. е. ориентирования на результат для пациента, целесообразно внедрение новых норм предотвращения смертности: объективизация контроля преемственности оказания медицинской помощи, соблюдение этапности оказания медицинской помощи и ее стандартизации:

1. В нормативных актах руководителей органов государственной власти субъектов Российской Федерации должны быть указаны соответствующие требования по последовательности внедрения обязательных позиций стандартов медицинской помощи в форме утвержденных:

■ перечня нозологических форм в соответствии с ч. 16—19 ст. 2 Федерального закона РФ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (заболевание, состояние, основное заболевание, сопутствующее заболевание), курация (диагностика, лечение, профилактика, реабилитация) которых разрешена на уровне конкретной отдельной МО в соответствии с требованиями, обеспечивающими доступность и качество оказания медицинской помощи пациенту;

■ правил направления, перевода и медицинской эвакуации больных с конкретными нозологическими формами (состояниями, заболеваниями) с целью консультации, диагностики, лечения, профилактики и реабилитации из конкретной МО одного этапа оказания медицинской помощи на другой, вышестоящий этап, с соблюдением требований своевременности оказания медицинской помощи и учетом соразмерности временного, пространственного и транспортного факторов для ее оказания.

2. Введение в реестр пролеченных онкологических пациентов данных:

■ стадия онкологического процесса в соответствии с отечественной классификацией (I—IV стадия) — для оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов диагностики

(стандарты для разных стадий) и контроля результата;

■ номенклатурный код или наименование хирургического вмешательства, выполненного пациенту, определяющее клинко-статистическую группу болезней.

3. Введение в Программу государственных гарантий конкретных цифровых значений критериев качества медицинской помощи:

■ доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года;

■ доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в МО, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы ОМС;

■ доля выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП) со временем доезда до пациента менее 20 мин с момента вызова в общем количестве вызовов;

■ доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 ч от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда;

■ доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия (ТЛТ), в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда;

■ доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда;

■ количество проведенных выездной бригадой СМП тромблизисов у пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда в расчете на 100 пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами СМП;

■ доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 ч от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями;

■ доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена ТЛТ в первые 6 ч госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом. Основанием для подобного предложения является ежегодное постановление Правительства РФ, которым утверждается Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающая раздел «IX. Критерии доступности и качества медицинской помощи», но не содержащая цифровых параметров критерия качества медицинской помощи, поэтому субъекты РФ нередко устанавливают произвольные цифры. Из такого подхода к критериям качества медицинской помощи следует воз-

возможность нарушения конституционной гарантии на равное право граждан РФ на получение медицинской помощи равно надлежащего качества, что способствует дискриминации граждан при реализации права на медицинскую помощь надлежащего качества в зависимости от места проживания. Напомню: Президент РФ, являясь гарантом исполнения Конституции РФ, стоит на защите равного права для всех граждан на объем, качество и доступность медицинской помощи, что и выражено в его послании 2015 г.

Поэтому с целью общественного контроля и медицинской экспертизы документ должен содержать цифровые параметры критериев качества медицинской помощи, которые бы соответствовали и отражали именно надлежащее качество медицинской помощи.

4. Введение в реестр пролеченных пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом:

1) на догоспитальном этапе:

- время доезда бригады СМП (время контакта с больным с момента вызова СМП);
- дата выполнения ТЛТ;
- код препарата для ТЛТ;
- доза препарата для ТЛТ;

при отсутствии введения препарата — причина: противопоказание по инструкции, отсутствие препарата;

2) на госпитальном этапе:

- дата выполнения ТЛТ;
- код препарата для ТЛТ;
- доза препарата для ТЛТ;
- при отсутствии введения препарата — причина: противопоказание по инструкции, отсутствие препарата или др.;

■ время, прошедшее от начала заболевания до госпитализации (доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 ч от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда);

■ сведения о проведенной ТЛТ (препарат, доза и т. д.) и причины отказа в применении лекарственных средств (противопоказания по инструкции, отсутствие препарата, др.) (доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена ТЛТ, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда);

■ сведения о стентировании коронарных артерий (дата операции, номенклатурный код вмешательства и т. д.), в случае отказа: причина (конкретное противопоказание для постановки стента, отсутствие стента, др. (доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда);

■ время, прошедшее от начала заболевания до госпитализации (доля пациентов с острыми цереброваску-

лярными болезнями, госпитализированных в первые 6 ч от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями);

■ сведения о проведенной ТЛТ (препарат, доза и т. д.) и причины отказа в применении лекарственных средств (противопоказания по инструкции, отсутствие препарата, др.) (доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена ТЛТ в первые 6 ч госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом).

■ Вывод

Исходя из приведенных выше положений, пациентоориентированность в отечественном здравоохранении следует рассматривать как двуединую задачу:

■ конкретный набор реально реализуемых организационно-медицинских предложений, которые могут существенным образом снизить негативные риски пациентов при получении медицинской помощи и, в первую очередь, летальный исход как безвозвратную потерю для общества;

■ создание ориентированной на результат системы контроля с интегрированным функционированием всех контрольно-надзорных органов (СМО — ТФОМС — Росздравнадзор) с целью выявления дефектов при оказании пациенту медицинской помощи и последующего их предупреждения.

■ ИСТОЧНИКИ

1. Старченко А.А. Двуединство систем государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности и контроля медицинской помощи в рамках ОМС. Здравоохранение, 2014, 8: 64–68.
2. Старченко А.А. Безопасность медицинской деятельности: требования НП «Национальная медицинская палата». Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, 2014, 9(1): 83–90.
3. Старченко А.А., Гришина Н.И., Тарасова О.В. Проблемы взаимодействия контрольно-надзорных органов в сфере здравоохранения, ОМС и реализации прав потребителей. Санэпидемконтроль, 2015, 4: 31–39.
4. Старченко А.А. Поручения президента России: обязательства медицинских страховщиков по действенной защите прав граждан в сфере здравоохранения. Менеджер здравоохранения, 2015, 4: 64–67.
5. Старченко А.А. Диалектика формирования обязательств власти перед обществом: исключительно профессиональный подход (начало). Здравоохранение, 2015, 5: 94–96.
6. Старченко А.А. Диалектика формирования обязательств власти перед обществом: исключительно профессиональный подход (окончание). Здравоохранение, 2015, 6: 84–86.