О безлимитной преюдиции в «медицинских» процессах. Второй проблемный очерк для чтени

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Вторник, 09 июля 2019, 11:12
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4774

Уважаемые коллеги! Приглашаю вас продолжить наше исследование проблемы безлимитной преюдиции в «медицинских» процессах.

В Первом проблемном очерке и в ходе его обсуждения в профессиональных сообществах нам с вами удалось выявить два основных проблемных момента и даже прояснить первый из них. Как выяснилось, заключается он в появлении неблагоприятных эффектов вследствие расширенного применения общественно полезного института преюдиции при, цитирую, «судебной миграции судебного повода». Второй момент пока туманен, но некоторые рассмотренные его признаки указывают на то, что границы преюдиции в «медицинских процессах» должны устанавливаться не введением каких-либо специальных ограничений, нарушающих принципы справедливого судопроизводства, а как-то иначе. Предположительно, путём проработки и устранения некоторых смешений и подмен в понятийном аппарате и логических конструкциях, закреплённых в законодательстве и способствующих неоправданно расширенному применению преюдиции в «медицинских процессах», общественно вредному по совокупности эффектов. Чем и предлагаю здесь заняться.

Затянувшееся правовое бордальеро

Базовые для охраны здоровья граждан и осуществления деятельности в сфере здравоохранения понятия, в основном, приведены в Федеральном законе от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон). Там без труда можно обнаружить такие важные определения, как: «медицинская помощь», «медицинские вмешательства», «медицинские услуги», «медицинская деятельность», «качество медицинской помощи», «экспертиза качества медицинской помощи» и многие другие. Несмотря на достаточную чёткость и корректность с профессиональной точки зрения большинства определений Закона, они постоянно путаются и смешиваются в публичном пространстве (и не только).

Особенно досаждает понятийная путаница при рассмотрении правовых аспектов отношений, возникающих при оказании медицинской помощи. То и дело звучат лишённые смысла комбинации слов вроде «независимой оценки качества медицинских услуг», «экспертизы качества оказания медицинской помощи», «бесплатных» или «платных» «медицинских услуг», «предоставления» и «получения» «медицинской помощи», «нарушений оказания медицинских услуг», «гарантированного объёма медицинской помощи», «медицинской помощи ненадлежащего качества» и т.п. Вариантов – масса. Употребляющие эти и подобные им словосочетания люди не всегда даже способны внятно объяснить, что они под ними имели в виду.

Phoca PDF

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Вторник, 09 июля 2019, 11:12
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4774

Причина терминологической загрязнённости ясна. При наличии специального Закона, описывающего и регламентирующего медицинскую помощь, преимущественно, как долженствование, возникающие при этом правоотношения «сторон» отнесены законодателем к частным, «гражданским». Появление «сторон», само по себе, уже странно: какие «стороны» могут быть в отношениях врача и больного в их совместной борьбе с болезнью? И с клинической точки зрения нельзя принять за идеал положение, когда с выяснения «правоотношений сторон» должна начинаться всякая коммуникация врача и больного. Примат прав в клинике иногда здорово мешает, крадёт драгоценное время и даже способен приводить к трагедиям. Предварительное выяснение «правоотношений» с их «надлежащим» оформлением является условием оказания медицинской помощи. В то же время, преодоление этого искусственного препятствия к оказанию медицинской помощи, сколько бы времени оно ни занимало и скольких усилий ни требовало, не относится к медицинским вмешательствам, а значит, не тарифицируется и не оплачивается, а время врачебного приёма адекватно не увеличивается.

Гражданские отношения соответствующим образом и регулируются. Частью трудовым, частью потребительским законодательством в правовом поле общегражданского (Гражданского кодекса Российской Федерации, ГКРФ), а также специальным законом в части обеспечения государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи бесплатно в системе ОМС, что также находится в плоскости гражданских правоотношений и целиком попадает под действие потребительского законодательства. Отнесение отношений, возникающих при оказании медицинской помощи, к договорным типа «продажи услуг», по большому счёту, не может не вызывать глубинных противоречий с существом регулируемой деятельности и её миссией. Как их разрешает законодатель?

Мадам! Поедемте в нумера!

Разработчикам гражданского и потребительского законодательства показалось удачной мысль «зацепиться» за понятие «медицинских услуг». Очевидно, это понятие не случайно появилось в нашем Законе в качестве на первый взгляд лишней альтернативной формулировки для медицинских вмешательств и комплексов медицинских вмешательств. А дальше уже ничего не стоило наделить «медицинские услуги» противоестественными свойствами и атрибутами. За пределами Закона «медицинские услуги» перестают быть тем, чем они являются – медицинскими вмешательствами, выполняемыми при оказании медицинской помощи, а становятся оказываемыми потребителям и потребляемыми последними «платными» или «бесплатными» услугами. Тот же очевидный факт, что выполнение медицинских вмешательств (сиречь, тех самых «медицинских услуг») вне контекста оказания медицинской помощи невозможно в принципе, зачастую

Phoca PDF

игнорируется или даже не осознаётся.

Как единственно возможное логическое следствие такого подхода, в целях «потребительского» регулирования правоотношений, возникающих при оказании медицинской помощи, «регуляторам» приходится игнорировать ещё многие важные вещи. Например, то, что в том самом управлении процессом оказания медицинской помощи врачом – т.е., за пределами собственно выполнения медицинских вмешательств («медицинских услуг»), в основном, и заключается искомое этим же потребительским законодательством «качество продукции или услуг» в его интимно-потребительском значении. Эта мысль, как правило, шокирует неспециалистов и отторгается ими как абсурдная при всей её неоспоримой для профессионалов естественности.

Просто, немного реальности. Не помешает

Результат оказания медицинской помощи как совокупность признаков, включающих в себя, среди прочего, и субъективное восприятие процесса, условий и результата оказания медицинской помощи пациентом, зависит от многих вещей. В первую очередь – от того, какие решения были приняты в ходе лечебно-диагностического процесса (ЛДП), и во вторую – как они были реализованы. Т.е. то, что находится вне «Номенклатуры медицинских услуг», имеет первостепенное значение. Обожаемая же многими юристами и журналистами фраза «качество медицинских услуг» в действительности означает не более, чем качество (технологичность) выполнения медицинских вмешательств – важный, но относительно небольшой кусочек рациональной совокупности параметров качества медицинской помощи – причём, отсутствующий в Законе (о чём мы не устаём напоминать).

В силу уникальности каждой клинической ситуации, качество медицинской помощи не может быть описано в виде детализированного свода требований прямого действия. При внимательном изучении определения качества медицинской помощи, данного в п. 21 ст.2 Закона, «клиника» обнаруживается во взаимосвязи результата оказания медицинской помощи с выбором методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Понятие качества медицинской помощи должно сочетать в себе соответствие не только применимым в данном случае установленным требованиям, но и строго индивидуальному условному эталону. Условный эталон в качестве предположительного идеала для данного больного формируется лечащим врачом в процессе оказания медицинской помощи, а также экспертом при проведении специального комплексного исследования – экспертизы качества медицинской помощи (далее – ЭКМП).

Условный характер «идеальной цели» и «идеального пути» избавляет понятие качества медицинской помощи от самой возможности приложения к нему эпитетов типа «надлежащее» или «ненадлежащее» вне результатов

Phoca PDF

полноценной ЭКМП. Но комбинация из двух словосочетаний «ненадлежащее качество» и «медицинская помощь» (или, чаще, «медицинская услуга») пользуется повышенным спросом в среде юристов и журналистов. Не менее обожаемый теми же специалистами термин «врачебная ошибка», отсутствующий в российском законодательстве, касается больше врачебных решений, и только в очень малой части – технических ошибок при выполнении врачебных манипуляций и, тем не менее, упорно сочетается с «медицинскими услугами». Фразы, содержащие одновременно словосочетания «ненадлежащее качество», «медицинские услуги» и «врачебная ошибка», таким образом, могут служить надёжными индикаторами грамотности.

Возвращаясь к «правовому регулированию гражданских правоотношений» можно прийти к выводу, что предмет регулирования здесь сами себе подменили, и не заметили (или сделали вид). На практике эта подмена является одной из главных причин неограниченной преюдиции и связанных с этим возможностей злоупотребления правом.

Правовые нормы на поверку

Всё здесь по-прежнему кажется логичным. Действия (бездействие) осужденных медицинских работников находятся в причинно-следственной связи (ПСС) с неблагоприятными событиями, возникшими при оказании медицинской помощи? Находятся, доказано судебно-медицинской экспертизой (СМЭ). Эти люди причинили вред пострадавшим? Причинили, доказано в суде по уголовному делу. Является ли причинение вреда признаком «оказания услуг (выполнения работ) ненадлежащего качества»? Является... Стоп! Откуда взялись «оказываемые услуги» и их «ненадлежащее качество»? Признаком дефекта, допущенного при оказании медицинской помощи они, бесспорно, являются, а вот под статьи Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей» и ГКРФ их просто подгребли с помощью искусственно расширенного за пределами Закона понятия «медицинских услуг». Так, нужно разгрести. Это не так сложно, как может показаться, хотя смешений и подмен здесь более чем достаточно.

Наличие ПСС между конкретными действиями (бездействием) ответственных лиц и конкретными нежелательными явлениями, возникающими в процессе и в результате оказания медицинской помощи (далее – КПСС), в уголовном процессе доказывает вину этих лиц в причинении вреда охраняемым уголовным законом ценностям, к коим относятся жизнь и здоровье человека, что влечёт за собой уголовную ответственность виновных лиц. Установить же такую связь или опровергнуть предположение о её наличии возможно единственным способом – проведя судебно-медицинское исследование. Задача СМЭ – дать обоснованные ответы на поставленные судом или следствием вопросы, повторюсь, о наличии или отсутствии

Phoca PDF

КПСС.

Важно: в этой смысловой конструкции нет ни установленных требований, ни их нарушений, ни того, что, как и где нужно было сделать данному больному в идеале, ни качества медицинской помощи, ни дефектов, допускаемых при оказании медицинской помощи, ни оценки их величины и значимости, ни анализа их причин, ни оценки вклада различных агентов влияния на качество медицинской помощи в общий итог во всей его полноте признаков – ни-че-го. Всё это сущности, привлекаемые экспертами в процессе проведения судебно-медицинского исследования для обоснования наличия или отсутствия КПСС. И если действия/бездействие выражалось, например, в клинически неверном фатальном решении (классический пример т.н. «врачебной ошибки»), то на скамье подсудимых окажется принявший это решение врач, а не его преподаватели, не его руководители, не учёные и не чиновники, и не сам пациент и его родственники, в своей совокупности внёсшие немалый, а может даже основной вклад в эту ошибку в виде неполноценного образования, отсутствия актуальных рекомендаций или их плохого качества, дефектов организации медицинской помощи, невыполнения врачебных назначений и т.д.

Даже такие внешне безобидные обстоятельства, как разные препараты в похожих упаковках, хранящиеся на одной полке, приводят к трагедиям, отвечают за которые те, кто применил не тот препарат, а не тот, кто не продумал защитные меры от подобных ошибок. Медицинский работник в судебном процессе будет «отдуваться» за всех. СМЭ это видит и показывает в заключении, но суд примет во внимание именно КПСС, и решение суда будет отражать, т.с., «личный вклад» обвиняемых в формате наличия или отсутствия вины. А вклад всех остальных, кто не подвергся уголовному преследованию, останется «за кадром». Система сохранится и неизбежно воспроизведёт эту же ошибку ещё множество раз, и каждый раз отвечать за неё будут «рядовые» медицинские работники.

О постаравшихся

Вклад каждого агента влияния в появление негативных явлений в процессе и результате оказания медицинской помощи можно выявить и оценить, но только путём проведения специального комплексного исследования – ЭКМП, дополненного анализом причин ухудшения качества. Однако его не проводится тогда, когда в гражданском процессе по искам с требованиями компенсации материального и морального вреда «работает» преюдиция вкупе с подменой понятий в части «медицинских услуг»! Вина считается доказанной и не требующей повторного доказательства. Простите, а вина – кого, и в чём заключающаяся? И где здесь качество медицинской помощи, судить о котором можно только на основании

Phoca PDF

комплексной оценки в структурированной совокупности признаков, для чего требуется совершенно иной, отличный от СМЭ с его поиском ответов на конкретные вопросы инструментарий?

В этом месте необходимо уточнение. Конечно, в структурах СМЭ трудится много настоящих экспертов, которые вполне могли бы освоить методику, обеспечивающую полноту, объективность и достоверность результатов (например, нашу), и проводить ЭКМП, если бы только могли отойти от своей главной задачи поиска КПСС хоть на шаг. Но даже если бы полномочия позволяли – этого мало. Следующее по значимости препятствие состоит в тех вопросах, что ставятся перед СМЭ судами в гражданских процессах, ведь они исходят из ГК РФ, Закона о защите прав потребителей и тех подмен, которые выше мы с вами уже обсудили. В отсутствие корректных в медицинском отношении постановочных вопросов, а также надёжной, рекомендованной и должным образом освоенной методики, результатов ЭКМП не будет, кто бы её ни проводил. Им просто неоткуда взяться. Вариации постановочных вопросов суда вокруг всё той же КПСС с притянутым за уши «качеством чего-то там медицинского» не в счёт.

Выдавать желаемое за действительное – это удобно

Результатов ЭКМП в гражданском процессе по факту качественных (отвечающих критериям полноты, объективности и достоверности) нет (а чаще вообще никаких нет), но почему-то их суду и не надо. Чудесным образом доказанная вина отдельных лиц в причинении вреда охраняемым уголовным законом ценностям в суде становится доказательством причинения всего материального и морального вреда невесть откуда появившемуся вместо пациента «потребителю медицинских услуг» их с неба свалившимся на место медицинской организации «поставщиком». А те самые преподаватели и учёные, чиновники и депутаты, руководители и страховщики, сами пациенты и их окружение, система в целом – все оказываются, к.г., «не при делах». Отвечает по этим искам хозяйствующий субъект, и после проигранного его работниками уголовного процесса шансов выиграть гражданский процесс у него очень мало. Извольте выплатить материально и морально страдающим пациентам и их родственникам миллионы.

Идём дальше, к регрессу как способу медицинской организации вернуть свои выплаченные по решению суда миллионы за счёт виновных в этой потере по решению другого суда медицинских работников. Является ли доказанное «оказание услуг (выполнение работ) ненадлежащего качества» в гражданском процессе при доказанном наличии вины работника в причинении вреда в уголовном процессе признаком «ненадлежащего исполнения должностным лицом своих обязанностей»? Являются... Стоп!

Phoca PDF

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Вторник, 09 июля 2019, 11:12
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4774

Откуда взялись «должностные обязанности» и их «ненадлежащее исполнение»? Ведь выше мы уже подробно разобрали, что говорить о таких вещах можно только в отношении достаточно чётко, однозначно и предметно регламентированной части трудовых функций. То есть, очень редко, в реальности.

Истина – где?

В силу вероятностного характера медицинской деятельности, в каждом конкретном случае выявленного нарушения нужно ещё разобраться – возможно, нарушение было именно тем, что нужно было сделать в данной ситуации, а каждую выполненную инструкцию стоит проверить на соответствие обстоятельствам и ситуативную целесообразность – может, она была выполнена напрасно. Есть только один способ оценить процесс, условия и результат оказания медицинской помощи, включая целесообразность реализуемых в ходе ЛДП мероприятий, – провести ЭКМП. И есть только один способ оценить вклад каждого агента влияния на качество медицинской помощи – провести анализ причин ухудшения качества (см. пока открытую серию работ: **Ст.1**, **Ст.2**, **Ст.3**) в дополнение к ЭКМП.

Зачем такие сложности, ведь вина работника в причинении вреда доказана? – станут недоумевать юристы, наверное. И она действительно доказана. Но что она сама доказывает? Ещё раз: вина работника доказана на основе ответов СМЭ на конкретные вопросы о наличии КПСС. Медицинский работник сделал нечто нужное не так, не сделал что-то нужное или сделал ненужное, и это привело вот к этим неблагоприятным событиям (прямая связь) либо способствовало их наступлению (косвенная связь). Всё. Ни больше, ни меньше. За это медицинский работник и ответит в соответствии с уголовным законом. Это не значит, что он ответственен за всё, что не было сделано, было сделано не так или сделано вопреки будущему мнению эксперта. Равным образом это не значит, что он ответственен за всё нежелательное, что произошло в данном случае оказания медицинской помощи или сопутствовало ему. И равным образом не означает, что он несёт всю полноту ответственности за всё несовершенство этого мира, включая государство и общество, здравоохранение и образование, науку и культуру.

Выводы, которые мы (люди), по-видимому, должны сделать из всего ранее сказанного

Безлимитная преюдиция уничтожает состязательность сторон в «медицинских» судебных процессах, на необходимость обеспечения которой

Phoca PDF

указал Верховный суд в определении, приведённом в **Первом проблемном очерке** «О безлимитной преюдиции в "медицинских" процессах». Действительно, какое состязание, когда вина просто перекочёвывает из одного суда в другой, «доказывая» всё остальное? Какое состязание, когда у защиты практически не остаётся никаких шансов? Такое положение явно противоречит принципам справедливого судопроизводства.

«Безлимит» преюдиции возникает во многом вследствие смешений и подмен понятий в правовом поле гражданских правоотношений, к коим общегражданское законодательство относит отношения, возникающие при оказании медицинской помощи и осуществлении медицинской деятельности. Смешения и подмены транслируются и детализируются в трудовом праве и потребительском законодательстве с необоснованным расширением понятия «медицинские вмешательства» через вторичный термин «медицинские услуги» к противоречащим первичному его содержанию «оказываемым» услугам. Будто, «кирпичи» становятся «зданиями», удивительным образом, а «медицинские вмешательства» в ипостаси «медицинских услуг» наделяются противоречащими их существу вторичными «потребительскими» характеристиками, такими как «платность», «потребление», «объём», «качество» и т.п.

Медицинская деятельность как особый вид деятельности, основным «производственным» процессом которой является медицинская помощь – т.е., воздействие на безусловные ценности, жизнь и здоровье граждан, требует особого регулирования не только в пределах нашего Закона, но и, как минимум, в гражданском законодательстве. Нельзя сводить медицинскую помощь к «оказанию медицинских услуг», это бессмысленно по существу и сопровождается крайне нежелательными, мощными и деструктивными по своей природе процессами в обществе и в его институтах, в т.ч. правовых, в системе охраны здоровья граждан.

Медицинская помощь всегда должна рассматриваться как целостное неимоверно сложное явление, глубина постижения которого заведомо ограничена современным уровнем развития медицины и общества. Составляющие медицинскую помощь компоненты никогда не должны выхватываться и подвергаться правовому разбору отдельно от целого. Само же качество медицинской помощи может быть оценено только экспертным путём, при проведении специального исследования – ЭКМП, и только условно, в существующей системе координат (почему ЭКМП и не должна фигурировать в уголовных процессах). Полнота, объективность и достоверность результатов такого исследования зависит от многих вещей, о которых мы с вами, уважаемые коллеги, не раз уже **говорили**. Для того, чтобы результаты ЭКМП были пригодными в качестве оснований для судебных решений в гражданских процессах, проводиться она должна надлежащим образом, с соблюдением всех обязательных условий, включая обеспечение независимости ЭКМП и проводящих её экспертов от интересов сторон, и с использованием **надёжной методики**.

Phoca PDF

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Вторник, 09 июля 2019, 11:12
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4774

Таким образом, без излишних и вредных упрощений, специфика медицинской деятельности должна найти своё отражение в ГКРФ. Все бессмысленные и вредные умопостроения вроде «оказания медицинских услуг ненадлежащего качества», предназначенные для взаимного натягивания друг на друга нерастяжимых сущностей, необходимо заменить на одну логически стройную правовую конструкцию специального характера, корректно отражающую суть регулируемых отношений.

Выгоды, которые мы (общество), по-видимому, должны получить из всего ранее сказанного

Вывод правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи и осуществлением медицинской деятельности, в отдельную зону гражданского права восстановит утраченную состязательность сторон в «медицинских» судебных процессах. Результаты независимой (об этом общественном институте мы поговорим с вами в одной из ближайших работ) ЭКМП с анализом причин ухудшения качества отражают то, чего невозможно добиться проведением СМЭ с её акцентуацией на КПСС, а именно – влияние на качество медицинской помощи различных агентов во всей его полноте. Принцип справедливости с открывающимся здесь новым знанием требует, чтобы ответственность за неблагоприятные явления в ходе и в результате оказания медицинской помощи отражала вклады индивидуальных, групповых, институциональных и прочих агентов влияния в ухудшение качества медицинской помощи. Как это осуществить?

На выходе к реципиенту компенсации, в форме распределённых источников её выплаты – нереально, ибо агентов влияния всегда слишком много (и среди этих агентов присутствует сам пациент и его окружение, о чём не следует забывать), и каждый будет защищаться от подобных атак. Значит, распределение источников должно касаться финансирования компенсационных фондов страхового типа. Но как узнать, сколько кому причитается вносить денег в эти фонды? Сделать это можно только одним способом – путём проведения статистического анализа результатов многих экспертиз. На основании анализа массивов результатов ЭКМП (для этого результаты нужно обезличивать и копить) можно предметно определиться в источниках финансирования компенсационных (страховых) фондов и долях их участия в его наполнении. Предметно – это значит, не как сейчас обсуждается проблема компенсаций реализовавшихся рисков при оказании медицинской помощи пострадавшим («я считаю так» против «ты считаешь эдак»), а действительно считая, просчитывая реальный совокупный вклад агентов влияния в ухудшение качества в репрезентативных для различных направлений, профилей, уровней, местностей и т.д. выборках. В наши дни особых технических препятствий для того, чтобы регулярно проделывать эту работу, уже не существует. Но есть препятствия правовые и организационные, при желании преодолимые. К слову, упомянутая выше

Phoca PDF

«независимая экспертиза» без выполнения аналитических задач как общественно полезный институт не состоится.

А нельзя ли попроще?

Проще будет так: преподносимая сейчас в качестве чуть ли не единственного способа защиты от потребительского терроризма модель страхования риска профессиональной ответственности превратится в обычный канал, по которому ещё немалая часть общественных ресурсов, предназначенных на медицину и здравоохранение, будет перетекать в страховой бизнес. Но эта прямая потеря ресурсов здравоохранения – не единственная проблема, которую породит модель, где кто-то «просто» решит «заставить медицинских работников застраховаться» или что-то в этом духе.

Те выгоды, которые могло бы иметь медицинское сообщество и общество в целом от такого страхования, без обозначенных выше изменений в правовом поле и без нормальной аналитической работы обернутся ещё большими потерями. Подросшие возможности по выплате компенсаций мгновенно будут «съедены» увеличением сумм компенсаций в решениях судов. Увеличившиеся же компенсации, в свою очередь, ещё сильнее разожгут и без того неслабые аппетиты охочих до подобных способов поправки своего материального положения людей. Ещё больше станет судебных тяжб, ещё больше людей станет обращаться в СКР и Прокуратуру. Порочный круг замкнётся в том же месте, с рассмотрения которого стартовал Первый проблемный очерк «О безлимитной преюдиции в "медицинских" процессах». Бездушная машина будет перемалывать в своих жерновах всё больше и больше судеб – многие тысячи, десятки тысяч, безостановочно, маниакально. А сама машина будет жиреть с каждой перемолотой судьбой, обрастать новыми отделами, ставками, псевдонаучными структурами и т.д. И всё это может продолжаться до самого победного конца – над здравым смыслом, медицинскими работниками и страной. На то и порочный круг, чтобы приводить организм к страданию и смерти. В общем, «попроще» – не надо. Нужно поумнее да получше…

Да, это трудный путь. Предложение о специальной зоне гражданского права с особым регулированием, по-видимому, встретит ожесточённое сопротивление, и не только профессиональных посредников, интересам которых ясность вредит уменьшением внутренней противоречивости правовых конструкций. Экономисты тоже вряд ли в большинстве своём обрадуются, поскольку такие преобразования означают, среди прочего, прекращение торговли «медицинскими услугами», как «платными», осуществляемой медицинскими организациями, так и «бесплатными», конвертируемой политиками в чиновничьи кресла и депутатские мандаты. Прекращение торговли «медицинскими услугами» в глазах экономистов в

Phoca PDF

равной степени ложно и обязательно будет ассоциироваться с возвратом к государственной монополии с прямым бюджетным финансированием, а это уже слишком! Пунцовые волны возмущения затопят рыночные мозги, и объяснить им что-либо будет уже невозможно…

Ударникам гуманистического труда

Я, всё же, попытаюсь. В гуманном обществе, как на то указывает и Всемирная организация здравоохранения чуть ни в каждом своём публичном документе, неравенство в доступе к медицинской помощи есть плохо, а его ликвидация – хорошо. Материальный аспект современного бытия в виде отсутствия достаточных и доступных без разорения средств у больного человека и его семьи не может являться непреодолимым препятствием к необходимой медицинской помощи, если она физически может быть оказана (а над тем, чтоб могла быть оказана, должны неустанно трудиться правительства). Но устранение финансовых барьеров не означает ни «бесплатных медицинских услуг», ни «бесплатной медицинской помощи», ни бесплатной работы (службы людей или хозяйственной деятельности организаций) в системе здравоохранения! Ни об отказе от рыночной экономики речь не идёт, ни о возвращении одной отдельно взятой отрасли здравоохранения в несоответствующую рыночным условиям бюджетно-мобилизационную модель (из коей она до сей поры вылезти не может, как известно). А идёт речь лишь о том, чтобы оказывать больным людям всю необходимую медицинскую помощь и полноценно возмещать все связанные с этим расходы с учётом необходимости организации и поддержания в рабочем состоянии системы охраны здоровья граждан, её инфраструктуры и ресурсов.

Расходы, связанные с оказанием медицинской помощи нуждающимся в ней людям, необходимо возмещать в перекрывающем (без перекрытия нет развития) объёме из предусмотренных национальным законодательством источников. Что это за источники возмещения затрат медицинских организаций на организацию и оказание медицинской помощи, предусмотренные законодательством Российской Федерации? Обобщённо и без претензии на полноту:

– страховые медицинские организации, непосредственно направляющие средства обязательного медицинского страхования (ОМС) медицинским организациям, в т.ч. по схеме подушевого финансирования поликлиник либо в формате оплаты счетов, когда содержание медицинской помощи охвачено программами государственных гарантий оказания медицинской помощи гражданам бесплатно в системе ОМС (ПГГ). Здесь придумана специальная хитро завёрнутая система требований и условий использования средств и громоздкая небезупречная система контроля;
– страховые компании, оплачивающие не вошедшие в ПГГ, но включенные в

Phoca PDF

программы добровольного медицинского страхования дополнительные услуги, как медицинские, так и сервисные, в соответствии с договорными условиями. В этом месте я вынужден уточнить: лично я надеюсь на то, что тупой «конкретизации» ПГГ путём разделения Номенклатуры медицинских услуг на «платную» (в ОМС) и «бесплатную» (вне ОМС) части никогда не будет произведено (более подробно этот вопрос можно будет обсудить отдельно);

– граждане, напрямую и добровольно расходующие личные средства на оплату собственных (предположительно безвредных для здоровья) хотелок, а также той части необходимого содержания медицинской помощи, что чиновники и депутаты не пожелали включить в ПГГ, а работодатель или сами граждане – в полис ДМС;

– бюджеты разных уровней, средства госкорпораций и частные инвестиции;

– силовые и прочие непростые ведомства и структуры, иные особые источники «для своих»;

– сердобольные отзывчивые граждане, меценаты и социально ответственные компании, благотворительные фонды;

– социальные службы, если всё везде совсем плохо.

Модель предполагает полноценную медицинскую помощь с последующим выставлением счетов с отсроченной оплатой. Срок оплаты должен быть достаточным для решения гражданином всех связанных с оплатой вопросов (недостаточный срок оплаты станет ограничением доступа к необходимой медицинской помощи), в т.ч. в части полной либо частичной компенсации суммы счёта из предусмотренных законодательством источников. Иными словами, договор заключается, ИДС оформляется, медицинская помощь оказывается, калькуляция медицинских услуг производится, счёт выставляется и оплачивается, расходы (лучше, конечно, превентивно) возмещаются согласно условиям и требованиям, установленным для той или иной системы возмещения. Модель, помимо обеспечения ясности правовых конструкций в гражданском законодательстве, стимулирует ответственное отношение граждан к своему здоровью.

Сегодня можно представлять такую модель лишь в общих чертах и обсуждать лишь принципиальную схему и кое-какие доступные умозрению проблемы. На деле, прежде, чем вводить её, пришлось бы найти решения для множества вопросов. Например, о допустимых способах стимулирования граждан к своевременной оплате счетов без нарушения их прав на медицинскую помощь, о порядке, пределах и условиях компенсации медицинским организациям выпадающих доходов в связи с заведомой неоплатой части счетов, об обязанностях пациента, претендующего на возмещение затрат из различных источников и т.д.

Калькуляция расходов по оказанию медицинской помощи должна при этом производиться на основе действующей (с надеждой на появление лучшей) Номенклатуры медицинских услуг, но с учётом того факта, что

Phoca PDF

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Вторник, 09 июля 2019, 11:12
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4774

медицинская помощь всегда шире набора выполняемых в ходе ЛДП медицинских вмешательств. Счета на оплату должны дополняться соответствующими «общими» позициями. Ни попытки спрятать их внутри медицинских услуг (так по необходимости поступают частные медицинские организации), ни игнорировать их (как оно и происходит в системе ОМС с практическим выходом в виде деградации лечебной сети) ни к чему хорошему не приводят. Да и гражданам не мешало бы узнать, что качество медицинской помощи и безопасность медицинской деятельности не с неба снисходят.

В завершение

Уважаемые коллеги! Я почти не сомневаюсь в том, что ужасно утомил вас своими неспешными очерками на тему безлимитной преюдиции в «медицинских» процессах, которой я старался придерживаться по ходу изложения. В конце, будто бы, уехал сначала в проблему страхования риска профессиональной ответственности, затем в проблему неравенства в доступе к необходимой медицинской помощи и справедливого возмещения затрат..

То иллюзия отъезда. Обе проблемы в финале Второго очерка связаны вместе, между собой и с проблемой безлимитной преюдиции, в единый узел путём подлога понятий в законодательстве. Узел петли на шее здравоохранения, каждой медицинской организации, каждого медицинского работника, руководителя, врача. А кто выбивает табуретку у нас с вами из-под ног и почему – по долгу службы или по вожделению, уже не столь важно. С петлёй на шее это не жизнь.

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Phoca PDF