Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Пятница, 24 января 2020, 14:52
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4346

Уважаемые коллеги! Представляю вашему вниманию одну из содержательных частей материала, подготовленного нашей командой специально к заседанию Рабочей группы по правовой защите медицинских работников Комитета по охране здоровья Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации на тему «Правоприменение терминов "медицинская помощь" и "медицинская услуга"», состоявшемуся 23 января 2020 года.

Квадратура круга медицинских услуг

Понятия «медицинская услуга» и «медицинская помощь» в настоящее время достаточно устойчивы и, по мнению авторов, в большинстве случаев применяются корректно – по крайней мере, в документах федерального уровня. Проблемы возникают при смешении этих понятий вследствие их недостаточно чётких границ, а также их подменах – как взаимных, так и отличными по смыслу терминами.

Появлению термина «медицинские услуги» в законодательстве о здравоохранении мы, судя по всему, обязаны трём источникам и движущим силам:

1) экономической потребности – в калькуляции затрат, тарификации и планировании медицинской помощи;

2) правовой потребности – в регулировании правоотношений, возникающих при оказании медицинской помощи;

3) политической потребности – в интеграции российской системы здравоохранения в глобальные институты и укреплении своих позиций на международной арене.

Рассмотрим эти силы в их сегодняшнем состоянии подробнее.

1. Экономическая потребность

В экономическом отношении «медицинские услуги» занимает промежуточное положение между т.н. «случаем оказания медицинской помощи» и «медицинскими вмешательствами». На первый взгляд, всё логично. «Случаи оказания медицинской помощи» беспредельно разнообразны и требуют конкретного наполнения, а выбор вариантов «медицинских вмешательств» зависит от клинической ситуации и воззрений лечащего врача, других лиц, причастных к процессу оказания медицинской помощи, и самого больного. «Медицинские услуги» занимают более стабильную центральную зону в этой иерархии, что позволяет производить расчёты, более-менее приближенные к реальности.

Phoca PDF

Однако есть в экономическом значении «медицинских услуг» и проблемы. Выполнение медицинских вмешательств вне контекста медицинской помощи невозможно, и этот контекст после замены Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении на Номенклатуру медицинских услуг, сопровождавшейся исчезновением большей части разделов документа, полностью выпал из расчётов. С этой метаморфозой был устранён последний ограничитель нормотворчества в отношении здравоохранения, и деятельность медицинских организаций и функционал медицинских работников стал беспредельно нагружаться немедицинскими и псевдомедицинскими сверхважными суперответственными обязанностями, якобы «не требующими дополнительного финансирования» (денег на то, чего нет в Номенклатуре, не нужно, не правда ли?). Работать стало уже невозможно посреди сотен мониторингов, отчётов, журналов, справок, заседаний в комиссиях по формальным вопросам и т.д., и т.п. И всё это обязательное великолепие «не требует дополнительного финансирования», как это указано в пояснительной записке практически к каждому проекту, вывешенному для общественного обсуждения. Таким образом, тарифицируя медицинскую помощь посредством расчёта стоимости медицинских услуг, даже в том случае, если бы эти расчёты были корректными, вместо добавки к тарифу на развитие мы получаем заведомо дефицитные удушающие тарифы.

Помимо этого, избавившись от составов сложных и комплексных медицинских услуг в Номенклатуре, наш «отраслевой регулятор» отдал на откуп «игроков и операторов рынка» вопрос о фактическом наполнении самих медицинских услуг в конкретных случаях оказания медицинской помощи. В частной медицине их наполняют тем, чем выгоднее в плане продвижения предложений на рынке либо повышения «суммы чека», а в системе ОМС упихивают в дефицитные тарифы. Казалось бы, логично, частный бизнес в этой игре получает свою маржу, а общественное здравоохранение экономит средства. Но это дурная игра, поскольку наполняться сложные и комплексные медицинские услуги должны теми простыми медицинскими услугами и в тех вариантах медицинских вмешательств, что нужны пациенту, а не экономисту страховой медицинской организации (далее – СМО), чиновнику или инвестору. Клинические рекомендации, как ожидается, будут содержать информацию по этому поводу, а порядки оказания и стандарты медицинской помощи должны быть приведены в соответствие с ними, но экономические причины предрасполагают к повсеместному бойкоту интересов пациента. Что и происходит, ведь медицинская деятельность в рыночных условиях не может быть убыточной. Медицинские же организации сейчас являются заложниками сочетания дефицитных тарифов и слабости платёжеспособного спроса населения с законодательным запретом на отказ в медицинской помощи и чересчур глубоким проникновением «регулятора» в сугубо клинические вопросы.

Можно ли отказаться от понятия «медицинские услуги» в экономическом отношении?

Phoca PDF

Можно, но только если перейти к прямому расчёту затрат на выполнение медицинских вмешательств и работ, необходимых при осуществлении медицинской деятельности. В настоящее время технические возможности для этого имеются, однако расчёты, с учётом сбора информации для их проведения и иных возникающих при этом сложных задач, трудоёмкие. Целесообразность такого подхода была бы сомнительной, если бы тарифы в системе ОМС рассчитывались посредством медико-экономических стандартов (МЭСов), а не путём подкручивания коэффициентов КСГ под выделенное финансовое обеспечение программ государственных гарантий. Но годы идут, МЭСы нормально никто рассчитывать не собирается (а с действующей Номенклатурой медицинских услуг это даже не представляется возможным, см. работу «803 зловещих мертвеца приказа Минздрава 804н»), и присутствие понятия «медицинские услуги» в законодательстве в экономическом отношении оправданным назвать пока трудно.

Можно ли обойтись без отказа от понятия «медицинские услуги» в экономическом отношении?

Можно, но только если что-то сделать с неполноценной квази-страховой системой кулуарного распределения ресурсов, в которой каждый конкретный гражданин со своим страданием никому по-настоящему не нужен, а также с пестованием инфантильного, беззаботно-воинствующего потребительства граждан в отношении своего здоровья и здравоохранения. Участие в наполнении ресурсов здравоохранения должно быть обязанностью каждого гражданина. Роли работодателя и государства должны заключаться в облегчении гражданам этого бремени, а не в полном избавлении от него вместе с тяжкими думами о нём. Т.е., важен лично совершаемый платёж как факт выполнения гражданином общественно-полезного действия, даже если при этом ему не приходится расходовать личные средства.

Также граждане должны участвовать в процессе возмещения затрат на медицинскую помощь, принимая на себя соответствующие обязательства при обращении за медицинской помощью. Счета с достаточными сроками оплаты будут предъявляться гражданами в свои страховые медицинские организации и оплачиваться ими полностью либо частично. Частично – в особых случаях строго оговорённого перечня (необоснованные требования и злоупотребление правом, невыполнение назначений врача, исключения из Программ государственных гарантий и т.п.). Неоплаченная СМО часть будет оплачиваться гражданином из личных средств либо, при наличии к тому социальных причин, с помощью государства в лице соцслужбы.

Такая модель возвращает заблудшую нашу в рулении потоками общественных ресурсов с гарантированной разве что выгодой страховщиков систему ОМС к «страховым принципам». Для граждан в ней устраняются препятствия в доступе к необходимой медицинской помощи, для медицинского бизнеса (в широком понимании) нивелируется разница

Phoca PDF

условий осуществления медицинской деятельности между организациями с различной организационно-правовой формой, для экономики средства, предназначенные для здравоохранения, консолидируются в одном всенародном и всенародно контролируемом канале. А самое главное, граждане в этой модели становятся полноправными соучастниками развития системы здравоохранения на основе точных сведений о своём личном вкладе в ресурсы здравоохранения, о размере помощи работодателя и государства, и о расходовании средств здравоохранения, включая оказанную им и их близким медицинскую помощь.

Вот здесь понятие «медицинские услуги» понадобится, иначе невозможно будет выставлять счета. В эту модель целесообразно включить и лекарственное обеспечение медицинской помощи, оказываемой гражданам в амбулаторных условиях (см. работу «Система лекарственного обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях: осчастливливание по истёртым лекалам»), о чём сейчас так много ведётся разговоров и звучит небезупречных предложений.

2. Правовая потребность

В правовом отношении «медицинские услуги», не являясь «услугами» в потребительском смысле исполнения пожеланий «заказчика», позволяют применять к возникающим при оказании медицинской помощи правоотношениям потребительское законодательство за счёт формального отнесения их к «услугам» в Гражданском кодексе. При этом, наблюдается два глубоких негативных эффекта. Во-первых, происходит множественная и глубокая подмена понятий, вследствие которой извращается самая суть медицинской помощи, а медицинские работники и медицинские организации оказываются её заложниками, всем обязанными всем, но бесправными. Во-вторых, в силу вероятностного характера процесса оказания медицинской помощи (см. работу «Трагедия гарантирована вероятностью») и логически следующей из него невозможности как бездумного применения к конкретному больному безличных предписаний, как бы их ни называли, так и каких-либо гарантий результата, открываются широкие возможности для спекуляций на тему качества.

Качество оказанной пациенту медицинской помощи – это полновесный экспертный вопрос. Ответ на него известен, полноценная экспертиза качества медицинской помощи (авторская Методика экспертизы качества медицинской помощи свободно предоставляется здесь по запросу), однако, судя по всему, сознательно игнорируется в системе здравоохранения. Вместо него предлагаются бесконечные суррогаты – то «независимая экспертиза качества медицинской документации», то специальные «медицинские составы» в УК РФ, то «судебно-медицинская экспертиза качества медицинской помощи», то ещё какая чушь. Не пора ли пожалеть

Phoca PDF

животное и прекратить порку?

Можно ли отказаться от понятия «медицинские услуги» в правовом отношении?

Можно, но следует иметь в виду, что при всей парадоксальности такого вывода, это тот самый путь, по которому мы движемся. Движение по нему требует всё более глубокого правового регулирования медицинской деятельности и профессиональной деятельности медицинских работников, правоотношений, возникающих при оказании медицинской помощи, поведения пациентов и их родственников, и т.д., и т.п., до бесконечности за пределами разума.

Можно ли обойтись без отказа от понятия «медицинские услуги» в правовом отношении?

Можно, но при условии, что в нашей стране заработает институт независимой экспертизы. Для этого требуется много, чего (мы готовы обсуждать). В самом начале – установить границы преюдиции, о необходимости которых высказывался КС РФ в Определении от 19 ноября 2015 г. № 2685-О. Сделать такое лучше всего в ГК РФ, выделив медицинскую помощь в особую зону гражданских правоотношений и определив в ней недопустимость подмены понятия «качества медицинской помощи» «качеством медицинских услуг» (см. серию проблемных очерков «О безлимитной преюдиции в "медицинских" процессах. Очерки для чтения по диагонали»: Первый и Второй).

Исходя из сути понятий, «качество медицинских услуг» распадается на медицинские аспекты – качество (технологичность) выполнения медицинских вмешательств и качество (обоснованность) выбора вариантов их выполнения (что целиком относится к качеству медицинской помощи), и потребительские – качество оказания услуг в потребительском смысле (качество сервиса, условий и коммуникации, субъективная оценка результата оказания медицинской помощи и т.п.). Последнее отнесено законом к странным образом названному и не менее странным образом изолированному от «совокупности характеристик» качества медицинской помощи действу «независимой оценки качества услуг, предоставляемых медицинскими организациями», небрежно отброшенному в сторону общественников. Само же качество медицинской помощи не допускает изолированного рассмотрения своих аспектов вне всей совокупности характеристик. Отсюда следует необходимость очертить особую зону в ГК РФ, где будет чётко определено, что качество медицинской помощи исследуется в порядке экспертизы качества медицинской помощи во всей совокупности характеристик качества, а изолированная оценка «качества медицинских услуг» является предметом сугубо профессионального интереса и находится за пределами правового поля отношений, возникающих при оказании медицинской помощи.

Phoca PDF

Сам же институт независимой экспертизы заработает только тогда, когда репутация для эксперта и экспертной организации станет важнее маржи (и это возможно).

3. Политическая потребность

В политическом отношении понятие «медицинские услуги», будучи самым дурным из возможных вариантов адаптации международной понятийной структуры к постсоветскому здравоохранению, явило собой чудо устойчивости искривлённых конструкций. В первой линии приоритетов ВОЗ стоят устранение препятствий к необходимой медицинской помощи (наша т.н. «доступность медицинской помощи» в косой трансформации понятия «службы» в «обслуживание» и, далее, в «услуги») и предотвращение катастрофических расходов домохозяйств при возникновении серьёзных проблем со здоровьем членов семей (здесь у нас совершеннейший провал, как все понимают).

Можно ли отказаться от понятия «медицинские услуги» в политическом отношении?

Разумеется, да. Русский язык достаточно богат для передачи общепринятых, в т.ч. признанных международным медицинским сообществом, смыслов. Однако для решения такой задачи придётся создать специальную рабочую группу из профессионалов в различных областях знания, подключить лингвистов и других специалистов. Трудиться над задачей они будут долго, дружно и натужно…

Можно ли обойтись без отказа от понятия «медицинские услуги» в политическом отношении?

Можно, но при условии коррекции целей отечественного здравоохранения согласно обозначенным выше приоритетам с глубокой проработкой путей достижения целей, определением задач и механизмов их реализации. У человека, столкнувшегося с серьёзной проблемой со здоровьем, не должно быть препятствий к необходимой медицинской помощи – ни в виде недолива кем-то кому-то пресловутых «объёмов», ни в виде «оптимизированных» элементов лечебной сети, ни в виде уволившихся из-за невыносимых условий и неадекватного размерам вознаграждения труда риска профессиональной деятельности в России медицинских работников, ни в виде собственной неплатёжеспособности. А обратившись за медицинской помощью, человек должен не выбирать между долговой ямой для себя и решёткой с долговой ямой для врача, а иметь возможность цивилизованного решения своей проблемы, включая и случаи развития неблагоприятных явлений при оказании медицинской помощи (см. работу «Проблемы установления и интерпретации причин неблагоприятных событий

Phoca PDF

при оказании медицинской помощи»). Создание условий для развития независимых экспертно-аналитических институтов – актуальная задача отечественного здравоохранения.

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Phoca PDF