ВКЛЮЧИТЬ МОЗГИ

Общественный контроль в медицине не означает вмешательства в процесс лечения, но помогает выявлять злоупотребления, а иногда и просто головотяпство в организации медицинской помощи. Сопредседатель Всероссийского союза общественных объединений пациентов, руководитель Совета общественных организаций по защите прав пациентов в Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения Ян Власов полагает, что контроль общественности может и должен дополнять государственный контроль в здравоохранении и повышать его эффективность.

Современные страховые технологии: Совет по правам человека при Президенте недавно обсуждал введение общественного контроля за доступностью медицинской помощи онкологическим больным. Почему эта тема стала актуальной именно сейчас?

Ян Власов: Понятие общественного контроля было введено в 2012 году. И с точки зрения политической воли вроде бы все хорошо: у нас есть указ Президента, где сказано о необходимости работы с общественными организациями, есть статья в законе об охране здоровья, где сказано, что общественные организации должны участвовать в вопросах управления системой здравоохранения, есть 212-ФЗ, определяющий, что является субъектом

и объектом общественного контроля. Но чтобы реально развивать систему общественного контроля, необходимо формировать различного рода надстройки. Без них 212-й закон слеп и сыр.

Проблема в том, что закон не разделяет, где заканчивается государственный контроль и начинается общественный. Возьмем такую серьезную вещь, как онкология. У нас существует Национальный проект «Здравоохранение», в котором есть программа онкологии. На нее выделены совершенно огромные деньги, в частности — на обеспечение доступности инновационных средств лечения онкологических больных пациентов государством выделен примерно триллион рублей. Это прямая дотация, подарок здравоохранению. Но почему-то в разных регионах стоимость одного и того же оборудования отличается в несколько раз! Поэтому и представляется, что государственного пригляда недостаточно, необходимо, чтобы общественность формировала и свой контроль.

Ян Власов

Сопредседатель Всероссийского союза общественных объединений пациентов

ССТ: Почему Вы делаете такой вывод?

Я. В.: Государственный контроль в регионе в системе здравоохранения представлен двумя структурами: непосредственно Министерством здравоохранения региона, который и занимается собственно закупкой, и Росздравнадзор. Так как министерство само себя проверять не будет, получается, что в обычном российском регионе численностью 3–3,5 млн человек контролем занимаются в лучшем случае 7–8 чиновников. На территории с таким населением может работать порядка 1 тыс. медицинских учреждений. Даже если сотрудники надзора будут работать без выходных и праздников, за год они вряд ли всех успеют проверить!

А прокуратура сама не увидит, что закупка медицинского оборудования производится с нарушениями. Эту информацию кто-то должен предоставить — либо граждане, либо конкуренты.

ССТ: Но все закупки можно контролировать в информационной базе…

Я. В.: Все электронные торги мы видим, но не видим, как готовится техническое задание, как происходит согласование цены до того, как ее вывесили на сайте закупок. Даже если цена в несколько раз отличается от региона к региону, она может быть вполне обоснована: завести и настроить оборудование в Москве или в районе Заполярья — совершенно разные деньги. Обосновать можно все. Другое дело, насколько обоснование соответствует действительности. Для этой оценки и нужен общественный контроль.

Это не означает, что где-то должен сидеть специальный контролер, наблюдающий за работниками Минздрава или поставщиками нового оборудования. Одной из форм общественного контроля могут быть общественные слушания.

ССТ: Но ведь должно быть еще и финансирование — без него контролеры вряд ли смогут эффективно работать?

Я. В.: Само понятие общественного контроля подразумевает, что он совершается на безвозмездной основе. Сегодня в России работают 211 общественных советов по защите прав пациентов в России. Также есть советы при Здравнадзоре, при региональных органах управления здравоохранением, есть даже комиссии при страховых компаниях. Все эти органы объединяют 3000 экспертов — общественных активистов, которым не надо платить.

Но этим активным гражданам надо дать методику работы, обучить работе по этой методике, дать полномочия, чтобы они могли зайти в лечебное учреждение, получить доступ к документам тендерных комиссий, торгово-промышленных палат и т. д. С другой стороны, клиникам также надо дать разъяснения и рекомендации о том, как правильно работать с представителями общественного контроля, чтобы не возникали конфликты, и можно было организовать эффективное взаимодействие.

Мы каждый год получаем гранты правительства на обучение экспертов. С 2006 года, то есть уже почти 15 лет мы занимаемся выстраиванием системы общественного контроля и обучения общественных контролеров. Люди приходят к нам на тренинги, мы выезжаем для обучения в регионы, у нас есть собственные методические наработки.

Сейчас у нас новый этап — мы начинаем большую работу с Советом по правам человека при Президенте Российской Федерации. На этой площадке мы формируем новую рабочую группу.

ССТ: Могут ли страховые медицинские организации выступать в качестве участников общественного контроля?

Я. В.: В позапрошлом году Всероссийский союз пациентов и Федеральный фонд ОМС подписали меморандум о совместной деятельности по защите прав застрахованных. Конечно же, нам необходимо использовать экспертизу и опыт страховых компаний, а также их правовые возможности по контролю медицинских учреждений. Но страховщики следят за качеством медицинской услуги. Они не занимаются контролем поставок медицинского оборудования, его размещения и использования. Только когда медицинское оборудование поставлено, функционирует и эксплуатируется обученными людьми, то есть когда услуга попадает в список медпомощи из программы ОМС — только тогда страховая компания может участвовать в контроле.

ССТ: Мы говорили о необходимости общественного контроля за лечением онкозаболеваний. Требуется ли контролировать лечение пациентов с другими диагнозами?

Я. В.: Безусловно, требуется. Для защиты прав онкопациентов уже создана общественная организация — Онконадзор. Вместе с движением «Против рака» они являются нашими совершенно замечательными партнерами. Но общественный контроль в сфере здравоохранения, конечно, понятие более широкое и охватывающее абсолютно все сферы здравоохранения, вне зависимости от нозологии.

ССТ: Потребительский экстремизм в этой сфере встречается?

Я. В.: Да, тема потребительского экстремизма остается в повестке дня. К сожалению, у нас существует постоянное противопоставление врача и пациента. Думаю, это связано с политизацией сферы здравоохранения со стороны органов власти, а также завышенными требованиями к одним и заниженным чувством ответственности у других участников этого взаимодействия. У нас, кстати, есть специальная программа снижения конфликтности пациентов, мы читаем лекции и для врачей, и для сообщества пациентов.

МЕНЮ ПАЦИЕНТОВ

К нам обратились пациенты одной алтайской больницы. В среднем по России стоимость питания в стационарах составляет 280 руб. в день. А там питание было рассчитано, исходя из стоимости 40 руб. 50 коп.!
Мы запросили список блюд, которыми кормили пациентов за такую сумму. А затем получили ответ от министра здравоохранения этого региона о том, что мясо, картофель и рыба — не обязательны для меню пациентов лечебного учреждения. Этим вопросом занялся общественный контроль. В результате министр больше не работает в этой должности.

ССТ: Каким должен быть правильный баланс влияния общественного контроля и непосредственно деятельности врача, чтобы не нарушить процесс лечения и не навредить пациенту?

Я. В.: Безусловно, в общественном контроле есть ограничения: в компетенцию врача никто вмешиваться не должен — ни пациенты, ни органы власти, ни администрация больницы. Только лечащий врач имеет право назначать и требовать исполнения назначенного лечения, потому что только он отвечает за жизнь своего пациента. Общественный контроль не должен контролировать истории болезни и вмешиваться в отношения между врачом и пациентом.

Зоной компетенции общественного контроля является удовлетворенность пациентов оказанной ему медицинской помощью. Если люди недовольны очередями, если электронная запись не работает, а один врач работает на две ставки и у него полный коридор народу — такого рода вопросы необходимо решать. Все они касаются области организации оказания медицинской помощи населению: организация потоков пациентов, организация ожидания в очереди, формирование особой очереди для определенных категорий, наличие необходимого объема медикаментов, вопрос питания и так далее.

Есть много вопросов, связанных с внешней стороной оказания медицинской помощи, а не с самим процессом лечения. Например, организация парковки для больных. Часто в городах парковка у лечебных организаций организована таким образом, что пациент должен еще километр идти непонятно как, чтобы добраться до больницы, потому что нет возможности нормального подъезда. Или, например, когда в травматологическом пункте врач-травматолог принимает на третьем этаже, а лифта в здании нет. Или рентген находится на третьем этаже, а травматолог — на первом и, опять же, клиника обходится без лифта. Вот здесь мозги надо включать, и в этом мы помогаем!