

Про медицинские злодейства приходится читать регулярно. Врачи-вредители, не смотрят, не слушают больных, вымогают деньги, за ними приглядывать нужно построже – ну и так далее. Больные и их родственники и стараются приглядывать, жалуются в Минздрав.

Однако когда натыкаешься на заявление: «Минздрав разрешил врачам недолечивать больных», просто столбенеешь. Не то чтобы такого не бывает – и недолечивают, и неправильно лечат, и не от того лечат. Но чтобы по разрешению Минздрава – это уж слишком. Особенно когда такое заявление делается от имени тех, кого Татьяна Голикова в бытность свою министром здравоохранения назвала адвокатами пациентов – страховщиков.

Финансирование медицинских учреждений зависит от страховых компаний. Если они считают, что лечение проводилось плохо, то накладывают на больницы и поликлиники штрафы. Чем больше ошибок совершают медики и чем, по мнению страховщиков, ошибки серьезней, тем меньше денег получает медицинское учреждение. Делается это для того, чтобы врачам было невыгодно лечить плохо.

Получается, если бы не страховщики, медики вообще не старались бы оказывать качественную помощь. И как только они работали в советское время без пригляда медстраха, как лечили и вылечивали? Нынче же порядок: шаг влево, шаг вправо – штраф.

И вот Минздрав покушается на этот порядок, на систему штрафов – жалуется Межрегиональный союз медицинских страховщиков: разработан проект приказа, который меняет расценки на ошибки. За некоторые ошибки штрафы уменьшаются, за некоторые вообще отменяются. Страшное начинание, предупреждают страховщики: врач не будет опасаться штрафа и перестанет лечить. Например, назначил пациенту лечение, а оно не помогло. Пациент пришел снова. Считается – некачественное лечение. Штраф. За вторичное обращение пациента поликлиника получила бы только 50% оплаты, а по новому приказу – 70%. Вся оптимизация насмарку. Кстати, нелишне напомнить, что по тарифам обязательного медицинского страхования (ОМС) цена обращения к врачу изначально копеечная.

Качество оказываемой медицинской помощи не имеет прямой зависимости от штрафных санкций – вот позиция Минздрава. Трудно с этим не согласиться. Врач не может специально лечить хуже или лучше. Лечит как умеет, в соответствии с уровнем своей квалификации. Конечно, если ему приходится работать на полторы-две ставки, не отходить по многу часов от операционного стола, мозг утомляется, внимание снижается. Но это другое дело, штрафами тут не поможешь.

Вот что ответили «Независимой газете» в Минздраве РФ относительно изменения системы штрафов, накладываемых на лечебные учреждения: «Поправки к

Федеральному закону от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», которые на данный момент находятся на стадии внутриведомственного согласования и доработки, не предусматривают отмены уже имеющихся в документе санкций за врачебные ошибки. Целью внесения поправок является унификация и исключение дублирования ранее предпринятых правовых норм. Поправки не нацелены на изменение сути самого закона и внедрение или же отмену каких-либо содержащиеся в нем норм».

Не предусмотрено ни ужесточения, ни смягчения санкций, лишь упорядочение их.

Но, может быть, страховые организации всполошились не зря, может быть, они опасаются как раз упорядочения санкций, накладываемых на лечебные учреждения. Ведь определенный процент штрафов за ошибки идет страховщикам, а не возвращается в систему ОМС, что было бы логично. Например, штрафы направлялись бы на покупку недостающих медицинских технологий или на компенсацию пациенту, которого лечили неправильно.

Счетная палата не раз указывала на неэффективность работы медицинских страховщиков и необходимость сосредоточиться на защите прав застрахованных, доступности медицинской помощи – вместо того, чтобы накладывать на лечебные учреждения санкции за дефекты в оформлении историй болезни, за плохой почерк, за ошибки в написании.

Страховым медицинским организациям выгодно искать огрехи, а не отстаивать права пациентов и контролировать конечный результат лечения. Например, в 2015 году страховые компании при проведении экспертиз качества медицинской помощи выявили 2,8 млн нарушений. Из них 1,2 млн (43,3%) – дефекты оформления первичной медицинской документации (то есть как раз почерк, помарки, ошибки в написании). Эти дефекты, как полагают в Счетной палате, не влияют непосредственно на качество оказанной медицинской помощи. Гораздо важнее проверить, насколько правильным было само лечение. Но это труднее, чем найти в карте помарку. Некоторые важные нарушения страховые компании вообще игнорируют. Как говорится в отчете Счетной палаты, только 0,1% всех выявленных ошибок составили нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи.

По результатам социологического опроса, проводившегося Фондом «Здоровье», 74% медиков считают действующую систему ОМС неэффективной, 48% выступили за передачу функций контроля качества медицинской помощи в рамках ОМС от страховщиков – Росздравнадзору. Что касается мнения пациентов, то в социальных сетях деятельность ОМС считают аналогичной системе взимания платы за капитальный ремонт домов, до которого их обитатели не доживут.

Источник: Независимая газета, 26.04.2017