Приложение № 1.1

**Сравнительный анализ международного опыта формирования системы защиты прав застрахованных лиц**

Анализ международного опыта по защите прав застрахованных лиц в системах социального медицинского страхования (далее – ЗПЗЛ) осуществлен на основании опыта США, Израиля, Казахстана, Англии, Франции, Дании, Польши, Финляндия.

По указанным странам механизмы превентивной защиты, нормативные регламенты и институциональные структуры управления дополнительно обобщены в Таблице 2.

Таблица 1 - Компаративный анализ защиты прав граждан в системах здравоохранения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Страна** | **Закон ОМС** | **Открытость прав застрахованных (открытость ресурсов по защите прав застрахованных)** | **Риск-ориентированный подход** | **Доминирующая форма медицинского страхования ОМС/ДМС (частное)** |
| Англия | Нет | Да, ресурсы открыты | Да | Государственная медицина/ДМС |
| Германия | Да | Да. Ресурсы скрыты. | Да | ОМС |
| Дания | Нет | Да. Ресурсы частично скрыты. | Да | Государственная (муниципальная) медицина, много-  уровневая система финансового выравнивания. ДМС 30%. |
| Израиль | Да | Да. Ресурсы открыты. | Да | ОМС |
| Казахстан | Да | Да. Ресурсы открыты. | Да | Обе |
| Польша | Нет, но в других НПА содержатся нормы по страхованию. | Да, Закон о медицинском обслуживании. Закон об услугах здравоохранения, финансируемых из бюджета. Ресурсы частично скрыты. | Да | Обе |
| США | Нет, но в других нормативных документах содержатся нормы по страхованию. | Да, Закон о защите пациентов и доступном медицинском здравоохранении. Ресурсы скрыты. | Да | Обе |
| Швеция | Нет | Да. Ресурсы скрыты. | Да | Государственная медицина (нет страхования). |
| Финляндия | Нет | Да. Ресурсы частично скрыты. | Да | Государственная (муниципальная) медицина, ОМС |
| Франция | Да | Да. Ресурсы частично скрыты | Да | Обе |

Примечание - составлено по итогам обобщения материалов раздела и представленных в нем источников

Доступность информационных ресурсов в области ЗПЗЛ различна, так в Израиле, США, Польше, Финляндии, Германии, Казахстане открыто представлены ресурсы по ЗПЗЛ в части работы с неблагоприятными событиями и жалобами населения (пациентов в рамках системы ОМС), в других странах представлены, в основном, меры и инструменты функционирования, в целом, системы ОМС.

Проактивная модель защиты прав застрахованных по ОМС лиц в зарубежных странах, базируется на следующих принципах: законности (урегулирована законами о медицинском обеспечении и об обязательном медицинском страховании), равенства (возможность получать обязательные (ОМС) и дополнительные (ДМС) медицинские услуги), универсальности (применимость в разных странах, например, ЕС), доступности (широкий охват получателей медицинских услуг и низкие индивидуальные затраты на нее), интеграции (с заинтересованными сторонами, а также вертикальная интеграция страховых компаний, медицинских организаций), синергии (за счет централизации расходов на администрирование и бюджетирование программ страхования), согласованности (межведомственная), оценки рисков (риск-ориентированный подход к функционированию систем здравоохранения, в целом).

В США основными принципами являются справедливость, доступность, понятность (ясность), вариативность, социальность.

Основополагающим при защите прав застрахованных в сфере ОМС является отдельный закон о медицинском страховании, во многих странах он принят, за исключением США. Во всех странах ОЭСР предоставление медицинских услуг организовано через высокоинтегрированную систему, в которой страховщики и поставщики связаны вертикальными информационно-финансовыми коммуникациями. В связи с этим, жалоба на качество медицинских услуг подается сначала в страховую компанию, уполномоченную государством для ОМС, а затем в ведомство по здравоохранению или через общую систему защиты прав потребителей.

Опыт стран-лидеров обеспечения публичного, индивидуального информирования застрахованных лиц показал, что оно является открытым и осуществляется в виде реализации функций участников ОМС и органов управления здравоохранения. В процесс информирования вовлечены медицинские организации.

Более, чем в 70 странах мира в рамках внедрения международного стандарта JCI[[1]](#footnote-1) проводится обязательная процедура информирования «Говорите открыто о своих правах» (Speak UP).

Формирование открытой и доступной просветительской кампании о правах застрахованных лиц, а также о механизмах их защиты применяется в системах защиты в США (Агентство JCI, Агентство AHRQ), где наряду с размещением на сайтах обязательных методичек, видео-роликов и наличия аудио-терминалов и других информационных ресурсов проводятся онлайн курсы для обучения врачей, работников служб страхования вопросам повышения неформального информирования о правах застрахованного. Разработанные в США стандарты The Joint Commission (TJC), основаны на принципах защиты прав застрахованных и включают:

* Информирование пациентов об их правах,
* Помощь пациентам понять и реализовать свои права,
* Уважение ценностей, убеждений и предпочтений пациентов,
* Информирование пациентов об их обязанностях в отношении ухода, лечения и сервисов,
* Выявление основных, всеобъемлющих прав пациентов,
* Соблюдению прав пациентов на эффективное общение, на участие в принятии решений по лечению,
* Информированное согласие,
* Обеспечение права пациента на то, чтобы открыто владеть всей необходимой информацией о медицинском персонале и медицинской организации,
* Обеспечение права информирования о летальном исходе заболевания,
* Индивидуальные права пациентов (духовные и культурные предпочтения, языковой доступ).

В США доступность информации по стандарту информирования для любого пациента обеспечена на информационных ресурсах, в социальных сетях. При этом на уровне формирования страховых гарантий, о которых информирован ЗЛ, четко определяются границы получения бесплатной медицинской помощи, лекарственного обеспечения и других видов ОМС.

Так, каждый страховой план в зависимости от разных целевых контингентов застрахованных лиц (социальный статус, доход, уровень индивидуального здоровья) имеет свою комбинацию опций и возможностей. При описании возможностей программ ОМС для застрахованных, как показывает анализ международных систем, иногда информирование о тарифных планах имеет целью сразу рассказать о том, что не включено в программу бесплатной помощи (раннее информирование об ограничениях права на получение медицинской помощи, выбор медицинской организации, выбор врача и пр.).

В Израиле принят Закон о правах пациентов, утверждающий единые принципы защиты прав пациентов в стране. Согласно этому закону создается комитет по этике в каждом медицинском учреждении, который следит за соблюдением прав застрахованных лиц. В стране реализуется более чем 20 программ по информированию застрахованных о программах и проектах ОМС, охватывающих такие направления как: общие права, здоровье младенцев и детей, донорство органов, предотвращение медицинских ошибок, падения, предотвращение заражений и прочие. По каждой программе разработана инфографика, объясняющая права пациентов и их семей, а также размещаются видеоматериалы, которые доступно показывают, как защищать свои права и поддерживать безопасное пребывание в медицинской организации, на что особенно обращать внимание и чего опасаться.

В Израиле распоряжение об обязательной аккредитации государственных медицинских организаций по качеству и безопасности медицинской деятельности JCI (Joint Commission International)] содержит раздел о правах пациента и семьи (PFR), который включает шесть основных стандартов в этой части. Требования стандарта JCI (глава PFR) включают в себя больше пунктов защиты прав граждан, чем нормы законодательства Израиля. Глава PFR не только защищает права пациентов, закрепленные в ряде отдельных израильских законов, но также содержит права, которые не являются неотъемлемой частью израильского законодательства в области здравоохранения (например, право на доступность медицинской помощи).

Ведомство (Служба) национального страхования содействует обеспечению реализации прав больного на всех этапах лечения. Права включают в себя пособия в периоды болезни и после травмы или несчастного случая, а также право на льготы и скидки в различных организациях и учреждениях. Отдельно на сайте Министерства здравоохранения Израиля возможно получить полную информацию по программе «все здоровье» — это система для информирования застрахованных лиц по всем программам 4 крупных больничных касс Израиля, об особенностях видов и условий получения медицинской помощи в государственных и частных клиниках, участвующих в ОМС, о рейтинге клиник по системе стандартов аккредитации, о рейтинге клиник по отзывам пациентов и др.

В случае нарушения прав застрахованных, в Ведомство через официальный сайт можно отправить информацию онлайн как сообщение, которое будет рассмотрено.

Данная система подачи обращений через информационные ресурсы основных участников системы ЗПЗЛ является общепринятой в плане организации обратной связи от ЗЛ в международных системах. Отличительной чертой подачи обращений можно считать их структурированный вид: по причинам, объектам, адресатам и наличие возможности онлайн отследить статус рассмотрения обращения.

В Англии проактивный формат программ информирования пациентов проводится под лозунгом «Лучшая информированность приведет к лучшему лечению». В информационной компании о правах пациентов активно используются средства публичного информирования: сайты, методички и брошюры для пациентов по вопросам госпитализации, пребывания в стационаре и выписке. Пациенты заранее информированы о том, что их ждет в процессе лечения. Такой подход приводит к снижению нагрузки на административно-управленческий персонал (медицинских регистраторов, персонал приемных отделений и других служб), которые не тратят дополнительное время на разъяснения, информирование ЗЛ. Кроме того, такой подход формирует правильные ожидания пациентов в процессе реализации права на бесплатную медицинскую помощь, включенную в страховку. Наличие в каждой медицинской организации службы консультирования и связи с пациентами, дает поддержку застрахованным, предлагает конфиденциальные консультации и обеспечивает информацию по вопросам, связанным с получением медицинской помощи. Работники службы обеспечивают контакт с пациентами, членами их семей и лицами, осуществляющими уход. Основными функциями консультантов, которые сформированы в виде требований к их работе с установлением системы оперативных отчетов, являются: помочь с вопросами, связанными со здоровьем, помочь в решении проблем при получении медицинской помощи, информирование о том, как можно принять более активное участие в собственном лечении.

В Дании для повышения информированности о правах пациентов в системах охраны здоровья, каждый регион разрабатывает брошюры и отвечает за результативность внедрения материалов о правах пациентов. При этом параллельно работает система индивидуального информирования, ориентированная на половозрастные и социальные характеристики жителей каждого округа, в котором осуществляется сопровождение пациента на всех этапах лечения через консультанта по защите прав пациентов с предоставлением его телефона и (или) иных контактов для связи.

Элемент системы защиты прав застрахованных лиц в международном опыте- утвержденная форма единого регламента (стандарт) информирования застрахованных лиц с конкретизацией каждого права ЗЛ в системе ОМС, который представлен для публичного и индивидуального информирования и находится в открытом доступе на всех информационных ресурсах участников ОМС.

При наличии памятки пациента об оказании бесплатной помощи в ОМС имеются некоторые особенности реализации других базовых прав (например, выбор участников ОМС и (или) врача).

Информирование в исследуемых странах имеет публичный и индивидуальный характер. Ппри формировании системы информирования ЗЛ отмечается наличие регламентов информирования по общим правам, к которым, например, относят:

* право на свободный выбор медицинской организации[[2]](#footnote-2),
* право на расследование в случае неполучения медицинской помощи в течение 30 дней с предоставлением в таких случаях права на получение помощи в любой другой медицинской организации по выбору пациента, включая: частные клиники, с которыми есть договор о финансировании в ОМС. Отметим, что при входе на сайт ФОМС застрахованное лицо может ознакомиться с Памяткой по поводу процессов получения медицинской помощи.

Отмечается наличие ряда прав, которые, например, при схожести формулировок, содержат отдельные более детализированные характеристики права ЗЛ и регламенты информирования о таких правах застрахованных лиц. Отдельным блоком формируются, например, в Дании право на бесплатную диагностику, право на госпитализацию. Особенно сильной стороной информирования и гарантий пациентам в Дании является информирование ЗЛ о наличие прав, которые гарантируются ЗЛ после госпитализации, а именно:

* Право на все медицинские записи,
* Право на подачу сообщения о неблагоприятном событии,
* Право на жалобу (на лечение или на сервис),
* Право на получение компенсации в случае нарушенного права.

На данном этапе в международных странах, особое внимание уделяется медицинским характеристикам информирования застрахованных лиц о «критических» заболеваниях по профилю «онкология», при наступлении сердечно-сосудистых заболеваний. Индивидуальное информирование пациентов, выписанных из стационара с диагнозами, требующими диспансерного наблюдения, о необходимости и возможностях посещения специалистов в территориальной поликлинике. Заболевания, включенные в национальные цели развития отечественного здравоохранения, как приводящие к высоким показателям смертности населения При выявлении случаев острых сердечных заболеваний у ЗЛ в системе оказания медицинской помощи во всех медицинских организациях установлены показатели доступности и оперативности медицинских вмешательств, действуют региональные правила маршрутизации пациентов при болезнях сердечно-сосудистой системы ишемических инсультах, инфарктах (особенно повторных) и пр.

В Дании данное направление выделяется как отдельное право - право на безотлагательную помощь в случае рака или заболевания сердца.

Элемент системы защиты прав застрахованных лиц в международном опыте –единый онлайн стандартизированный подход к подаче обращений, с указанием поводов (причин) от застрахованных лиц, т.е. возможность получения от них структурированной по поводам (причинам) обратной связи по вопросам эффективности реализации их прав в практическом здравоохранении.

Международный опыт показывает наличие стандартизированного подхода к подаче сведений от застрахованных лиц – формализация, унификация обращений. Так, такие формализованные в онлайн обращения возможно обобщать по информационным ресурсам разных станах: форматы подачи обращений, заявлений, предложений, жалобы на работу органов и учреждений. Обратная связь с застрахованными лицами помогает оперативно получать сигналы о работе институтов ОМС. Форматирование рубрик, процессов идентификации ЗЛ, возможностей для автоматического подсчета обращений по причинам весьма важный аспект систем ЗПЗЛ в международных практиках.

Достаточный срок прошел с момента начала таких процедур, например, в Израиле, где существует регламент онлайн подачи обращений застрахованных лиц через личный кабинет на сайте «Госуслуг». Для облегчения сбора и анализа данных о происшествиях в области нарушения прав и безопасности пациентов анализируются материалы, которые прикрепляются к обращению. Уточнение недостатков структурированности при подаче сведений от ЗЛ возможно при формировании «единого формата» обращения, принятия порядка для его наполнения на единых методических подходах, включая регламентацию и защиту сведений в материалах по обращения (особенно по жалобам на нарушение прав ЗЛ). В Польше, например, существует специальный интернет-ресурс (платформа)для принятия жалоб и предложений ePUAP. Платформа имеет классификатор основных причин жалоб ЗЛ.

В Англии служба консультирования, работники которой присутствуют в каждой медицинской организации, имеет функции по принятию обращений от пациентов. Специалисты оформят подачу жалоб в орган управления здравоохранением Англии (NHS) и проведут информирование пациентов о том, как получить независимую помощь в расследовании сложных спорных случаев и (или) при подаче жалобы на нарушение права.

Обратную связь по обращениям граждан в Дании выполняют Управления безопасности пациентов Дании, которые создаются в каждом регионе и имеют консультантов для пациентов, которые обеспечивают процедуры защиты прав, сопровождения всех обращений от начала их подачи до разрешения ситуации. Датские управления безопасности пациентов отвечает за то, чтобы знания, полученные от пациентов, жалобы и требования о компенсации при нарушении права ЗЛ использовались в превентивных целях (при проведении опережающих контрольных действий).

Сильной стороной организации подачи обращений ЗЛ и работы с ними является возможность использования социальных сетей. Так, по обязательному социальному медицинскому страхованию в Казахстане публичное информирование застрахованных о возможностях подавать обращения и (или) обращаться за разъяснениями и (или) обращаться с предложениями и (или) подавать жалобы включено в регламент информирования ЗЛ. При этом, сам механизм подачи сведений, каналы связи весьма схожи с существующей практикой в регионах РФ. Способы подачи обращений в Казахстане систематизированы и включают, также как в ОМС РФ возможность для устного обращения: в службу поддержки пациента в медицинской организации, в колл-центр регионального управления здравоохранением, служба единого контакт-центра «1406»**.** Единый контакт-центр фонда социального медицинского страхования «1406» принимает звонки круглосуточно, рассматривает заявки по специально созданной трехуровневой модели обработки обращений: первый уровень - вопросы консультационного характера, второй и третий уровни – обращения, требующие детального изучения. Специалисты Фонда связываются с медицинской организацией, запрашивают информацию, проверяют процессы оказания медицинской помощи и (или) причины отказа в оказании медицинской помощи. Подача обращения застрахованного лица в Казахстане может осуществляться черезмобильное приложение «Qoldau 24/7». При получении обращения застрахованного лица специалисты Фонда социального медицинского страхования Казахстана связываются с медицинской организацией, запрашивают информацию по пациенту и проясняют детали возникшей ситуации. После получения сведений, например, о нарушении права застрахованного на получение бесплатной медицинской помощи, проверяют медицинскую документацию, процессы оказания и (или) причины отказа в оказании бесплатной медицинской помощи. Процедура рассмотрения обращения схожа в Казахстане с практикой ОМС РФ: каждому обращению присваивается уникальный номер, по которому впоследствии можно отследить статус обращения.

Использование возможностей подачи обращений на работу системы страхования у застрахованных лиц в Казахстане предоставлена в Telegram, где можно найти «SaqtandyryBot» и запустить его, в главном меню выбрать команду «Отправить обращение на 1406» - единый контакт центр., указать регион, наименование медицинской организации, а также суть вопроса. Команда «История обращений» позволит проверить статус уже сформированной персональной заявки.

Таким образом, при общей схожести контура принятия обращения и процедур работы с ними в системах стран-лидеров можно выделить и отличия. Элемент системы защиты прав застрахованных лиц в международном опыте - опубликование перечней (классификаций) основных причин обращений застрахованных лиц за разъяснениями и жалобами на основе открытости информирования о «неблагоприятных событиях» по всем поводам нарушения прав ЗЛ.

Важным направлением в ОМС Израиля, Польши, является работа страховых институтов в системах защиты прав застрахованных лиц с формированием перечней (классификаций) основных причин обращений застрахованных лиц за разъяснениями и (лили) жалобами. Спорным случаи лечения застрахованных и основным нарушениям прав застрахованных лиц при оказании медицинской помощи в учреждениях принято присваивать особый статус рассмотрения. Изначально программа «Серьёзные события, о которых требуется сообщать» (или «список недопустимых событий») появилась в 2001 году на платформе национального форума по качеству (National Quality Forum, NQF) в США. Первыми шагами в формировании списков серьезных нарушений при оказании медицинской помощи и их целью было выявить «недопустимые события» в отношении особо шокирующих медицинских ошибок, таких как: нарушен ход операции (проведена не та операция, не том органе и пр.), заполнена неправильно медицинская документация и вмешательства осуществлены другому пациенту, у пациентов стационаре обнаружены пролежни 3-4 степени, осуществлено насилие (нападение) пациента и прочие (всего 29 наименований). В последствие список стал наполняться фактами и опытом пациентов при реализации их права на оказание медицинской помощи в рамках программ страхования с учетом медико-социальных, половозрастных характеристик застрахованных. Позднее этот список модернизировался в список ошибок и нарушений (список NQF), записи которого являются полностью предотвратимыми. Критерием предотвратимого события считают наличие правил и регламентов в стандартах аккредитации, которые были подтверждены при допуске медицинских организаций к реализации государственных программ, включая программы ОМС. О таких требованиях аккредитации известно всем медицинским организациям, а значит допущенное нарушение права застрахованного лица и (или) врачебная ошибка и (или) несоблюдение стандартных операционных процедур при оказании медицинской помощи приводят к неблагоприятным событиям, о которых публично информируются все медицинские организации, все пациенты. C 2008 года в рамках программы государственного страхования, организована программа «За ошибки не платим», которая работает на предотвращение нарушений: в медицинской организации выявлено «недопустимое событие» из списка NQF, она лишается финансирования по данному случаю оказания медицинской помощи.

Формирование базы данных по таким случаям служит для того, чтобы проводить анализ соблюдения прав застрахованных, а также публично информировать всех участников обязательного медицинского страхования о возможных угрозах нарушения права застрахованного, ошибках в работе персонала медицинских организаций, сложных случаях и т.д.

Право застрахованного лица на выбор медицинской организации, врача, являясь фундаментальным правом обеспечивается в международных моделях ОМС на основе превентивного механизма.

Медицинская организация обязана предоставить свидетельства того, что она провела анализ коренной причины возникновения ошибки и утвердила план действий для того, чтобы данное событие не произошло снова. Так, например, Дания была одной из первых стран в мире, которая ввела обязательную систему сообщения о неблагоприятных событиях (оповещениях о происшествиях) во всех государственных больницах. Медицинские работники в Дании обязаны сообщать о неблагоприятных событиях. Управление по безопасности пациентов Дании отвечает за ведение реестра неблагоприятных событиях. Получив отчеты из регионов и округов Управление по безопасности выявляет закономерности и тенденции и предоставляет решения по высоко-рисковым ситуациям. Информация распространяется в бюллетенях, предупреждениях и в отчетах. Сильной стороной датской системы сбора сведений по фактам неблагоприятных событий является сбор сообщений о них от самих пациентов, а не только от медиков, медицинских организаций, органов управления и иных учреждений. С 2011 года пациентам в Дании была предоставлена возможность сообщать о нежелательных событиях, с которыми они сталкиваются при взаимодействии с институтами системы здравоохранения, медицинскими организациями, медицинскими работниками. Сейчас развитие данной системы привело к появлению возможности сообщать о неблагоприятных событиях не только пациентам медицинских организаций, но и пользователям социальных услуг, жителям домов престарелых и их родственников. Подача сведений, система отчетности является конфиденциальной и не предусматривает наказания, отчеты могут быть отправлены анонимно.

Анализ опыта США, показал, что предоставление открытого доступа застрахованным лицам к спискам (классификаторам) неблагоприятных событий осуществляется, как правило, в целях информирования всех участников процесса предоставления (потребления, оплаты) гарантированной медицинской помощи с профилактической целью. Наличие списков с позиции защиты прав пациентов нацелено, в числе прочего, на осуществление права на свободный (осознанный) выбор медицинской организации. Для принятия решения об обращении в медицинскую организацию застрахованное лицо может ознакомиться с ее рейтингом по направлению деятельности, связанному со случаями неблагоприятных событий. Для становления системы защиты застрахованных от наступления проблем с обеспечением прав в практическом здравоохранении США большую роль сыграло создание Агентства по исследованиям и качеству в здравоохранении (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ). Агентство занимается проведением интенсивных исследований по защите застрахованных от некачественной и небезопасной медицинской помощи. Создание AHRQ стало ключевым для формирования превентивной модели защиты прав застрахованных лиц в США. Исследования, проведенные агентством по проблемам неоказания, некачественного оказания медицинской помощи застрахованным лицам показали, что затраты вследствие медицинских ошибок составляют примерно 37,6 миллиарда долларов в год (около 17 млрд. долларов (45%) связаны с предотвратимыми медицинскими ошибками). Используя исследования и инструменты AHRQ, система здравоохранения США предотвратила 1,3 миллиона ошибок, спасла 50 000 жизней. В дальнейшим адресное ведение таких списков сформировало в США риск-ориентированный подход к проведению контрольных мероприятий по качеству систем защиты прав застрахованных лиц в штатах, регионах, в медицинских организациях. Риск-ориентированный подход (РОК) к проведению проверок имеет целью оптимизировать ресурсы, снижать нагрузку на контрольные функции, оставляя у страховщиков больше времени на проведение превентивных мер в системе защиты прав застрахованных лиц.

Как показал анализ международного опыта, основным итогом формирования списков неблагоприятных событий является его использование для внедрения процедур риск-ориентированного подхода (РОП) в системе их опережающего контроля является повышение эффективности реализации функций по защите прав в системе ЗПЗЛ у участников ОМС**.** На основе открытого анализа неблагоприятных событий, можно предотвращать повторение ошибок.

В США, во время использования методики AHRQ по раскрытию случаев медицинских ошибок удалось сократить число судебных процессов в два раза и удалось сэкономить приблизительно $2 миллиона на судебные издержки в течение первого года программы.

В Англии Национальный комитет по предупреждению безопасности пациентов (NaPSAC) аккумулирует информацию, которую подают все медицинские организации в части оповещения о происшествиях, связанных с безопасностью пациентов (более 20000 оповещений в год). Все события анализируются для поиска мер обеспечения безопасности, чтобы не повторить ошибки в других организациях. После выверки форматов ежегодных сведений о безопасности пациентов NHS приняла решение о публикациях их в открытом доступе, стали выходить «Национальные оповещения (предупреждения) о безопасности пациентов для защиты пациентов». Система открытых списков оповещений (предупреждений) о нарушении безопасности пациентов, качества предоставления медицинской помощи является основой для построения рейтингов медицинских организаций. Национальная служба здравоохранения Англии (NHS) имеет веб-сайт «Choice», где создан ресурс для открытой оценки и возможностей для последующего выбора (не выбора) медицинских организаций, медицинских работников для граждан при наступлении заболевания. Населению предоставлена возможность изучить каждую медицинскую организацию по следующим характеристикам:

* Рейтинг по оценкам пользователей,
* Рейтинг по итогам инспекции комиссии по качеству медицинской помощи,
* Рейтинг по оценке персонала,
* Летальность (в стационаре и до 30 дней после выписки),
* Госпитализация в отделение скорой и неотложной медицинской помощи и т.д. Отметим, что такая деятельность в Англии институционально оформлена - создан Национальный комитет по предупреждению безопасности пациентов (NaPSAC). В настоящее время завершается работа над формированием национальной программы Англии «Учитесь на событиях, связанных с безопасностью пациентов» (LFSPE) суть которой заключается в введении превентивных механизмов предотвращения нарушений при оказании медицинской помощи ЗЛ.

На национальном уровне наличие подобных программ позволяет быстро выявлять новые или недостаточно проработанные проблемы, возникающие при обращении пациентов в службы системы здравоохранения, что позволяет принимать меры в масштабе всей системы NHS, гарантируя, что поставщики услуг по всей стране примут меры для снижения риска наступления таких событий в будущем.

Во Франции для формирования открытой политики защиты пациентов был создан сайт, где пациент может отследить данные по работе каждой медицинской организации (около 4000), участвующей в реализации государственных программ. По итогам ознакомления на сайтах со стандартизированным набором показателей деятельности медицинской организации и иных стандартизированных сведений пациент (застрахованное лицо) может принять решение о том будет ли он в нее обращаться при наступлении страхового случая. Основные данные, которые доступны гражданам для формирования выбора медицинской организации:

* Уровень качества и безопасности медицинской деятельности,
* Удовлетворенность пациентов и их опыт взаимодействия с организацией,
* Количество инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи,
* Оценка боли,
* Координация ухода,
* Преемственность медицинской помощи (взаимодействие с другими организациями при передаче ответственности за пациента).

Расчеты проводятся на основе стандартизированного (постоянно обновляемого) набора показателей деятельности медицинской организации, а методический поход выбора факторных показателей определен на основе изучения обращений пациентов, статистики «неблагоприятных» событий и связан с достижением установленных внутристрановых индикаторов качества и доступности медицинской помощи ЗЛ. Открытая база данных по списку выполнения указанных выше показателей ведется во Франции на основе сформированной базы платформы Scope Sante. В Израиле определен порядок рассмотрения жалоб застрахованных лиц относительно нарушений Закона о государственном страховании здоровья. Застрахованные лица, считающие, что их права согласно Закону о государственном страховании здоровья, были нарушены, вправе обращаться к каждому из следующих органов, в том числе посредством онлайн-обратной связи:

* Инспектор, ответственный за рассмотрение жалоб при больничной кассе,
* Инспектор, ответственный за рассмотрение жалоб в медицинском учреждении, касательно которого подаётся жалоба,
* Инспектор, ответственный за рассмотрение жалоб населения касательно Закона о государственном страховании здоровья, как будет подробно описано ниже,
* Районный суд по трудовым конфликтам.

Застрахованному, считающему, что его права были нарушены, рекомендовано сначала направить свою жалобу инспектору, ответственному за рассмотрение жалоб в больничной кассе или в медицинском учреждении, относительно которого подаётся жалоба. По Закону о государственном страховании здоровья подача жалоб может осуществляться онлайн. Каждый житель Израиля вправе подать жалобу инспектору, ответственному за рассмотрение жалоб: на больничную кассу, медицинскую организацию, на сотрудника страховщика (медицинской организации) либо на любого её представителя. Жалобы подаются по всем вопросам, связанным с исполнением обязанностей, функций законодательно предопределенных. Инспектор, ответственный за рассмотрение жалоб населения, выясняет факты, касающиеся жалобы, и после их выяснения решает, оправдана ли жалоба. В Израиле разработаны правила подачи просьбы о получении денежного возврата за получение медицинских услуг с нарушениями качества. На сайте Министерства здравоохранения Израиля имеется электронный бланк подачи жалобы. Жалобу можно подать на все услуги в сфере здравоохранения, включенные в программу ОМС больничной кассой, к которой относится этот человек, в том числе:

* Жалобы на нарушение прав на лекарства, анализы и лечение в различных областях, как, например, реабилитация, развитие ребёнка, лечение бесплодия и т.д.,
* Обращения по поводу дополнительных услуг в сфере здравоохранения, предлагаемых больничными кассами.

На сайте Государственных услуг Израиля имеется возможность подачи жалобы по оказанным (не оказанным) медицинским услуг, положенных пациенту от больничной кассы, в которой он застрахованы. На сайте подробно описывается алгоритм подачи жалобы. Жалобы на поведение персонала и медицинскую халатность рассматриваются Инспектором по вопросам жалоб на медицинский персонал.

Развитие информационных систем в здравоохранении приводит к автоматизации многих аспектов в медицинской деятельности, включая формирование личных кабинетов застрахованных лиц на государственных информационных платформах. В этих условиях автоматизированные системы сбора сведений по обращениям застрахованных лиц имеются в международном опыте.

Таким образом, проведенный анализ показал, что наряду с формированием списков нарушений прав застрахованных лиц, важнейший элемент системы превентивной и опережающей защиты прав застрахованных лиц в международном опыте автоматизированная систем принятия и подсчета обращений (жалоб) с учетом единых классификационных требований.

На сайте службы здравоохранения (NHS) Англии доступны таблицы в формате excel, в которых ведется автоматический подсчет обращений граждан за отчетный период с градацией обращений по:

* Возрасту заявителей,
* Основным причинам обращений,
* Видам медицинской помощи,
* Основным специальностям, по которым обращались пациенты с жалобами,
* По регионам,
* По видам медицинских организаций.

В США существует руководство по классификации жалоб застрахованных, на основе которого можно внедрять онлайн счетчики количества обращений, анализировать их причины и принимать управленческие решения. Разработаны единообразные формы сбора обратной связи от пациентов для целей изучения опыта пациентов.

Опыт Франции позволяет использовать опережающие контрольные мероприятия на основе формирования открытых баз национальных показателей качества (IQSS)[60], по контролю достигнутых значений которых осуществляется оперативный мониторинга за деятельностью медицинских организаций. Открытость формирования рейтингов медицинских организаций по набору показателей привела к формированию интернет платформы, на которой стало возможным проводить оценки «соблюдения прав пациентов». К данной возможности во Франции пришли на базе управленческого решения, основанного на внедрении стандартов аккредитации. Сначала был разработан сайт для публикации национальных показателей качества всех медицинских организаций, чтобы проводить контроль требований аккредитации. Затем была внедрена возможность опережающего контроля того, насколько успешно в разных медицинских организациях выполняется показатель «удовлетворенность госпитализированных пациентов», «удовлетворенность амбулаторных пациентов», сведения о которых в течение 48 часов появляются в системе учета. На основании анализа показателей надзорными органами принимается решение о проверке медицинской организации.

В США с 2010 года реализуется модель «ценностно-ориентированной оплаты» (value-based purchasing, VBP), которая используется в рамках программы государственного страхования «Medicare». На законодательном уровне утвержденная концепция о доступном здравоохранении (The Affordable Care Act, ACA) стала драйвером развития стратегии оплаты за результат (pay-for-perfomance, P4P). В модели P4P имеются особенности методического обеспечения прав застрахованных в США, основанные на измерение «опыта пациентов» в отличии от измерения «удовлетворенности пациента». Главным показателем ценностно-ориентированного подхода с точки зрения исследований оперативности решений об эффективности работы медицинской организации в плане удовлетворенности конечного потребителя – застрахованного лица выступает оценка достижения показателя «опыт пациента». Категория «опыт пациента» является предметом проведения несубъектного опроса опыта пациента, который он получил в медицинской организации.Опыт пациента основывается на внедренных в медицинской организации регламентов, стандартов (клинических рекомендаций) протоколов и инструкций. Благодаря модели Р4Р работа медицинского учреждения вознаграждается с учетом достижения данного показателя, а также на основе оценок достижения традиционных показателей мотивационной результативности обеспечения качества и доступности бесплатных медицинских услуг.Пример одного из показателей «результата» медицинской организации США, реализующей программы обязательного страхования: 30-дневная летальность с поправкой на риск для пациентов с острым инфарктом миокарда, пневмонией и сердечной недостаточностью. Согласно исследованию 2014 года такие подходы к превентивным контрольным инструментам, основанные на опережающем отслеживании показателей результативности текущей деятельности медицинских организаций, мотивация за их достижение, наряду с другими мерами, предотвратили около 50 000 смертей пациентов с 2010 по 2013 год.

Модель «оплаты за результат» применяемая в Англии, является косвенным свидетельство опережающего контроля результативности в работе медицинских организаций.Сначала органы управления в здравоохранении контролируют процесс внедрении превентивных систем обеспечения качественной и безопасной медицинской помощи медицинские организации. Медицинские организации, при улучшении внутренних процессов получают финансовую поддержку от Службы национального здравоохранения (NHS). Для контроля за динамикой изменений процессов и результатов медицинской деятельности устанавливаются целевые показатели качества медицинской помощи, которые в процессе оперативного мониторинга формируют основу для выделения бюджета. Плановый бюджет медицинской организации формируется под достижение определенных значений показателей деятельности, среди которых достаточное место занимают оценки удовлетворенности пациента. Если установленные значения показателей не достигнуты, то плановый бюджет медицинской организации сокращается.

В США разработаны стандарты (The Joint Commission (TJC), в которых наряду с прочими аспектами обеспечительных мер, при проверках контролируется соблюдение прав застрахованных лиц в части качества и доступности медицинской помощи. Для мониторинга национального уровня безопасности пациентов TJC используется онлайн платформа для сбора данных от медицинских организаций по уровню соответствия целям, что позволяет оперативно реагировать на опасные измененияданных.Создана система сбора сообщений о неблагоприятных событиях. На основании анализа целей надзорными органами принимается решение о проверке медицинской организации. Такие оценки работы в медицинских организациях проводятся в незапланированном формате, по принципу «трейсеров». Анализу подвергаются все этапы оказания медицинской помощи пациенту, оценивается «культура безопасности» пациентов. По итогам этой работы осуществляется, в том числе, отбор и допуск медицинских организаций в систему обязательного медицинского страхования. В настоящее время по этой системе (системе TJC) аккредитовано более 20.000 американских медицинских организаций на принципах «за ошибки не платим». Такие правила допуска и сформированные требования к участию для медицинских организаций, желающих реализовывать государственные программы оказания медицинской помощи застрахованным, поддерживаются в решениях на уровне Конгресса США, Центров услуг по программам «Medicare» и «Medicaid» (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) CMS, агентства The Joint Commission (TJC).

В Израиле Ведомством национального страхования разработаны регламенты онлайн-контроля эффективности реализации ЗПЗЛ по государственному медицинскому страхованию. Возможна онлайн-апелляция на результат рассмотрения жалобы касательно медицинского персонала. Форма онлайн-апелляции на результаты расследования жалобы Уполномоченным по вопросам допустимости медицинских профессий имеется на сайте Министерства здравоохранения Израиля.

Проверка качества в целях реализации риск-ориентированного подхода осуществляется отделениями по проверке качества и исследованию медицинских услуг Министерства здравоохранения государства Израиль. Принципы проверки:

* Деятельность проводится совместно с высокопоставленными сотрудниками, специалистами в данной области, представителями различных специальностей, имеющих отношение к данной области, при участии заинтересованных представителей, как, например, представителей больничных касс, высших учебных заведений и некоммерческих организаций, занимающихся проблемами потребителей и клиентов,
* Составление опросников, основанных на стандартах, информации, профессиональных нормах и опыте, законе и приказах органов управления,
* Подготовительные действия перед проведением проверки проводятся при полном сотрудничестве с проверяемыми организациями. Опросники им знакомы, и перед проверкой им предоставляется сопровождение и поддержка, чтобы они были максимально подготовлены к проверке,
* Опросники являются основным стандартом для проверки качества услуг в сфере здравоохранения, и они опубликованы на сайте Отделения по проверке качества, опросники и используются медицинскими организациями для самостоятельных проверок качества,
* Единые выводы и результаты передаются в дирекцию Министерства здравоохранения и иным органам, имеющим отношение к этому вопросу,
* Проведение проверок коллегами, т.е. проверки, проводимые представителями учреждений в сфере здравоохранения, имеющими отношения к проверяемой области по системе «дружественной проверки»,
* Обеспечивается секретность частной информации – частные результаты проверок передаются в засекреченной форме директору организации, в которой проводилась проверка.

Показатели онлайн-счетчиков неблагоприятных событий (описаны выше в разделе) и показатели мотивирующей результативности в системе ЗПЗЛ, которые собираются по регламентам предоставления отчетов и текущих мониторингов в странах –лидерах показали эффективность. Онлайн анализ данных может состоять из научно-обоснованных показателей «результатов» деятельности медицинских организаций, реализующих территориальные программы ОМС. При существенном отклонении от установленных референсных значений ключевых показателей результативности, возможно формирование планов проведения специализированных экспертиз).

Элемент системы защиты прав застрахованных лиц в международном опыте – выбор показателей оценки эффективности системы ЗПЗЛ (элементов системы) и подходы к мотивации за результаты. Основаны на локальные (внутристрановых) и международных исследованиях последних лет и посвящаются разработкам методического аппарата для оценок эффективности систем здравоохранения. При этом, используются следующие обобщенные подходы:

* Соизмерение расходов, вложенных в реализацию программы с показателями результата от ее реализации для общества (в виде показателей: предотвратимых потерь лет жизни из-за преждевременной смертности, потенциальных лет предстоящей жизни с сохранением ее качества и иными подобными комплексными итоговыми результатами работы институтов здравоохранения). В данном подходе важной оценкой является оптимизация затрат при альтернативных сценариях использования вкладываемых в данную сферу ресурсов (финансовых, трудовых, материально-вещественных и пр.),
* Оценка необоснованных потерь, ликвидация которых способствовала бы к росту качества услуг, сокращению сроков лечения и расходов плательщиков (в лице государства, систем обязательного страхования, домохозяйств).

В начале века (2000 год) ВОЗ отмечала, что по всему миру наблюдаются колоссальные расхождения в уровне эффективности систем здравоохранения. Исследователи, работающие в OECD - организации экономического сотрудничества и развития в странах с высоким уровнем доходов (Joumard et al., 2008) отмечали: различия инструментов измерения результатов работы данной сферы в разных странах, сложности понятийного аппарата, отсутствие единства классификации результатов (промежуточных, итоговых), несовершенство учета расходов и вкладываемых ресурсов.

В одной из самых богатых экономик здравоохранения в США некоторые исследователи (Berwick и Hackbarth, 2012) посчитали, что от ликвидации имеющихся непроизводительных затрат можно сэкономить до 20% от общих ресурсов здравоохранения.

При обобщении управленческих и экономических вызовов неэффективности систем здравоохранения можно составить следующий список проблемных зон, которые свойственны многим международным системам в анализируемых странах:

* Маршрутизация и координация при оказании медицинской помощи,
* Выбор метода воздействия и правильное назначение лечебных процедур,
* Администрирование, электронный учет выполненных услуг,
* Тарифообразование,
* Приписки, злоупотребления.

Здесь отметим, что выбор ключевых показателей обязательно должен опираться на данный методический подход: сопоставление достигнутых результатов и вкладываемых ресурсов для их достижения.

Набор показателей для оценки эффективности системы защиты прав застрахованных по ОМС лиц существует не во всех странах, подвергнутых анализу. В Израиле также с 01.07.2015 все государственные медицинские организации аккредитованы по JCI (для продления их медицинской лицензии). Начиная с 2013 года Министерство здравоохранения Израиля проводит текущий контроль медицинской деятельности в соответствии с методологией аудитов и требований JCI.

* Больница отвечает за обеспечение процессов, которые поддерживают права пациентов и их семей во время лечения,
* Пациенты информируются обо всех аспектах их медицинского ухода и лечения и участвуют в принятии решений по уходу и лечению,
* Больница информирует пациентов и их семьи о процессе получения жалоб, конфликтов и разногласий по поводу ухода за пациентами и их прав на участие в этих процессах и реагирования на них,
* Все пациенты информируются об их правах и обязанностях на понятном для них языке,
* Общее согласие на лечение, если оно получено, когда пациент поступает в стационар или впервые регистрируется в качестве амбулаторного пациента, четко определяет его объем и пределы и т.п.

При проведениях проверок качества и доступности медицинской помощи застрахованным по ОМС лицам используется схожий набор критериев оценок, дополненный экономической оценкой (мотивационной, санкциями).

В Израиле большое внимание уделяется оценке качества оказания медицинских услуг. Надзор над качеством в системе здравоохранения, оптимизация процессов и определение политики, основанной на полученной информации – важнейшие процессы, необходимые для отличного функционирования системы здравоохранения. Недостаточно высокое качество медицины может стоить человеческих жизней и привести к неэффективному распределению ограниченных ресурсов и к ненужным тратам. Измерение качества на национальном уровне позволяет оценить сильные и слабые стороны системы здравоохранения, и улучшить её работу. Качество в медицине состоит из совокупности многих аспектов: клиническое качество – достигло ли лечение своих клинических целей, способ лечения, мнение больного о системе здравоохранения, отношение к больным, доступность лечения для всех слоёв и категорий населения, строение и инфраструктура системы здравоохранения, безопасность лечения, эффективность системы здравоохранения, надлежащее использование ресурсов. Администрация по вопросам качества и предоставления услуг занимается всеми вышеперечисленными аспектами. Отдел по обеспечению качества инициирует проведение исследований, целенаправленно собирая необходимую информацию касательно отдельных показателей качества, среди которых показатели процесса, показатели результата и показатели структуры. Всё это необходимо для отражения качества всех многочисленных аспектов израильской медицины, а также для того, чтобы заниматься её улучшением и устанавливать политику, основанную на информации.

В Израиле Отделение исследования медицинских услуг Министерства здравоохранения устанавливает клинические показатели качества в общественных больницах Израиля и создает непрерывную и стабильную национальную культуру измерения качества. Отделение по исследованию медицинских услуг работает с 1980 года проводит национальные опросы, касающиеся качества лечения в израильских больницах, уделяя особое внимание клиническим результатам лечения: внутрибольничная инфекция, смертность, повторная госпитализация, осложнения, продолжительность госпитализации, надлежащие условия госпитализации и правила выписки, качество жизни после получения медицинских услуг.

Мониторинг показателей качества проводится при сотрудничестве со специалистами в области информации, информационных и компьютерных услуг в Министерстве здравоохранения Израиля. Этот орган координирует и обрабатывает национальное хранилище данных о госпитализации в больницах. В этом хранилище собрана информация об использовании больничных услуг, в соответствии с регулярными отчётами административных органов, действующих при больницах.

В Казахстане к 2024 году поставлена задача аккредитовать по стандартам качества и безопасности медицинской деятельности 70% всех медицинских организаций. Показатели такой аккредитации установлены в виде контрольных цифр и, таким образом, при достижении значений показателей будет гарантирован высокий уровень защиты прав пациентов на эффективную, доступную и безопасную медицинскую помощь. Кроме того, в Казахстане для проверки и оценки эффективности деятельности в здравоохранении и обязательном социальном медицинском страховании разработан национальный стандарт комплексной оценки, в который включены показатели по разделу о правах застрахованных лиц.

В стандартах HAS во Франции изложены показатели для оценки системы защиты прав застрахованных на уровне медицинской организации. На основании общего уровня соответствия показателей медицинскими организациями по стране, принимается решение об эффективности политики по обеспечению прав застрахованных.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Элемент | Описание | Страна | Результат внедрения |
| 1 | Регламенты (стандарты) онлайн  информирования о правах в системе защиты | Открытое информирование застрахованных о своих правах в виде размещения информации на доступных сайтах: страховых, министерства здравоохранения, медицинских организаций, региональных органов. Размещение информационных бюллетеней, методичек, презентаций, видео-роликов, обучающих коротких фильмов о правах застрахованных. Формирование открытой и доступной просветительской кампании о правах застрахованных, а также о механизмах их защиты. | США, Агентство JCI | На регуляторном уровне утверждено требование об открытом и доступном информировании застрахованных об их правах. Внедрены обязательные методички (видео, аудио-терминалы) для повышения информированности (Пример: <https://store.jcrinc.com/educating-patients-about-surgical-site-infections-complying-with-npsg-07-05-01/>)  Количество необоснованных жалоб и количество повторных госпитализаций значительно снижается при использовании этой методики, т.к. обо всех рисках процесса лечения пациент заранее предупрежден. (Пример: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6590951/>  <https://intjem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12245-020-00306-9>) |
| США, Агентство AHRQ | Запущены программы информирования пациентов и открытого вовлечения их в процесс лечения. Это существенно повышает эффективность взаимодействия между пациентом и медицинской организацией, формирует правильные ожидания от процесса обращение в медицинскую организацию. (<https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/index.html#hospital-patients>) |
| В рамках политики открытой информированности запущены онлайн курсы для обучения всех заинтересованных сторон вопросам повышения неформального информирования о правах застрахованного. (<https://www.ahrq.gov/health-literacy/professional-training/informed-choice.html>) |
| Для заблаговременного информирования застрахованных создано приложение для подготовки визита к врачу (<https://www.ahrq.gov/questions/question-builder/index.html>). В приложении изложены все права застрахованных, а также основные вопросы по которым необходимо подготовиться пациенту перед походом в медицинскую организацию, что формирует правильные ожидания от визита. |
| Израиль | Кампания JCI «Говорите открыто о своих правах» (Speak UP). С момента запуска программа реализуется более, чем в 70 странах (в т.ч. в Израиле).  Более, чем 20 программ: общие права, здоровье младенцев и детей, донорство органов, предотвращение медицинских ошибок, падения, предотвращение заражений и прочие).  По каждой программе разработана инфографика, объясняющая права пациентов и их семей, видеоматериалы, которые доступно показывают, как защищать свои права и поддерживать безопасное пребывание в медицинской организации, на что особенно обращать внимание и чего опасаться. |
| Англия | Методички для пациентов, описывающие процессы до, во время и после госпитализации (Пример: <https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/information-guides/ageukig07_your_hospital_stay_inf.pdf>).  Под логунзом «Лучшая информированность приведет к лучшему лечению» активно разрабатываются сайты, методички и брошюры для пациентов по вопросам госпитализации, пребывания в стационаре и выписке. Пациенты заранее информированы о том, что их ждет в процессе лечения.  Снижает нагрузку на персонал и формирует правильные ожидания пациентов. |
| Дания | Брошюры для пациентов на уровне регионов (пример: <https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/Dine-rettigheder/din-retstilling/Engelsk%20%20English/Engelsk%20-%20Dine%20rettigheder%20som%20patient%20-%20Your%20rights%20as%20a%20patient.pdf>).  Для повышения информированности о правах пациентов, каждый регион разработал и продвигает брошюры о правах пациентов.  Для повышения пациент ориентированности в каждом округе есть консультанты по защите прав пациентов.  Примерное содержание брошюры «Твои права как пациента»:  1) Общие права:  - Право на свободный выбор медицинской организации;  - Право на расследование (в случае неполучения медицинской помощи в течение 30 дней) либо право на «свободный бесплатный выбор больницы», т.е. получение помощи в любой другой организации (в т.ч. платной);  - Право на бесплатную диагностику;  - Право на безотлагательную помощь в случае рака или заболевания сердца;  - Право на получение помощи заграницей  Госпитализация;  - Право на предоставление транспорта и возмещения дорожных расходов;  - Право на принятие решение о ходе лечения и на получение полной информации о своем состоянии и рисков лечения;  - Право на наличие переводчика;  - Право на контактное лицо, которое владеет всей информацией (личный менеджер);  2) После госпитализации:  - Право на все медицинские записи;  - Право на подачу сообщения о неблагоприятном событии;  - Право на жалобу (на лечение или на сервис);  - Право на получение компенсации.  Контакты для связи со своим Консультантом по защите прав. |
| 2 | Регламенты Онлайн подачи обращений (обратной связи) | Стандартизированный подход к подачи и получению обратной связи от застрахованных | Польша | Платформа для принятия жалоб и предложений ePUAP. |
| Англия | Наличие в каждой медицинской организации Службы консультирования и связи с пациентами. Служба является единой точкой входа для обращений пациентов. Служба консультирования пациентов и связи предлагает конфиденциальные консультации, поддержку и информацию по вопросам, связанным с получением медицинской помощи.  Они обеспечивают контакт для пациентов, их семей и лиц, осуществляющих уход. Основные функции такой службы:  - Помочь с вопросами, связанными со здоровьем;  - Помочь решить проблемы при получении медицинской помощи;  - Как принять более активное участие в собственном лечении;  - Предоставят информацию об NHS;  - Оформят подачу жалоб в NHS, включая то, как получить независимую помощь (при подаче жалобы). |
| Дания | Управление безопасности пациентов Дании служит единой точкой входа для всех пациентов, желающих подать жалобу.  Наличие в каждом округе «Консультантов пациентов»  (<https://www.healthcaredenmark.dk/media/ykedbhsl/healthcare-dk.pdf> В каждом регионе созданы региональные консультанты для пациентов, чтобы помогать и направлять пациентов в отношении диагностики, лечения выбора больницы, времени ожидания, доступа к лечению за рубежом и процедурами подачи жалоб и получения компенсации.  Помощь консультантов по пациентам бесплатна.  Датское управление безопасности пациентов также отвечает за то, чтобы знания, полученные от пациентов жалобы и требования о компенсации используются в превентивных целях.  Особо серьезные дела могут быть переданы в прокуратуру с целью передачи дела в суд. |
| США | Конгресс США принял Закон о безопасности пациентов, проложивший дорогу для создания Организаций по безопасности пациентов (Patient safety organizations)  Для стимулирования открытого сбора данных о неблагоприятных событиях и гарантии отсутствия наказания медицинских работников за подачу сообщения, сформировалась необходимость наделения ответственности за сбор информации о неблагоприятных событиях «третьей стороне». Каждое событие подвергается дальнейшему анализу и принятия системных решений по совершенствованию здравоохранения и конкретных мер на уровне медицинских организаций/ штата/ страны.  AHRQ разработало единый набор форм отчетности (т.н. «Единый формат»), направленный на облегчение сбора и анализа данных о происшествиях в области безопасности пациентов. |
| Казахстан | В Казахстане несколько способов подачи обратной связи: Способ 1. Служба поддержки пациента. При возникновении ситуации, обратиться в созданную для контроля оказания медицинских услуг службу поддержки пациента и разрешить ситуацию на месте. Данная служба работает в каждой медицинской организации. В каждой клинике эта служба: проводит внутренний контроль качества медицинской помощи; выявляет нарушения при оказании медицинских услуг; занимается рассмотрением обращений и жалоб.  *Способ 2.* Обратиться в **колл-центр Управления здравоохранения региона.** Все медицинские организации подчиняются Управлениям здравоохранения, поэтому повлиять на решение своего вопроса можно обратившись непосредственно в колл-центр Управления.  Способ 3. Мобильное приложение «Qoldau 24/7». После обращения заявителя в “Qoldau 24/7” специалисты Фонда социального медицинского страхования связываются с медицинской организацией, запрашивают информацию по пациенту и возникшей ситуации, проверяют оказание или причины отказа в оказании медицинской помощи. Обращению присваивается уникальный номер, по которому впоследствии можно отследить статус обращения.  Способ 4. SaqtandyryBot в Telegram-канале. В Telegram найти “SaqtandyryBot” и запустить его, в главном меню выбрать команду «Отправить обращение на 1406», указать регион, наименование медицинской организации, а также суть вопроса. Команда «История обращений» позволит проверить статус уже сформированной персональной заявки.  Способ 5. Единый контакт-центр 1406 принимает звонки круглосуточно, рассматривает заявки по специально созданной трехуровневой модели обработки обращений: первый уровень - вопросы консультационного характера; второй и третий уровни – обращения, требующие детального изучения. Специалисты Фонда связываются с медицинской организацией, запрашивают информацию, проверяют оказание или причины отказа в оказании медицинской помощи.  Способ 6. Раздел «Народный контроль» на сайте fms.kz. Создать персональное обращение, зайдя на сайт Фонда социального медицинского страхования (перейти на сайт fms.kz; открыть раздел «Народный контроль»; выбрать задачу: пожаловаться или оставить предложение). |
| Израиль | Онлайн подача обратной связи через личный кабинет на сайте Госуслуг с возможностью приложить всю необходимую информацию и материалы  ([**https://www.gov.il/ru/service/public\_ombudsman\_for\_medical\_professions?trigger=sugg**](https://www.gov.il/ru/service/public_ombudsman_for_medical_professions?trigger=sugg)**).** |
| 3 | Регламенты недопущения неблагоприятных событий (онлайн списки) | Формирование базы по контролю качества и безопасности медицинской деятельности с целью: анализа соблюдения прав застрахованных, предоставления открытого доступа застрахованным для принятия решения об обращении в медицинскую организацию, формированию риск-ориентированного подхода к проверкам и снижению нагрузки на контрольные функции. Как основной итог – повышения качества и безопасности медицинской деятельности во всех медицинских организациях, т.к. на основе открытого анализа неблагоприятных событий, медицинские организации будут заинтересованы в формировании системы обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. | США, AHRQ | Создание Агентства по исследованиям и качеству в здравоохранении (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) для проведения интенсивных исследований по защите застрахованных от некачественной и небезопасной медицинской помощи. Создание AHRQ стало ключевым для формирования превентивной модели для оказания качественной и безопасной медицинской помощи. Затраты вследствие медицинских ошибок составили примерно 37,6 миллиарда долларов в год (около 17 млрд. связаны с предотвратимыми медицинскими ошибками).  Используя исследования и инструменты AHRQ, система здравоохранения США предотвратила 1,3 миллиона ошибок, спасла 50 000 жизней и избежала неэффективных расходов на сумму 12 миллиардов долларов в период с 2010 по 2013 год. |
| Доказано, что количество обращений застрахованными в суд по причине выявленного им неблагоприятного события резко снижается, если медицинская организация и страхования владеют навыками коммуникации CANDOR. (https://www.ahrq.gov/patient-safety/capacity/candor/modules.html <https://psnet.ahrq.gov/primer/disclosure-errors>  <https://acpinternist.org/archives/2014/06/errors.htm>  https://www.fiercehealthcare.com/healthcare/apologizing-for-medical-errors-may-make-patients-less-likely-to-sue). Это специальный процесс коммуникации для разрешения проблем.  Во время использования методики AHRQ по раскрытию случаев медицинских ошибок пациентам сократить число судебных процессов в два раза и удалось сэкономить приблизительно $ 2 миллиона на судебные издержки в течение первого года программы. |
| Англия | Веб-сайт NHS Choice (Национальная служба здравоохранения). Создан сайт для открытого рейтингования, оценки и выбора медицинских организаций, медицинских работников для граждан. Возможность изучить каждую медицинскую организацию по следующим характеристикам:  - Рейтинг по оценкам пользователей;  - Рейтинг по итогам инспекции Комиссии по качеству медицинской помощи;  - Рейтинг по оценке персонала;  - Летальность (в стационаре и до 30 дней после выписки);  - Госпитализация в отделение скорой и неотложной медицинской помощи. |
| Оповещения о безопасности пациентов. NHS стала публиковать «Национальные оповещения (предупреждения) о безопасности пациентов) для защиты пациентов. Был создан Национальный комитет по предупреждению безопасности пациентов (NaPSAC). Медицинские организации подают оповещения о происшествиях, связанных с безопасностью пациентов. Всех события анализируются для поиска мер обеспечения безопасности, чтобы не повторить такие события в других организациях. Ежегодно подается более 20000 оповещений о безопасности пациентов. |
| Программа «Учитесь на событиях, связанных с безопасностью пациентов» (LFSPE) (<https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-incident-management-system/>). В настоящее время заканчивается работа над данной программой. Она позволит записывать события, связанные с безопасностью пациентов как организациям, так и пациентам, и их семьям. Запись событий, связанных с безопасностью, независимо от того, наносят они вред или нет, дает важное представление о том, что необходимо улучшать в системе здравоохранения.  На национальном уровне это позволяет быстро выявлять новые или недостаточно проработанные проблемы безопасности пациентов и принимать меры в масштабе всей системы NHS, гарантируя, что поставщики услуг по всей стране примут меры для снижения риска. |
| Франция | Открытая база данных Scope Sante (<https://www-scopesante-fr.translate.goog/?_x_tr_sl=fr&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=ajax,se,elem#/>) по медицинским организациям. По каждой организации представлены специфичные показатели (по специализациям хирургия, кардиология, онкология и пр.).  Для формирования открытой политики был создан сайт, где пациент может отследить данные по каждой медицинской организации (около 4000) и по итогу принять решение о том будет ли он в нее обращаться.  Основные данные, которые доступны гражданам для формирования выбора:  - Уровень качества и безопасности медицинской деятельности;  - Удовлетворенность пациентов и их опыт;  - Кколичество инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;  - Оценка боли;  - Координация ухода;  - Преемственность медицинской помощи (взаимодействие с другими организациями при передаче ответственности за пациента). |
|  |  |  | Дания | Система по сбору сообщений о неблагоприятных событиях от пациентов (<https://www.healthcaredenmark.dk/media/ykedbhsl/healthcare-dk.pdf>).  Дания была одной из первых стран в мире, которая ввела обязательную систему сообщения о неблагоприятных событиях во всех государственных больницах.  В 2011 году пациентам была предоставлена возможность сообщать о нежелательных событиях, с которыми они сталкиваются при взаимодействии с медицинскими организациями. Не только медицинские работники обязаны сообщать о неблагоприятных событиях, но также пациенты, жители домов престарелых и их родственники.  Система отчетности является конфиденциальной и не предусматривает наказания, отчеты могут быть отправлены анонимно.  Целью системы является повышение безопасности пациентов за счет мониторинга, анализа и обмена знаниями о неблагоприятных событиях.  Управление по безопасности пациентов Дании отвечает за ведение реестра неблагоприятных событиях.  Получив отчеты из регионов и округов Управление по безопасности выявляет закономерности и тенденции и предоставляет решения по высоко-рисковым ситуациям. Информация распространяется в бюллетенях, предупреждениях и в отчетах. |
| 4 | Регламенты Онлайн статистики обращений по защите прав | Для эффективного использования данных и снижения нагрузки на аналитические работы целесообразно внедрить стандартизированные формы подачи обращений | США, CMS | Разработана форма подачи жалобы застрахованных через сайт ( https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Administrative-Simplification/Enforcements/FileaComplaint )  Шаблон формы жалобы един для всех обращений застрахованных по CMS  (<https://www.cms.gov/medicare/cms-forms/cms-forms/downloads/cms10287.pdf>) |
| Англия | У многих медицинских организаций есть формы обратной связи, доступные и на веб-сайта, рекомендованные NHS (https://www.nhs.uk/using-the-nhs/about-the-nhs/how-to-complain-to-the-nhs/). |
| 5 | Регламенты Онлайн оценки результатов «счетчиков» обращений по защите прав | Автоматизированная классификация обращений по ряду параметров делает массив данных упрощенным для понимания и минимизирует время для проведения анализа данных. | Англия | На сайте службы здравоохранения NHS доступны таблицы в формате excel за отчетный период с градацией по возрасту заявителей, количеству обращений по видам медицинской помощи, основные причины обращений, основные специальности по которым обращались, регионы, градация медицинских организаций по количеству обращений и пр. https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/data-on-written-complaints-in-the-nhs/2020-21-quarter-3-and-quarter-4 |
| США, CMS | Руководство по классификации жалоб застрахованных. https://www.cms.gov/Medicare/Appeals-and-Grievances/MMCAG/Grievances |
| США, AHRQ | Разработаны единообразные формы сбора обратной связи от пациентов (в т.ч. для изучения опыта пациентов). https://www.ahrq.gov/cahps/index.html |
| 6 | Регламенты Онлайн контроля  (включая финансовый) эффективности реализации прав на защиту | Осуществление контроля за системой защиты прав застрахованных путем онлайн анализа данных. Такая система снижает нагрузку на контрольные функции, а также формирует проактивную модель. Онлайн анализ данных может состоять из научно-обоснованных показателей «результатов» деятельност медицинских организаций. При существенном отклонении от установленных референсных значений, возможно формирование внеплановой проверки деятельности. | США, AHRQ | Для оценки качества и безопасности медицинской деятельности с точки зрения «результата», AHRQ разработала Показатели безопасности пациента (PSI), которые состоят из 26 показателей (включая 18 показателей, которые оцениваются на уровне поставщика медицинских услуг, а остальные – на уровне штата).  CMS интегрировала Показатели с Кодами Международной классификации болезней (МКБ). Ежегодно публикуются открытые отчеты по показателям безопасности пациентов, что стимулирует медицинские организации строить превентивную модель оказания качественной и безопасной медицинской помощи.  Сбор показателей позволяет:  - Пациентам самостоятельно выбирать, куда обращаться за помощью;  - Плательщикам выбирать с кем заключать контракты на оказание услуг;  - Самим организациям определить потенциальные проблемные области;  - Руководству оценить, контролировать и повышать безопасность пациентов;  - CMS определять финансовую прибыль или убыток.  Сбор показателей осуществляется через компьютерную программу.  На основании анализа показателей надзорными органами принимается решение о проверке медицинской организации. |
| Франция | Открытая база национальных показателей качества (IQSS) (<https://www.has-sante.fr/jcms/c_2044304/en/the-certification-of-hospitals-for-quality-of-care>). Для открытой оценки того, насколько успешно организации внедряют стандарты аккредитации был разработан сайт для публикации национальны показателей качества всех медицинских организаций Франции. Основные виды показателей по каждой организации:  - Удовлетворенность госпитализированных пациентов (в течение 48 часов);  - Удовлетворенность амбулаторных пациентов;  - Показатели по соблюдению разделов стандарта аккредитации (в том числе такие показатели, как «Соблюдение прав пациентов»).  На основании анализа показателей надзорными органами принимается решение о проверке медицинской организации. |
| США, CMS | Модель «ценностно-ориентированной оплаты» (value- based purchasing, VBP) (в рамках программы государственного страхования «Medicare»).  Был издан Закон о доступном здравоохранении (The Affordable Care Act, ACA) от 2010 года. В соответствии с Законом о Доступном здравоохранении в США активно стала развиваться стратегия оплаты за результат (pay-for-perfomance, P4P), а также измерение опыта пациентов (Измерение опыта пациента отличается от измерения удовлетворенности тем, что является несубъектным опросом опыта пациента, который он получил в медицинской организации. Опыт пациента основывается на внедренных в медицинской организации регламентах и инструкциях). Благодаря модели Р4Р работа вознаграждается с учетом достижения предусмотренных показателей качества и безопасности.  Пример показателей «результата»: 30-дневная летальность с поправкой на риск для пациентов с острым инфарктом миокарда, пневмонией и сердечной недостаточностью.  Согласно исследованию 2014 года, Закон о доступном здравоохранении, вероятно, предотвратил около 50 000 смертей пациентов с 2010 по 2013 год. |
| Англия | Модель «оплаты за результат». При внедрении превентивных систем обеспечения качественной и безопасной медицинской помощи медицинские организации получают финансовую поддержку от NHS. Если целевые показатели качества не достигнуты, бюджет медицинской организации сокращается. |
| 7 | Риск-ориентированный подход к проверкам соблюдения прав (законных интересов) | Для формирования превентивной системы необходимо внедрение требований к реализации процессов на уровне медицинских организаций. При внедрении требований к обеспечению прав застрахованных, проверки возможно перевести в риск-ориентированный формат. | США, TJC | Стандарты по качеству и безопасности пациентов, разработанные агентством The Joint Commission (TJC), основаны на принципах защиты прав застрахованных. Проверки проводятся незапланированном формате, по принципу «трейсеров» анализируя этапы оказания медицинской помощи пациенту. Оценивается «культура безопасности» пациентов. Основные разделы стандарта аккредитации, которые относятся к защите прав пациентов:   * Информирование пациентов об их правах; * Помощь пациентам понять и реализовать свои права; * Уважение ценностей, убеждений и предпочтений пациентов; * Информирование пациентов об их обязанностях в отношении ухода, лечения и сервисов; * Выявление основных, всеобъемлющих прав пациентов; * Соблюдению прав пациентов на эффективное общение, на участие в принятии решений по лечению; * Информированное согласие; * Обеспечение права пациента на то, чтобы открыто владеть всей необходимой информацией о медицинском персонале и медицинской организации; * Обеспечение права на участие в принятии решение в конце жизни; * Индивидуальные права пациентов (духовные и культурные предпочтения, языковой доступ). |
| Конгресс США, Центры услуг по программам «Medicare» и «Medicaid» (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) CMS; агентство The Joint Commission (TJC) | Ввиду ограниченных ресурсов возникла необходимость гарантии того, что государственные деньги расходуются на эффективную и безопасную медицинскую помощь застрахованным гражданам. «Допуск» и «условия участия» медицинских организаций, желающих реализовывать государственные программы оказания медицинской помощи застрахованным.  (<https://www.jointcommission.org/>) В настоящее время TJC аккредитовано более 20.000 американских медицинских организаций на принципах «за ошибки не платим». |
| TJC | Программа Национальных целей в области обеспечения безопасности пациентов TJC National Patients Safety Goals  Для мониторинга национального уровня безопасности пациентов TJC использует онлайн платформу для сбора данных от медицинских организаций по уровню соответствия целям, что позволяет оперативно реагировать на опасные изменения данных. Национальные цели по обеспечению безопасности пациентов сформулированы и постоянно пересматриваются на основе наиболее распространенных неблагоприятных событий, которые происходят в медицинских организациях США.  Создана система сбора сообщений о неблагоприятных событиях.  На основании анализа целей надзорными органами принимается решение о проверке медицинской организации. |
| Национальный форум по качеству NQF, CMS | Программа «Серьёзные события, о которых требуется сообщать» (или «Список недопустимых событий») Национального форума по качеству (National Quality Forum, NQF). В 2001 году был сформулирован термин «Недопустимые события» в отношении особо шокирующих медицинских ошибок, таких как: операция не на том месте, не тому пациенту или пролежни 3-4 степени или насилие/нападение на пациента и пр. (всего 29 шт.).  Данные события являются полностью предотвратимыми в случае, если медицинская организация внедрила меры обеспечения безопасности пациентов (требования стандартов аккредитации TJC).  C 2008 года в рамках программы государственного страхования, CMS организовала программу «За ошибки не платим» - если в медицинской организации выявлено «Недопустимое событие» из списка NQF, то она лишается финансирования по данному случаю.  По каждому «Недопустимому событию» медицинская организация обязана предоставить свидетельства того, что она провела анализ коренной причины возникновения ошибки и утвердила план действий для того, чтобы данное событие не произошло снова. Такая программа стала стимулом для медицинских организаций проактивно внедрять требования к обеспечению безопасности пациентов и создавать безопасную среду. |
| Израиль | Распоряжение об обязательной аккредитации государственных медицинских организаций по качеству и безопасности медицинской деятельности JCI (Joint Commission International) (<https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-020-00405-1>).  Раздел о правах пациента и семьи (PFR) включает шесть основных стандартов.  Требования стандарта JCI (глава PFR) включает в себя больше требований в части защиты прав граждан, чем принятые в Израиле Законы о страховании и защите прав граждан, что обеспечивает более широкий охват прав пациентов.  Глава PFR не только защищает права пациентов, закрепленные в ряде отдельных израильских законов, но также включает права, которые не являются неотъемлемой частью израильского законодательства в области здравоохранения, включая право на доступность медицинской помощи.  Кроме того, стандарты JCI касаются культурных и религиозных убеждений пациентов, а соответствующее израильское законодательство - нет.  Начиная с 01.07.2015 все государственные медицинские организации аккредитованы по JCI (для продления их медицинской лицензии).  Начиная с 2013 года Министерство здравоохранения Израиля проводит текущий контроль медицинской деятельности в соответствии с методологией аудитов и требований JCI:   * Больница отвечает за обеспечение процессов, которые поддерживают права пациентов и их семей во время лечения, * Пациенты информируются обо всех аспектах их медицинского ухода и лечения и участвуют в принятии решений по уходу и лечению, * Больница информирует пациентов и их семьи о процессе получения жалоб, конфликтов и разногласий по поводу ухода за пациентами и их прав на участие в этих процессах и реагирования на них, * Все пациенты информируются об их правах и обязанностях на понятном для них языке, * Общее согласие на лечение, если оно получено, когда пациент поступает в стационар или впервые регистрируется в качестве амбулаторного пациента, четко определяет его объем и пределы,   Больница информирует пациентов и их семьи о том, как пожертвовать органы и другие ткани тела. |
| Казахстан | Формирование Республиканского Центра Развития здравоохранения (2009), а также Общественного Объединения экспертов и консультантов по внешней комплексной оценке в сфере здравоохранения (<http://rcrz.kz/index.php/ru/glavnaya/23-struktura/484-normativno-pravovye-akty>). К 2024 году 70% всех медицинских организаций будет аккредитована по стандартам качества и безопасности медицинской деятельности. Таким образом будет гарантирован высокий уровень защиты прав пациентов на эффективную, доступную и безопасную медицинскую помощь. Национальный стандарт комплексной оценки в здравоохранении включает много разделов о правах застрахованных. |
| Дания | Национальная программа аккредитации медицинских организаций, которая проводится Датским институтом качества и аккредитации в сфере здравоохранения по безопасности медицинской деятельности «IKAS». Стандарты аккредитации основаны на принципах пациентоориентированности и защиты прав застрахованных. |
| 8 | Показатели оценки эффективности системы (элементов системы) и мотивация | Набор показателей для оценки эффективности системы защиты прав застрахованных. При анализе данных возможно выявлять области для улучшения. | США | В стандартах JCI изложены показатели для оценки системы защиты прав застрахованных на уровне медицинской организации. Показатели состоят из более 60 измеримых элементов наличие которых проверяется в медицинских организациях. |
| Франция | В стандартах HAS изложены показатели для оценки системы защиты прав застрахованных на уровне медицинской организации (их более 50). На основании общего уровня соответствия показателей медицинскими организациями по стране, принимается решение об эффективности политики по обеспечению прав застрахованных. |

1. Стандарт JCI (Joint Commission International) система мер, направленных на соблюдение регламентов и порядков при организации медицинской помощи на основе соблюдения международных требований к качеству процессов управления (бизнес- процессов), которая может привести к получению международной аккредитации медицинской организации по системе Joint Commission International (международная неправительственная некоммерческая организация, миссией которой является постоянное повышение надежности и качества медицинского обслуживания на основе выполнения стандартизованных процедур (процессов) управления). [↑](#footnote-ref-1)
2. В Дании данное право формулируется как право на «свободный бесплатный выбор больницы». [↑](#footnote-ref-2)