



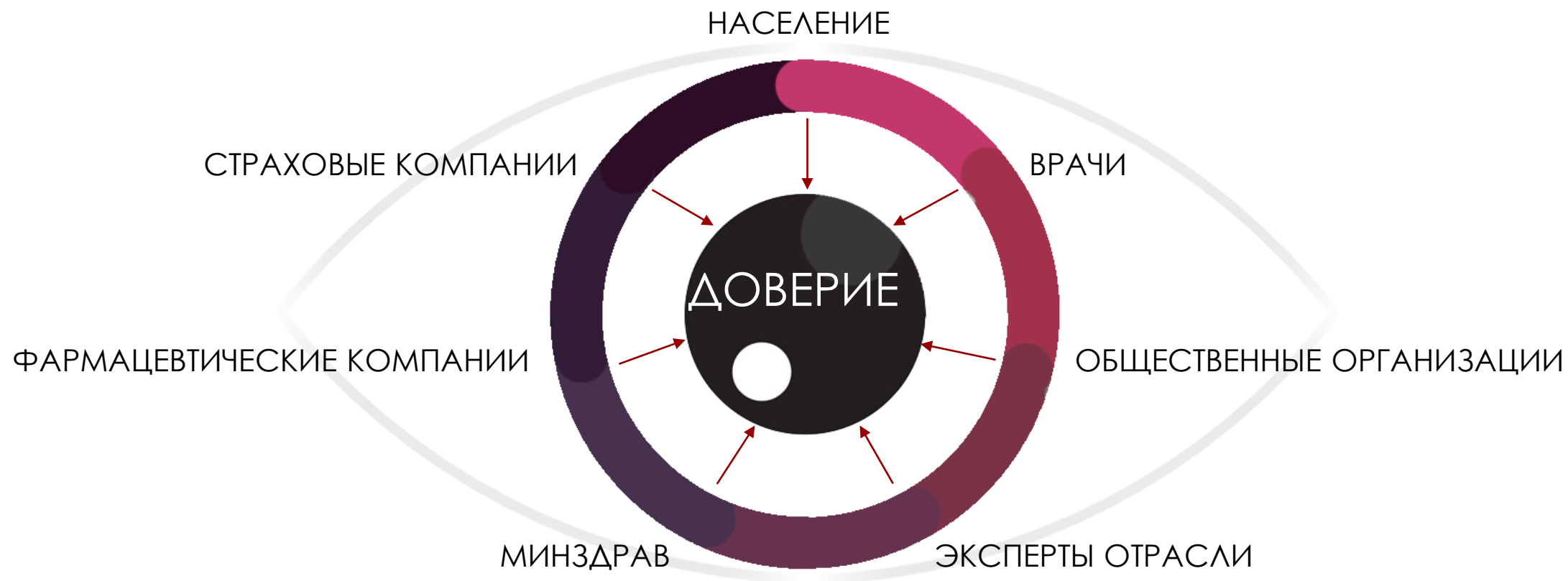
КРИЗИС ДОВЕРИЯ И 6 ВЫЗОВОВ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ПЛАТФОРМА
ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ПРОЕКТИРОВАНИЯ

ЭКСПЕРТНЫЙ ОПРОС КАК ИНСТРУМЕНТ «ОБЪЕМНОГО» ЗРЕНИЯ НА ПРОБЛЕМУ

30 экспертов



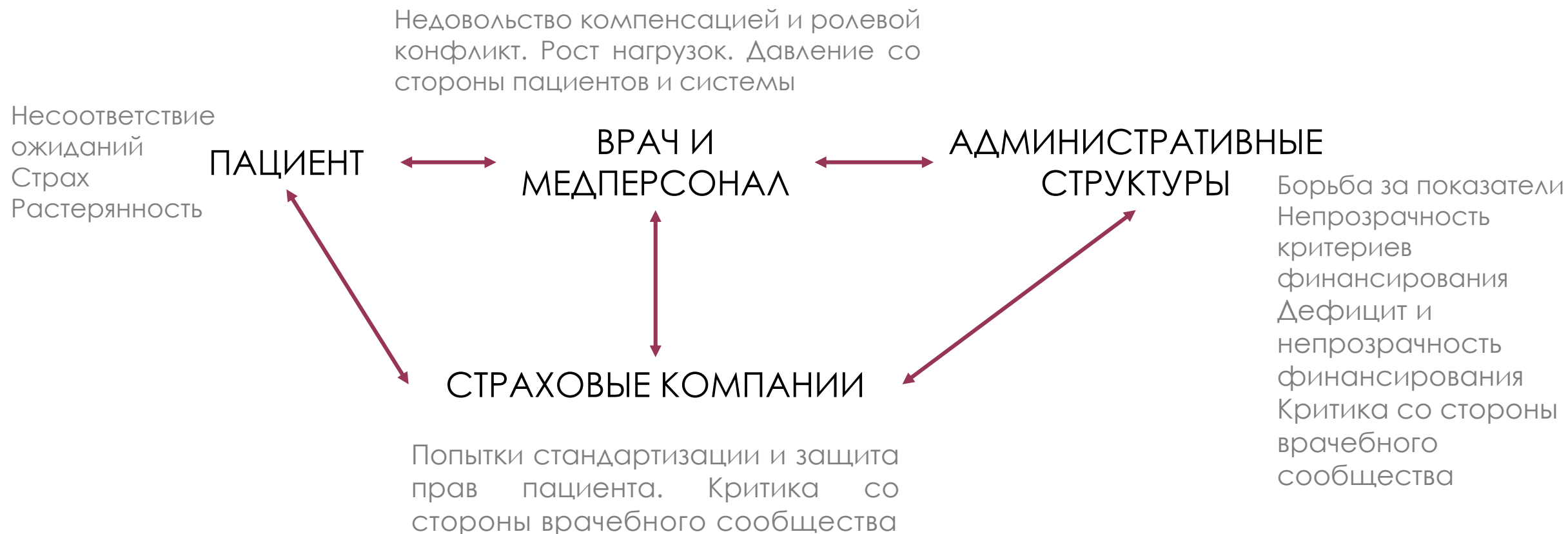
ЧТО СТОИТ ЗА ЭТИМИ ЦИФРАМИ?



«СЛОЖНОСТИ В УПРАВЛЕНИИ СТАЛКИВАЮТ ЛБАМИ **ПАЦИЕНТА И ВРАЧА:** одни обязаны выполнять указания, но не могут, вторые приходят с ожиданиями и обманываются»

Представитель пациентской организации

ПРОБЛЕМНЫЙ УЗЕЛ: ВЗАИМНОЕ НЕДОВЕРИЕ



РАЗРЫВ ДОВЕРИЯ НА ВСЕХ УРОВНЯХ

«Зарплату им снизили, а виновата в этом система ОМС. Но никто не знает, как деньги распределяются внутри медицинского учреждения. Бывают проверки, когда ты приходишь в медицинское учреждение, а там бэкофис больше 30%, а иногда и больше 50% получает»

Представитель страховой организации

«В одной больнице существует методика проведения операций на черепе у детей. А врач говорит: «А мне вот так удобнее: сверлю шуруп в серединку и как крышку от кастрюли...». Он свою методику разработал. Это нормально? Слава богу, не возникло ни у кого осложнений»

Медицинский юрист

«Если раньше надо было унижаться чтобы что-то купить и достать, то сейчас это рынок покупателя: выбираешь, что хочешь и диктуешь правила сервиса. Люди уже с такой привычкой пытаются относиться так ко всему, в том числе к медицине»

Представитель пациентской организации

НЕПРОЗРАЧНОСТЬ



- Нормативы и ограничения, перечень бесплатных и платных услуг
- Отсутствие ясной маршрутизации: куда идти за лечением, «вторым» мнением и с жалобой

- непонимание уровня заработных плат, надбавок и премий
- непрозрачность распределения средств внутри учреждения

- Многоканальность финансирования: ОМС, бюджеты Минздрава, министерств, госкорпорации
- Критерии оценки
- «Келейность» принимаемых решений в здравоохранении
- Уязвимость в системе закупок

НЕПРОЗРАЧНОСТЬ: РЕСУРСЫ, РЕШЕНИЯ, ПРАВА

«Человек не понимает куда нужно пойти, чтобы поставили правильный диагноз и вовремя назначали исследования. Сейчас в платных клиниках по ОМС можно сделать те же самые обследования, но намного быстрее».

Представитель пациентской организации

«В нулевые, в начале 2010-х проводились какие-то круглые столы, дискуссии с участием министров здравоохранения, руководителей ФФОМСа, то сейчас я лично не понимаю, как принимаются решения в здравоохранении – все закрыто, неясно, от кого они зависят»

Представитель отраслевой организации

«Анализ в ОМС стоит 12 условных единиц трудоемкости (прим. ред., измеритель затрат труд врача), а в частной клинике этот же анализ стоит 1800. То есть 12 рублей, по сути, и 1800. Сами тарифы ОМС, внутренние – они несправедливые»

Представитель врачебного сообщества



КЕЙС: НЕПРОЗРАЧНОСТЬ И НЕИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОМС



ОМС - инструмент, потенциально решающий многие проблемы пациента и системы здравоохранения

ПАЦИЕНТ



- Не знает о значительной части возможностей – услугах в государственных и частных клиниках, праве получить «второе мнение», инструментах урегулирования спорных вопросов
- Не понимает, какие услуги положены бесплатно по полису, почему не все бесплатные услуги доступны «здесь и сейчас»

ВРАЧ



- Не понимает тарифы
- Не видит логики в распределении штрафов внутри учреждения

ОМС



- Не может контролировать доступность услуги/врача - не владеет ресурсами
- Не знает как распределяются деньги внутри больницы
- Не все звенья системы перешли из сметного режима в рыночный (деньги на инфраструктуру – деньги на пациента)
- Не в полной мере могут контролировать факт оказания услуг пациентам в переходный период

НЕРАВНОМЕРНОСТЬ

- Неравномерность развития по регионам и типам населенных пунктов
- Неравномерность финансирования разных аспектов здравоохранения (техника, лекарства)



ПРОЯВЛЕНИЯ

- Расхождение репортажа о развитии высокотехнологичной помощи и опыта районной поликлиники – ощущение **ОБМАНА**
- Понимание, что в системе есть деньги, но только не на зарплаты врача – чувство **НЕСПРАВЕДЛИВОСТИ**
- Поставки современного оборудования, бесполезного в отсутствие врачей – ощущение **АБСУРДА**

«Робот для дистанционных операций может присутствовать, а туалеты могут отсутствовать. Очень полярное и контрастное состояние медицины: и уровня подготовки, и системы финансирования. Самое главное – распределение денег внутри системы»

Представитель страховой организации

«Они из каждого утюга слушают, что выделили большое финансирование на лекарства, приходят к врачу. Дальше сумма, хорошо, если с пятью нулями. Как после этого пациент может воспринимать информацию о нацпроекте?»

Представитель фармацевтической отрасли



ЗНАЧИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ГДЕ ТЕРЯЕТСЯ ДОВЕРИЕ?

- **ОПТИМИЗАЦИЯ** системы – увеличение дистанции между врачом и пациентом
- **УЖЕСТОЧЕНИЕ КОНТРОЛЯ** - нервозность системы, приоритет «не навредить», а не «помочь»
- **РЕГЛАМЕНТАЦИЯ** - повышение нагрузки на врача
- **УЖЕСТОЧЕНИЕ** регулирования фармацевтической отрасли - проблемы с лекарственным обеспечением
- **СНИЖЕНИЕ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ** и вымывание старшего поколения - нехватка специалистов, перегрузки
- **НЕРАВНОМЕРНОСТЬ РАЗВИТИЯ:** региональные диспропорции, соседство высокотехнологичной помощи с дефицитом ресурсов
- **КОНКУРЕНЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА**, следом за которым идет финансирование

КОНФЛИКТ ИДЕОЛОГИЙ ВНУТРИ СИСТЕМЫ

«Одной ногой» – в старой патерналистской модели, другой – в развитии превентивной медицины



Идеология вовлечения человека

VS

Деперсонификация: «не здоровье человека, а борьба с болезнью»

ПОСРЕДНИК КАК ВЫХОД ИЗ КРИЗИСА

Появление функции
посредника между
человеком и системой



- Вырабатывает оптимальные маршруты
- Создает функцию независимого контроля

75%

РОССИЯН СЧИТАЮТ, ЧТО
НЕОБХОДИМ
НЕЗАВИСИМЫЙ
КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
ВЦИОМ, 2019

ПАЦИЕНТ

ОМС-ПОСРЕДНИК

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



НО

«Сегодня для населения медицина и ОМС существуют часто как одно целое. Такое восприятие - рудимент прошлого. Отчасти это - стереотип, отчасти - реальное ограничение рыночных функций страховой системы. Поэтому важно развести эти сущности, показать их самостоятельную роль»

ИЗМЕНЕНИЯ ПАЦИЕНТА

- **РАЗВИТИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ:** коммерческая модель «клиент всегда прав»
- **СНИЖЕНИЕ ПОКУПАТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ:** часть пациентов возвращается к бесплатной медицине с привычками потребителя платных услуг
- **ПОВЫШЕНИЕ МОБИЛЬНОСТИ,** дефицит времени: запрос на удобство и экономию
- **ПРИВЫЧКА ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЦИФРОВЫЕ СЕРВИСЫ:** здравоохранение не успевает отвечать на запрос новых удобных форматов
- **ПОВЫШЕННОЕ ВНИМАНИЕ К ЗДОРОВЬЮ:** становится более информированным и критичным, хочет понимать и выбирать
- **СТРЕСС ИЗ-ЗА ИЗБЫТКА ПРОТИВОРЕЧИВОЙ ИНФОРМАЦИИ:** нуждается в проводнике и доверии
- **ВЕРА В СИЛОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ:** считает обращение в прокуратуру наиболее эффективным инструментом

РАЗНЫЕ КУЛЬТУРЫ ОТНОШЕНИЯ К ВРАЧУ

Общество все более дифференцируется, сохраняются прежние различия и появляются новые



Долг, внимание, врач – «целитель»
VS
Сервис, услуга, заказчик - исполнитель

... И РАЗНЫЕ ЗАПРОСЫ

Практикуют нетрадиционные виды оздоровления
Натуропаты
Веганы
etc



...ПРИ СОХРАНЕНИИ ПАТЕРНАЛИСТСКИХ ОЖИДАНИЙ

ПАЦИЕНТ

- Ждет заботы, индивидуального подхода
- Видит центр ответственности в системе здравоохранения
- Привык к клиентоориентированности всех сервисов
- Хочет найти «своего врача» и устраивает «смотрины»
- Не готов к платным услугам в социальной сфере

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Борется с болезнью, а не заботится о пациенте комплексно (в том числе о психологическом комфорте, информированности)
- Имеет регламенты предоставления услуг, за которые не может выходить
- Не обладает гибкостью, чтобы реагировать на запрос рынка
- Страдает от дефицитов средств, кадров
- Боится потерять не пациента, боится потерять финансирование
- Дистанцируется от пациента после оптимизации
- Пытается заработать на платных услугах

ПАЦИЕНТ – СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СЛЕДСТВИЯ

ПАЦИЕНТ

Видит обман

Считает систему
незаинтересованной в
пациенте

Недоволен и жалуется при
встрече с любым барьером и
дефицитом

- Ностальгия о прошлом, стереотипы о низком качестве медицины в сравнении с зарубежной
- Ощущение внутрисистемного кризиса, общая деморализация
- Позднее обращение и самолечение
- Недоступность всех возможных вариантов лечения

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Воспринимает требования
как необоснованные
Чувствует уязвимость, боится
давления

60% -

ПАЦИЕНТСКИХ
ЖАЛОБ ЯВЛЯЮТСЯ
НЕОБОСНОВАННЫ
МИ (ПО ДАННЫМ
ПАЦИЕНТСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ)

РАЗРЫВ ОЖИДАНИЙ

«Развитие частной медицины народ разбаловало. Те, кто раз сходил в платную, а потом у них деньги кончились или они не захотели более дорогостоящие вещи там делать, приходят в поликлинику: «то не так, это не так, сёстры без передников и бантиков»

Представитель врачебного сообщества

«Мы не прачечная, не кафе, не гостиница, мы здесь, вообще-то, лечим! А с другой стороны говорят: «Вы мне должны»

Отраслевой эксперт

«Вышний Волочок, у которого вообще ни одного аппарата КТ нет. Люди вынуждены ехать в областной центр. Сама Тверь не справляется со своими пациентами, а тут еще область едет, потому что они вообще такими ресурсами не обладают»

Представитель пациентской организации

«Оптимизация разрушила обязательства государства по отношению к 41-й статье Конституции». Пациент приходит и ему говорят: «Через 2-3 месяца. А платно – вот сейчас»

Представитель научного сообщества

КЕЙС: ПАЦИЕНТ БЕЗ ЛЕКАРСТВ ИЛИ ЛЕКАРСТВА БЕЗ КОНТРОЛЯ

Регулирование фармотрасли (препараты, цены на ЖНВЛП) как борьба за права пациента

VS

Перебои поставок, нехватка лекарств. Стереотип об исчезновении жизненно-важных препаратов

Выделение приоритетных заболеваний и групп пациентов

VS

Неравномерность обеспечения, дефициты по отдельным направлениям

Врач не может предоставить лекарства, которых нет

VS

Пациент считает предложение купить лекарство обманом

Продажи лекарств в торговых сетях как способ повысить их доступность

VS

Риски для покупателя из-за отсутствия контроля условий хранения

Стереотип об ангажированности врача и/или отрасли

VS

Зависимость врача от фармкомпаний в повышении квалификации

«В подавляющем большинстве больниц нет лекарств ЖНВЛП. Врачи их даже не могут выписать, потому что если врач выписал, а его нет в больнице, то пациент начинает скандалить. В итоге главному врачу дают по затылку. В итоге, пациенту негласно говорит врач - идите в аптеку и покупайте себе там»



ПАЦИЕНТ – ВРАЧ: ВНИМАНИЕ И ПОМОЩЬ

ПАЦИЕНТ

- Ждет внимания. Не понимает врача, который «сидит в компьютере»
- Ждет разъяснений. Не понимает назначений и перепроверяет
- Хочет индивидуального подхода
- Подозрителен после череды инфоповодов о врачах-вредителях
- Подвержен стереотипам о totalmente плохом образовании врачей
- Хотел бы иметь постоянного врача, а не череду сменяющихся

ВРАЧ

- Испытывает перегрузки
- Обижен на изменение роли: лечение – не услуга, врач – не сервис
- Выполняет все возрастающие формальные обязанности
- Видит пациента безответственным: поздние обращения, неисполнение предписаний
- Воспринимает расспросы и перепроверки как недоверие к себе.
- «Пациентский экстремизм»
- Ждет угрозы (пациент, СМИ, регуляторы)

34%

- РОССИЯН НЕ
ДОВЕРЯЮТ
ВРАЧАМ.
ФОМ, 2019

ПАЦИЕНТ – ВРАЧ: ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СЛЕДСТВИЯ

ПАЦИЕНТ

Видит формализм и незаинтересованность
Боится неправильного диагноза

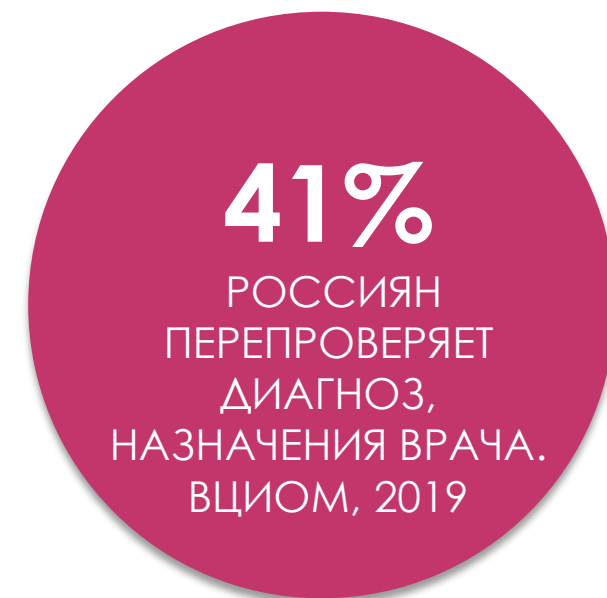


- Взаимное нежелание коммуникации и снижение качества помощи
- Закрепление практик позднего обращения и самолечения
- Популярность нетрадиционной медицины как альтернативы



ВРАЧ

Видит неоправданные требования и безответственность
Чувствует уязвимость перед давлением



ПАЦИЕНТ – ВРАЧ: ВНИМАНИЕ И ПОМОЩЬ

«У нас с советского периода еще осталось: «Я знаю лучше, я врач, а вы, пациент, молчите, пожалуйста. Вы имеете полное право спросить, что вам вводят, для чего и что может от этого быть»

Наблюдения и результаты исследований медицинского антрополога

«Где они учились?!», «Да кто им диплом выдавал?!», «Да они из прошлого века», и прям не стеснясь. И совершенно зеркальная реакция со стороны врачей: «Они ничего не делают», они хотят, чтобы одну таблетку и все им помогло», «На второй прием не приходят»

Отраслевой эксперт

42%

- врачей считают, что пациенты не выполняют их предписания. ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019

«У нас две крайности: либо «скорую» вызывают при 37,2 и где-то в это время умирает пациент, которому действительно нужна была помощь. Либо дотягивается до: «Ой, девочки, чтоб нам попить? У нас уже 38,9, как думаете – вызывать-не вызывать?»

Отраслевой эксперт

ВРАЧ – АДМИНИСТРАТИВНЫЕ СТРУКТУРЫ: КОНТРОЛЬ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

ВРАЧ

- Ждет уважения к профессии и признания центром экспертизы, раздражается от навязывания дополнительного обучения
- Видит в «закручивании гаек» недоверие и сопротивляется контролю
- Стремится иметь авторские разработки из-за конкуренции в среде
- Не имеет возможности консультироваться из-за слабых горизонтальных связей

- Рост бумажной работы, приписки
- Отсутствие времени на пациента и обучение
- Уязвимость врача перед уголовными преследованиями и страх принятия решений

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Не доверяет **ОТДЕЛЬНОМУ** врачу и стремится к стандартизации и формализации
- Раздражается от сопротивления среды, ужесточает контроль
- Видит жалобу пациента приоритетной и реагирует на нее ужесточением требований



КЕЙС: ИНИЦИАТИВА НАКАЗУЕМА

Дайте врачу лечить. Создавайте условия, а не контролируйте

VS

Самодеятельность приводит к нарушению прав пациентов

Медицина – это искусство. Нет двух одинаковых пациентов

VS

В системе нет места индивидуальному творчеству. Коллективный поиск решений и верификация

«В сосудистом центре не было даже кардиолога. Один врач дежурный берет на себя ответственность за всю больницу, даже за детское отделение. Женщина попала в это отделение, а принимал её хирург, который кардиограмму читать не умеет»

Юрист в сфере здравоохранения

«Какие бы исследования мы ни брали, какие бы статьи ни читали, все равно приходит конкретный пациент с индивидуальными проблемами, жалобами, состоянием»

Представитель врачебного сообщества

«А что они бегают за врачами и дергают их по всем поводам. «А вот, ты неправильно лечил». Ты врач что ли? Ты ж следователь. «Ну, мне так показалось». Ну что ж, иди крестись, если тебе так показалось»

Представитель пациентского сообщества

«Иногда стандартное лечение не идет пациенту. Должен собраться консилиум и обсудить этого пациента и вынести это на обсуждение»

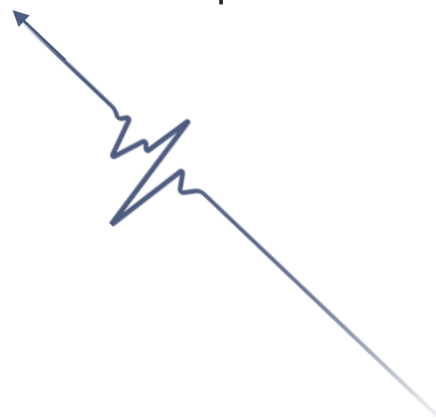
Юрист в сфере здравоохранения

СЛЕДСТВИЕ 1: ЗАМКНУТЫЙ КРУГ РЕГЛАМЕНТАЦИИ

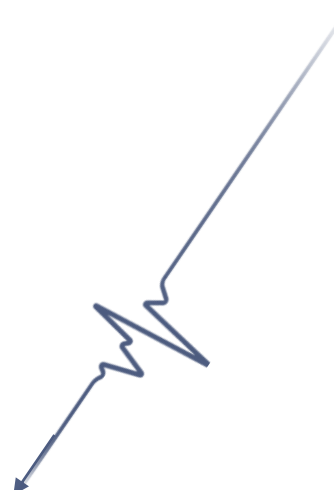
Недоверие и жалобы пациентов, в том числе из-за невнимательности формализма врача



Администратор ужесточает регламенты и формализует процессы



Врач все меньше уделяет времени пациенту и все больше бумагам. Страдает от перегрузок и боится принимать решения



СЛЕДСТВИЕ 2: УЯЗВИМОСТЬ ВРАЧА

- В здравоохранении отсутствует право на ошибку даже при экспериментальных планах лечения
- Часто уязвимость возникает из-за диспропорции в системе
- Врач – наиболее уязвимое звено в системе
- Уходя от личного риска врач усиливает риск для пациента

«В одном городе величиной в 100 тыс. человек было два хирурга-уролога. На каком-то операционном вмешательстве что-то произошло, их привлекли к ответственности. Потом оправдали, но оба ушли и теперь работают в спокойном месте, в частной клинике»

Представитель пациентского сообщества

«Например, на Камчатке практически нет детских онкологов, диагноз ставит терапевт. И из региона приезжают в федеральный центр уже запущенные пациенты, которым иногда даже помочь нельзя»

Представитель пациентского сообщества



«Очень много уголовных дел, и они сомнительные, как дело Мисюриной, которое два года назад гремело. В тот момент, когда врачей начали уголовно преследовать за ошибки, врачи стали бояться принимать решение»

Представитель
сообщества

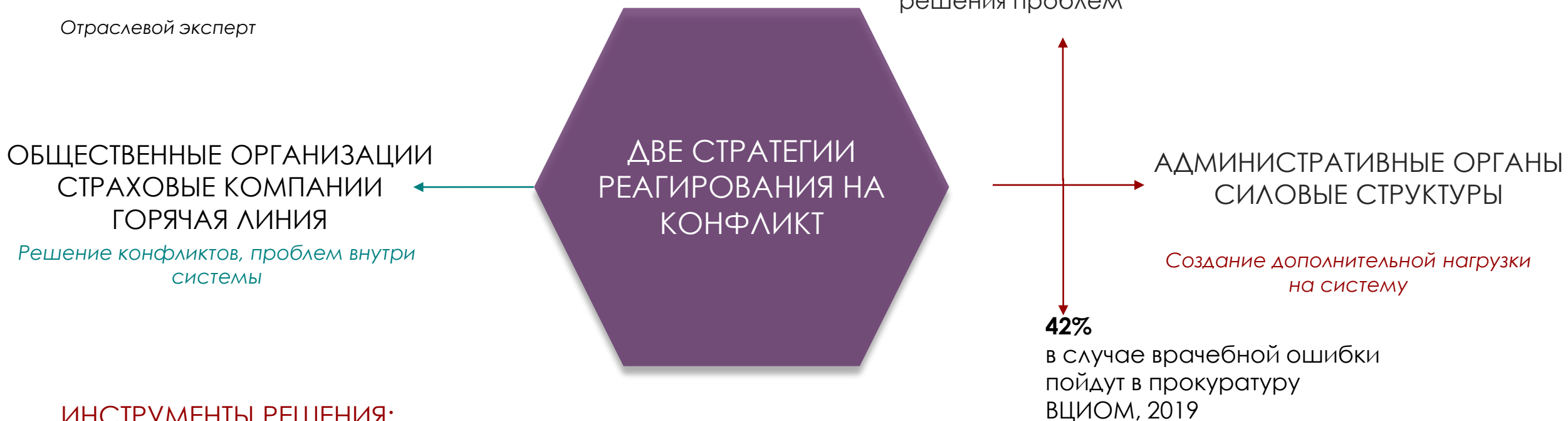
пациентского

СЦЕНАРИЙ КОНФЛИКТА ВОКРУГ «ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ»

«Понятие «врачебной ошибки» нигде не прояснено. Но им сейчас оперируют все: и население, и прокуроры, и представители отрасли»

Отраслевой эксперт

- Ищет справедливости за пределами системы здравоохранения
- Под воздействием стереотипов не верит в эффективности внутренних механизмов решения проблем



ИНСТРУМЕНТЫ РЕШЕНИЯ:

- повышение доверия, прозрачности,
- развитие института страховых представителей
- гармонизация отношений между участниками рынка

СЦЕНАРИЙ КОНФЛИКТА

«Врач должен помогать. Сейчас его работу превратили в коммерческую-полукоммерческую, а врача либо в коммивояжера, либо в партизана, который будет от Следкома уворачиваться. Дайте врачу спокойно работать»

Представитель научного сообщества

«Пациент сейчас обнаружил, что врачи являются одной из излюбленных целей силовых структур, их очень активно сажают. Пациенты поняли, что могут заниматься потребительским терроризмом»

Отраслевой эксперт

«Настоящий, истинный врач никогда не бросит свою профессию, потому что Бастрыкин какую-то там статью придумал. Если ты четко понимаешь, что ты делаешь и можешь это обосновать, то к тебе не будет вопросов. А если ты делаешь тяп-ляп и потом еще не можешь сказать...»

Представитель юридической организации

СМИ И СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ КАК «УВЕЛИЧИТЕЛЬНОЕ СТЕКЛО» КОНФЛИКТА

4 главных фокуса

Кризис
первичного звена

Вымывание
лекарств

Аресты
врачей

Протесты

... и разная правда сторон

Со стороны общества проблема –
коррупционность, низкая
квалификация, безответственность врача

Со стороны отрасли – усиление
давления и рост дефицитов (время,
деньги, люди)

«В следующий раз врачи убийцы будут думать,
следует ли выполнять регламенты или заниматься
такими вот практиками...

«То есть надо защищать их права. А прав у
пациентов не существует?»

«Врачи каждый день имеют дело с рисками. Неужели
есть хоть один врач, которого подобные аресты
мотивируют работать лучше и оставаться в профессии?»

«В результате корпорация врачей начинает не просто
быть оппозиционной, а ненавидеть государство»

Из публичной дискуссии политологов

СМИ И СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ - «УВЕЛИЧИТЕЛЬНОЕ СТЕКЛО» КОНФЛИКТА

Медийность конфликта
Страх – наиболее сильный аттрактор
внимания аудитории
В самой системе есть стороны,
заинтересованные в конфликте
Размытость понятия «врачебная ошибка»

VS

У отрасли нет ни канала, ни
правильного языка общения с
аудиторией
Минздрав не воспринимается как
публичный представитель и
защитник отрасли

НЕТ ИГРОКА, КОТОРЫЙ
ФОРМИРОВАЛ БЫ
СБАЛАНСИРОВАННУЮ
ИНФОРМАЦИОННУЮ
КАРТИНУ

ОДНОСТОРОННЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ СИТУАЦИИ И ИСКАЖЕНИЯ

«По ситуации в Воронеже. Там всё грубо
переврали. Одна нога выглядела похуже,
была сухая гангрена, с которой можно
потянуть. А другая выглядела нормально, но
там была влажная гангрена, что доказано
гистологически. Причём это же попало в
первые часы в прессу, на телевидение. Вот
за это можно посадить просто»

Представитель врачебного сообщества

«Вот эта история, когда благодаря
прямой линии с Путиным вылечили
женщину. Ситуация для СМИ
замечательная. Но обычные люди
начинают думать, что единственный
способ выжить – это либо квартиру
продать, либо дозвониться до Путина»

Представитель пациентской организации

КАК ВОССТАНОВИТЬ ДОВЕРИЕ



ПАЦИЕНТ

- Принятие ответственности и необходимости разбираться в своих правах
- Система ОМС как альтернатива силовому давлению на врача



СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Изменение парадигмы лечения и отношения к пациенту
- Формирование сообщества, обладающего субъектностью
- Развитие коммуникаций врач – врач, врач - пациент



ПОСРЕДНИК

- Независимая оценка: качества, обоснованности жалоб
- Решение конфликтов внутри системы, без обращения к силовым институтам
- Маршрутизация

ГДЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ ДОВЕРИЕ: СЕГОДНЯШНИЕ ТОЧКИ РОСТА

КАЧЕСТВО

- Информатизация здравоохранения
- Развитие высоких технологий в медицине, особенно, в операционном лечении
- Увеличение финансирования высокотехнологичной помощи

ОРГАНИЗАЦИЯ

- Трехуровневая маршрутизация: поликлиника, районная больница, федеральный центр
- Справедливая и таргетная оплата различных видов лечения
- Указ о федерализации региональных представительств ОМС, введение единых тарифов

КУЛЬТУРА

- Консенсус в отношении необходимости развития превентивной помощи

КОНТРОЛЬ

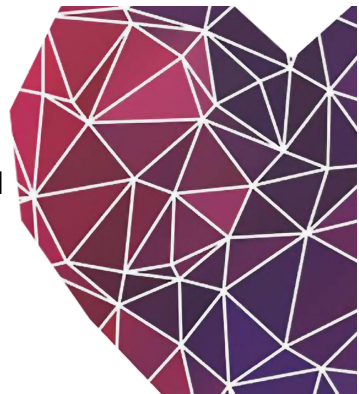
- Контроль качества лекарственных средств
- Сроки оказания медицинской помощи по программе госгарантий

КОММУНИКАЦИИ

- Тренинги для врачей по работе с пациентами
- Новые форматы информирования пациентов у страховых компаний
- Введение пациентских сессий в клиниках и диспансерах
- Обсуждение наболевших проблем отрасли, в том числе на высшем уровне

ЗАБОТА

- Улучшение быта пациентов стационара
- Появление новых технологий для самодиагностики



НАПРАВЛЕНИЕ 1: РАЗВИТИЕ КОММУНИКАЦИЙ



- **СНЯТИЕ БАРЬЕРА ЭКСПЕРТНОСТИ:**
УЧИТЬСЯ И ДЕЛИТЬСЯ ОПЫТОМ – ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧА
- **СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ:**
 - Формирование сообщества, обладающего субъектностью
 - Площадки обмена опытом, лучшими практиками и ошибками
 - Онлайн-консилиумы в научных институтах для региональных докторов



- **СНЯТИЕ БАРЬЕРА НЕКОМПЕТЕНТНОСТИ:**
ЗНАТЬ О ЧЕМ СПРОСИТЬ ВРАЧА
- **СНЯТИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОГО БАРЬЕРА**
- **СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ:**
 - Развитие у врача навыков общения с непрофессионалом
 - Развитие пациентских сообществ
 - Пациентские сессии с врачом, умеющим общаться с больными
 - Возможность быть на связи в процессе лечения

НАПРАВЛЕНИЕ 1: РАЗВИТИЕ КОММУНИКАЦИЙ

«В первую очередь – это подготовка кадров. Врачей необходимо обучать науке бесконфликтной коммуникации, повышать уровень образования медицинского работника в сфере этики и деонтологии. Второе – нужно разгружать врача от бюрократических функций, чтобы у него было больше времени на прямое общение с пациентом»

Представитель организации по защите прав пациентов

«Если говорить о системе ОМС, здесь важна роль страховых компаний, которые должны реагировать и системно относиться к решению проблем в каждом конкретном случае: нарушение в маршрутизации, плохой кадровый подбор, другие дефекты в оказании помощи»

Представитель организации по защите прав пациентов

«Межличностная коммуникация должна выходить на новый уровень, снижать некий эмоциональный накал между врачом и пациентом»

Представитель организации по защите прав пациентов

НАПРАВЛЕНИЕ 2: ТЕЛЕМЕДИЦИНА

ПАЦИЕНТ → ВРАЧ



- Выравнивает территориальные диспропорции, позволяет заходить на территории частным объектам, входящим в систему ОМС
- Снимает барьер, позволяет быть с врачом в контакте и корректировать лечение
- Обеспечивает своевременность помощи

ВРАЧ → ВРАЧ



- Дает возможность своевременных консультаций во врачебном сообществе
- Снимает проблему изоляции врачей на отдаленных территориях
- Снижает нагрузку на первичное звено

ТРЕБУЕТ:

- Изменения культуры приема, развитие навыков дистанционного консультирования и беседы с пациентом
- Развитие законодательной базы, например, возможность удаленно выписывать рецепты
- Формирование правильного отношения к телемедицине как к дополнению, а не замене визита к врачу и диагностики
- Посредника, организующего взаимодействие во врачебном сообществе и направляющего пациента

ВЫЗОВ 3: ОЦЕНКИ И РЕЙТИНГИ ВРАЧЕЙ

Рейтинг – это стимул повышать качество. Но также и источник напряжения

УЧИТЫВАТЬ ОГРАНИЧЕНИЯ

- Иллюзия доминирования критики
- Проблема субъективности оценки. Оценить профессионализм врача может только профильный коллега
- Разрыв в понимании: «выбор по каталогу» удобен пациенту, но обиден врачу

НЕ ДОПУСКАТЬ ДИСПРОПОРЦИЙ

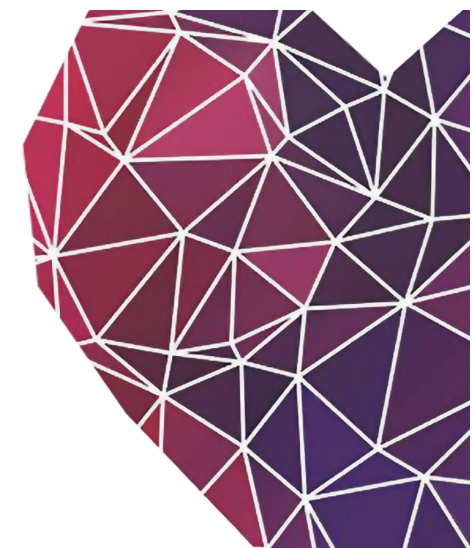
- Пациенты не равны: одни ответственные, другие вредят себе сами
- Работодатели платят одинаковый взнос, но проявляют разную ответственность

ПРЕДЛОЖЕНИЕ:

- *стимулировать добросовестных пациентов, создавая рейтинг здоровья*

ИЗБЕГАТЬ ОДНОСТОРОННОСТИ

- Рейтинг не может быть продуктом одной стороны. В идеальной модели оценка носит трехсторонний характер и включает независимую структуру



ВЫЗОВ 4: ПОИСК МЕДИАТОРА

ПАЦИЕНТ

- Центр компетенций для пациента
- Навигатор по системе здравоохранения: права, критерии качества, платные и бесплатные услуги, альтернативы
- Защита и понятный маршрут в случае претензий
- Конкретизация программы госгарантий
- Активное привлечение к диагностике

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Превращение полиса в полноценный рыночный инструмент, а застрахованных в потребителей
- Единый канал финансирования
- Инструмент урегулирования споров с пациентами и механизм экспертизы жалоб

СТРАХОВЫЕ КОМПАНИИ

ВРАЧ

- Изменение роли: не контролер, а медиатор между ним и пациентом
- Платформа для взаимодействия в сообществе
- Повышение прозрачности расчета страхового случая

НАПРАВЛЕНИЕ 5: ПОВЫШЕНИЕ ПРОЗРАЧНОСТИ ДЛЯ ОБЩЕСТВА

- Публичные обсуждения наиболее болезненных вопросов: первичное звено, лекарства, неравномерность развития, квалификация
- Введение ясных приоритетов в развитии здравоохранения (снижение диспропорций / борьба за качество / высокотехнологичные виды помощи)
- Работа над образом врача и медицины для более сбалансированного представления ситуации

МЕДИАСРЕДА КАК ПОСРЕДНИК (НЕ)ДОВЕРИЯ

- Дискуссия об этике в медиасреде
- Введение ответственности за фейк-новости



НАПРАВЛЕНИЕ 6: СМЕНА ПАРАДИГМЫ И РАВНОМЕРНОСТЬ ОТВЕТСТВЕННОСТИ



Смена фокус

- Ориентация на здоровье, а не борьбу с болезнью. Превентивная медицина
- Видение человека, а не симптомов

Распределение реальной ответственности

- Развитие культуры ответственности пациента, в которой врач – партнер
- Развитие культуры общения и вовлечения пациента

Необходимые условия

ДЛЯ ПАЦИЕНТА

- Информирование и доступность информации (сквозное хранение)
- Изменение инструментов вовлечения, ответственное отношение к здоровью через технологические инновации
- Создание возможностей для ранней диагностики и профилактики
- Понятные досудебные инструменты защиты прав

ДЛЯ ВРАЧА

- Баланс контроля и защиты. Жалобы пациента должны учитываться, но должны и фильтроваться. Единая служба приема жалоб → профильные организации
- Прозрачные правила и стандарты, национальные клинические рекомендации как основа для оценки и защита от преследования



НАПРАВЛЕНИЕ 6: СМЕНА ПАРАДИГМЫ И РАВНОМЕРНОСТЬ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

«Мы учимся всё лучше и лучше лечить в стационаре, но мы ничего не делаем для оздоровления населения. Мы пытаемся, но у нас не получается пока. Я не знаю почему, не могу объяснить»

Представитель врачебного сообщества

«Независимо от игрока – частный или государственный – нужно перестраивать в целом **всех игроков** на нацеленность на превенцию, на предотвращение каких-то тяжелых заболеваний или осложнений»

Представитель медицинского сообщества

«Мировой тренд - благодаря ранней постановке диагноза тратить меньше лекарств. Всё зависит от сознания нашего гражданина. Но **представители ОМС должны сопровождать** на этапе диспансеризации, при обращении в первичное звено»

Представитель страхового сообщества

«Ценностно-ориентированное здравоохранение - страна или система планирует не смертность, а дожитие. И пациент здесь является активным участником процесса лечения. И **врач – он как психолог**, он объясняет»

Представитель отраслевой организации

12%

в структуре расходов здравоохранения идет на профилактику

В.Скворцова, 2019 г.

ИЗМЕНЕНИЕ УСТАНОВОК И РОЛЕВОЙ МОДЕЛИ



ПАЦИЕНТ

- Ответственность за свое здоровье
- Врач – партнер
- Повод для обращения – первое недомогание



СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Пациент – партнер, активная сторона
- Готовность говорить на языке пациента
- Изменения подхода с «борьбы с болезнью» на «лечение человека»



СТРАХОВЫЕ КОМПАНИИ

- Проводник, центр компетенций для пациента
- Партнер в поиске ошибок, а не просто контролер врача
- Посредник между пациентом и врачом
- Трансляция своей роли: не ресурсный центр, а инфраструктура

