

Проблемы реализации права гражданина на выбор медицинской организации и врача для получения первичной медико-санитарной помощи

Александрова О. Ю.

д.м.н., профессор кафедры основ законодательства в здравоохранении ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Нагибин О. А.

к.м.н., гл. врач ГБУ РО «Городская поликлиника № 2» г. Рязань

Горелов М. В.

аспирант кафедры основ законодательства в здравоохранении ПМГМУ им. И.М. Сеченова

В статье рассматриваются практические проблемы, с которыми приходится сталкиваться гражданам страны и медицинским организациям в ходе реализации прав граждан на получение первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: выбор лечебного учреждения, медицинское обслуживание граждан, нормативы, оплата медицинской помощи, права пациента

В соответствии со статьей 33 «Первичная медико-санитарная помощь» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ:

«1. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

2. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом положений статьи 21 настоящего Федерального закона.

3. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

4. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).
5. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.
6. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.
7. В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме».

В соответствии со статьей 21 «Выбор врача и медицинской организации» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ:

«1. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача...

2. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

3. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:

- 1) по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;
- 2) в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им в соответствии с частью 2 настоящей статьи, с учетом порядков оказания медицинской помощи».

В целях реализации вышеуказанных норм закона Министерство здравоохранения РФ (в период издания приказов Министерство здравоохранения и социального развития РФ) издало приказы:

- «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» от 15.05.2012г. №543н;
- «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» от 26.04.2012г. №406н;
- «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования о замене лечащего врача» от 26.04.2012г. №407н.

В нормативно-правовых актах, регулирующих обязательное медицинское страхование в РФ, также закреплено право гражданина на выбор медицинской организации и врача.

В статье 16 «Права и обязанности застрахованных лиц» Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010г. №326-ФЗ закрепляется право застрахованных лиц на:

«...4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации...»

Вышеуказанным нормативно-правовым актам соответствуют и существующие способы оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц или за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай). Т.е. реализуется принцип «деньги следуют за пациентом», чем больше прикрепленных к поликлинике для медицинского обслуживания граждан, чем больше оказанных медицинских услуг – тем больше денег у медицинской организации.

Таким образом, принятые и действующие нормативно-правовые акты (НПА) сегодня не ограничивают гражданина в выборе лечебного учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). По сути, 1 раз в год каждый гражданин имеет право выбрать новую медицинскую организацию на территории субъекта РФ. В случае оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) – это медицинские организации, оказывающие ПМСП в амбулаторных условиях, т.е. поликлиники.

У администрации поликлиник нет законных оснований отказать гражданину в обслуживании (наблюдении и лечении). Доводы руководства медицинских учреждений и ссылки на загруженность поликлиники, переполненность терапевтических участков, отсутствие специалистов не принимаются ни пациентами, ни органами управления здравоохранением, ни страховыми компаниями, ни другими проверяющими инстанциями.

При проверке медицинских организаций по поводу жалоб граждан на нарушение права на выбор медицинской организации и врача у проверяющих органов всегда имеется убедительный довод – «деньги следуют за пациентом»: «у вас подушевое финансирование (или достаточный согласованный объем медицинской помощи), соответственно, при увеличении количества населения создавайте дополнительные участки, принимайте на работу участковых терапевтов. Обеспечьте все условия выполнения условий территориальной программы ОМС». Формально так и есть, между тем существуют реальные проблемы реализации права гражданина на выбор медицинской организации. И дело не только в известных проблемах – дефиците кадров и недостаточности тарифов в системе ОМС.

П. 12, 13, 14 приказа МЗ СР РФ «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» от 15.05.2012г. №543н гласит: «Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-участковому принципу. Территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории... Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан».

Сегодня к городском поликлиникам для получения ПМСП прикрепляются граждане, проживающих в посёлках, селах и деревнях, находящихся на расстоянии до 20-30 километров от города. Это понятно и логично. Данное население работает в городе и

выбирает для медицинского обслуживания ЛПУ рядом с работой. Тем более, что уровень сельских амбулаторий заведомо проигрывает любому городскому учреждению. Часть работающих горожан из «спальных районов» также часто выбирает поликлинику рядом с работой, чему способствовало проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан. Таким образом, удаленность территории обслуживания поликлиники может на сегодня доходить до нескольких десятков километров. Проблема в оказании медицинской помощи на дому, что в соответствии с новой классификацией медицинской помощи (ст.32, 33 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ) квалифицируется как оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме.

В приказе МЗ СР РФ «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» от 15.05.2012г. №543н в приложении 5 «Правила организации деятельности отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра врачей общей практики (семейной медицины))» в п.7 четко регламентированы временные рамки оказания неотложной помощи на дому. «Неотложная медицинская помощь на дому осуществляется в течение не более 2 часов после поступления обращения больного или иного лица об оказании неотложной медицинской помощи на дому».

Вопрос о выполнении данного временного норматива при разбросанности терапевтических участков на десятки километров от основного здания медицинского учреждения остаётся открытым. Если все машины будут задействованы в оказании неотложной помощи на удаленных территориях, не будет возможности обслужить близлежащие вызовы. Это приведет уже к ущемлению прав пациентов, проживающих непосредственно на территории обслуживания поликлиники.

В целях выхода из подобной ситуации в период 2010-2012 гг. ряд медицинских организаций прикрепляли население с отдаленных территорий без обслуживания вызовов на дом. Однако данная позиция не предусмотрена законодательством и нарушает права граждан.

В соответствии со статьей 32 «Медицинская помощь» ФЗ ««Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ:

«...3. Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

...2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе **на дому** при вызове медицинского работника...»

К тому же способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, (по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц или за единицу

объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)) не предполагают выделение из оплаты суммы за неоказанный вызов на дом. Что приводит к совершенно справедливым претензиям со стороны страховых компаний. Мы не можем получать подушевой норматив финансирования за прикрепленного к поликлинике гражданина, а медицинскую помощь в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи оказывать ему без вызовов на дом.

Таким образом, медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях прикрепленному населению, должна оказывать ее, в том числе, и при вызове на дом. Что и является проблемой для медицинских организаций при обслуживании населения, проживающего на отдаленных территориях. Практически данную проблему вынуждена решать «скорая помощь», которая приезжает на вызов не только для оказания экстренной медицинской помощи (при угрожающих жизни состояниях), но и для оказания неотложной помощи (при отсутствии явных признаков угрозы жизни). Нормативы финансовых затрат на вызов скорой помощи значительно превышают нормативы финансовых затрат для медицинской помощи в амбулаторных условиях, что приводит к неэффективности экономических затрат на медицинскую помощь.

Теоретически возможно открывать филиалы поликлиник для оказания неотложной медицинской помощи, но это противоречит всей концепции централизации организации медицинской помощи на территории РФ.

В связи с вышеизложенным, необходимо искать пути решения проблемы.

На наш взгляд, решение данной проблемы имеется в «Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» (утв. Постановлением Правительства РФ от 22.10.2012г. №1074). В данной ПГГ впервые по сравнению с ПГГ предыдущих лет выделен отдельный норматив объема медицинской помощи для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме (отдельный от нормативов объема медицинской помощи для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью и в связи с заболеваниями).

В соответствии с ПГГ на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, средние нормативы объема медицинской помощи составляют:

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), на 2013 год – 2,44 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 2,04 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2014

год – 2,64 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 2,24 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 2,7 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 2,3 посещения на 1 застрахованное лицо;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2013 год – 2,1 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 1,9 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год – 2,15 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 1,95 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 2,2 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 2 обращения на 1 застрахованное лицо;
- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2013 год – 0,36 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год – 0,46 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 0,6 посещения на 1 застрахованное лицо.

Таким образом, на основании ПГГ возможно выделение в отдельную отчетность и отдельная оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме (вызовы на дом при неотложных состояниях).

Т.е. одна медицинская организация оказывает медицинскую помощь в амбулаторных условиях и ей оплачивается посещение с профилактической целью или обращение в связи с заболеванием, а вызов на дом оплачивается той медицинской организации, в которую вызов сделан (посещение в неотложной форме).

Данная позиция соответствует нормам Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010г. №326-ФЗ.

В соответствии со статьей 16 «Права и обязанности застрахованных лиц» данного закона застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая **на всей территории Российской Федерации** в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования.

В соответствии со статьей 45 «Полис обязательного медицинского страхования» данного закона полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи **на всей территории Российской Федерации** в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

В случае, если гражданин заболел в любом городе РФ, он имеет право обратиться за медицинской помощью и вызвать врача по месту пребывания, независимо от территориального прикрепления к медицинской организации по месту постоянного проживания (регистрации).

Медицинские организации при таком подходе также заинтересованы в обслуживании вызовов на дому (оказании ПМСП в неотложной форме), лиц с других территорий, поскольку средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, выше нормативов на амбулаторные посещения с профилактической целью и по поводу заболевания (ПГГ на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов).

В рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи проблему можно было бы решать с помощью тарифного соглашения.

Разделить подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи между разными ЛПУ (одно учреждение оказало неотложную помощь, другое амбулаторное посещение одному и тому же пациенту) невозможно. Это противоречит самой методике формирования подушевого норматива. Такая практика привела бы к хаосу в оплате медицинской помощи. Но дифференцировать тариф для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, для медицинских учреждений по количеству удаленных неотложных вызовов, и внести такую градацию в тарифное соглашение было бы логичным.

Однако вышеуказанный вариант решения проблемы противоречит нормам п. 2 статьи 21 «Выбор врача и медицинской организации» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ, в соответствии с которым:

«2. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина)».

Т.е., если гражданин не менял место жительства или место пребывания, он может выбрать медицинскую организацию только один раз в год на бесплатной основе (т.е. на год одну). По логике законодателя, выбрать другую медицинскую организацию для вызова на дом (или для получения, например, первичной специализированной медико-санитарной помощи при отсутствии специалиста в своей территориальной поликлинике) пациент не может. Точнее, не может на бесплатной основе. Поскольку статьей 84 «Оплата медицинских услуг» ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ определено:

«5. Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги:

4) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 настоящего Федерального закона...»

Т.е., если гражданин для получения первичной медико-санитарной помощи выбирает медицинскую организацию чаще, чем один раз в год, то это уже не бесплатно. Но, при этом, напомним, что прикрепление к поликлинике для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях подразумевает, в том числе, обслуживание вызовов на дому (статья 32 «Медицинская помощь» ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ).

Т.е. поликлиники должны оказывать медицинскую помощь амбулаторно, в том числе **на дому** при вызове медицинского работника, прикрепившимся на весь год гражданам на бесплатной основе.

Решения проблемы не дают и приказы МЗ РФ, специально принятые в целях реализации права гражданина на выбор медицинской организации и врача (Приказ МЗ РФ «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» от 26.04.2012г. №406н; Приказ МЗ РФ «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования о замене лечащего врача» от 26.04.2012г. №407н).

Хотелось бы коснуться еще одного аспекта. Если поликлиника даже создает дополнительный терапевтический участок для обслуживания прикрепленных к поликлинике, но проживающих территориально удаленно граждан, то вряд ли такой участок будет соответствовать требованиям приказа МЗ РФ от 15.05.2012г. №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (п.15,18 приказа определяет численность прикрепленных «граждан на терапевтическом участке – 100 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше»). А если даже отдельный терапевтический участок возможно создать, при такой численности населения на удаленных территориях вряд ли удастся обеспечить доступность медицинского обслуживания вызовов на дом силами одного терапевта. А что делать, если число прикрепившихся составляет меньше 1700? Как организовать терапевтический участок? Как осуществлять денежные выплаты за оказание

дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами? Что делать с врачом через год, если от поликлиники открепится 1700 человек?

Ответы на этот вопрос отсутствуют как в законодательных актах, так и в нормативно-правовых актах Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Таким образом, мы должны определиться – либо мы реализуем право на выбор медицинской организации в полном объеме и должны создать организационный и экономический механизм реализации данного права на бесплатной основе, либо разрешаем медицинским организациям обсуживать вызовы к прикрепленному населению, территориально проживающему на территории обслуживания других медицинских организаций, на платной основе.

Далее проанализируем механизм реализации права пациента на выбор врача.

В соответствии со статьей 16 «Права и обязанности застрахованных лиц» Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010г. №326-ФЗ застрахованные лица имеют право на:

«...5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации...»

В соответствии со статьей 21 «Выбор врача и медицинской организации» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ:

«1. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача...

2 ...В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации».

Таким образом, в вышеуказанных нормах законов закрепляется право гражданина на выбор врача, но с учетом согласия врача.

Возможность выбора врача, действительно важна для пациента. К тому же предполагается, что врач должен быть заинтересован в выборе его пациентами, поскольку при реализации принципа «деньги следуют за пациентом» врач, которого выбирают, должен иметь материальные преимущества (в заработной плате) перед теми врачами, которых не выбирают. Однако и право гражданина на выбор врача не имеет на сегодняшний день полноценного механизма реализации.

В условиях, уже можно сказать, катастрофического недостатка медицинских кадров в медицинских организациях, оказывающих ПМСП, выбор «хорошего врача» приводит к переполненности терапевтических участков у этих врачей, невозможности своевременного обслуживания вызовов на дому, а заработная плата не компенсирует резко возрастающую нагрузку на врача.

В статье 70 «Лечащий врач» ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сказано:

«...3. Лечащий врач по согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации (подразделения медицинской организации) может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, а также уведомить в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. В случае отказа лечащего врача от наблюдения за пациентом и лечения пациента, а также в случае уведомления в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности должностное лицо (руководитель) медицинской организации (подразделения медицинской организации) должно организовать замену лечащего врача».

В законе нет оснований, по которым лечащий врач может отказаться от наблюдения и лечения пациента, т.е. подразумевается, что причины отказа определяются самим лечащим врачом, и могут им даже не озвучиваться. Просто, не согласен, и все.

Однако несогласие наблюдать и лечить пациента одним врачом не означает отказа в наблюдении и лечении в данной медицинской организации. Должностное лицо (руководитель) медицинской организации (подразделения медицинской организации) должно организовать замену лечащего врача.

В случае отказа одного врача, руководитель медицинской организации направляет пациента к другому врачу, в случае отказа и этого – к третьему, и т.д. И в чем же, в итоге, право на ВЫБОР врача у ПАЦИЕНТА?

К тому же заложником этой ситуации является руководитель медицинской организации, который должен заменять врача до последнего имеющегося. А что делать, когда врачей больше нет? Начать все снова по второму кругу?

Напомним, что в статье 84 «Оплата медицинских услуг» ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ определено, что медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 настоящего Федерального закона.

В соответствии со статьей 21 «Выбор врача и медицинской организации» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача)...

Таким образом, в соответствии с вышеуказанными нормами закона, чаще одного раза в год (за исключением случаев замены медицинской организации) выбрать участкового врача-терапевта можно уже на платной основе.

Но на практике, чаще всего, необходимость выбрать другого врача возникает при конфликтных ситуациях, а не просто из-за желания пациента. И при уже состоявшемся однократно в год выборе врача, второй раз в году пациент выбрать бесплатно участкового врача не может. Таким образом, получается, что право на выбор врача у пациента есть, но права на замену врача – нет.

К такому выводу мы приходим на основании анализа норм статей 21 и 84 ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ».

Однако, в приказе МЗ СР РФ «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования о замене лечащего врача» от 26.04.2012г. №407н» логика иная. Речь в нем идет именно о замене врача, и возможности пациента это сделать:

«2. В случае требования пациента о замене лечащего врача (за исключением случаев оказания специализированной медицинской помощи) пациент обращается к руководителю медицинской организации (ее подразделения) с заявлением в письменной форме, в котором указываются причины замены лечащего врача.

3. Руководитель медицинской организации (ее подразделения) в течение трех рабочих дней со дня получения заявления, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, информирует пациента в письменной или устной форме (посредством

почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о врачах соответствующей специальности и сроках оказания медицинской помощи указанными врачами.

4. На основании информации, представленной руководителем медицинской организации (ее подразделения) в соответствии с пунктом 3 настоящего Порядка, пациент осуществляет выбор врача».

И ни слова о том, что это может быть только один раз в год.

Какие же нормы выполнять медицинским организациям?

Интересно, что в соответствии со статьей 16 «Права и обязанности застрахованных лиц» Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица имеют право на:

«...2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию...»

Т.е. на основании норм ЗАКОНА заменить страховую компанию в течение года можно, а врача – нет. При том, что необходимость замены СМО не так актуальна, многие пациенты вообще не знают, в какой СМО они застрахованы, а вот конфликтные ситуации между врачами и пациентами случаются нередко.

Таким образом, механизм реализации права на выбор врача при оказании первичной медико-санитарной помощи является не проработанным.

«Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов», принятая Постановлением Правительства РФ от 22.10.2012г. №1074, предъявляет требования к территориальным программам в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи, в том числе и условия реализации установленного законодательством РФ права на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача).

На наш взгляд, если говорить о реальном выборе врача, условием предоставления медицинской помощи должна быть, во-первых, возможность не только выбора, но и замены врача в течение года (т.е. второй раз и т.д.).

Во-вторых, в целях создания экономического механизма реализации права пациента на выбор врача, необходимо в тарифном соглашении предусматривать возможность отдельного учета пациентов, прикрепившихся к участковому врачу для наблюдения и лечения на основе права на выбор врача (а не просто по территориальному принципу), и возможность дополнительной оплаты медицинской помощи при ее оказании таким пациентам, чтобы позволить увеличить заработанную плату именно тем врачам, которых выбирают.

Однако при отсутствии четкого правового и финансового механизма реализации прав пациентов, при нарушении данных прав, к медицинским организациям применяются санкции.

В соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию к нарушениям, ограничивающим доступность медицинской помощи для застрахованных лиц, относятся нарушения прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:

- на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

За данные нарушения предусмотрены санкции к медицинской организации (Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)). Таким образом, медицинские организации заставляют реализовывать право пациента на выбор медицинской организации и врача при отсутствии реальных механизмов реализации этих прав.

Подобная политика Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования не приводит к полноценной реализации прав пациента, а вынуждает медицинские организации формализовать свои отношения с пациентом, причем часто не в пользу практической реализации прав пациента.

Таким образом, в нормативно-правовых актах Российской Федерации необходимо создать механизм реализации прав пациентов (правовой и экономический). Либо нужно

исключать такие права из законодательства, признаться в невозможности их реализации и не требовать этого с медицинских организаций.

On the realization of the citizen's right to choose medical organizations and doctors for primary health care

Aleksandrova O.J.

Doctor of Medical Science, Professor, Department of Introduction to Health Care Law, First Moscow State Medical University

Nagibin O.A.

PhD, Head Physician, Polyclinics No 2, city of Ryazan

Gorelov M.V.

postgraduate, Department of Introduction to Health Care Law, First Moscow State Medical University

The article addresses a number of practical problems faced by citizens and healthcare organizations in the implementation of the rights of citizens to receive primary health care.

Key words: choice of clinics, medical care of citizens, regulations, payment of medical care, patients' rights