

Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В АВСТРИИ, БЕЛЬГИИ, ГЕРМАНИИ И ЭСТОНИИ**ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 355017,
Ставрополь, Россия

В статье, посвященной обеспечению прав пациентов и доступности медицинской помощи в Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии, отмечается опыт создания института независимых омбудсменов, играющих важную роль в данном вопросе. В основном в этих странах возможны выбор медицинской организации и врача, а в Бельгии предоставляется право выбора страховой организации. Пациенты в этих странах наделяются правом контроля процесса оказания им медицинской помощи, включая его оплату и совместное принятие с врачом решения о тактике лечения. Государство также обеспечивает право пациента на получение профилактических и восстановительных услуг, предоставляемых детям бесплатно, а взрослым компенсируемых в 80% случаев.

Большая часть граждан этих стран (до 98%) довольны оказанными им медицинскими услугами. Однако в некоторых странах имеется дисбаланс доступности медицинской помощи: высокая доступность услуг семейного врача и низкая — услуг специалистов, как в Эстонии. Тем не менее это не вызывает повышения уровня коррупции в медицинской сфере данных стран, которая находится ниже средних европейских показателей. По совокупности показателей доступности медицинской помощи лидером среди анализируемых стран является Германия.

Ключевые слова: системы здравоохранения; доступность медицинской помощи; права пациентов; здравоохранение за рубежом

Для цитирования: Амлаев К. Р., Мажаров В. Н. Некоторые аспекты обеспечения прав пациентов и доступности медицинской помощи в Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):908—911. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-908-911>

Для корреспонденции: Амлаев Карэн Робертович; e-mail: kum672002@mail.ru

Amlaev K. R., Mazharov V. N.

**SOME ASPECTS OF ENSURING PATIENTS' RIGHTS AND ACCESSIBILITY OF MEDICAL CARE
IN AUSTRIA, BELGIUM, GERMANY AND ESTONIA**

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

The article devoted to ensuring the rights of patients and the availability of medical care in Austria, Belgium, Germany and Estonia notes the experience of creating an institute of independent ombudsmen who plays an important role in this issue. Basically, in these countries, the choice of a medical organization and a doctor is possible, and in Belgium the right to choose an insurance organization is granted. Patients in these countries are given the right to control the process of providing them with medical care, including its payment and joint decision-making with the doctor on treatment tactics. The State also ensures the patient's right to receive preventive and restorative services provided to children free of charge, and compensated for adults in 80% of cases.

It is impossible not to recognize the high percentage of citizens of these countries, reaching 98%, satisfied with the medical services provided to them. However, in some countries there is an imbalance in the availability of medical care, which is expressed by high availability of family doctor services and low availability of specialist services, as in Estonia. Nevertheless, this does not cause an increase in the level of corruption in the medical spheres of these countries, which is below the European average. According to the totality of indicators of the availability of medical care, Germany is the leader among the analyzed countries.

Key words: healthcare systems; accessibility of medical care; patients' rights; healthcare abroad

For citation: Amlaev K. R., Mazharov V. N. Some aspects of ensuring patients' rights and accessibility of medical care in Austria, Belgium, Germany and Estonia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(Special Issue 1):908–911 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-908-911>

For correspondence: Karen R. Amlaev; e-mail: kum672002@mail.ru

Source of funding. This study was not supported by any external sources of funding.

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023
Accepted 28.04.2023**Некоторые аспекты обеспечения прав пациентов
и доступности медицинской помощи в Австрии**

Все земли в Австрии создали офисы омбудсменов по делам пациентов в статусе независимых учреждений. Эти структуры информируют пациентов об их правах и выступают в качестве посредников и защитников интересов пациентов в случае некачественного ухода или халатности. Омбудсмены по делам пациентов также представлены на платформах

здравоохранения. Застрахованные лица в Австрии не могут выбрать свой страховой фонд, поскольку они автоматически назначаются в зависимости от принадлежности к профессиональной группе и/или земли. Однако пациенты имеют право свободного выбора поставщиков медицинских услуг, что является ключевым элементом австрийской системы здравоохранения. Пациенты с дополнительным добровольным медицинским страхованием могут выбрать конкретного врача в определенной ими боль-

Организация здравоохранения: зарубежный обзор

нице (хотя и с некоторыми ограничениями в государственных больницах). Во многих государственных и частных больницах, а также в Австрийской медицинской палате, фондах медицинского страхования и Австрийской палате труда есть офис омбудсмана, который занимается индивидуальными жалобами пациентов. Эти офисы, как правило, создаются как часть административного персонала больницы и часто выполняют роль менеджера по качеству. Пациенты, понесшие ущерб в результате неправильной постановки диагноза или лечения в государственной или частной некоммерческой больнице, могут получать компенсацию из Фонда компенсации пациентам. Эти фонды представляют собой дополнительную модель внесудебной компенсации, финансируемую самими пациентами, которые платят 73 цента за день пребывания в стационаре в фонды. Решения о выплатах принимаются независимыми комиссиями при активном участии уполномоченных по правам пациентов. Кроме того, существуют арбитражные комиссии для достижения внесудебного урегулирования, что избавляет пациентов и врачей от длительных и дорогостоящих судебных разбирательств. Арбитражные советы в большинстве земель либо непосредственно управляются региональной медицинской палатой, либо действуют при их сотрудничестве и участии [1].

Австрийская система здравоохранения характеризуется практически неограниченным доступом пациентов к поставщикам услуг по контракту на всех уровнях оказания медицинской помощи. Врачи общей практики являются первой точкой входа в систему здравоохранения, однако, как правило, у них нет официальной функции «медицинского диспетчера», и со специалистами можно проконсультироваться напрямую.

Австрийская система здравоохранения основана на принципах солидарности, доступности и универсальности. Практически все население охвачено социальным медицинским страхованием и пользуется широким набором льгот и хорошим доступом к медицинскому обслуживанию. Австрия сообщает о самом низком уровне неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи во всем Европейском Союзе, несмотря на относительно высокие выплаты из собственных средств и разное время ожидания для пациентов с добровольным медицинским страхованием и без него. Удовлетворены или очень довольны полученным стационарным лечением 95% пациентов, амбулаторным лечением — 98% пациентов¹. Удовлетворенность была самой низкой в амбулаторных отделениях больниц (10% респондентов сообщили, что они недовольны или очень недовольны). Однако пациенты были менее удовлетворены сотрудничеством между врачами общей прак-

тики и специалистами, и качеством общения между врачом и пациентом. Только 68% и 63% респондентов соответственно оценили сотрудничество и общение между врачом и пациентом как хорошие или очень хорошие, указывая на возможности для улучшения². Время ожидания и время работы амбулаторных специалистов являются основной проблемой для многих пациентов в Австрии, особенно при необходимости рентгенологического обследования. Почти трети пациентов приходилось ждать приема в течение 1 мес или дольше, в частности, для проведения компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ)³. С 2018 г. амбулаторные клиники обязаны сократить время ожидания максимум до 10 дней для КТ-обследования и максимум до 20 дней для МРТ-обследования⁴.

Некоторые аспекты обеспечения прав пациентов и доступности медицинской помощи в Бельгии

Все лица, имеющие право на медицинскую страховку в Бельгии, должны зарегистрироваться в любом больничном фонде⁵. Выбор пациента (в отношении медицинских работников, медицинских учреждений, лечения, больничного фонда) является неотъемлемой частью системы здравоохранения⁶. Врачи имеют возможность отказаться от лечения по профессиональным или личным причинам. При этом они должны проинформировать об этом пациента или родственников пациента, убедиться, что непрерывность лечения обеспечена, и передать любую полезную информацию врачу-преемнику.

Оказание медицинской помощи в Бельгии основано на принципах независимой медицинской практики, прямого доступа, свободного выбора врачей и медицинских учреждений. В настоящее время существует полное возмещение за большинство профилактических и восстановительных процедур для всех детей в возрасте до 18 лет; но для ортодонтического лечения возмещение остается ограниченным. Для взрослых предусмотрено возмещение 75—79% от согласованной на национальном уровне платы за профилактическое и восстановительное лече-

² TQS, HVSVT. Bevölkerungsbefragung 2016. Erhebung des Wissensstandes der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen mit besonderem Fokus auf die aktuelle Gesundheitsreform. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger Unter Mitarbeit der Gesundheit Österreich. Wien; 2016. URL: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2018/07/rs20180718_1bvr167516.html

³ GfK. Bevölkerungsstudie — Gesundheit 2017. Eine Studie von GfK im Auftrag vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Vienna; 2017. URL: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714042&version=1508941107>

⁴ HVB. Ab 1. Jänner ist es fix: Jeder Kassenversicherte hat Anspruch auf kurze 239Austria Wartezeiten bei CT- und MR-Untersuchungen. Vienna; 2018. URL: https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.845450&portal=svportal&content_contentid=10007.693640

⁵ NIHDI. Joining a sickness fund (in French). Brussels; 2014. URL: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/assurabilite/Pages/affilier-mutualite.aspx>

⁶ BS-MB (26 September 2002). Law of 22 August on the patients' rights. BelgischStaatsblad-Moniteur Belge. URL: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/designating_a_confidant.pdf

¹ Leuprecht E., Lerchner M., Neubauer S., Kern R. Sektorenübergreifende Patientenbefragung: Expertenbericht 2015. Vienna; 2016. URL: https://jasmin.goeg.at/434/13/Das%20österreichische%20Gesundheitssystem_2019.pdf

ние⁷. В 2018 г. 48,4% пациентов были вынуждены ждать 2 или более недель, чтобы попасть на прием к специалисту⁸.

Некоторые аспекты обеспечения прав пациентов и доступности медицинской помощи в Германии

Пациенты в Германии имеют право свободно выбирать своего врача и больницу; запрашивать второе мнение; получать медицинское лечение в соответствии с признанными стандартами; определять лечение и его объем; оплачивать из своих больничных фондов расходы на необходимые средства связи для взаимодействия с врачами; проводить медицинские процедуры только с их законного согласия; получить квитанцию (пациента) из своего больничного фонда, от врачей, стоматологов или больниц с перечислением расходов и полученных услуг; просматривать свои медицинские карты; обеспечивать конфиденциальность своих данных; получать компенсацию в случае врачебной ошибки, отсутствия информированного согласия или нанесения вреда, вызванного фармацевтическими препаратами или медицинскими приборами.

На государственном уровне профессиональным палатам врачей, стоматологов и фармацевтов настоятельно рекомендуется создать системы подачи жалоб и арбитражные комиссии для внесудебного разрешения исков о врачебной халатности. Омбудсмен отвечает за арбитраж споров между пациентами и компаниями, предлагающими частное медицинское страхование. Пациенты, пострадавшие в результате небрежных действий поставщиков медицинских услуг или производителей фармацевтических препаратов или медицинских изделий, имеют право на компенсацию в соответствии с гражданским законодательством. Они могут бесплатно направлять свои жалобы в вышеупомянутые арбитражные комиссии, в состав которых входят независимые врачи и юристы. Требуется, чтобы врачи, стоматологи и психотерапевты оформляли страховку ответственности или подтверждали эквивалентное покрытие [2].

В Германии хорошо развит амбулаторный сектор с высокой плотностью врачей общей практики. Для большинства населения ближайший терапевт находится менее чем в 1,5 км от места жительства. За исключением нескольких специальностей, например, радиологии или лабораторных услуг, пациенты могут напрямую обращаться к специалистам амбулаторной помощи без направления [2].

Многочисленные исследования подтверждают, что Германия является одной из лучших стран в вопросе доступа к медицинской помощи [3—6].

В 2018 г. только 0,2% населения сообщили о неудовлетворенных потребностях в медицинском обслуживании (из-за стоимости, времени ожидания или расстояния поездки). Неудовлетворенные потребности выше в группах с низким доходом, чем в группах с более высоким доходом, но разница между квинтилем с самым низким (0,4%) и самым высоким (0,0%) доходом незначительна [7].

Некоторые аспекты обеспечения прав пациентов и доступности медицинской помощи в Эстонии

В Эстонии доступ населения к медицинским услугам ухудшается, что в основном можно объяснить отсутствием специализированной помощи. В то же время доступ к семейным врачам улучшился. Стоит отметить, что 94% жителей Эстонии живут в пределах 30 мин езды от больницы⁹. Это было достигнуто за счет резкого сокращения средней продолжительности пребывания в стационаре до 5,5 дня и повышения роли дневного ухода. Наряду с уменьшением количества коек для неотложной, туберкулезной и психиатрической помощи, количество коек для сестринского ухода и реабилитации увеличилось. С международной точки зрения средняя продолжительность пребывания в эстонских больницах является одной из самых коротких в ЕС.

Стоматологическое обслуживание детей в возрасте до 19 лет включено в пакет льгот, кроме того введены пособия на стоматологическое обслуживание в натуральной форме для взрослых. В случае острого заболевания пациент в Эстонии имеет право попасть к семейному врачу в тот же день, а в других случаях — в течение 5 рабочих дней. Исследования подтверждают, что данное положение выполняется в отношении 99% пациентов¹⁰. Служба «Горячая линия семейного врача» в Эстонии предоставляет населению круглосуточный доступ к консультациям 365 дней в году. Она направлена на обеспечение доступа к медицинской консультации, когда кабинеты семейных врачей закрыты, и на снижение нагрузки на отделения неотложной помощи и машины скорой помощи. Услуга доступна для всех, независимо от страховки или статуса проживания. Количество совершаемых звонков достигает 657 звонков в сутки¹¹. Услуга предоставляется бесплатно в течение первых 5 мин. Доля людей, воспользовавшихся этой услугой во вне рабочее время, достигла 27% в 2015 г.¹² Максимальное время ожидания специализированной помощи в Эстонии составляло 6 нед для амбулаторной специализирован-

⁹ NIHD. Health Statistics Database. Tallinn; 2018. URL: <http://px-web.tai.ee/PXweb2015/index.html>

¹⁰ EHIF. Estonian Health Insurance Fund annual report 2016. Tallinn; 2017. URL: https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/2018-04/%C3%9Cleriigilise_perearsti_n%C3%B5uandetelefon_2017_tulemused.pdf

¹¹ EHIF. Üleriigilise perearsti nõuandetelefonit teenuse tulemused 2016. aastal. [Nationwide Family Doctor Hotline service results in 2016]. Tallinn; 2018. URL: <https://www.haigekassa.ee/en>

¹² TNS Emor. Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2015. Tallinn; 2015. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330201/HiT-20-1-2018-eng.pdf>

⁷ NIHD. Fee schedule for dentists. Brussels; 2019. URL: <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/prix/Pages/dentiste.aspx>

⁸ Devos C., Cordon A., Lefèvre M. et al. Performance of the Belgian health system — Report 2019. KCE Reports 313. Brussels; 2019. URL: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf

Организация здравоохранения: зарубежный обзор

ной помощи и 8 мес для стационарного лечения и хирургии в условиях дневного стационара. Некоторые вмешательства требуют более длительного максимального времени ожидания: например, 1,5 года для операции по удалению катаракты, эндопротезирования крупных суставов и бариатрической хирургии. Хирургия в условиях дневного стационара в Эстонии наиболее востребована в офтальмологии, где 99% операций по удалению катаракты выполняются в выше обозначенных условиях, что делает Эстонию лидером в Европе по данному направлению. О своих неудовлетворенных потребностях в медицинской помощи из-за ее стоимости, расстояния или времени ожидания сообщили 12,7% эстонцев, что выше среднего показателя по ЕС в 3,2%¹³.

В отчете Европейской комиссии указывается, что уровень коррупции в Эстонии в сфере здравоохранения ниже, чем в среднем по 27 странам ЕС. Доля респондентов эстонского опроса, заявивших, что их просили или ожидали, что они дадут взятку, пользуясь услугами здравоохранения, составила 1%, что ниже среднего показателя по ЕС-27 (2%). Однако 2% пациентов признали, что платили неофициально, чтобы получить более быстрый доступ к медицинской помощи, и около 3% заплатили после получения лечения.

Заключение

Таким образом, в описываемых странах следует отметить тенденцию по созданию института независимых омбудсменов, призванных защитить права пациентов (Австрия), в том числе право выбора как страховой организации (Бельгия), так и поставщиков медицинских услуг (Австрия, Бельгия, Германия), что является ключевым элементом австрийской системы здравоохранения. При этом пациенты могут контролировать всю свою медицинскую информацию и доступ к ней, а также финансовые средства, которые расходуются на получение медицинских услуг (Германия).

Значительная часть профилактических и восстановительных услуг, наряду с базовыми медицинскими, полностью возмещается несовершеннолетним и до 80% объемов — взрослым (Германия).

95% пациентов сообщили, что удовлетворены или очень довольны полученным стационарным лечением, в то время как 98% пациентов были удовлетворены или очень довольны амбулаторным лечением.

Стоит отметить, что врачи в Германии обязательно страхуют свою профессиональную ответственность.

В то же время доступ к медицинской помощи в части ее специализированной части ухудшается, притом что доступ к услугам семейных врачей улучшается (Эстония). Для повышения доступности ме-

дицинской помощи внедряется службы «Горячая линия семейного врача» (Эстония). Однако на времени ожидания специализированной помощи эти меры не отражаются, в некоторых случаях период ожидания операции по удалению катаракты, эндопротезирования крупных суставов и др. может достигать 1,5 года (Эстония). Однако для объективности следует сказать, что уровень коррупции в Эстонии в сфере здравоохранения ниже, чем в среднем по 27 странам ЕС.

По совокупности показателей и в соответствии с проведенными исследованиями можно констатировать, что Германия является лидером в области обеспечения доступности медицинской помощи.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bachner F, Bobek J, Habimana K. et al. Austria: health system review // *Health Syst. Transit.* 2018. Vol. 20, N 3. P. 1—254.
2. Blümel M., Spranger A., Achstetter K. et al. Germany: health system review // *Health Syst. Transit.* 2020. Vol. 22, N 6. P. 1—272.
3. Osborn R., Squires D., Doty M. M. et al. In new survey of eleven countries, US adults still struggle with access to and affordability of health care // *Health Aff. (Millwood)*. 2016. Vol. 35, N 12. P. 2327—2336. DOI: 10.1377/hlthaff.2016.1088
4. Schneider E. C., Sarnak D. O., Squires D. et al. *Mirror, Mirror 2017: international comparison reflects flaws and opportunities for better health care.* N.Y.; 2017. 29 p.
5. Schoen C., Osborn R., Squires D. et al. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated // *Health Aff. (Millwood)*. 2011. Vol. 30, N 12. P. 2437—2448. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0923
6. Schoen C., Osborn R., Squires D., Doty M. M. Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries // *Health Aff. (Millwood)*. 2013. Vol. 32, N 12. P. 2205—2215. DOI: 10.1377/hlthaff.2013.0879
7. Röttger J., Blümel M., Köppen J., Busse R. Forgone care among chronically ill patients in Germany — results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals // *Health Policy*. 2016. Vol. 120, N 2. P. 170—178. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.01.004

Поступила 27.02.2023
Принята в печать 28.04.2023

REFERENCES

1. Bachner F, Bobek J, Habimana K. et al. Austria: health system review. *Health Syst. Transit.* 2018;20(3):1—254.
2. Blümel M., Spranger A., Achstetter K. et al. Germany: health system review. *Health Syst. Transit.* 2020;22(6):1—272.
3. Osborn R., Squires D., Doty M. M. et al. In new survey of eleven countries, US adults still struggle with access to and affordability of health care. *Health Aff. (Millwood)*. 2016;35(12):2327—2336. DOI: 10.1377/hlthaff.2016.1088
4. Schneider E. C., Sarnak D. O., Squires D. et al. *Mirror, Mirror 2017: international comparison reflects flaws and opportunities for better health care.* N.Y.; 2017. 29 p.
5. Schoen C., Osborn R., Squires D. et al. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff. (Millwood)*. 2011;30(12):2437—2448. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0923
6. Schoen C., Osborn R., Squires D., Doty M. M. Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. *Health Aff. (Millwood)*. 2013;32(12):2205—2215. DOI: 10.1377/hlthaff.2013.0879
7. Röttger J., Blümel M., Köppen J., Busse R. Forgone care among chronically ill patients in Germany — results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals. *Health Policy*. 2016;120(2):170—178. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.01.004

¹³ European Commission. Eurostat Online Database. Brussels; 2018. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>