

БЮЛЛЕТЕНЬ



НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ



НМП и Профсоюз работников здравоохранения за принятие «Социального пакета»

Стр. 2



Наши в регионах делятся своим опытом и успехами

Стр. 3



На юридические вопросы врачей отвечают эксперты Палаты

Стр. 4

ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ И КОЛЛЕГИ!



Вы держите перед собой первый, пилотный номер газеты Национальной медицинской палаты.

Решение о создании своей газеты мы приняли не случайно. В состав НМП входят сотни тысяч человек, но, несмотря на современные средства коммуникации, чувствуется, что возможностей для общения, обсуждения насущных проблем не хватает.

К сожалению, так сложилось, что ни одна из медицинских ассоциаций в своей работе не достигала никаких практических результатов для медицинских работников. Мы не хотим заниматься «болтологией». Если будет так, то кому и зачем мы тогда нужны? Возможно, наша деятельность и не заметна для многих, но, поверьте, добиваться даже незначительных подвижек очень сложно. И это вторая причина, почему мы решили выпустить эту газету. Мы надеемся, что нам удастся изменить ситуацию в здравоохранении в лучшую сторону, только вместе мы можем стать реальной силой.

С момента создания Национальной медицинской палаты прошло не так много времени – три года. Она была создана для того, чтобы решить очень непростую задачу – сделать

так, чтобы в нашей стране управление отраслью строилось с учетом мнения врачей, чтобы мы могли влиять на принятие решений, а не только их безропотно исполнять, чтобы мы сами на основе прозрачных и понятных принципов управляли нашей профессиональной деятельностью.

А для этого нужны реальные механизмы и полномочия. Их можно получить за счет развития саморегулирования. Это когда медицинское сообщество, а не Минздрав разрабатывает протоколы и стандарты лечения, сами члены саморегулируемой организации формируют требования к квалификации и механизмы оценки уровня знания своих членов. Когда само медицинское сообщество в случае недостойного поведения врача может принять решение и об его исключении из своих рядов, и, наоборот, в случае необоснованного обвинения встать на защиту. Быть членом такой профессиональной корпорации – это дополнительная защита, а главное, независимость от произвола тех, кто имеет весьма отдаленное представление о врачебной работе.

Развитие саморегулирования связано со многими непростыми вопросами. Мы в самом начале пути, и каким образом будет осуществляться саморегулирование профессиональной деятельности у нас, в России, покажет только время.

За время нашей работы нам уже удалось решить многое. Сейчас важные для нас задачи – улучшение системы последипломного образования врачей, изменение законодательства, развитие системы защиты наших

членов, а также участие в решении острых проблем. Это все формирует фундамент нашей саморегулируемой организации.

Как облегчить получение знаний медицинским работникам? Как сделать так, чтобы программы обучения были актуальными? Чтобы у врача был бесплатный доступ и к литературе, и к лучшим программам даже из самой отдаленной точки России – это те вопросы, над которыми мы работаем. Палата внесла концепцию последипломного медицинского образования в Минздрав и добилась запуска пилотных проектов в регионах. Мы убеждены, что образование для врача должно быть бесплатным и доступным для каждого врача.

Нужна ли врачам юридическая защита? Возможно ли получить объективную оценку своих действий? Мы считаем – да. Каждый врач, который является нашим членом, вправе рассчитывать на юридическую поддержку в решении сложных ситуаций. Мы – одни из немногих, кто встает на защиту врачей. Наши юристы выступили за врача Харабалинской районной больницы Павла Белозерова, который был незаслуженно осужден, врачей и службу скорой помощи Новосибирска, обвиняемых в смерти Максима Максимова; за коллектив Российской детской клинической больницы, который незаслуженно оскорбила мать ребенка Ярослава Колосова, и многих других. Благодаря нашим публичным заявлениям удалось переломить ситуацию относительно Калининградской

детской областной больницы, у которой были арестованы счета, о репродуцировании городской клинической больницы № 31 в Санкт-Петербурге и многих других.

Еще один важный вопрос: нужно ли работать над проектами законов, которые готовят отраслевые ведомства? Да, без этого сложно двигаться. Ничего нет неизменного. Два года назад нам удалось остановить принятие проекта закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» и внести в него более 100 поправок врачей со всей страны. В середине этого лета мы призвали Минздрав остановить принятие еще одного законопроекта – «О страховании пациентов при оказании медицинской помощи», поскольку он не защищает ни пациента, ни врача. Сейчас Палата работает над созданием другого проекта закона, в центре которого будут стоять интересы врача, а не страховых компаний.

Мы уже прошли сложный и тернистый путь. Сегодня НМП – это крупнейшее объединение медицинских работников. Постепенно повышается наша роль как экспертной организации при обсуждении приказов, законодательных и нормативных актов, которые касаются нашей профессиональной деятельности. Усиливается работа наших региональных организаций в тарифных комиссиях территориальных фондов ОМС, а также при аттестации медицинских работников.

В работе нам нужна ваша помощь – а именно, готовность поменять ситуацию.

ДИАЛОГ С ВЛАСТЬЮ

ВОЗМОЖЕН ЛИ ДИАЛОГ С ВЛАСТЬЮ?

В нашей стране сложно представить себе ситуацию, когда управление отраслью строится с учетом мнения экспертов и простых врачей. Все привыкли, что власть что-то там решает, а потом мы у себя в медицинских организациях расхлёбываем и думаем, как же на практике применить все эти

решения. Да, пока о зрелом гражданском обществе и паритетных принципах модного общественно-государственного управления говорить рано. Но, может быть, это и есть тот единственный путь, который и позволяет быть услышанными? В своей работе мы стараемся это проверить на практике.

МИНЗДРАВ РОССИИ И НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В СОВМЕСТНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ РАБОТЫ

В середине лета в Москве прошло 1-е заседание Координационного совета, созданного для взаимодействия Национальной медицинской палаты и Минздрава РФ. Совет был организован в целях проработки наиболее сложных отраслевых вопросов. Президент НМП Леонид Рощаль считает, что конструктивное взаимодействие между общественными институтами и органами власти возможно лишь тогда, когда оно **формализовано, и общественные организации могут не только указывать на существующие проблемы, но и предлагать решения, которые будут услышаны.** Такая формализация отношений воплотилась в Приказе Минздрава РФ о создании Координационного совета.

Выступая на Совете, Министр здравоохранения России Вероника Скворцова подчеркнула актуальность совместных задач: «Важная задача – создание врачебного братства, обеспечение бесплатно непрерывного образования. Не менее важная задача – это защита медицинских работников. Сложность связана с вопросами независимой экспертизы. Путь, по которому идут все страны мира, это также и страхование врачей».

Именно эти направления стали основой для формирования совместных рабочих групп. Координационный совет будет работать по 11-ти основным направлениям. Среди них совершенствование **законодательной базы** – анализ

правоприменения действующих нормативных актов и разработка рекомендаций по их изменению; совершенствование **порядков, стандартов и клинических рекомендаций** оказания медицинской помощи; **деонтология и этика** профессиональной деятельности, включая разработку плана по внедрению Кодекса профессиональной этики врача; совершенствование высшего и среднего **медицинского образования**, разработка проекта Постановления Правительства РФ, определяющего **порядок проведения независимой медицинской экспертизы**; определение подходов к **страхованию рисков при оказании медицинской помощи гражданам** (разработка соответствующего федерального закона); определение принципов **саморегулирования профессиональной деятельности**; разработка предложений по изменению кадровой ситуации в отрасли; распространение лучших практик взаимодействия профессиональных некоммерческих организаций с органами власти и другие вопросы.

Председателями Координационного совета стали Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова и президент Национальной медицинской палаты Леонид Рощаль. Заместители сопредседателей Совета – заместитель Министра здравоохранения РФ И.Н. Каграманян и вице-президент НМП, депутат ГД РФ С.Б. Дорофеев. В состав Совета вошли также ведущие представители Министерства и Национальной медицинской палаты.

С ПАЦИЕНТОМ НА ЩИТЕ...

Национальная медицинская палата призвала отклонить законопроект «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи».

Проект закона «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи» Минздрав готовил с 2010 года. Еще тогда закон был раскритикован экспертами, потом о нем как-то забыли. И вот новый состав Минздрава, сдув пыль с документа, разработанного

в ведомстве экс-министра здравоохранения Татьяны Голиковой, предложил его принять за основу нового Федерального Закона.

Национальная медицинская палата привлекла к обсуждению проекта закона за круглым

столом широкий круг экспертов – представителей профессиональных общественных, медицинских и страховых организаций, а также органов власти. **Решение участников круглого стола единодушно – в нынешнем виде закон принимать нельзя.**

По замыслу разработчиков, закон призван защитить потребителей медицинских услуг от врачебных ошибок. По сути, прикрываясь интересами пациентов, как щитом, документ представляет собой совершенно

невнятную схему страхования. По законопроекту, медицинским организациям запрещено осуществлять профессиональную деятельность без страховки пациентов. Но страховой случай наступает лишь при инвалидности или смерти пациента. Размер выплаты в случае смерти должен составить 2 млн рублей, в случае инвалидности первой группы – 1,5 млн рублей, второй – 1 млн рублей, третьей – 0,5 млн рублей.

Продолжение см. на стр. 2

С ПАЦИЕНТОМ НА ЩИТЕ...

Начало см. на стр. 1

Как отметил Дмитрий Мелёхин, начальник управления страхования ответственности ОСАО компании «Ингосстрах», 80-85% случаев – это причинение легкого и среднего вреда здоровью. «Речь о смерти и инвалидности идет в крайних случаях. Закон не защищает 85% пациентов, когда они не становятся инвалидами», – говорит представитель страховой компании.

И даже при вроде бы очевидном страховом случае далеко не все ясно. Проект вводит понятие «врачебная ошибка» – «действие либо бездействие медицинской организации, а равно действие либо бездействие ее медицинского работника, повлекшее, независимо от вины медицинской организации и ее медицинского работника, причинение вреда жизни и здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи». Не только на введении в закон самого понятия, но и на его определении сломано немало копий. По мнению Капитолина Турбиной, профессора кафедры управления рисками и страхования МГИМО, такое определение означает «то же самое, когда машина выезжает на дорогу. И что бы ни делал водитель, что бы ни делал пешеход, на которого наехали, водитель должен отвечать».

Устанавливать факт врачебной ошибки и причинно-следственную связь призваны некие комиссии, действующие на общественных началах. Загадочное новообразование, которое, еще не родившись, по мнению экспертов, подлежит удалению.

Основной состав такой комиссии – чиновники от здравоохранения. Совершенно не ясен смысл и эффективность работы подоб-

ных комиссий. По мнению экспертов, такие комиссии будут пытаться подменять собой суды, что неправомерно и неэффективно. Да и что, собственно, мешает пациенту обратиться в суд за защитой своих интересов, невзирая на существование подобных комиссий? Абсолютно ничего.

Весомым минусом проекта аналитики считают исключение из страхового покрытия компенсации морального вреда. Капитолина Турбина обратила внимание на то, что 99% исков, предъявляемых в настоящее время, именно компенсация морального вреда. А проект закона не решает эту проблему.

Как считает Лариса Попович, директор Института экономики здравоохранения НИИ ВШЭ, медицинская организация, заплатив за страхование ущерба, не застрахована от дальнейших исков пациента в тех случаях вреда здоровью, которые не предусмотрены проектом закона.

Закон, который призван регулировать отношения между заинтересованными сторонами, в сегодняшнем виде провоцирует конфликт интересов, утверждает Виктор Емельянов, заместитель директора Института законодательства и сравнительного правоведения при правительстве РФ: «Не защищены интересы ни страхователя, ни страховщика, ни пациента. Конфликт интересов между тремя участниками жестко проявляется. У одного есть желание поменьше платить, у другого – побольше получить. А у пациента и вовсе не определено направление интересов». По его мнению, в существующем законопроекте нет никакой научно обоснованной базы, и нужно начинать все сначала – с концепции законопроекта, готовить исследование и потом выходить на результат.

Краеугольный камень законопроекта – а за чей счет банкет? Многие эксперты указали на то, что в законе не просчитано, как, сколько и за счет чего будут платить. Капитолина Турбина обратила внимание на то, что потенциально застрахованными могут стать более 142 млн человек, таким образом, бюджет закона сравним с бюджетом Фонда обязательного социального страхования. Непосредственно выплатами будут заниматься страховые компании. Уплата же страховых взносов ляжет на плечи медучреждений. «Поскольку более 95% медучреждений в РФ бюджетные, то понятно, что финансироваться они будут по одноканальной системе за счет средств ОМС. Это означает, что должен существовать специальный поток денежных средств, которые должны будут получать медучреждения для уплаты взносов по этому страхованию», – говорит Капитолина Турбина.

Откуда он возьмется? Будут ли выделены дополнительные средства (и где их взять) на страхование пациентов, или на эти нужды будет уходить часть денег, которые медучреждения сейчас получают на лечение по ОМС?

В том виде, в каком законопроект существует сейчас, он заставляет крепче прижимать руку к карману всех: страховщики опасаются убыточности, медики – высоких тарифов, ну, а для пациентов такая «защита от врачебных ошибок» может обернуться удорожанием медицинских услуг.

«Создается впечатление, что разработчики законопроекта решали главный вопрос: «сформировать денежный поток, который будет распилен, а закон будет создавать видимость того, что у нас кто-то защищен», – считает Капитолина Турбина.

«Я принципиально не согласен с самой концепцией проекта закона. Убежден, что должно быть страхование профессиональных

рисков», – заявил Сергей Дорофеев, заместитель председателя комитета Госдумы по охране здоровья граждан, вице-президент НМП.

Механизмы для эффективной защиты интересов и пациентов, и врачей – отнюдь не изобретение велосипеда. По мнению Леонида Рошала, нужно сосредоточиться на создании механизмов компенсационных фондов, на досудебном урегулировании конфликтов. Пока же страховать нужно, в первую очередь, гражданско-правовую ответственность юридического лица и частично – практикующих врачей, имеющих лицензию.

В его поддержку выступил Тимофей Нижегородцев, начальник управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы России: «Консолидировать ответственность, чтобы потом выплачивать страховые выплаты, можно через компенсационные фонды саморегулируемых организаций. Сама организация впоследствии к такому врачу применит санкции, исключив его из членов СРО, чтобы он не мог вообще работать по специальности». Страхование ответственности, по данным НМП, поддерживается и врачами. Согласно опросу, проведенному на сайте НМП, 81,4% врачей считают, что страховать нужно профессиональные риски.

Сегодня единого мнения, каким должен быть закон, не существует и среди экспертов. Но данный законопроект ни в какой мере не решает ни одной проблемы повышения качества медицинской помощи.

Едины эксперты в одном – в нынешнем виде законопроект никуда не годен. Поэтому пока закон не принят и не пустился в плавание, договариваться и о том, каким будет корабль, и о маршруте надо на берегу.

МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ: НА ГРАНИ ИСЧЕЗНОВЕНИЯ

Нужен ли медицинским работникам «Социальный пакет» или достаточно достичь показателей средней заработной платы врачей до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе?

Национальная медицинская палата совместно с Профсоюзом работников здравоохранения РФ направили в Правительство РФ предложения по введению на федеральном уровне «Социального пакета» медицинского работника, а также по мерам решения материальных проблем.

Согласно проведенным социологическим исследованиям, кадровая ситуация в отрасли – патовая.

Дефицит кадров вызван, в первую очередь, недостаточным притоком в отрасль молодых специалистов. Именно выпускники медицинских вузов являются одной из наиболее уязвимых категорий с точки зрения потери медицинских кадров для отрасли: 22% студентов в момент обучения уже планируют уехать за границу для получения дальнейшего образования, а 11% не планируют работать после окончания вуза в медицинских организациях. Не хотят молодые специалисты ехать работать и в сельские районы – только 21% врачей в возрасте до 35 лет, а также 17% выпускников медицинских вузов рас-

смагивают для себя такую перспективу.

Отмечается высокий уровень неудовлетворенности работой среди состоявшихся врачей: 14% испытывают моральное и материальное удовлетворение от своей работы, а 17% медицинских работников на момент опроса (практически каждый шестой) планировали сменить место работы. Из профессии уходят единицы – 1,7% врачей, что обусловлено высокой спецификой профессии врача и сложностями в освоении новых сфер деятельности.

Все эти показатели говорят только об одном: работать в сфере здравоохранения – непривлекательно.

Медицинские работники не удовлетворены всеми аспектами своей трудовой деятельности.

Несмотря на то, что Минздрав подготовил проект по обеспечению системы здравоохранения медицинскими кадрами, президент НМП Леонид Рошаль считает, что кадровые проблемы не могут быть решены в рамках полномочий Минздрава. С ним солидарен

и председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Михаил Кузьменко.

По мнению НМП, «Социальный пакет» не должен быть дифференцированной мерой социальной поддержки, он должен распространяться на всех медицинских работников. Предлагается включить в него минимальные и гарантированные со стороны государства меры социальной поддержки:

– решение вопросов медицинского обслуживания – внеочередное получение медицинской помощи, включая высокотехнологичную; обеспечение бесплатного санаторно-курортного лечения; страхование медицинских работников, работа которых связана с угрозой жизни и здоровью;

– решение жилищных вопросов – внеочередное предоставление жилья по договорам социального найма (мера закреплена на федеральном уровне для работников сферы образования); обеспечение внеочередности получения бесплатного жилья;

– компенсация жилищно-коммунальных услуг – обеспечение единого для работников медицинских организаций федерального и регионального подчинения уровня компенсации по оплате жилищно-коммунальных услуг; введение нормы 100% компенсации по оплате ЖКУ;

– предоставление внеочередных мест в школьных и дошкольных учреждениях;

– право на бесплатное пользование образовательными, методическими и научными услугами организаций, осуществляющих образовательную деятельность (мера, закреплённая на федеральном уровне для работников сферы образования).

Однако этим комплексом мер социальной поддержки не стоит ограничиваться.

Палата и профсоюзы предложили рассмотреть вопрос регулирования льготного лекарственного обеспечения медицинских работников путем включения в «Перечень групп населения, которые в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации имеют право на бесплатное и льготное обеспечение и внеочередное обслуживание в аптечной организации» за счет средств бюджета субъекта РФ.

При решении жилищных проблем регионам следует ориентироваться на решение жилищных вопросов с перспективой получения площади в собственность – компенсация части стоимости жилья, льготное ипотечное кредитование, субсидии на строительство, создание условий для выкупа жилья по приемлемым расценкам. В связи с этим приоритетной становится разработка целе-

вых программ, рассчитанных на приобретения жилья в собственность, прежде всего, для медицинских работников в сельской местности. Такие меры, как предоставление служебного жилья, полная или частичная компенсация арендной платы, являются «полумерами», в частности, для тех, кто работает в отдаленных и сельских районах.

Однако только лишь социальными гарантиями проблема сохранения кадров не решается. По словам Л. Рошала, у врачей нищенские зарплаты, и, конечно, необходимо их немедленно увеличивать.

Сегодня существует высокий уровень дифференциации в заработных платах медицинских работников, как в различных регионах, так и в однотипных медицинских организациях внутри одного региона. Утверждение на федеральном уровне системы стандартов по оплате труда, включающих гарантированные на законодательном уровне размеры составных частей заработной платы, позволит немного снизить социальную напряженность и уменьшить внутренние миграционные потоки. Так, по мнению Палаты и Профсоюзов, регулированию подлежат:

– коэффициенты соотношения минимальных размеров базовых окладов по группам персонала в составе профессиональных квалификационных групп;

– базовые оклады по профессиональным квалификационным группам – не менее МРОТ;

– критерии компенсационных и стимулирующих выплат;

– показатели средних заработных плат в однотипных учреждениях в регионах России;

– величина допустимых различий в уровне заработных плат в субъектах Российской Федерации.

Предложенные меры способны смягчить негативные аспекты труда медицинских работников.

Должны ли быть у медицинских работников дополнительные меры социальной поддержки – этот вопрос оказался для представителей власти весьма дискуссионным. Зачем нужны технологии советского управления? Ведь основные средства государства направлены на обеспечение достойной оплаты труда медицинских работников, а при достойной оплате каждый сможет позволить себе и жилье, и лекарства, и санатории.

Что думаете вы? Мы приглашаем вас зайти на наш сайт – www.nacmedpalata.ru и принять участие в социологическом опросе по этой проблематике.

НАШИ В РЕГИОНАХ

ПРИВИВКА ОТ ПРОБЛЕМ

День Натальи Аксёновой, председателя Смоленской региональной общественной организации «Врачебная палата», распisan по минутам, но она всегда успевает ответить на очередной телефонный звонок. «Конечно, обязательно поможем», – эту фразу Наталья Аксенова произносит ежедневно. В Смоленской врачебной палате знают, как защитить врачей в конфликтных ситуациях.

Эскулапы под защитой

Уже четыре года существует Смоленская врачебная палата, и три из них при ней действует Комиссия по досудебному урегулированию конфликтов между врачом и пациентом, которая в своей работе применяет элементы третейского суда. «Мы поняли, что развиваться без защиты врачей невозможно, – рассказывает Наталья Аксенова. – Население у нас юридически грамотное, нередко претензии к врачам переходят в стадию судебного иска». Как этого избежать? Урегулировать конфликт до суда, подключаясь к разбирательству на ранней стадии.

Третейским судом Смоленской врачебной палаты за все время существования было рассмотрено около 400 жалоб пациентов (только с начала 2013 года – 121 жалоба). Абсолютное большинство вопросов удалось решить с помощью процесса медиации – урегулирования споров в досудебном порядке.

Почему в Смоленске это получается? К вопросам юридической защиты здесь подошли всесторонне. Врачебная палата заключила соглашение с Росздравнадзором Смоленской области, где действует Общественный совет по защите прав пациентов, куда и стекается большинство жалоб. Все они рассматриваются со-

вместно с представителями третейского суда. Все члены третейского суда имеют медицинское и юридическое образование, а их умение убеждать базируется на профессионализме.

Третейскому суду удается отстаивать интересы врачей даже в тех случаях, если дело в суде проиграно. Лишь один из примеров: в Рославльском районе Смоленской области был удовлетворен иск против лечебного учреждения на сумму в 1 млн рублей. Больница подала регрессный иск на врача, виновного в ошибке, т.е. компенсировать издержки должен был доктор. Третейский суд провел выездное совещание. «Мы убедили главу муниципалитета, что потерять профессионального врача с 40-летним стажем легко, найти же доктора такой квалификации гораздо сложнее. Муниципалитет взял на себя выплату ущерба, а мы сохранили для сферы здравоохранения высококлассного специалиста», – вспоминает Наталья Аксенова.

Наконец, Смоленская врачебная палата стала первой общественной организацией в сфере здравоохранения, которая получила лицензию на различные виды экспертизы. Сегодня при палате действует лицензированное Экспертное Бюро аккредитованных экспертов. В него входят профессора, док-



тора наук, врачи высшей категории. Было подписано соглашение с областным судом, и эксперты Бюро на легитимных основаниях привлекаются к защите врачей в суды общей юрисдикции.

«С помощью Экспертного Бюро мы уже сэкономили медучреждениям Смоленской области 28 млн рублей, – заявила Наталья Аксенова. – Пять исков, поданных пациентами против лечебно-профилактических учреждений в суды общей юрисдикции, были отозваны. Сейчас наши эксперты принимают участие в трех подобных делах. Главное слышать пациента и понимать его чаяния. Тогда и у врача будет победа».

УЧЕБНОЕ ГОЛОДАНИЕ

Почему медики нуждаются в защите? Сегодня врачи особенно уязвимы, – считает Наталья Аксенова. – В отрасли острый дефицит кадров, медики работают по несколько смен подряд. Как следствие, времени на усовершенствование образования не хватает. В Смоленске нашли способ решить и эту проблему.

Врачебная палата учредила Институт непрерывного профессионального последипломного медицинского образования на дистанционной основе, где медики смогут обучаться по 21 виду учебных программ. Институт проходит стадию лицензирования, и с 1 сентября стартует учебный процесс.

Абсолютно бесплатно повышать уровень образования здесь смогут фельдшеры. Квалификация медперсонала данной категории – болевая точка в системе здравоохранения. Практически невозможно «вырвать» фельдшера для очного обучения на два месяца – заменить его просто некем. В Смоленском Институте фельдшеры смогут обучаться без отрыва от медпрактики. Да и экономия приличная – около 100 тыс. рублей на одного человека. Эта сумма складывается из расходов на проживание, дорогу, командировочные и т.п. плюс стоимость самого обучения.

В образовательном процессе будут использоваться передовые методы – онлайн-консультации и телемосты. «Фельдшер из самой отдаленной деревни сможет привезти в фельдшерский пункт пациента и бесплатно проконсультировать его у лучших профессоров Смоленской области», – делится планами Наталья Аксенова.

Из иных образовательных ноу-хау: в систему постдипломного образования включены программы по актуальным дисциплинам. В частности, по третейскому судопроизводству в сфере здравоохранения. Подобные курсы будут преподаваться на платной основе. Заработанные деньги планируют потратить на нужды медиков. «Во-первых, мы берем на себя обязательства за пять лет бесплатно обучить 100% персонала ФАПов области, во-вторых, врачебная палата будет тратить средства на социальную поддержку медработников: санаторно-курортное лечение и другие врачебные нужды», – прокомментировала Наталья Аксенова.

О ЧЕМ ДОГОВАРИВАЕМСЯ?

Закрепить права врача и пациента, заинтересовать пациентов в заботе о своем здоровье, сотрудничать с медиками в борьбе с недугами. Некоммерческое партнерство «Тюменское региональное медицинское общество» предлагает с помощью общественного договора между медиками и пациентами. Проект договора уже существует, о том, чем такой документ будет полезен медикам, мы беседуем с председателем правления НП «ТРМО» Евгением Чесноковым.

– Евгений Викторович, поясните, какова основная цель создания общественного договора?

– Решить извечный конфликт «врач-пациент», сделать взаимоотношения между сторонами более конструктивными, основанными на взаимном уважении. Это возможно в том случае, если все участники договора будут равны перед законом, только тогда мы сможем достичь консенсуса. Ведь как сейчас выглядит ситуация в сфере здравоохранения: пациенты имеют права, а врачи – только обязанности. Общество всегда обходило стороной то, что у врача тоже есть права.

– Какими именно методами Вы предлагаете защитить врача?

– В проекте договора есть очень важный пункт – врач имеет право отказаться от приема, наблюдения и лечения пациента. Ни для кого не секрет, что на практике мы нередко сталкиваемся с неадекватным поведением отдельных пациентов. И я считаю, что если речь не идет об оказании экстренной помощи, то любой врач может отказаться принимать пациента, если он, например, ведет себя агрессивно. Кроме того, и лечебная организация может отказать пациенту в лечении.

– Как это может быть реализовано на практике?



– Мы предлагаем создать в каждом лечебном учреждении области этический комитет, который будет состоять не только из специалистов, юристов, но и из представителей общественных и пациентских организаций. И по решению этической комиссии лечебное учреждение может отказать пациенту в приеме. Я считаю, это правильно. Например, сейчас многие пациенты жалуются на работу медицинских организаций, по жалобам пациентов проходят проверки. И если жалоба не подтверждается, все вздыхают с облегчением и забывают об инциденте. А пациент снова идет за помощью в ту же клинику, которую он обвинил в некачественном оказании помощи, снова скандалит, снова пишет жалобы. Почему он не несет ответственности за недостоверную информацию? Я считаю, что в данном случае медорганизация вправе отказать ему в приеме, письменно предупредив пациента за месяц.

– При разработке проекта договора на какой опыт вы опирались?

– Мы изучали ситуацию и не нашли аналогов в советском или постсоветском пространстве. Однако подобные общественные договоры существовали в Европе – Австрии, Германии, Швеции – на определенном этапе развития общества, т.е. в 60-70-е годы прошлого столетия. Постепенно с развитием законодательной базы они утратили свою актуальность, возможно, что создание такого договора и у нас лишь переходный этап. Мы приглашаем всех врачей присоединиться к обсуждению текста договора на сайте НМП. Для нас очень важно мнение каждого специалиста, ведь такой договор необходим не для того, чтобы ущемить в правах пациентов, а для того, чтобы дать права и врачам и сделать отношения врач – пациент гармоничными.

ОТКАЗАТЬ, НЕЛЬЗЯ ЛЕЧИТЬ

(выдержки из проекта общественного договора)

5. Права врача

Врач имеет право:

5.1. отказаться от приема, наблюдения и лечения пациента:

- если пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- если действия пациента угрожают жизни и здоровью окружающих и персонала;
- в случае несоблюдения пациентом предписаний и правил внутреннего распорядка медицинской организации;
- при агрессивном поведении пациента и нарушении им и его родственниками этических норм и правил;
- когда врач не в состоянии установить с пациентом терапевтического сотрудничества;

5.2. отказать пациенту в приеме, наблюдении и лечении врачом при вышеперечисленных ситуациях принимается самостоятельно, по согласованию с вышестоящим должностным лицом;

5.3. отказать пациенту в приеме, наблюдении и лечении медицинской организации при вышеперечисленных ситуациях принимается этическим комитетом учреждения с письменным уведомлением пациента за месяц.

ШИРИНА ПРОТОКОЛА

Существующие стандарты медицинской помощи не являются критерием, по которому можно оценивать качество медицинской помощи – об этом врачи говорят давно. По инициативе Некоммерческого Партнерства «Медицинская Палата Свердловской области» ведущие медики региона активно работают над разработкой клинических протоколов, которые должны в корне изменить ситуацию.



Ольга Рябина,
исполнительный директор НП «Медицинская
Палата Свердловской области»

Основное несовершенство существующего стандарта медицинской помощи, по мнению медиков, это смешение двух составляющих – медицинской и экономической, при этом экономический аспект преобладает.

«Стандарт медицинской помощи – это в первую очередь медико-экономический документ, который определяет своевременность и правильность выбора методов диагностики и лечения. Иными словами, некий усредненный вариант рас-

чета стоимости лечения для определения объемов финансирования», – утверждает председатель НП «Медицинская Палата Свердловской области» Феликс Бадаев. – Стандарт не содержит клинических рекомендаций и основой для оценки качества оказания медпомощи быть не может».

Эта позиция полностью совпадает с позицией Минздрава РФ: стандарт медицинской помощи – финансовый документ, данное положение никак не закреплено в действующем законодательстве. Согласно ФЗ № 323, медучреждения стандарты медицинской помощи исполнять обязаны. И надзорные органы, ТФОМС в случае причинения вреда здоровью пациента проверяют лечебные учреждения именно на соответствие исполнения стандартов. Таким образом, стандарты медпомощи сегодня используются в основном для финансового наказания лечебных учреждений со стороны страховых компаний.

«Врач же должен лечить, руководствуясь современными знаниями и ориентируясь на клинические рекомендации, разрабатывать которые будут ведущие специалисты, а не чиновники. Сегодня законодательство РФ позволяет нам, как профессиональному врачебному сообществу, разработать клинические протоколы, которые, в том числе, могут быть использованы и при проведении экспертизы качества медицинской помощи. Мы сейчас активно работаем в этом направлении. В данный момент Партнерство заключает с областным Минздравом соглашение о сотрудничестве, где, в том числе, есть

пункт о разработке клинических протоколов, и думаю, что через 2-3 месяца сможем представить первые клинические протоколы на утверждение в Минздрав Свердловской области», – говорит Феликс Бадаев.

Утвержденные клинические рекомендации позволят защитить как врачей, так и администрацию ЛПУ от необоснованных обвинений и штрафных санкций по факту неисполнения стандарта медицинской помощи. Например, позволит разъяснить контролирующим органам, что компьютерную томографию при лечении пневмонии необязательно проводить в 100% случаях (коэффициент в стандарте 0,1), и что ее проведение показано в зависимости от конкретной клинической ситуации: при затяжной пневмонии, смене 2-х антибиотиков без эффекта и т.п.

«Если медицинские стандарты сегодня – это дорога шириной в 10 метров, то клинические протоколы должны стать дорогой в 10 раз шире. Дорогой, на которой врач не будет ограничен усредненными стандартами, а сможет выбрать наиболее эффективный метод лечения, руководствуясь профессиональным опытом», – считает Ольга Рябина, исполнительный директор НП «Медицинская Палата Свердловской области».

ПЕРСОНАЛЬНЫЙ ЮРИСТ

На вопросы врачей, которые приходят на сайт Национальной медицинской палаты, отвечают наши эксперты.

Вопрос: может ли лечебное учреждение отказать пациенту в предоставлении медицинской документации (медкарточка)? В каких случаях?

В соответствии с п.4, 5 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов.

При этом пункт 5 статьи 22 Федерального закона № 323-ФЗ предусматривает, что основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В настоящее время порядок выдачи медицинских документов Минздравом России пока не принят.

Вместе с тем, медицинские документы являются юридически значимыми документами, обязанность медицинской организации по обеспечению учета и хранению которых предусмотрена пунктом 12 части 1 статьи 79 Федерального закона № 323-ФЗ.

Отдельными нормативными правовыми актами предусмотрено истребование оригиналов медицинских документов уполномоченными органами в установленном порядке непосредственно из медицинской организации, например, в целях проведения экспертиз, в том числе в рамках ОМС. Кроме того, согласно приказу ФФОМС от 01.12.2010 № 230 непредоставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, является основанием для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

Таким образом, в рамках действующего законодательства медицинская организация не может отказать пациенту в предоставлении медицинской документации. Однако, по нашему мнению, в целях информирования пациен-

та или обеспечения его консультации у другого специалиста, учитывая, что обязанность по хранению оригиналов медицинских документов законодателем возложена на медицинское учреждение, ему могут быть оформлены и выданы копии, выписки или дубликаты медицинских документов, с соответствующей отметкой в медицинской документации.

В случае же, если пациент настаивает на выдаче оригинала медицинского документа, то он может быть с ним ознакомлен в присутствии медицинского работника. В исключительных случаях оригиналы медицинских документов могут быть выданы пациенту по решению главного врача, ответственного за их хранение. При этом необходимо изготовить и хранить в медицинской организации копии выданных документов.

Вопрос: что делать врачу, если на приеме ему приходится работать без медсестры (хотя должность предусматривает ее наличие)? Должен ли труд врача дополнительно оплачиваться?

Врач и медицинская сестра – самостоятельные должности. В разделе «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н определены основные трудовые функции, которые могут быть поручены этим медицинским работникам, с учетом технологической однородности и взаимосвязанности работ и полученного профессионального образования.

При этом согласно абзацу 3 части второй статьи 57 Трудового кодекса Российской Федерации, описание трудовой функции (работа в должности в соответствии со штатным расписанием, профессией, специальностью с указанием квалификации; конкретный вид поручаемой работнику работы) является одним из обязательных условий для включения в трудовой договор.

Пунктом 1 части 2 статьи 23 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрено, что медицинские работники обязаны оказывать медицинскую

помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями.

Таким образом, врач обязан выполнять должностные обязанности, предусмотренные его должностной инструкцией, составленной исходя из трудовой функции.

Выполнение врачом трудовой функции медицинской сестры (в виду ее отсутствия по причинам, не связанным с отсутствием такой единицы в штатном расписании) квалифицируется в соответствии со статьей 151 ТК РФ как «увеличение объема работы или исполнение обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором».

При этом, в соответствии со статьями 151, 60.2 ТК РФ, работнику (в данном случае врачу) производится доплата.

Формально, в точном соответствии с буквой закона (статья 151, 60.2 ТК РФ), в течение установленной продолжительности рабочего дня (смены) наряду с работой, определенной трудовым договором, работнику может быть поручена дополнительная работа (как по другой, так и по такой же профессии (должности) с письменного согласия этого работника.

Таким соглашением работника и работодателя должны быть определены срок, в течение которого работник будет выполнять дополнительную работу, ее содержание, объем и размер доплаты, который устанавливается с учетом содержания и (или) объема дополнительной работы.

Возвращаясь к заданному вопросу, врач, исполняющий обязанности отсутствующей медицинской сестры, имеет право на дополнительную оплату, но эта работа должна быть ему поручена с его письменного согласия.

Вопрос: мою жену (участковый нарколог) на работе пытаются заставить ездить по ночам с полицейскими в рейды по наркопритонам. Притом бесплатно. Кому жаловаться?

Согласно абзацу 3 части второй статьи 57 Трудового кодекса Российской Федерации трудовая функция (работа в должности в соответствии со штатным расписанием, профессией, специальностью с указанием квалификации; конкретный вид поручаемой работнику работы) является одним из обязательных для включения в трудовой договор условий. Пунктом 1 части 2 статьи 23 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрено то, что медицинские работ-

ники обязаны оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями. Согласно статье 91 ТК РФ, работник должен исполнять трудовые обязанности в рабочее время, а также в иные периоды времени, которые в соответствии с Трудовым кодексом РФ, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации относятся к рабочему времени. При этом рабочее время должно быть оплачено в соответствии с положениями Трудового кодекса РФ.

Таким образом, врач должен выполнять должностные обязанности, предусмотренные его должностной инструкцией, составленной исходя из трудовой функции, в рабочее время, которое оплачивается согласно Трудовому кодексу РФ.

В целях защиты своих прав, по нашему мнению, в первую очередь, нужно обратиться с письменным заявлением к работодателю (руководителю медицинской организации) и в представительный орган работников (профсоюз). В случае неурегулирования трудового спора на локальном уровне вы можете обратиться в Государственную инспекцию труда, уполномоченную осуществлять государственный надзор за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, в порядке, определенном постановлением Правительства РФ от 01.09.2012 № 875 либо к Учредителю медицинской организации, уполномоченному осуществлять ведомственный контроль.

Нам часто задают вопрос: как вступить в Национальную медицинскую палату?

НМП объединяет юридические лица – территориальные и профессиональные (по врачебной специальности) некоммерческие организации. Врач определенной специальности фактически может входить в две организации одновременно, например, в местное общество хирургов, которое объединяется с общероссийским обществом хирургов, и в территориальную медицинскую организацию, объединяющую врачей разных специальностей. Такое двойное членство признано во всем мире. В регионе врачу достаточно вступить в организацию, которая входит в Национальную медицинскую палату. Информация об организациях, которые уже являются членами Палаты, представлена на сайте – www.nacmedpalata.ru