

БЮЛЛЕТЕНЬ



НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ



Национальная медицинская палата повлияет на систему ОМС

Стр. 3



Опыт немецкой независимости для российских экспертов

Стр. 4



Как судят медицинских работников

Стр. 11

Сегодня только ленивый не ругает наше здравоохранение. Достается всем – министру, Минздраву, главным врачам, попутно и самим врачам. Здравоохранение сейчас переживает не самые лучшие времена, удовлетворенность медицинской помощью населения невысока. Главный вопрос – не кто виноват, а что делать? Именно поиску практических решений проблем российского здравоохранения посвящен Внеочередной съезд НП «Национальная медицинская палата». Накануне его проведения мы поговорили с нашими экспертами об актуальных проблемах отрасли, которые планируется обсудить в рамках повестки дня мероприятия.

СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНА – БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ?

Н.А. Кравченко, профессор, д.м.н., главный научный сотрудник НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Первого Московского государственного университета им. И.М. Сеченова, А.В. Рагозин, к.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Первого Московского государственного университета им. И.М. Сеченова:

– Современный страховой рынок России в силу своей незрелости, низкой капитализации, неразвитости сети страхового сервиса и управления рисками, низкой рентабельности и ограниченности источников развития не способен обеспечить «конкурентное рисковое» ОМС, что подтверждается многолетним практическим опытом его прототипа – рынка ДМС. Попытки реализации «конкурентного рискового» ОМС в этих условиях:

- связаны с высокими рисками банкротств и невыполнения страховщиками делегированных им государством обязательств по оплате медицинской помощи населению;
- неизбежно приведут к росту прямых и косвенных издержек системы ОМС;
- увеличат нагрузку на врачей медицинских организаций;
- ухудшат условия обслуживания застрахованных;
- усилят уже имеющийся место монополизм рынка ОМС;
- создадут целый ряд новых трудно прогнозируемых рисков и проблем.

Наиболее целесообразным представляется отказ от т.н. «конкурентной рисковогой» модели в пользу т.н. модели «единого плательщика» с исключением из системы

ОМС страховых медицинских организаций и возложением на ФФОМС функции единственного страховщика, как это и предусмотрено Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ. При этом территориальные фонды ОМС превращаются в филиалы ФФОМС, что позволит:

- создать эффективную вертикаль управления системой ОМС;
- сократить неэффективные расходы, связанные с посреднической нестраховой деятельностью страховых медицинских организаций;
- повысить консолидацию рисков ОМС и увеличить централизацию управления ими;
- гарантировать сохранность средств системы ОМС и выполнение ее обязательств;
- расширить возможности маневра средствами системы ОМС, что важно в условиях развивающегося финансово-экономического кризиса;
- создать условия для повышения доходной части бюджета ОМС за счет расширения возможностей централизованного инвестирования резервов;
- упростить как общий документооборот системы ОМС, так и документооборот и административные расходы ЛПУ, связанные с необходимостью обслуживания большого числа договоров со страховыми медицинскими организациями.

Алексей Старченко, руководитель Национального агентства по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе:

– Некоторые считают, что систему ОМС надо уничтожить, а я считаю, что ее нуж-

но совершенствовать. Если мы перейдем к бюджетной системе финансирования, то медицинские учреждения умрут, поскольку не получат ничего. В 1991 году ОМС возникло как дополнение к бюджетному финансированию, и 90-е годы нам показали, что, когда бюджеты начали разворовывать и медицинские организации не получали денег, наше здравоохранение выжило только за счет ОМС. Потому что в системе ОМС ни территориальный фонд, ни страховая компания не имеют права направить деньги никуда, кроме медицинской организации.

Если мы перейдем к абсолютно рисковому, т.е. частному страхованию, когда страховой полис приобретается гражданами за деньги по желанию, то лечебные учреждения тоже ничего не получат, потому что медицинская страховая компания, которая взяла деньги у пациента, будет стараться максимально удерживать их у себя.

Но, конечно, систему ОМС, которая возникла более 20 лет назад, давно пора реформировать. В нее надо вводить элементы рискового страхования. Была придумана система «ОМС +», и в ней есть рациональное зерно. За деньги граждане приобретают услуги, не входящие в программу госгарантий, например, визит невролога или травматолога на дом. При этом покупатель такого полиса не оплачивает всю услугу, потому что взаимодействие специалиста и пациента уже оплачено в системе ОМС обычным приемом, он оплачивает только перенос визита на дом. Если бы были такие программы, то даже не при 100%-ном охвате мы привлекли бы дополнительные финансы в сферу здравоохранения.

Следующий момент – роль страховых компаний сегодня. Кому они нужны? Прежде

всего, пациентам. Сегодня страховщиков нередко называют финансовым игром, хотя в 2014 году они оштрафовали ЛПУ на 0,2% от объема средств, которые получили лечебные учреждения – это не игро. И контроль за лечебными учреждениями, выявление дефектов – необходимы. Я считаю, нужно внести в закон об ОМС поправку, позволяющую страховой компании в досудебном порядке возместить пациенту материальный ущерб. Надо законодательно обязать ее провести экспертизу, которую затем утверждает территориальный фонд ОМС. И если допущены дефекты в лечении, по решению фонда, средства изымаются из финансирования учреждения и передаются пациенту. Если больница не согласна с решением фонда, то она будет судиться со страховой компанией, а не с пациентом. Так мы исключим прямое взаимодействие врача и недовольного пациента – это нормализует систему отношений «врач-пациент».

И сегодня страховые компании, как это ни странно звучит, нужны практическим врачам. Во время экспертной деятельности профессионал-врач разговаривает с профессионалом-врачом из страховой компании. В моей практике был не один случай, когда заключения экспертов из страховых компаний избавляли врачей от уголовной ответственности. Если мы уберем страховые компании из этого процесса, то кто будет представлять интересы недовольного пациента? Прокурор. Поскольку тогда пациенты сразу будут обращаться в следственный комитет или прокуратуру. Разговоры с прокурором, как показывает практика, жизненно опасны для врачей. И страховая медицина сегодня – это гарантия цивилизованных гражданско-правовых отношений при рассмотрении споров.

САМОРЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ

Сергей Дорофеев, вице-президент НП «Национальная медицинская палата», заместитель председателя комитета ГД по охране здоровья, председатель правления Общественной организации «Новосибирская областная ассоциация врачей»:

– Первая и самая главная проблема перехода к саморегулированию – еще не все врачи понимают необходимость и целесообразность этого перехода. Вторая проблема – наши профессиональные и общественные организации, и территориальные, и профильные, еще не совсем окрепли и сформировались. И, в-третьих, безусловно, все медицинское

сообщество должно научиться принимать решения и нести за них ответственность. Врач и медицинское сообщество долгое время не принимали решения, в лучшем случае, просили. Теперь мы можем изменить эту ситуацию.

Я считаю, что, прежде всего, важно дать медицинским работникам возможность самоуправления, и только после этого переходить к закону о саморегулировании. Закон написать можно, но плохо, когда он написан и не исполняется. Еще хуже, когда закон вредит системе.

Самоуправление же подразумевает даже более широкие возможности, чем предус-

мотрены в 76-й статье ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан». На мой взгляд, самое правильное сейчас – идти по пути развития 907-го постановления Правительства РФ. Его суть в том, что государство готово передать часть своих полномочий в сфере охраны здоровья или наделить определенными полномочиями общероссийское медицинское объединение, которое будет состоять из территориальных медицинских организаций. Надо научиться пользоваться этими полномочиями.

Во-первых, медицинское сообщество должно принимать непосредственное участие в аккредитации специалистов, что, по сути,

является шагом к допуску в профессию. Требуется еще отработать саму процедуру допуска к профессии, чтобы профессиональное сообщество принимало в нем непосредственное участие. Медикам необходимо научиться заниматься страхованием профессиональных рисков – у нас пока крайне маленькая практика в этой области. Необходимо нарабатывать опыт в разработке и утверждении клинических рекомендаций и протоколов лечения, проведении независимой медицинской экспертизы.

Продолжение читайте на стр. 2

САМОРЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ

Окончание. Начало на стр. 1

И главное – необходимо добиться, чтобы у нас была одна общероссийская медицинская организация, соответствующая критериям постановления №907 нашего правительства. Считаю, что сегодня возможно продумать вариант, чтобы членство врачей в территориальных медицинских палатах было обязательным, тогда у нас будет по-настоящему единая организация. Не может быть в стране много организаций, которые работают по разным принципам и с разными целями. У нас одна цель – оказывать качественную медицинскую помощь и заботиться о том, чтобы у врача были достойные условия работы. НМП – крупнейшее объединение медиков в стране, готовое идти навстречу всем профессиональным сообществам.

Наталья Аксенова, вице-президент НП «Национальная медицинская палата», председатель СРОО «Врачебная палата Смоленской области»:

– Для того чтобы плавно перейти к саморегулированию отрасли, необходимо было

предпринять ряд шагов, которые были сделаны Национальной медицинской палатой. Первое – проработать вопрос о страховании ответственности врача. Вопрос непростой, но сейчас мы уже готовы к его решению. Второй важный шаг – наладить систему досудебного урегулирования споров между врачом и пациентом. Создать сеть третейских судов в сфере здравоохранения, где будут рассматриваться вопросы, которые не удалось решить с помощью процесса медиации. Также сейчас Нацмедпалатой запущены пилотные проекты по независимой медицинской экспертизе. Все эти меры должны были быть опробованы на практике.

Сейчас уже более 70 субъектов РФ являются членами НМП. И сегодня уже ничего не мешает тому, чтобы эта мощная организация стала саморегулируемой. Необходимо лишь некое политическое решение Минздрава РФ (совместное с органами власти), чтобы каждый врач России стал членом этой медицинской организации. И тогда все будут нести ответственность друг за друга, исчезнут ра-

спри, окрепнет доверие между пациентами и врачами.

Я считаю, что не надо сейчас создавать отдельный закон по СРО в здравоохранении, достаточно внести изменения в существующий закон, где отдельными пунктами или отдельной статьей необходимо прописать то, как саморегулирование должно выглядеть в нашей отрасли – это будет наиболее быстрый и эффективный путь. Закон по саморегулированию должен быть один для всех.

Дамира Сабирзянова, президент Некоммерческого партнерства «Национальная медицинская палата Республики Башкортостан»:

– В рамках регламента статьи 76 Закона №232-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и постановления Правительства РФ от 10 сентября 2012 года № 907 «Об утверждении критериев, при соответствии которым медицинским профессиональным некоммерческим организациям может быть передано

осуществление отдельных функций в сфере охраны здоровья граждан в РФ» на сегодняшний день можно смело утверждать, что функции саморегулирования в здравоохранении в части проведения аттестации своих специалистов профессиональными ассоциациями, объединяющимися в некоммерческие партнерства, Палата может взять на себя. Но приказ Минздрава России от 23 апреля 2013 года №240н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории» противоречит указанным нормативным актам, однако в то же время дает возможность регионам самим заниматься формированием территориальных аттестационных комиссий. На заседании Координационного совета Минздрава РФ и Совета Палаты было предложено передать формирование профессиональных аттестационных комиссий профильным ассоциациям, входящим в состав Палаты.

Вопрос назначения внештатных главных специалистов также имеет стратегическое значение. Это первый шаг к тому, чтобы медицинское сообщество выдвигало своего специалиста по профилю.

ПРОБЛЕМЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Олег Нагибин, председатель Рязанской региональной общественной организации «Врачебная палата»:

На мой взгляд, основная проблема нашего здравоохранения сегодня – невысокая удовлетворенность населения уровнем оказания медицинской помощи. Наиболее актуально это для наших поликлиник. Подавляющее количество граждан впервые встречается с врачом именно в поликлинике, где ставится первый диагноз и назначается лечение. Именно от качества оказания медицинской помощи в поликлинике, амбулатории, консультации зависит удовлетворенность нашего населения медициной в целом.

Максимальное количество жалоб пациентов связано с очередями, невозможностью попасть на прием к специалисту, в короткие

сроки пройти определенный вид исследования. Проблема эта возникла не вчера. Она накапливалась больше десятка лет, потому что порождена теми процессами, через которые прошла наша страна в начале 90-х годов.

К сожалению, практика, которая складывалась годами, сегодня приносит горькие плоды. Участковые терапевты фактически превратились в диспетчеров. Их задачей стало выписать направление на анализы, обследование, консультацию. Пациенты полностью утратили доверие к участковому, называя его не иначе как «доктор-ОРЗ», «врач по больничному». Сегодня все хотят лечиться у специалистов. И таких пациентов в очередях к врачам узких специальностей – больше 50%. А ведь базовая подготовка терапевта по

наиболее распространенным заболеваниям должна быть ничуть не хуже, чем у узкого специалиста. Разве участковый врач не знает, как лечить гастрит, бронхит, остеохондроз? Они обучены, имеют право и должны лечить любое заболевание. Там же, где от врача требуются специфические знания и умения, несомненно, необходима консультация узкого специалиста. К вышеописанным проблемам прибавился и кадровый дефицит. Врачей в поликлиниках часто просто не хватает. Практически все работают больше чем на ставку. Дефицит специалистов делает невозможным плановое повышение квалификации медицинского персонала. Где медикам найти время и силы на качественное, современное, профессиональное развитие, когда их буквально заедает «текучка»? Так и получается, что врачи опираются лишь на ту базу знаний, которая была получена 15-20 лет назад еще в институте.

Для решения этих проблем в первую очередь необходимо насытить первичную сеть молодыми, свежими кадрами. На всех уровнях – от федерального до муниципального – нужно продолжить работу по привлечению и закреплению выпускников медицинских университетов на уровне поликлиник. Должны работать долговременные программы по устранению кадрового дефицита. Молодые доктора должны ощущать постоянную заинтересованность.

И второе – крайне важно вернуть доверие пациента к своему участковому доктору (терапевту, педиатру, врачу общей практики). Это должно быть сделано, в том числе, и с помощью средств массовой информации. Необходимо наделить врача новыми, современными знаниями и умениями для лечения большинства патологий. Это большая сложная работа. Мало обучить врача, важно вернуть его авторитет, его высокое имя.

ПРОБЛЕМЫ МАЛЫХ ГОРОДОВ

Евгений Костюшов, главный врач Сертоловской центральной городской больницы Ленинградской области, председатель Комитета по здравоохранению Союза малых городов РФ:

– В малых городах и селах, в основном, оказывается первичная медико-санитарная помощь, которая является первым редутом защиты человека от более серьезных проблем со здоровьем. Говоря о проблемах здравоохранения в малых городах, мы отмечаем три основных вопроса – недостаточное финансирование, дефицит кадров и слабость материально-технической базы. Что делать?

Прежде всего, нужны серьезные изменения в экономической модели финансирования здравоохранения. Система ОМС сегодня не выдерживает никакой критики. Если доходы страховых компаний складываются из штрафов медицинских учреждений, то о какой эффективности системы может идти речь? Это не страховая, а штрафная медицина. Нужен переход на бюджетно-государственную систему финансирования отрасли, где будет строгий учет денег, выделенных ЛПУ, и строгая отчетность.

Во-вторых, мы говорим о дефиците кадров. Здесь нам необходимо менять организационную структуру оказания медпомощи в малых городах. Мы нередко на «узких» специалистов возлагаем те обязанности, которые во многих странах мира выполняют парамедики. Учитывая то, что в малых городах оказывается, в основном, первичная медико-санитарная помощь, нам необходимо развивать офисы врачей общей практики. Нужно переходить на стационарзамещающие технологии: стационары дневного пребывания, стационары на дому, амбулаторную хирургию. При этом объем оказания медицинской помощи в круглосуточных и дневных стационарах должен быть одинаков. Ведь что делает в круглосуточном стационаре пациент, который не нуждается в постельном режиме, после 15 часов дня? Просто ждет следующих суток для проведения процедур. По данным статистики, в круглосуточном пребывании в больницах нуждаются не более 10% пациентов. Необходимо учитывать и менталитет жителей малых городов, которые имеют подсобные хозяйства и не хотят отрываться на несколько суток от дома. Большому рациональнее было бы находиться не в больнице, а дома. Это не только разумное использование кадров, но и огромная экономия средств, которые, кстати, можно направить на развитие материально-технической базы ЛПУ.

И конечно, мы должны уделить внимание социальной защищенности медицинских работников в малых городах, чтобы к нам ехали врачи. На сегодня ее недостаточно. Пока мы не изменим организационную структуру здравоохранения России (и в малых городах, в частности), мы так и будем испытывать эти проблемы.

ВОПРОСЫ АККРЕДИТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Евгений Шляхто, вице-президент НП «Национальная медицинская палата», президент Российского кардиологического общества:

Вопросы аккредитации медицинских работников – это для нас новая проблема, и она сегодня активно обсуждается в профессиональном сообществе. Окончательное решение по этому вопросу еще не принято. Высказывается предложение об интеграции Государственной итоговой аттестации (ГИА) и первичной аккредитации специалистов, что может быть и удобно с практической точки зрения, но по сути это фактическое совмещение с ГИА. На деле это означает возврат к устоявшейся системе самооценки вузов и колледжей. Высокий риск нарушения принципа объективности, ведь подразумевается, что первичная аккредитация будет 100-процентной. Кроме того, налицо нарушение принципа разделения полномочий. Допуск к профессиональной деятельности дает ВУЗ – сама образовательная организация, которая и занимается подготовкой кадров.

Мне представляется, что рациональным выходом из сложившейся ситуации станет создание независимых аккредитационных комиссий с участием как представителей ВУЗов и научных организаций, которые занимаются вопросами подготовки кадров, так и профессиональных медицинских сообществ. Естественным станет и участие в работе таких комиссий представителей работодателей.

Профессиональная общественная организация – это важное звено между ВУЗом и работодателем в аккредитационной оценке специалиста. Только общественные организации, объединяющие лучших специалистов в отрасли, могут определить какими именно навыками и умениями должен об-

ладать специалист. Профессионально-общественные организации участвуют в непрерывном медицинском образовании, разрабатывают клинические рекомендации и профессиональные стандарты, постоянно обновляют их, а значит должны сразу обновляться и контрольно-измерительные материалы для тестирования при аккредитации. Мы видим, как быстро появляются и внедряются в практику новые знания. Поэтому вся система аккредитации должна быть гибкой. Именно профессионально-общественные организации должны определять соответствие аккредитуемых специалистов профессиональным стандартам. Вот почему постоянный анализ контрольно-измерительных материалов (тестов) для аккредитации и формирование экспертных аккредитационных комиссий должны проходить при решающем участии представителей профессиональных сообществ. Они должны быть представлены в составе экзаменационных и апелляционных комиссий, участвовать в формировании «банков» тестов и стратегии использования контрольно-оценочных средств. Сама процедура как первичной, так и повторной аккредитации должна проходить при непосредственном участии работодателей.

Надо подчеркнуть, что аккредитация для нас – дело новое, в котором необходима интеграция систем здравоохранения и образования. Общность их целей будет способствовать повышению профессионального уровня специалистов. Никакая система, тем более в медицинской сфере, не может создаваться на века. Она должна оперативно обновляться в соответствии с вызовами времени, отрасли и экономики в целом.

ТЕРРИТОРИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ



НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА ПОВЛИЯЕТ НА СИСТЕМУ ОМС

Национальная медицинская палата заключила соглашение с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. Соглашение поможет предотвратить конфликты между страховщиками и медицинскими организациями.

Не секрет, что деятельность страховых компаний, работающих в системе ОМС, вызывает много нареканий у представителей медицинского сообщества. По мнению президента НМП Леонида Рошаля, медицинскому сообществу пора серьезно подумать об эффективности существующей в России системы медицинского страхования и о роли страховых компаний. Для того, чтобы в сложившихся условиях влиять на наиболее важные решения в этой области и совместными усилиями добиваться совершенствования системы обязательного медицинского страхования, НП «Национальная медицинская палата» и Федеральный фонд обязательного меди-

цинского страхования заключили соглашение о сотрудничестве, которое, по мнению подписавших его сторон, послужит совершенствованию механизмов работы в системе ОМС.

«Заключение соглашения с ФОМС – это очередной шаг Палаты, направленный на расширение сферы влияния медицинского сообщества на решения, принимаемые государством по регулированию деятельности системы здравоохранения», – говорит руководитель аппарата Нацмедпалаты **Владимир Семенов**.

Среди основных направлений сотрудничества в соглашении указаны: совершенствование базовой программы обязательного

медицинского страхования, развитие профилактической направленности базовой программы ОМС, совершенствование модели клинико-статистических групп по программам ОМС и правил ОМС.

Также Палата будет принимать участие в работе над нормативными актами по обеспечению и контролю качества оказания медицинской помощи.

«Соглашение с ФОМС сегодня очень важно для медицинского сообщества, поскольку активная работа профессионалов в этой сфере позволит учитывать интересы не только застрахованных граждан, но и медицинских организаций, а также сделает саму систему более эффективной», – считает Владимир Семенов.

В частности, одной из актуальных задач сегодня, по его мнению, является совершенствование модели клинико-статистических групп по программам ОМС – новой для России формы оплаты медпомощи, которая широко распространена в Европе. В данном вопросе просто необходимо мнение профессионального сообщества при подготовке этих документов для правильности

группировки нозологий, оценки стоимости лечения и т.п.

«Сегодня ФОМС – это, по сути, «министерство финансов системы здравоохранения». И участие в подготовке проектов нормативных правовых актов в системе ОМС – это возможность предотвращения конфликтов в системе здравоохранения между страховщиками и медицинскими работниками, – убежден Владимир Семенов. – В соответствии с соглашением, НМП еще на подготовительном этапе может высказывать мнение по этим документам, а также принимать участие в совершенствовании правил и тарифов».

До настоящего момента медицинское сообщество могло давать рекомендации только в рамках соглашения между Минздравом России и Национальной медицинской Палатой. Владимир Семенов, в частности, напомнил о приказе ФОМС по штрафным санкциям. Теперь, благодаря соглашению с ФОМС, члены НМП будут привлекаться в состав рабочих групп, комиссий и иных органов, создаваемых Фондом. Также будет создан координационный совет по взаимодействию ФОМС и НМП.

«Система оплаты медицинской помощи – основной инструмент финансового управления отраслью со стороны государства. Возможность медицинского сообщества высказать свое мнение при разработке правил, единиц измерения, стоимости оплаты медпомощи позволяет повысить эффективность использования ограниченных ресурсов, ответственность медицинских организаций за их использование в разы», – убежден **Владимир Семенов**.

Таким образом, соглашение позволит медицинскому сообществу на ранних стадиях участвовать в процессе внесения изменений в систему финансирования и контроля медицинской помощи. Региональные медицинские объединения также смогут принимать активное участие в работе территориальных фондов ОМС, заключая подобные соглашения на уровне субъектов РФ.

Соглашение заключено на три года с возможностью дальнейшей пролонгации.

САМОРЕГУЛИРОВАНИЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В середине апреля в Государственной Думе прошли парламентские слушания по теме «Саморегулирование деятельности медицинских профессиональных некоммерческих организаций».

По их итогам депутаты Госдумы и эксперты в сфере здравоохранения рекомендовали Кабинету министров РФ до 1 июля 2015 года разработать порядок передачи отдельных функций в сфере здравоохранения медицинским профессиональным некоммерческим организациям. По информации пресс-службы Госдумы, депутаты также рекомендовали Минздраву до конца первого полугодия 2015 года утвердить концепцию системы саморегулирования профессиональной деятельности медработников, поскольку действующий сегодня закон о СРО не учитывает специфики здравоохранения.

В большинстве стран профессиональной, то есть лечебной, деятельностью управляют саморегулируемые организации врачей. Они осуществляют допуск к профессии, занимаются обучением и повышением квалификации врача, вырабатывают стандарты медицинской деятельности и протоколы лечения, участвуют в урегулировании конфликтов, возникающих по поводу качества медицинской помощи, страхуют случаи причинения вреда пациентам и т.п.

Некоторые эксперты полагают, что организация медицинских СРО в России будет осложнена, пока решится вопрос об обязательном членстве врачей в данных органи-

зациях, который до настоящего времени законодательно не урегулирован.

Вместе с тем, зарубежный опыт показывает, что профессиональные медицинские, общественные объединения во Франции, Германии, Австрии и других странах играют огромную роль в вопросах качества оказания медицинской помощи, потому что государство делегировало им функции, которые касаются непосредственно лечебной деятельности. Участники парламентских слушаний считают, что и в России СРО могли бы заниматься разработкой клинических рекомендаций и протоколов лечения, досудебным урегулированием споров, страхованием профессиональных рисков, заключением соглашений по тарифам на медицинские услуги в системе ОМС, разработкой программ госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи, а также исполнять функции экспертных сообществ.

Наиболее крупным объединением медицинских работников на территории России является Национальная медицинская палата. Она уже сегодня успешно занимается целым рядом вопросов, которые предполагается передать в ведение СРО. Поэтому нецелесообразно ее участие в разработке концепции по саморегулированию.



На первом этапе реализации концепции (2015-2016 годы) Минздравом России предлагается провести мероприятия, направленные на создание условий для организации профессиональных некоммерческих организаций врачей в субъектах Российской Федерации и содействия их организации и развитию.

По итогам первого этапа и с учетом готовности профессионального сообщества во вто-

рой половине 2016 года планируется определить перечень отдельных функций, которые могут быть переданы некоммерческим профессиональным организациям врачей (их ассоциациям, союзам), подготовить предложения по совершенствованию законодательства на федеральном и региональном уровнях. На этой основе будет разработан план мероприятий по реализации концепции на 2017 год.

АКТУАЛЬНО

Опыт немецкой независимости для российских экспертов

Независимая медицинская экспертиза в России – какой она будет?

Пациенты считают, что их лечат неверно и врачи допускают ошибки – суды полнятся справедливыми и несправедливыми жалобами от пациентов. Врачи, напротив, считают, что делают все возможное для лечения и недовольны несправедливыми обвинениями. Но обе стороны едины во мнении, что решение конфликтов в суде, скорее, неэффективно: суды длятся годами, стоят многих нервов и денег обеим сторонам конфликта, а судебные решения иногда вызывают критику.

В Национальной медицинской палате (НМП) считают, что решить эту проблему отчасти сможет независимая медицинская экспертиза, цель которой – предоставить пациенту или врачу заключение о наличии причинно-следственной связи между действиями медицинских работников и ухудшением состояния здоровья пациента (в том числе, до этапа судебного разбирательства).

Напомним, что, согласно ч. 3 ст. 57 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», граждане имеют право на проведение независимой медицинской экспертизы в порядке и в случаях, которые установлены положением о независимой медицинской экспертизе. Самого положения пока еще нет, над ним активно работает НМП. Сейчас пока не прописан порядок, нет инструментов, механизма реализации этой статьи.

Национальная медицинская палата получает первый опыт, который позволит решить многие законодательные и организационные вопросы применения на практике такого общественного института как независимая медицинская экспертиза. Для этого в трех областях России – Московской, Смоленской и Липецкой – будет реализован разработанный Национальной медицинской палатой пилотный проект по применению независимой медицинской экспертизы. Проект разработан на основе немецкой модели урегулирования споров между врачом и пациентом.

В Москве состоялся совместный семинар Национальной медицинской палаты и Врачебной палаты земли Северный Рейн-Вестфалия (Германия) посвященный этой теме. Президент Верховного суда Врачебной палаты земли Северный Рейн-Вестфалия, доктор юридических наук **Ганс Дитер Лаум** рассказал об основах, принципах и результатах работы комиссии по врачебным ошибкам. В Германии работа комиссии давно отлажена, она функционирует с 1975 года, и, на данный момент, ежегодно разбирает более 2200 заявлений. Важно, что создание этой комиссии произошло исключительно по инициативе врачей-членов немецкой Палаты. Решения комиссии не являются обязательными для исполнения, но дают экспертную оценку конкретного медицинского случая, позволяя выявить, была ли совершена врачом ошибка. Таким образом значительно снижается нагрузка на суды – 90% конфликтов удается урегулировать в досудебном порядке. Это притом, что комиссия выявляет около трети (32%) лечебных ошибок, весьма критично оценивая деятельность коллег. При этом расходования в решениях комиссии с судебными решениями, если все-таки дело доходит до суда, составляет всего 1%.

Есть и другие положительные результаты работы такой комиссии – данные о рассмотренных случаях сохраняются, и по каждому из них составляется памятка, чтобы врачи стремились избегать ошибок. Об этих случаях рассказывается на занятиях по по-



вышению квалификации, публикуются отчеты по этим ошибкам. Иными словами, преимущества очевидны. Но главный вопрос: удастся ли адаптировать опыт Германии к российской действительности?

Среди российских медиков нет однозначного мнения по целому ряду положений о работе такой комиссии. На семинаре были затронуты и вызвали горячие дискуссии многие спорные вопросы.

ПОЛНАЯ АНОНИМНОСТЬ

Ключевое в понятии независимой экспертизы – объективность. Как подчеркнул д-р Ганс Дитер Лаум, основа для принятия независимого решения – это объективное рассмотрение фактов. Основой для принятия решения является врачебная документация и те объективные данные, которые собрал врач-эксперт. Комиссия по врачебным ошибкам в Германии в большинстве случаев принимает решения на основе документации, но при этом эксперты имеют полную информацию о пациенте и о враче, который проводил лечение. В комиссии по врачебным ошибкам эксперты могут собирать доказательства, а также выслушивать показания сторон и свидетелей. В некоторых исключительных случаях возникает необходимость провести осмотр или обследование пациента, и тогда он должен посетить врача, который готовит экспертизу. Со своей стороны, и пациент, подавший заявку на рассмотрение дела, и противоположная сторона знают о том, кто выступает экспертами – всем вовлеченным в процесс оглашаются их имена.

В НМП решили, что немецкая модель требует некоторой корректировки, и объективность экспертного мнения должна достигаться за счет обезличивности документов, которые поступают экспертам для исследования и составления заключения. Это означает, что эксперты будут готовить свои заключения, рассматривая документы, в которых не указаны участники произошедших событий.

«Я выступаю экспертом качества медицинской помощи в рамках ОМС. Свои экспертизы не подписываю фамилией, именем и отчеством – только номером. Этот номер находится в реестре территориального фонда ОМС города Санкт-Петербурга, – делится своим опытом один из экспертов. – С другой стороны, когда я получаю историю болезни, я получаю ее, естественно, с фамилией, именем и отчеством больного, знаю, что за доктор его лечил, и, соответственно, не являюсь истинно независимым экспертом. Я, как эксперт независимой экспертизы, должен получать обезличенный ме-

дицинский документ. И должен знать лишь факты о лечении».

Технически такую работу сделать не так сложно, и, как планируют в НМП, после поступления жалобы все личные данные будут «очищаться», и всем экспертам будут рассылаться документы уже в обезличенном виде. С таким подходом были согласны не все участники семинара, в частности, немецкие коллеги полагают, что анонимность должна иметь границы разумного.

Однако российские участники семинара были практически единодушны: «Если известны имена, то у врача появляется дополнительная возможность оказать опосредованное влияние на мнение эксперта, которого он лично не знает, но, например, у них есть общие друзья. Такая же возможность есть у пациента, хотя и в меньшей степени». В этом случае они не смогут гарантировать объективности, считают российские эксперты. Стоит отметить, что в Германии при возникновении сомнений в объективности эксперта ему можно заявить отвод, но только до проведения экспертизы. Тем не менее, и немецкие коллеги признают, что в большинстве случаев только на основании предоставленной документации, результатов обследования можно составить объективную картину болезни и правильности лечения.

ПРОТОКОЛЫ, РЕКОМЕНДАЦИИ ИЛИ СТАНДАРТЫ?

Если основой для принятия независимого экспертного решения должна стать медицинская документация, то возникает закономерный вопрос – как ее оценивать? На какие критерии должны опираться эксперты, будут ли их выводы основаны на личном опыте, на клинических рекомендациях, на стандартах или протоколах? По этому вопросу возникает немало дискуссий. Как рассказал **Р. Шэфер**, доктор медицины, председатель Национального комитета по стандартизации в медицине, в Германии необходимое условие – врачебные манипуляции должны быть предметом информирования пациента. Действия врача могут считаться легитимными и допустимыми только в том случае, если пациент до этого получил всю необходимую информацию и согласился с процедурой. Если в документах отсутствуют доказательства, что пациент информирован, то это уже является весомой причиной требовать компенсации за негативные последствия лечения.

Во-вторых, учитывается, существует ли руководство для каждого конкретного случая, поскольку оно есть не всегда. И, наконец,

было ли это руководство предметом дифференциальной диагностики. Ведь перед врачом всегда стоит дилемма – работать по схеме или следовать собственному опыту? Врач должен знать, что несет ответственность за свое решение, но, тем не менее, иметь возможность принимать это решение и обладать свободой в выборе метода лечения, поскольку рекомендации не являются непогрешимыми. «Доказательная медицина дает нам основу для принятия решения. И мне необходимо иметь возможность привести научные доказательства того, что то, что я делаю – правильно. В авиации, например, существует автопилот, но автоматический врач, действующий только по схеме, – я вряд ли смог бы с этим смириться», – отметил доктор Шэфер.

Наконец, документация изучается на соответствие медицинскому стандарту. Речь идет об объективном понятии «халатность» в германском гражданском кодексе. В него также внесен и параграф 630а, где четко прописано, что в обязательном порядке должны соблюдаться медицинские стандарты соответствующей сферы медицины. Это объективный критерий, который уже не зависит от мнения врача. В том случае, если у клиники нет возможности соблюдать стандарт, она должна попросить закрыться. «Мы со стороны медицинского сообщества постарались с помощью руководств описать, что может быть содержанием стандарта. Но эти руководства ни в коем случае не могут охватить все отдельные случаи, все многообразие жизни. И в некоторых случаях возможны отклонения от этих руководств. А в других они просто обязательны для того, чтобы сохранить пациента здоровым», – сказал д-р Шеффер.

Он подчеркнул, что не может дать однозначного ответа на вопрос, какие именно из документов являются определяющими для экспертов комиссии: «При принятии решения руководства и рекомендации надо проверять и соразмерять с действительностью. И между ними в реальности не существует терминологической дифференциации: когда мы говорим о рекомендациях или о руководствах, то как раз под рекомендацией имеем в виду руководство, и наоборот».

Эксперты отметили, что у нас совершенно непоставимые законодательные нормы. По мнению **Олега Родина**, адвоката Московской областной коллегии адвокатов, члена ассоциации медицинских юристов, в ФЗ об «Об основах охраны здоровья граждан» внесено обязательное соблюдение стандартов. И суды при принятии решений как раз и ориентируются на то, соблюдены ли стандарты. «Но у нас всего 17% охвачено стандартами, и стандарты эти, прежде всего, медико-экономические. Клинические протоколы более информативны, приближены к жизни. Медики работают всегда в условиях обоснованного риска. А что такое обоснованный риск? Тот, который определен нуждами здоровья пациента и потребностями медицинского вмешательства. Как можно стандартизировать искусство? А в результате использования стандартов мы лечим болезнь, а не больного, поэтому при принятии решений надо ориентироваться именно на клинические рекомендации, а не нарушать правила медицины, которые сформированы тысячами лет», – отметил Олег Родин.

Это мнение поддерживают и другие эксперты. «У стандартов есть еще и подводные камни, – сказал один из участников семинара. – Стандарты посвящены какой-то отдельной нозологии, многие из них устарели. Например, стандарт оказания медицинской помощи при остром инфаркте миокарда вышел в 2005 году, а многие препараты для лечения появились позже. Нас вынуждают

придерживаться этого стандарта – это неправильно. Какой тут выход? Если ориентироваться на федеральный закон, то, вероятно, нужно совершенствовать систему стандартов, создавать модульные стандарты, чтобы появлялся индивидуальный стандарт для каждого пациента – с учетом сочетания патологий. Или второй вариант – придерживаться только клинических рекомендаций и протоколов, которые, как правило, являются более узкоспециализированными документами и быстро обновляются научным сообществом. А стандарты учитывать только при элементах медико-экономической экспертизы. Это было бы, наверное, правильнее».

Однако с такой точкой зрения согласны не все эксперты. Например, **Алексей Старченко**, член правления «Лиги пациентов», доктор медицинских наук, юрист, считает, что нам будет сложно принять германскую модель, которая в большей степени опирается на руководства и рекомендации: «Мы не можем сейчас отказаться от понятия стандарт. Почему? Потому что наш опыт работы с врачами, которых обвиняют, показывает, что наши врачи в ряде случаев лишены лекарственных препаратов, медицинского оснащения. И единственный документ, который заставит менеджера здравоохранения обеспечить лечащего врача этими лекарствами и этим оснащением – это стандарт. Не будет стандарта, никакими рекомендациями мы не заставим главврача закупить лекарства и оснащение для обеспечения работы лечащего врача, стандарт – это очень важный нормативный документ». По мнению Старченко, порядок оказания медицинской помощи – это очень общий документ, который посвящен, например, всему акушерству. А клинические рекомендации – очень узкий документ, посвященный какой-то конкретной нозологической форме, который выписывает все проблемы дифференциального диагноза. И уже этот документ должен быть положен в основу и порядка, и стандарта. «Порядок обяжет организовать этапы, стандарт обяжет обеспечить лечащего врача, который работает по протоколу, тем, что в нем написано. Вот такой треугольник, выстроенный четко, обеспечит нам оказание медицинской помощи. И он же обеспечит нам контроль».

Президент НМП **Леонид Рошаль**, подытоживая высказанные мнения, подчеркнул: «Мы не можем лечить по стандартам. Мы должны лечить по клиническим рекомендациям и протоколам. Сейчас Минздрав повернулся лицом к этому вопросу – создается много клинических протоколов и рекомендаций. Причем, участвует в их разработке не исполнительная власть, а профессиональные организации, те, кто лечит. Дальше мы сделаем следующий шаг, мы их обсчитаем экономически – сколько и на что нужно для их выполнения. Но оценивать работу врача, лечение по медико-экономическим стандартам мы не можем».

Еще один «тонкий» момент – как поступать в тех случаях, когда врач отказывается предоставить документацию для рассмотрения экспертной комиссии. Даже в Германии, где врач в обязательном порядке является членом Врачебной палаты, он не обязан предоставлять документы комиссии. Однако пациент имеет право ознакомиться с этими документами и может затребовать их копию. Если врач отказывается предоставлять материалы, то пациент может подать в суд. Кроме того, врач обязан отвечать на запросы экспертной комиссии. Если такого не происходит, то на имя председателя Врачебной палаты направляется письмо, уведомляющее палату о том, что врач не отвечает на запросы комиссии, и он получает прямое указание от председателя Врачебной палаты. В России, где членство медиков в общественной организации пока добровольное, нет механизмов, которые могли бы заставить врача сотрудничать. Но члены НМП надеются, что данный вопрос будет законодательно урегулирован в положении

о независимой медицинской экспертизе. Да и к тому же сами врачи будут заинтересованы в объективном экспертном заключении.

КТО ОПЛАЧИВАЕТ НЕЗАВИСИМОСТЬ?

Один из самых спорных вопросов, который не мог не возникнуть при обсуждении независимой медицинской экспертизы – вопрос финансирования. В Германии часть расходов на работу комиссии компенсируется за счет членских взносов во Врачебную палату – 60% финансирования идет из нее. Оставшиеся 40% перечисляются страховыми компаниями, которые платят комиссии за расследование каждого конкретного случая 700 евро – вне зависимости от того, позитивное или негативное решение принято комиссией.



Для пациентов и врачей, которые обращаются в эту комиссию за экспертной оценкой – процедура бесплатна. Но в Германии принципиально иная система страхования. Там страховые компании страхуют профессиональную ответственность врача и его риски, в России же в гражданско-правовом поле ответственность за работника несет медорганизация – юридическое лицо. Кроме того, в Российской Федерации нет закона, который предусматривал бы выплату страховыми компаниями денег за досудебное урегулирование конфликта между врачом и пациентом – все пути ведут в суд.

Немецкие коллеги считают, что в предложенных условиях хотя бы на начальной стадии имеет смысл государственное финансирование подобных комиссий, поскольку их создание может существенно упростить и удешевить многие процессы государственного уровня. Однако в условиях недофинансирования отрасли такое предложение не выглядит легко исполнимым.

В НМП предлагают решить эту проблему простым способом – кто заинтересован в получении экспертного заключения от медицинского сообщества, тот и оплачивает работу комиссии. «С другой стороны, мы должны подойти к этому вопросу и с социальной точки зрения. Могут подавать заявки люди, которые не способны оплатить взнос, значит, будем изыскивать возможности обслуживать их бесплатно», – подчеркнул **Леонид Рошаль**. Пока еще не определен размер этого взноса, к тому же предполагается, что первые комиссии будут работать на общественных началах. Уже сейчас среди экспертов НМП есть специалисты, которые готовы взяться за такую общественную работу. По расчетам НМП, каждый из экспертов на общественных началах может проводить 2-3 экспертизы в год. Однако со временем поток заявок будет расти, и возникнет необходимость финансировать работу экспертов.

Предложение об оплате работы комиссии за счет заявителей (а основными заявителями рассмотрения дел выступают пациенты) вызывает множество вопросов и дискуссий.

Например, будут ли готовы пациенты платить за решение комиссии, даже если оно будет в их пользу, но при этом не является обязательным для исполнения и обязывающим врача или клинику выплатить ущерб? «Право на судебную защиту – конституционно, и его никто не отменял. Пациент получает заключение в свою пользу, обращается в суд. Но будут ли эти издержки на проведение экспертизы относиться в разряд процессуальных издержек и возмещаться с проигравшей стороны? Только в этом случае пациенты будут платить», – считает один из экспертов-адвокатов. По ее мнению, с точки зрения целесообразности заключений экспертизы в досудебном или внесудебном порядке, их можно рассматривать только в тандеме со страховым возмещением: «Как представитель клиента, я не порекомендовала бы обращаться за этим заключением, понимая, что все равно при-

дется обращаться за возмещением в суд, заплатить аналогичную сумму денег (а может быть, и больше), и, учитывая позицию судов о назначении в преимущественном количестве случаев судебной экспертизы, платить в итоге дважды».

Другие участники конференции полагают, что если решения независимой экспертизы носят рекомендательный характер, то ее нельзя рассматривать как комиссию, которая создается для суда, как «штампующую решения» для последующих судебных разбирательств. **Благодаря работе экспертов заявитель получит на руки профессиональное экспертное мнение по конкретному медицинскому вопросу, которое поможет ему сориентироваться в том, какие шаги предпринимать в дальнейшем – обращаться в суд или урегулировать конфликт в досудебном порядке. Но самое главное – установить истину, были ли в его лечении допущены ошибки.**

«Пациенту не всегда нужны деньги. Пациенту нужно нормальное доброе отношение и знать, было ли сделано все возможное для его лечения», – считает **Наталья Аксенова**, президент Врачебной палаты Смоленской области.

Алексей Старченко полагает, что необходимо внести в закон об ОМС поправку, позволяющую страховой компании, которая и сейчас обязана защищать интересы пациента, в досудебном порядке возместить ему материальный ущерб. И это будет уже не право страховой медорганизации, а ее обязанность перед законом. Появится система действенной досудебной экспертизы, и пациенты будут заинтересованы в такой экспертизе и даже готовы платить за ее проведение.

На начальном этапе, пока экспертная комиссия будет работать на общественных началах, НМП решила немного сузить рамки проводимой экспертизы – рассматриваться будут медицинские случаи, которые уже раньше рассматривались иными экспертными комиссиями, т.е. экспертиза будет пока вторичной, а не первичной, как в Германии.

«Времени на раскачку нет. Сроки очень жесткие. Надо двигаться вперед. Потом, когда опыт будет накоплен, мы сможем внести коррективы в эту систему», – отметил **Леонид Рошаль**.

ПРИМУТ ЛИ В СУДЕ?

Несмотря на то, что независимая медицинская экспертиза не рассматривается большинством экспертов как экспертиза, готовящая заключения для последующих судебных разбирательств, как показывает статистика комиссии по врачебным ошибкам при земельной врачебной палате Северного Рейна, 10% пациентов идут в суд после того, как получили на руки решение комиссии. При этом суд может затребовать документацию экспертной комиссии. Как правило, заключение суда предоставляет та сторона, которая в его оглашении заинтересована. Если суд сочтет необходимым, он назначает свою экспертизу, и, как показывает практика, всего лишь в 1% случаев наблюдаются расхождения с выводами комиссии по врачебным ошибкам.

И в РФ пациент, получив на руки заключение экспертной комиссии, может обратиться в суд. Но насколько наши суды будут готовы принимать к рассмотрению заключения такой комиссии? Мнения судей, присутствующих на конференции, разнятся. «Если истец, пациент, придет в суд и попросит приобщить заключение экспертной комиссии, то мы не откажем ему и будем расценивать это заключение, как одно из доказательств по делу. Но сам факт приобщения к материалам дела этого экспертного заключения отнюдь не гарантирует, что именно оно будет положено в основу нашего решения. Судьи бы приветствовали создание таких экспертных комиссий именно для разрешения конфликтных ситуаций вне судебных органов. Мы верим в то, что наши граждане уже «дозрели», уже понимают возможность, необходимость и выгоды внесудебного разрешения конфликта», – таково одно из мнений, высказанных на конференции.

Другой судья был еще категоричнее в своих оценках: «Думаю, что если бы встал вопрос о принятии решения по делу, судьи отдали бы приоритет судебно-медицинскому заключению, поскольку эксперты предупреждаются об уголовной ответственности, есть еще целый ряд процессуальных моментов». Однако стоит сделать оговорку: на данный момент несколько настороженное отношение судей к тому, насколько весомыми будут заключения экспертизы для суда, продиктованы тем, что вопрос о независимой экспертизе еще не урегулирован законодательно, есть только пункт о том, что граждане имеют на нее право, но ни порядок, ни процедурные моменты не отражены.

Важно обеспечить правовую основу для развития независимой медицинской экспертизы. Если все будет урегулировано законодательно, то это придаст большую юридическую силу такой экспертизе, и судьи будут использовать ее заключения, уверены эксперты.

«Уже сейчас можно применять такие заключения как мотивацию назначения дополнительных и повторных экспертиз по делам, которые слушаются в суде. Повторных и дополнительных экспертиз по уголовным делам со стороны представителей как потерпевшей стороны, так и стороны обвиняемой. И судьи будут учитывать эту экспертную оценку, если заключение будет научно подтверждено и обосновано», – подчеркнул один из экспертов.

А СУДЬИ КТО?

Еще один вопрос, который много обсуждался в ходе встречи – состав экспертной комиссии. В Германии комиссию по врачебным ошибкам возглавляет судья в отставке, всего в комиссии 9 юристов и 88 медиков, которые представляют разные медицинские специальности.

Председатель комиссии – судья в отставке – имеет возможность все свое рабочее время посвящать работе комиссии. Однако, как отметил **Валерий Виноградов**, судья областного суда Московской области, в РФ существует закон о статусе судей, и когда судья уходит в отставку, он имеет право трудиться лишь в государственных, муниципальных учреждениях, заниматься творческой, преподавательской, научной деятельностью. Заниматься коммерческой или иной деятельностью судьи в отставке права не имеют.

Эксперты отметили, что окончательно вопрос о возможности участия судей в отставке в работе такой общественной организации как Национальная медицинская палата и ее комиссии может быть решен только после определения правового статуса палат и комиссий. Поскольку, по закону о статусе судьи в РФ, судья в отставке все же может участвовать в работе общественных организаций. Например, в профсоюзах судьи в отставке могут быть правовыми инспекторами. А несколько лет назад совет судей РФ рассматривал конкретный вопрос, связанный с возможностями судей в отставке принимать участие в работе негосударственных организаций: может ли судья в отставке участвовать в работе торгово-промышленных палат? И совет судей дал заключение, что эта работа не противоречит положению закона о статусе судей. С другой стороны, в общественных палатах, которые рассматривают конкретные жалобы граждан, судьи в отставке, по решению совета судей, участвовать не могут. Так что этот момент еще требует регулирования.

Ольга Окунева, вице-губернатор Смоленской области, предложила решить вопрос

через сотрудничество с общественной организацией – ассоциацией юристов России. Возможно, заключить соглашение с ассоциацией союза юристов и НМП, когда на безвозмездной основе осуществляется взаимодействие НМП и ее региональных отделений с региональными ассоциациями юристов. Кто-то из юристов мог бы возглавить работу в таких комиссиях.

Стоит отметить, что некоторые участники семинара высказали сомнения в необходимости юристов в составе комиссии, поскольку решения принимаются на основе медицинской документации. Однако их мнение не было широко поддержано. Медики в большинстве своем живут вне правового пространства и, в отличие от пациентов, не знают даже нормы, регламентирующие их деятельность. «Нам просто необходимы юристы. За последние несколько лет НМП получила огромное количество обращений граждан по вопросам экспертизы. Мы передаем эти документы профессиональным ассоциациям, получаем от них медицинское заключение. Придать этому заключению правильную юридическую форму может только юрист», – сказал один из экспертов.

ЭКСПЕРТНЫЕ РАЗНОГЛАСИЯ

Вопрос о статусе экспертов-медиков тоже оказался неоднозначным. В Германии членов экспертной комиссии выбирает Совет Палаты, могут быть привлечены и сторонние эксперты, которые не входят в постоянный состав комиссии. Им не требуется специального образования – экспертами становятся те, кто учился по определенной специальности и получил сертификат

врача-специалиста. Однако врачам необходимо провести не менее 10 экспертиз для получения сертификата врача-специалиста, и качество этих экспертиз оценивается членами комиссии, когда эксперта привлекают к работе. К тому же, врачи постоянно обучаются сами, научно-практические общества проводят на всех конгрессах курсы экспертизы.

Олег Родин разъяснил участникам семинара особенности разных статусов экспертов в РФ: «На настоящий момент у нас статусы различных экспертов четко определены. Отличительной особенностью судебно-медицинского эксперта от клинициста является то, что у него есть квалификационные требования, знание основ, как правовых, так и организационных, в судебно-медицинской экспертной деятельности. Поэтому если в этой комиссии не будет судебно-медицинского эксперта, а будет привлекаться только специалист, то заключения специалиста будут только заключениями специалиста – и не более того. Процессуальные возможности эксперта и специалиста-клинициста – очень разные, у них разные статусы».

Так как основная цель комиссии – досудебное урегулирование конфликтов, то многие эксперты НМП не видят необходимости в привлечении к работе судебных экспертов. Также решено, что эксперты будут проходить обучение, но при этом нет необходимости лицензировать их деятельность. С другой стороны, в России экспертиза качества медицинской помощи – это лицензируемый вид медицинской деятельности. И, в частности, в Смоленской области Врачебная палата имеет такую лицензию. Некоторые эксперты полагают, что если и другие региональные отделения НМП получат лицензии, это бу-

дет несомненным плюсом и для работы экспертной комиссии.

Еще один обсуждаемый вопрос, касающийся деятельности экспертов: что делать, если их мнения разнятся? В Германии в устав комиссии недавно были внесены изменения: теперь заключение готовит один эксперт. Затем другие члены комиссии – медики – подтверждают верность экспертного анализа с точки зрения медицины, и составляется экспертное заключение. Экспертное заключение снова предоставляется комиссии с просьбой оценить его качество в течение 4-х недель. Если в течение 4-х недель со стороны комиссии не поступило какого-то отвода этого заключения, то оно считается окончательным. И решения экспертизы рассылаются всем участникам процесса. Если выявлены недостатки, то для составления заключения привлекаются другие эксперты.

Российские медики решили, что стоит подробнее изучить немецкую модель и взять ее за основу.

Таким образом, несмотря на противоположные точки зрения на разные аспекты деятельности комиссии, высказанные в ходе семинара, важность и эффективность работы общественно-государственного контроля в медицинской сфере очевидны всем. В таком контроле нуждаются и граждане, и сама система здравоохранения. Пока система не будет опробована, невозможно понять ее наиболее сильные и уязвимые стороны, а значит, пришло время запускать пилотные проекты по независимой экспертизе и, если понадобится, вносить корректировки. Этот опыт и должен лечь в основу будущего постановления о независимой медицинской экспертизе.

МНЕНИЯ

В ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ ВЗЯЛИ КУРС НА ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ

В липецких медицинских учреждениях будут работать медиаторы, которые должны помочь урегулировать конфликтные ситуации на местах. О том, как планируется строить эту работу, рассказал Сергей Шинкарев, председатель Липецкой областной общественной организации «Ассоциация медицинских работников».

По сути, врачи и так ежедневно занимаются медиацией, на месте гася конфликты с недовольными пациентами, которые бывают в каждом лечебном учреждении. Сегодня мы запускаем пилотный проект по организации службы медиаторов в Липецкой области. Есть Федеральный закон №193 «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника» (процедура медиации), на его основе мы и собираемся действовать.

На недавно прошедшем совещании нашей ассоциации мы приняли решение, что наиболее эффективный способ досудебного решения споров – это создание службы медиации в стенах самих лечебных учреждений. Эти службы должны оказывать консультативную помощь гражданам в случае возникновения конфликта с медперсоналом этого учреждения. В таком случае мы избежим процесса перенаправления документации и жалоб от пациентов к нам, в ассоциацию, из управления здравоохранением. Например, пациенты будут обращаться для урегулирования конфликтов непосредственно в стенах самого ЛПУ. Сейчас мы заключаем соглашения с управлением здравоохранения Липецкой области о том, чтобы в ЛПУ Липецкой области были организованы такие службы.

Как показывает практика, наибольшее число конфликтов возникает просто вследствие отсутствия взаимопонимания между врачом и пациентом, вследствие недостаточной информированности пациента или неправильно поданной информации. Иногда человеку достаточно просто выговориться, потому что ему просто нагрубили, достаточно, чтобы его выслушали.

Мы считаем, что медиаторами должны стать сотрудники тех же самых лечебных учрежде-

ний. Во-первых, они лучше других осведомлены о том, как обстоят дела в их медицинской организации. Во-вторых, они будут настроены погасить конфликт на месте, не вынося сор из избы, ведь при развитии современных технологий неумение погасить конфликт – это потеря имиджа для больницы, дополнительные проверки и т.п. Кроме того, зная ситуацию изнутри, медиатор может дать грамотную рекомендацию, какие именно шаги должен предпринять пациент. В конце концов, если пациенту просто нагрубили, то медиатор может тут же, на месте, добиться, чтобы перед пациентом извинились, и конфликт был исчерпан.

Это может быть любой медперсонал, но только не главные врачи и не их заместители, чтобы пациенты не чувствовали излишнее административное давление. В любом случае, это будут уполномоченные представители нашей медицинской ассоциации, кандидатуры которых мы будем утверждать.

На данный момент я не предвижу больших сложностей в создании таких служб, больницы и поликлиники заинтересованы в них. Единственное, что пока еще предстоит проработать – это вопрос оплаты. Услуга эта будет бесплатна для пациентов, и сотрудники будут работать на общественных началах. Мы уже заручились согласием многих, кто готов взять на себя эту дополнительную общественную нагрузку. Но, естественно, мы понимаем: чтобы человек эффективно работал – он должен за это получать вознаграждение. Возможно, мы будем изыскивать возможность оплаты работы медиаторов из средств нашей ассоциации. Возможно, это будет «сдельная оплата» – по числу рассмотренных жалоб. Здесь нам еще предстоит проанализировать – насколько большим будет поток таких жалоб, какова будет нагрузка



медиаторов. Сейчас трудно делать какие-то конкретные прогнозы.

Также я не вижу никаких препятствий для того, чтобы данная услуга стала востребованной у населения. Мы собираемся разместить информацию о создании таких служб на сайтах лечебных учреждений, на сайте нашей ассоциации, на сайте управления здравоохранения. Помимо этого, в ЛПУ будут располагаться баннеры или информационные стенды, где будет указано, что пациентам предлагается бесплатная помощь в разрешении конфликтных ситуаций. Термин «медиация» в этих объявлениях использовать не планируем, чтобы любой пациент понимал, о чем идет речь – о помощи при решении конфликтов.

На данный момент у комиссии по досудебному урегулированию споров, которая создана при нашей ассоциации, еще совсем небольшой опыт. Но уже позитивный. К нам в ассоциацию обратилась наша городская больница по вопросу медиативного урегулирования спора с родственниками умершего пациента. Нам предстояло не столько выяснять, кто прав, а кто виноват в данном конфликте, сколько найти компромиссное решение между сторонами, который были настроены очень агрессивно.

И в течение буквально одного часа нам удалось примирить стороны – медучреждение согласилось добровольно выплатить некую

сумму компенсации родственникам умершего больного, которых устроила эта сумма. Более того, было дано согласие, чтобы эта сумма выплачивалась в рассрочку.

Поэтому, наверное, единственное препятствие, которое может возникнуть при работе служб медиации – это амбиции спорящих сторон, когда важнее доказать свою правоту, а не найти выход из ситуации. Дело это, конечно, сложное, нужен индивидуальный, человеческий подход к каждой проблеме. Этому надо учиться тоже. Сейчас уже несколько членов нашей ассоциации прошли обучение по дисциплинам медиации и по третьей ступени судопроизводства в рамках программ постдипломного образования на базе Института последипломного медицинского образования г. Смоленска. Будем и дальше учить наших медицинских работников.

Конечно, не все конфликты удается сглаживать в процессе медиации. Если человек не согласен с тем выходом из ситуации, который предложит медиатор, то он может или обратиться в третейский суд при нашей ассоциации, или у него есть право довести дело до суда общей юрисдикции.

Пока мне сложно оценить, с какими еще трудностями нам предстоит столкнуться. Мы только начинаем, но не попробуем – не поймем. Так что главное – начать.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ: ОТ МОТИВАЦИИ ВРАЧА – К МОТИВАЦИИ ПАЦИЕНТА



О.В. Черанева, врач-педиатр, член правления ПКОО «Профессиональное медицинское сообщество Пермского края».

Бесспорный постулат о том, что заболевание легче предупредить, чем лечить, является одним из основополагающих принципов стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации. Он определил профилактическую направленность отрасли и приоритет первичной медико-санитарной помощи и закреплен законодательно: в ФЗ №323 «Об охране здоровья граждан...», Федеральной и территориальных программах госгарантий, Приказах МЗ РФ №1006н, №36ан «Об утверждении порядка диспансеризации...» и других.

Возвращение к диспансеризации населения, как к основному инструменту приоритетного профилактического направления отечественного здравоохранения, большей частью врачебного сообщества поддерживается. И мной – в том числе, потому что, будучи педиатром (которые и не прекращали с ее помощью растить полноценное будущее нашей страны), отлично понимаю ключевое значение этой медицинской технологии в профилактике заболеваний. Тем больше хочется, чтобы она была реализована полноценно и принесла максимальную эффективность.

Однако в процессе реализации стал очевиден риск, грозящий превратить даже такую перспективную идею в бесплотную формальность. На размышления меня натолкнули неоднократно слышанные в приватном общении от работающих в поликлинике коллег упреки в адрес пациентов. Мол, мы ответственно трудимся изо всех сил, вне всяких норм и нагрузок, даже в выходные, но как нам выполнить план диспансеризации, когда уже и не знаешь, каким еще «пряником» несознательного пациента на нее заманить? А выполнить надобно: и дело нужное, и деньги не лишние, и нагоняй от начальства никому не нужен. Т.е. основная проблема, с их точки зрения – в мотивации пациента, врач же мотивирован предостаточно.

Пациенты, пренебрегающие диспансеризацией, единодушны. Что я в поликлинике не видел? Очередь и врача, которому и не интересны мои жалобы, у которого в глазах тоска или раздражение, прямо пропорциональное их количеству и длине очереди перед кабинетом? И зачем мне обследования, если к специалисту все равно не попасть, а участковый, кроме ОРЗ, ничего и лечить не может? Да еще и с работы отпросись, да не раз, так как за раз не успеешь! Остатки здоровья растеряешь, себе дороже выйдет. Т.е., мы-то – всей душой, им, врачам, не нужно.

Так что же, получается, «разные стороны баррикад»? Но ведь цель – одна, так где же взаимопонимание?

Если взглянуть на проблему мотивации с точки зрения теории деятельности, многое становится понятным.

Прежде всего, в идеале диспансеризация предполагает сознательное и добровольное сотрудничество пациента и врача с общей целью: сохранение здоровья гражданина посредством предупреждения развития, раннего выявления и лечения заболеваний.

НА ДЕЛЕ АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ «ПОБОЧНЫЕ» ЯВЛЕНИЯ:

1. Соппротивление, вплоть до противостояния обеих сторон, в ходе которого теряется смысл и цель идеи.

Односторонняя ответственность медработников за проведение и результат диспансеризации ставит врача в зависимое положение и рождает изначально негативное отношение – как к самому процессу, так и к пациенту. Подкрепление ответственности медработника штрафными санкциями за ее невыполнение запускает известный феномен отрицательной мотивации, т.е. стимулирование наказанием стратегии поведения по его избеганию. Это заставляет работника имитировать желаемый результат – так быстрее и проще, и делает невозможной работу на перспективу, убивает творческое отношение к ней. Таков закон теории деятельности: внешняя мотивация рождает формальное отношение к делу. Недоверие пациента одновременно поддерживает эту тенденцию и поддерживается ею.

2. Изменение образа мышления участкового врача, отучившее его работать на перспективу и планировать свою деятельность.

Причина – в двадцатилетнем реформировании здравоохранения с бесконечной сменой стратегий развития отрасли, усугубляющимся год от года кадровым дефицитом и все возрастающей нагрузкой на работника. Нацеленный на удовлетворенность населения, как на основной критерий качества медпомощи, врач, прежде всего, спешит лечить уже больного, сидящего в очереди за дверью человека «здесь и сейчас» или, не успевая, превращается в диспетчера «узких» специалистов. И, что немаловажно, вовремя отчитаться об этом в приличном количестве документации. За эти годы сформировалось уже поколение врачей, для которых профилактика – это лишь лозунг, несвоевременная и nepозволительная роскошь на жарком поле битвы с болезнями и бумагами.

3. Искаженное восприятие медработником диспансеризации как дополнительной обузы.

Мы все прекрасно понимаем, что диспансеризация – это трудоемкий и ежедневный процесс длиной во всю профессиональную деятельность терапевта. В сегодняшних условиях – ноша, упавшая на плечи и так перегруженного свыше всяких норм и забюрократизированного врача. Упавшая дополнительным грузом, потому что раньше львиную долю этой работы выполняли многочисленные ведомственные медучреждения, канувшие в Лету. Мощности нынешней неукмплектованной государственной амбулаторной службы на такие объемы просто не рассчитаны. Т.е., на языке психологии, стресс чрезмерен и неустраим, что неизбежно ведет к истощению человеческого ресурса и в перспективе окончательно уничтожит любую мотивацию, а негативную – в первую очередь. Для мотивации развития необходима средняя сила стрессора и тренирующий режим, утверждают психологи. Дополнительная оплата за этот вид деятельности такое восприятие только поддерживает.

4. Противоречивое восприятие медработником критериев качества работы.

С одной стороны, план и объем услуги – ежегодные показатели, а с другой – уменьшение количества впервые выявленных диагнозов и уровня заболеваемости и т.д. – показатели с многолетней динамикой, требующие постоянного кропотливого и добросовестного труда в течение длительного времени и зависящие не только от медработника. При таком сочетании врачу «не выгодно» диагностировать отклонения в состоянии здоровья, это обстоятельство способствует лишению обследования смысла, превращает его в обследование для обследования и дополнительно фиксирует основное внимание работника на количестве, а не качестве работы. Теория деятельности гласит, что качество и развитие там, где есть интерес к самому предмету деятельности, а не к единицам ее измерения или вознаграждения.

Таким образом, оказывается, что врач, на словах заученно излагающий замечательные цели и задачи диспансеризации, на деле испытывает на себе влияние демотивационных тенденций и никак не может интегрировать принципы профилактики в свое профессиональное сознание и деятельность. Такого рода «двойное послание» влечет за собой неопределенность, тревогу и неуверенность, губит движение вперед и инициативу. Отличная идея остается лозунгом, не получая энергии убеждения и ценности исполнителя.

А что же пациент? Тот, кто не идет в поликлинику, как правило, прежде всего, нам не доверяет, не осознавая, что цена недоверия – его собственное здоровье и жизнь, по большому счету. А без доверия затруднено взаимопонимание – основа эффективного общения, одна из функций которого – познание сторонами друг друга. При этом взаимодействующие стороны служат друг для друга условным «зеркалом». И в демотивации пациента отражается демотивация врача.

ЧТО ЖЕ ДЕЛАТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СИТУАЦИЯ ТУПИКОВОЙ?

Наиболее эффективной считается стратегия сотрудничества, предполагающая честное равноправное взаимодействие обеих сторон для достижения общей цели (результата). Равные права диктуют равные обязанности и определяют равную ответственность сторон за результат.

А ЗНАЧИТ, МЫ МОЖЕМ СДЕЛАТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ:

1. Разделить ответственность за прохождение диспансеризации между всеми участниками.

Необходимо закрепить ее и за пациентом, и за работодателем. Можно, по аналогии с рядом западных стран, предусмотреть для регулярно проходящих диспансеризацию граждан льготное медицинское страхование, а для пренебрегающих ей, особенно в случае наступления заболевания, медобслуживание по повышенному тарифу. Работодатель, создавший для своих сотрудников условия для своевременного

и беспрепятственного прохождения диспансеризации, может быть поощрен льготами по налогообложению. Также необходимо на государственном уровне всячески стимулировать прямые инвестиции работодателя в здоровье своего персонала через систему ДМС.

2. Начать планирование работы по диспансеризации с учетом физических возможностей учреждения.

Обязательные условия: недопущение ограничения доступности других видов амбулаторной помощи для населения и соблюдение норм нагрузки на врача. Уместна «тренировка» с постепенным увеличением объемов – с отсчетом от уже освоенных параллельно с развитием поликлинических мощностей до необходимых (целевых). Спрашивать с врача в этот период «адаптации» необходимо не за план, а за то, чтобы каждый пришедший в поликлинику прошел обследование в полном объеме и имел возможность получить своевременное современное лечение диагностированного заболевания и реабилитацию. Объем, определяемый по потребности населения, а не в пределах «контрольных цифр», диктуемых сверху рамками желаемой статистики.

3. Внести стоимость работы по диспансеризации в тариф медуслуги, таким образом, повысив его.

Если мы хотим, чтобы необходимость диспансеризации внедрилась в профессиональное сознание врача, она должна занять свое собственное место в структуре его повседневной работы. Осознав, что этот раздел работы – неотъемлемая ее часть, работник неизбежно начнет ее планировать.

4. Пересмотреть организацию рабочего времени терапевта с целью выделения определенного для диспансеризации.

Для этого в наших реалиях терапевта необходимо разгрузить – сократить лишние и дублирующие документы, переложить часть лечебной работы на стационарзамещающие технологии и «узких» специалистов, привлечь на участок молодые кадры, развить систему доврачебного приема и т.д.

5. Скорректировать систему оценки качества работы с учетом использования механизмов положительной мотивации.

Необходимо уже смириться, что первое время количество выявленных заболеваний и отклонений должно неизбежно расти – ведь не зря же мы оснащали поликлиники новейшей диагностической аппаратурой и постоянно учим врачей. И штрафовать за это нельзя, на первом этапе – это критерий должного качества работы терапевта. А вот когда эти показатели устойчиво прекратят свой рост, необходимо поощрять их снижение. С точки зрения психологии – поменять негативную мотивацию на позитивную, простимулировать честность.

6. Начать работу над коррекцией профессионального самосознания врача.

Здесь роль профессиональных сообществ, как носителей деонтологических основ профессии и многолетнего опыта поколений врачей, незаменима. В наших силах провести беседы по вопросам этики и деонтологии в коллективах медучреждений, включить доклады по этой теме в повестку дня конференций и съездов, в программу последипломного образования, популяризировать с использованием возможностей СМИ образцы безупречного отношения к делу лучших из нас. Думаю, что назрела необходимость создания и объединения для обмена мнениями по острейшим проблемам отрасли под эгидой профессиональных сообществ советов ветеранов и молодых специалистов, связывающих свое будущее с организацией здравоохранения и представляющих кадровый резерв МЗ. Там же найдется дело аспирантам и преподавателям, закладывающим основы философии врачебного дела в сознание студентов.

7. Продолжить работу над сознательностью пациента.

И продолжить сообщать, на всех уровнях и честно. Средствами социальной рекламы и массовой информации, экономическими рычагами формируя у пациента убеждение, что сохранение своего здоровья – это труд, и, прежде всего, – его самого.

8. Запастись терпением.

Потому что примерная скорость формирования убеждений и интеграции их в повседневную деятельность через поведенческие стереотипы психологии тоже известна. Начало – после, как минимум, двух-трех лет существования в соответствующих желаемому условиях (о них шла речь выше). Но на сегодня мы даже их пока не имеем, только работаем над их созданием. Спешка здесь неуместна, сознание человека быстрее просто не может, она ведет к искажениям.

Вот такой междисциплинарный взгляд на проблему. Мотивированный с учетом психологических законов, искренне убежденный в необходимости диспансеризации, нацеленный на процесс, качество и перспективу врач, которому позволено быть честным и отвечающим только за то, что действительно от него зависит, сам найдет нужные аргументы для пациента. И будет услышан им, наконец-то действительно осознавшим ответственность за свое здоровье, справедливо переданную ему государством и обществом. Ибо цель у нас все-таки общая и, без сомнения, стоящая.

КТО ЗАСТУПИТСЯ ЗА ВРАЧА?



О.А. Нагибин, председатель Рязанской региональной общественной организации «Врачебная палата».

Сейчас чуть ли не признаком хорошего тона стало считаться ругать врачей. От нападок на людей в белых халатах разрывается Интернет, многие СМИ спешат побаловать читателей «жареными» историями про то, «как нас плохо лечат». А уж про «перемывание костей» медработникам в очередях и транспорте даже говорить нечего!

В любой конфликтной ситуации есть две стороны, но почему-то мало кто дает возможность высказать свое мнение представителям здравоохранения. Портал UZRF.ru постарается исправить это досадное упущение. Сегодня наш собеседник – главный врач поликлиники №2, победитель Всероссийского конкурса «Лучший врач-2014» в номинации «Лучший руководитель медицинской организации» Олег Нагибин.

– Олег Александрович, как сейчас можно охарактеризовать условия, в которых работает поликлиника?

– Времена не простые! Сегодня, кроме проблем, связанных с непосредственной работой по организации медицинской помощи населению, большое количество времени тратится на разбор и подготовку ответов на жалобы граждан. Возможности для этого у населения сейчас исчерпаемы. Это письменные, электронные, телефонные, очные обращения. Они направляются во все возможные инстанции, начиная от администрации поликлиники и заканчивая Генеральной прокуратурой. Каждая жалоба требует ответа, детального разбора. Для всего этого требуется время, в том числе и от медицинских работников, что не приносит в их работу стабильности и положительных эмоций.

Сразу оговорюсь: жалоба жалобе – рознь. Если человек указывает на реальные недостатки, недоработки в организации лечебного процесса и приводит соответствующие факты, то такие обращения – это повод прислушаться к ним! Ведь бывает, что у администрации лечебного учреждения глаз «замылывается». Мы не замечаем какие-то детали, которые нам кажутся мелкими, не очень важными – а для населения они очень и очень значимые. Исправляя их, мы выполняем нашу главную задачу – сделать медицинскую помощь максимально качественной и доступной.

Но, надо отдать должное, таких случаев не так много – около 30 процентов от общего количества жалоб. Причем, в последнее время среди наших граждан распространилась практика одновременно направлять жалобу по одному и тому же поводу сразу во все инстанции: в поликлинику, министерство здравоохранения, Администрацию президента, Росздравнадзор, Роспотребнадзор, территориальный фонд, страховые компании, прокуратуру и т.д. и т.п., всех инстанций и не перечислить. Сегодня имеются поистине неограниченные возможности для желающих выразить свое недовольство. Чем люди и пользуются.

Жалоба – дело серьезное и неприятное, требующее особого процесса, регламентированного в приказах и законах. В результате вместо того, чтобы заниматься лечебным процессом, администрация, врачи, медицинские

сестры, регистраторы и все, кто имеет отношение к конкретному случаю, вынуждены заниматься написанием бесконечных ответов на запросы, объяснительных, протоколов заседания комиссии.

– Уточните, что относится к таким «пустым жалобам»?

– Это жалобы, не связанные непосредственно с оказанием медпомощи. В большинстве своем они возникают в связи с низкой информированностью населения о порядке получения медицинской помощи или в результате «недоверия» к врачу, конфликта врач-пациент.

Приведу несколько характерных примеров. Ситуация первая, связанная с верой нашего населения в «Ее Величество Чудодейственную Таблетку». Почему-то люди совершенно искренне считают, что можно годами не обращаться к врачу, вести разгульный образ жизни, не заниматься спортом – но когда у тебя что-то заболит, доктор достанет таблетку, ты ее примешь, и тут же будешь здоров. А раз доктор такую таблетку не дает, то, значит, он плохой и некомпетентный, на него надо жаловаться. Необходимо донести до населения, что утраченное здоровье вернуть НЕВОЗМОЖНО. Относиться к собственному здоровью надо как к бесценному дару, данному нам природой один раз при рождении. Да, можно вылечить болезнь, но, повторю, вернуть растратенное годами здоровье – нельзя!

Ситуация вторая. Врач прописывает пациенту курс лечения – конкретные лекарства, физиопроцедуры, диеты и т.д. А тот встречает по дороге соседку, и она ему начинает рассказывать, что лекарство, назначенное врачом, плохое, надо вот такое и такое... И почему-то этой соседке человек верит больше, чем профессионалу. Приобретает то, что она посоветовала. Или, еще хуже, покупая в аптеке лекарство, пациент полагается на мнение фармацевта. Фактически становясь заложником фармкомпании, вложившей немалые средства в рекламу порой не самого эффективного средства. Плюс к этому – физиопроцедуры пропускает, диету не соблюдает. Результат закономерен, улучшения состояния нет. А кто виноват? Конечно же, врач – плохо лечил!

Еще надо упомянуть Интернет и коммерческие клиники. Информация из «всемирной паутины» вообще не поддается критике. Порой такие «рецепты» приводятся, что следование им даже здорового человека может привести к летальному исходу. В профессионализме же наших уважаемых коллег из платных медицинских центров я сомневаться не буду. Но советовал бы пациентам осторожнее относиться к их стандартной рекомендации: «Да кто вам такое прописал, приходите к нам, мы поможем по-настоящему». Дело в том, что основная задача любого коммерческого учреждения (медицинского, в том числе) – это заработать деньги, в данном случае, на больном. Поэтому в быстром выздоровлении клиента оно не заинтересовано. Пациент должен обращаться часто и дорогу в кассу платного медицинского центра не забывать. Из этого складывается прибыль и, в конечном итоге, зарплата доктора на приеме.

Третий круг непродуктивных жалоб – это профессиональные кверулянты, то есть хронические жалобщики. В каждом ЛПУ их фамилии знают наизусть! Зачастую это люди с психическими расстройствами, которые в силу либерализации закона о психиатрической помощи лечатся не в специализированной больнице, а приходят в обычное медицинское учреждение. В этих жалобах чего только нет: и про воздействие от соседней невидимыми лучами, и про слезку и наблюдение секретными службами, и про обворованную участковым терапевтом квартиру, и про геноцид отдельной семьи всеми ЛПУ области. Все это кажется смешным, но по каждой подобной жалобе необходимо давать ответ, а это значит – опять объяснительные, докладные, заседания комиссии и прочее, прочее!

– Вероятно, фамилии таких граждан известны и в контролирующих организациях? Почему тогда их обращения все равно дается ход?

– Прежде всего, потому, что если суд не признал их недееспособными, то они обладают всеми правами российского гражданина, в том числе – и правом обращаться в различные государственные инстанции. А закон о психиатрической помощи в РФ запрещает врачам проводить какие-либо действия с пациентом без его письменного согласия.

К сожалению, в большинстве случаев при разборе жалоб превалирует принцип «пациент всегда прав». Хотя логичнее было бы исходить из принципа презумпции невиновности. Я всегда говорю: если врач или медсестра виноваты, то они должны быть наказаны. Но где ответственность жалобщика? Почему за заведомо ложный

оговор медработника он не несет никакой ответственности? К тому же, если это повторяется неоднократно?

Конечно, теоретически, можно привлечь к ответственности через суд и такого кляузника. Но судебные тяжбы всегда занимают много времени, а у врачей его как раз и не хватает. А вообще-то жаль: думаю, если бы такой прецедент был, то количество жалоб значительно сократилось бы.

– Как же можно добиться прекращения противостояния врач-пациент?

– Мы ничего не изменим до той поры, пока не создадим нормальные деловые отношения между врачом и пациентом. Отношения, основанные на взаимопонимании, доверии, конструктивном диалоге. Где, несомненно, ведущую роль выполняет врач – как профессионал, как лицо, заинтересованное в выздоровлении пациента.

Конечно же, мы понимаем больного: ему плохо, он нуждается в помощи, приходит в поликлинику – а тут много народа, кабинетов, специалистов... Куда идти, к кому обращаться? И именно участковый врач, к которому он, прежде всего, попадет на прием, должен успокоить больного, поставить предварительный диагноз, объяснить, как лечиться, каков порядок получения медицинской помощи в каждом конкретном случае. Участковый терапевт должен быть фактически проводником в медицинском учреждении.

Но сейчас возможности терапевтов в этом плане – невысокие!

Прежде всего, наши городские поликлиники изначально не были рассчитаны на такое количество посещений. Вспомните, раньше при каждом крупном предприятии были свои медсанчасти, поликлиники, цеховые врачи, которые занимались лечением и наблюдением за работниками предприятий. В поликлинику по месту жительства обращались в основном пенсионеры. Когда же во время перестройки советская система здравоохранения оказалась разрушена, все эти люди стали пользоваться услугами обычных городских поликлиник, которые были не готовы к возросшим потребностям в медицинской помощи.

Кроме того, время приема пациента ограничено и составляет около 12 минут. А за это время врач должен успеть осмотреть больного, поставить диагноз, назначить лечение и заполнить массу бумаг. Где-нибудь ошибиться или забыть что-то нельзя, от страховой компании потом неприятностей не оберешься.

И это только те моменты, которые у всех на виду. Так что врач и рад был бы больше времени уделить больному, да не все совпадает с его желаниями...

Конечно, работа по разрешению такой ситуации ведется и на региональном уровне, и на уровне государства в целом. Как член Общественного совета при Министерстве здравоохранения России, могу сказать, что на заседаниях совета неоднократно обсуждали эти моменты. Но разрешить все проблемы в одночасье невозможно.

Есть еще один очень важный аспект – необходимо поднять престиж профессии врача, прежде всего, терапевта, в глазах населения. Большинство медработников честно делают свое дело, лечат больных. И нельзя, если кто-то из врачей допустит какое-то нарушение, начинать поливать грязью всех медицинских работников без разбора! Никто же не начинает гонения, например, на ВСЕХ дорожников, хотя в России общепринято, что одна из проблем – это дороги, вернее, их полное отсутствие! Так почему же такое отношение к врачам?!

Наши граждане такой негативной позицией по отношению к медицинским работникам усугубляют кадровые проблемы отечественной медицины, лишают первичное звено здравоохранения притока молодых докторов. Кому же интересно вести прием в поликлинике, обслуживать вызовы на дому, а потом слышать и видеть неблагоприятные, разгромные, уничтожающие репортажи про себя?!

Вернуть уважение врачам будет очень нелегко. И я считаю, что тут нужна большая разъяснительная работа, в том числе и со стороны СМИ.

И потом, почему бы, например, какому-нибудь из телеканалов не снять документальный фильм про самый простой день участкового врача, врача скорой помощи – минута за минутой? Думаю, что этот фильм будет собирать аудитории не меньше, чем передача «Пусть говорят»!

НОВОСТИ

МЕЖДУНАРОДНОЕ ПАРТНЕРСТВО МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Национальная медицинская палата Российской Федерации и Объединение индивидуальных предпринимателей и юридических лиц «Национальная Палата Здравоохранения» Республики Казахстан подписали Меморандум о сотрудничестве.

В апреле президент НМП Леонид Рошаль встретился в Москве с исполнительным директором Палаты здравоохранения Казахстана Кайназаром Смановым. Итогом этой встречи стало решение о подписании Меморандума о сотрудничестве между медицинскими палатами России и Казахстана. Сегодня, в условиях глобализации, когда происходит перестройка систем здравоохранения во многих странах, такое сотрудничество между крупнейшими общественными профессиональными организациями очень важно. Цель меморандума – взаимодействие общественных организаций медицинских работников по вопросам улучшения здоровья граждан Казахстана и России, формирование конкурентоспособной системы здравоохранения, а также содействие в реализации задач государственных программ развития здравоохранения и в осуществлении деятельности в сфере здравоохранения.

Для достижения этой цели НМП и Палата здравоохранения Казахстана намерены проводить совместные мероприятия, в частности, совместные конференции, «круглые столы» и семинары, где представители медицинского сообщества двух государств смогут обмениваться опытом.

У каждой из палат есть ряд взаимных обязательств, которые профессиональные объединения медицинских работников намерены выполнять. В частности, взаимодействовать с министерством в решении ключевых проблем здравоохранения; принимать участие в создании законодательной и институциональной основы для реализации инвестиционных проектов с использованием механизмов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Республики Казахстан и России; принимать участие в организации страхования профессиональной ответственности медицинских работников; оказывать содействие в достижении качества медицинского образования; оказывать юридическую поддержку и обеспечивать правовую защиту медработникам и медицинским организациям и т.п. Безусловно, опыт медицинских работников из разных государств, их наработки в сфере организации здравоохранения будут полезны обеим сторонам, подписавшим меморандум.

В ГОРНО-АЛТАЙСКЕ ПРОШЛА ОТЧЕТНО-ВЫБОРНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ

13 марта в Горно-Алтайске состоялась отчетно-выборная конференция Ассоциации врачей Республики Алтай.

Приветственные телеграммы ее делегатам направили президент Национальной медицинской палаты России Леонид Рошаль и заместитель председателя комитета по охране

здоровья Государственной Думы РФ, президент Медицинской палаты СФО Сергей Дорофеев. С приветственным словом к делегатам обратился министр здравоохранения РА Владимир Пелеганчук. С отчетным докладом о проделанной работе выступил председатель правления организации Федор Федотов.

Ассоциация образована в декабре 2010 года, она зарегистрирована в Минюсте. Организация является региональным отделением Национальной медицинской палаты России. Сегодня членами Ассоциации врачей РА являются 72% врачей региона.

В докладе руководителя ассоциации отмечено, что ее члены участвовали в обсуждении и принятии ФЗ-323, других регламентирующих документов МЗ РФ. В частности, организация обращалась и в Госдуму, и в НМП с предложением изменить систему оплаты труда. Сегодня в этом направлении уже есть положительные изменения на уровне Минздрава России. Начался пересмотр системы оплаты труда с увеличением доли базового оклада с 15% до 50-60% от заработной платы.

Вместе с тем, в работе организации есть и ряд трудностей: не в полной мере работают комитеты, а работа в первичных организациях недостаточна активна. *«Эта инертность – болезнь не только нашего региона, но от того, насколько каждый из нас поймет всю важность проводимой нами работы, и будет зависеть результат общего дела»*, – подчеркнул Федор Федотов.

Одним из больных вопросов в отрасли является этика и деонтология медицинских работников. Нарушения отмечаются как и с пациентами, так и между самими медицинскими работниками. Это негативное явление порождает более 90% жалоб и обращений больных. Организация проводит определенную работу в этом направлении. На сайте ассоциации выложены этические кодексы врача РФ и стран Европы, выпущены и распространены среди медицинских коллективов книжки по этике. На каждом цикле усовершенствования квалификации медицинских работников на базе медколледжа представителем этического комитета читаются лекции по этике и деонтологии. Ассоциация призвала всех медиков вернуться к тем нормам и правилам в общении с пациентами и коллегами, которые многими десятилетиями закладывались в советском здравоохранении нашими предшественниками. *«Считаю, что вопрос этики и деонтологии – едва ли не самый важный в работе первичных организаций. Каждый случай проявления какого-либо нарушения в этой сфере должен стать предметом для разбирательств, с предложением к руководству о принятии мер административного воздействия к нарушителям. Оптимальным вариантом должны стать переключение функций по кадровой политике на врачебное сообщество, на ассоциации и медицинские палаты регионов, ответственность медицинского сообщества за каждого своего коллегу, недопустимость нахождения в его рядах безграмотных, непрофессиональных, грубых медработников»*, – отметил докладчик.

На конференции выступили заместитель министра здравоохранения по экономике Николай Рощипкин, по вопросам этики и деонтологии – старейший работник отрасли, заслуженный врач РФ Раиса Берегошева, председатель комитета по медицинским и юридическим вопросам Ирина Санашева, председатель комитета по финансово-хозяйственной деятельности Анатолий Демчук, представители первичных организаций.

Конференция переизбрала Федора Федотова председателем Ассоциации врачей Республики Алтай на следующие 4 года. Его заместителем избрана Ирина Санашева.

По итогам работы конференции принята резолюция, определяющая основные векторы становления врачебного само-

управления и формирования государственного-общественной формы управления здравоохранением.

ДОВЕРИТЬСЯ ПРОФЕССИОНАЛАМ

На заседании правления Новосибирской областной ассоциации врачей, прошедшем в апреле, обсудили возможности применения процедуры медиации в здравоохранении.

О возможностях медиации членам правления НОАВ рассказала юрист Т.А. Рягузова, которая имеет практический опыт применения данной процедуры и возглавляет службу профессиональных медиаторов. Она привела примеры успешной работы и предложила сотрудничество с профессиональными медиаторами. Причем, на первоначальном этапе – на безвозмездной основе. Кроме того, она сообщила собравшимся, что для представителей медицинских организаций существует возможность пройти обучение по технологии медиации.

В результате обсуждения правление НОАВ решило проинформировать руководителей медицинских организаций о возможности совместной работы с профессиональными медиаторами.

Правление также решило обратиться в Министерство здравоохранения Новосибирской области для заключения соглашения, сутью которого станет участие профессиональных медиаторов в рассмотрении обращений граждан в областной минздрав с жалобами на медицинские организации.

На заседании правления НОАВ была также заслушана информация заместителя председателя адвокатской палаты Новосибирской области Н.В. Мельниковой о готовности сотрудничать с медицинскими организациями. Ряд адвокатов, которые имеют положительные результаты по защите медицинских организаций в судах общей юрисдикции, готовы также безвозмездно оказывать методическое сопровождение при возникновении гражданских исков и уголовных дел. Предложен ряд адвокатов, на счету которых определенные положительные результаты по защите медицинских организаций в судах общей юрисдикции. Правление НОАВ одобрило предложения адвокатской палаты Новосибирской области о сотрудничестве.

ВРАЧИ САМАРСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СТАЛИ ЧЛЕНАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА

8 апреля в Самарской городской детской клинической больнице №1 имени Н.Н. Ивановой состоялась торжественная встреча коллектива учреждения и руководства Самарской областной ассоциации врачей (СОАВ).

В этот день президент СОАВ, профессор Сергей Николаевич Измалков вручил врачам медучреждения членские удостоверения профессионального сообщества.

Врачи детской больницы приняли единогласное решение пополнить ряды ассоциации, ориентируясь на современные тенденции и расширенные возможности, которые предоставляет сегодня принадлежность к общественному движению. Открывая встречу, С. Н. Измалков отметил, что ему особенно приятно принимать в ряды врачебного сообщества коллектив, единая функция ко-

торого – лечить, учить и заниматься наукой. Профессия детского врача вызывает в обществе особое уважение. Это настоящие подвижники своего дела.

«Сегодня работать в медицине, не будучи членом профессионального объединения, очень сложно, практически невозможно, – подчеркнул президент СОАВ. – Ассоциация занимается проблемами образования, вместе с региональным министерством здравоохранения и медицинским университетом формирует систему непрерывного профессионального развития медицинских работников, занимается проблемами аттестации врачей. В нашем сообществе сейчас состоят около 50% врачей региона».

В Самарской области уже есть примеры учреждений, которые в полном составе вступили в ассоциацию. Так, осенью прошлого года ее членами стали все 100% докторов Медицинской компании ИДК группы компаний «Мать и дитя», врачи медсанчасти №14. Теперь их ряды пополнили около 70 детских врачей городской больницы имени Н.Н. Ивановой.

Измалков также сообщил, что в мае в Москве пройдет 4-й съезд врачей, на котором будет принят ряд серьезных документов и определен вектор дальнейшего развития общественного движения в стране.

Главный врач Самарской городской детской клинической больницы №1 им. Н.Н. Ивановой Ольга Галахова:

«Мы стали частью большого сообщества врачей губернии. Я недавно вычитала изречение философа о том, что общественная организация, которая основана на профессиональных интересах – самая крепкая. И по силе своего воздействия она сравнима с организацией по национальному признаку. В наше сложное беспокойное время, когда медицина находится на грани конфликтов общества, социальных интересов, быть вместе – это, наверное, самое главное. Потому что, во-первых, только вместе можно двигаться в позитивную сторону, улучшить качество работы. И, во-вторых, противостоять всем отрицательным веяниям времени. Поэтому большая часть коллектива изъявила желание быть вместе с общественной организацией врачей Самарской области».

Подготовила Людмила Молякова.

КОНКУРС ЭССЕ «PRO МЕДИЦИНУ»: 17 ТЫСЯЧ РАНЕННЫХ ПРИНЯЛИ ТЮМЕНСКИЕ ГОСПИТАЛИ

27 апреля в конференц-зале областной клинической больницы №1 состоялось награждение авторов лучших эссе конкурса «PRO медицину».

На мероприятие съехались ребята со всей Тюменской области. Конкурс творческих работ, который ежегодно организует НП «Тюменское региональное медицинское общество», направлен на повышение престижа профессии врача и привлечение молодежи в медицинские профессии. В этом году он проходил по двум номинациям: «70-летию Победы посвящается: 17 тысяч раненых приняли тюменские госпитали» и «История профилактической медицины, или зачем нужна профилактика».

Перед старшеклассниками выступил гость мероприятия Гидеон Лернер, заслуженный врач РФ, ветеран здравоохранения, почетный председатель ассоциации урологов Тюменской области. Говоря свое напутственное слово ребятам, он рассказал о сложной, но одновременно многогранной, благородной и почетной профессии. «Профессия врача, кроме трудностей и сложностей, несет в себе

НОВОСТИ

самое главное – колоссальное удовлетворение от того, что ты делаешь. Когда ты спасаешь жизнь пациенту – это счастье». Гидеон Яковлевич вручил дипломы и награды призерам конкурса в номинации «70-летию Победы посвящается: 17 тысяч раненых приняли тюменские госпитали».

Победители зачитали для всех участников мероприятия кусочки из своих эссе. Дмитрий Усов: «Весь персонал госпиталя работал много часов, чтобы перевезти раненых на лошадях, запряженных в сани. Начальник госпиталя Чеченина Е.Г. собрала нас и сказала: «Эти измученные люди ехали до нас тысячи километров и остались живы. Наша задача – вернуть им здоровье и сохранить жизнь».

Как отметила Наталья Захарченко, начальник управления анализа, прогноза и развития здравоохранения департамента здравоохранения Тюменской области, сегодня в Тюменском государственном медицинском университете ведется прием документов на 104 медицинские специальности, и каждый из выпускников может выбрать для себя ту, с которой захочет связать свою судьбу. Она поприветствовала участников конкурса и вручила дипломы и памятные призы финалистам в номинации «История профилактической медицины, или зачем нужна профилактика».

После торжественной части ребята посетили экскурсию по областной клинической больнице №1. Учащимся рассказали о лечебном учреждении и методах современной диагностики заболеваний.

В рамках исторической экскурсии «Тюмень медицинская», которой завершилась праздничная программа, старшеклассники побывали в больничном комплексе на улице Даудельной, увидели старейшую городскую аптеку, баню и здания, в которых размещались госпитали для раненых в годы Великой Отечественной войны.

С конкурсными работами можно ознакомиться на сайте Тюменского регионального медицинского общества в разделе Конкурс эссе «PRO медицину».

В БАШКОРТОСТАНЕ ПОЯВИЛСЯ НОВЫЙ ИНСТИТУТ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Национальная медицинская палата Республики Башкортостан стала учредителем частного учреждения дополнительного профессионального образования «Институт непрерывного профессионального образования в сфере здравоохранения».

Институт осуществляет образовательную деятельность по дополнительным профессиональным программам. Образовательный процесс осуществляется в очной и очно-заочной форме с реализацией образовательных программ с применением дистанционных образовательных технологий.

Институт создан не в качестве альтернативы имеющимся вузам. Вновь созданным институтом готовятся программы, остро необходимые для улучшения качества оказания медицинской помощи. Особенно актуальны темы, касающиеся правовых, экономических и организационных вопросов.

Согласно статье 10 Федерального закона №273 «Об образовании в Российской Федерации», который вступил в силу с 01 сентября 2013 года, и статье 82 этого же закона, относящейся к медицинскому образованию, профессиональные программы медицинского и фармацевтического образования должны «обеспечивать непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации» работников. Это положение касается всех образовательных программ для медработников – как основных, так и дополнительных.

Все, кто работает в отрасли, понимают, что результаты лечения пациентов необходимо улучшать, и что показатели качества и безопасности медицинской помощи в нашей стране не должны уступать среднеевропейским. Только тогда можно получить реальное удовлетворение от работы и вернуть доверие пациентов. Если, как говорят врачи, все пойдет по плану, то по уровню внедрения инноваций в системе повышения квалификации кадров здравоохранение окажется впереди других, более обеспеченных отраслей экономики России.

Непрерывное медицинское образование является важным фактором и позволяет медицинскому работнику поддерживать необходимый уровень профессиональной компетентности в течение всей его трудовой деятельности. Под непрерывным медицинским образованием понимают процесс, при помощи которого медики могут постоянно обновлять свои знания и практические навыки.

Работодателю важно понимать, что подготовленный специалист – это гарантия качества медицинской помощи в учреждении, а для этого врачу необходимо создать соответствующие условия.

НА ЗАМЕТКУ

КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДО 2040 ГОДА



Профессор Леонид Борисович Лазебник, президент Научного общества гастроэнтерологов России.

На Европейской гастро неделе, проходившей в октябре 2014 года в Вене, был представлен масштабный научный проект, определяющий развитие здравоохранения Европы до 2040 года.

Идея навстречу ходатайству Научного общества гастроэнтерологов России, руководство UEG (Объединенной Европейской Гастроэнтерологии) передало в наше распоряжение текст доклада на английском языке с правом публикации.

Оригинальный текст концепций с иллюстрациями и нашими комментариями будет опубликован в журнале «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология» (№5 за 2015 год).

Инициатива проведения данного футурологического исследования исходила от ирландских ученых, была поддержана руководством Объединенной европейской гастроэнтерологической ассоциации и поручена коллективу профессиональных аналитиков и прогнозистов. В качестве переменных было использовано огромное количество показателей – социологических, промышленных, научно-исследовательских, экологических, медицинских, статистических, политических, демографических и т.д.

На примере колоректального рака и заболеваний паренхимы печени выдвинуты три концепции развития здравоохранения Европы до 2040 года, т.к. именно эти заболевания являются самыми быстрорастущими по распространенности.

Были представлены три модели – ледниковая, силиконовая и золотая. В оригинале они обозначены как «age». В русскоязычном изложении мы употребили термин «период». Заранее приносим свои извинения, принимаем все замечания, но уж так получилось.

Первая модель была названа «ледниковым периодом». Она основана на старых подходах, когда финансирование бюджетного здравоохранения в любых странах не может быть достаточным, даже хотя бы в силу быстро развивающихся высоких лечебно-диагностических технологий и огромных затрат на производство новых высокоэффективных лекарственных препаратов. Бюджет ни одной, самой богатой страны не выдержит нарастающих необходимых объемов финансирования здравоохранения. Как бы декларативно не объявляли заботу о здоровье населения – проплатить всем нуждающимся, например, качественную химиотерапию в полном объеме невозможно.

Поэтому если в Европе будет работать старая модель, тогда на фоне обнищания здравоохранения и недостатка финансирования произойдет обеднение и населения,

и врачей, и они будут переезжать в экономически более развитые страны. Прежняя модель XIX-XX веков неизбежно делит здравоохранение на бюджетное и коммерческое, т.е. для бедных и богатых. Такая ситуация уже сейчас наблюдается в новых странах Евросоюза, в частности, бывших странах соцлагеря и бывших советских республиках. В значительной мере это можно отнести и к нам.

В этой ситуации колоректальный рак все равно будет диагностироваться на поздних стадиях – как в группе богатых, так и в группе бедных. Согласно этой модели, средний возраст больного с впервые диагностированным колоректальным раком составит 50 лет. Причина – позднее обращение к врачу (уже на 3–4 стадии) из-за отсутствия ярко выраженных симптомов. На первые признаки заболевания – запоры, неустойчивый стул и небольшие кишечные кровотечения, как правило, никто не обращает внимания. И это сейчас так во всем мире – диагноз ставится по факту обращения. Правда, у нас, в России, сейчас запущены скрининговые программы, которые позволяют сделать это гораздо раньше.

Вторую концепцию назвали «силиконовым периодом».

Технологически она означает мощный рывок вперед. Согласно этой концепции, каждому новорожденному жителю Евросоюза (или еще внутриутробно) проводится генная диагностика всех будущих заболеваний. Генная диагностика помогает заподозрить и предположить заболевание тогда, когда у человека еще нет никаких признаков болезни, определяемых общепринятыми методами исследования, но есть так называемые «гены предрасположенности». В таком случае уже и пациент, и врачи нацелены на прицельное обследование. И тогда средний возраст больного колоректальным раком (25 лет!) и продолжительность жизни будут зависеть от раннего его выявления и времени проведения операции и соответствующей химиотерапии. Чем эта модель здравоохранения отличается от той, где все идет на уровне персоналии? Силиконовая модель развития здравоохранения делает ставку на e-medicine (электронную медицину), когда каждый больной имеет в своем личном распоряжении биодатчики, которые определяют состояние его здоровья.

Непосредственный контакт «врач и пациент» в привычном для нас смысле в этой модели прерван. Общение идет только через электронные системы: все данные поступают в call-центр, врач анализирует результат и дает рекомендации, также он может дистанционно задать любой вопрос пациенту и быстро получить на него ответ.

Фактически, это – облачные технологии, которыми мы все сейчас успешно пользуемся. В «облаке» уже хранится информация о геноме, и врач знает все об этом пациенте. Когда от больного поступает, к примеру, информация, что у него появились следы крови в кале в 25-летнем возрасте, врач тут же направит его на обследование, чтобы исключить или подтвердить диагноз «колоректальный рак». О развитии болезни еще никто не знает, там, может, одна молекула гемоглобина «выпала» из пораженной опухоли клетки, но врач уже принял «звонок» и сделает все возможное, чтобы сохранить человеку здоровье.

Следующая модель – это «золотой век», золотой период европейского здравоохранения, и она представляется немного утопичной. Эта модель может быть реализована только в процветающих Соединенных Штатах Европы (СШЕ). Как же будет проводиться лечение колоректального рака? В качестве примера рассматривается следующая ситуация: человек с малосимптомными кишечными расстройствами, живущий в Англии, обратив внимание на свой симптом, идет в аптеку (именно в аптеку, а не к врачу), покупает (или получает бесплатно) эндоскопическую капсулу, соответствующим образом готовится, проглатывает ее. Капсула передает получаемую картинку в единый электронный центр, который условно находится в Нидерландах, куда поступает электронная информация из всех проглоченных жителями Евросоюза радиоэндокапсул. Там «облако» анализирует полученную информацию и дает этому больному рекомендацию ехать в южную Италию, потому что только там находится единый европейский клинический центр, занимающийся именно этими формами колоректального рака. На первый взгляд, все оперативно и достаточно результативно. Однако даже при таком развитии событий средний возраст жителя СШЕ с впервые диагностируемым колоректальным раком составит 58 лет. Потому что бюджет золотого века объединенной Европы не выдержит нагрузки, чтобы всех бесплатно обеспечить химиотерапией.

ВАШ ЮРИСТ

КАК СУДЯТ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Как медицинскому работнику вести себя в случае, если его обвиняют в совершении преступления и в отношении него возбуждается уголовное дело? На площадке Национальной медицинской палаты прошел он-лайн семинар для медицинских работников по вопросам уголовного права, на котором Олег Родин, адвокат Московской областной коллегии адвокатов, член ассоциации медицинских юристов России, и Иван Печерей, эксперт НМП, редактор объединённой редакции МЦФР, рассказали о многих аспектах уголовного права в сфере здравоохранения и ответили на вопросы врачей.

СПЕЦИФИКА МЕДИЦИНСКИХ ДЕЛ

Против медицинских работников возбуждается достаточно большое количество уголовных дел. Наиболее часто встречаемые преступления в сфере медицины – это 109-я и 118-я статьи Уголовного кодекса – причинение смерти по неосторожности и причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности.

Связано это с особенностью медицинской деятельности. Специфических черт в медицинских делах несколько. Первая заключается в том, что медицинская услуга всегда оказывается в условиях обоснованного риска. Обоснованный риск – это достижение общественно полезной цели, когда ее невозможно достичь действиями, не связанными с риском. В области медицины **необоснованным риском** является тот, который не обусловлен нуждами здоровья пациента и потребностями медицинского вмешательства, которое ему оказывают.

Вторая специфическая черта уголовных дел в медицине – ни судья, ни следователь, ни прокурор, ни дознаватель, ни адвокаты, как правило, не обладают медицинскими знаниями и не могут правильно оценить действия врачей. Поэтому по данной категории дел всегда применяется доследственная проверка (называемая так в контексте 144-й статьи Уголовно-процессуального кодекса). И, как правило, сразу назначается судебно-медицинская экспертиза, чтобы следователи могли понять, какие действия – правильные или неправильные – совершил врач.

Также в нашем законодательстве очень распространена коллизия права, когда законы противоречат друг другу. Часто правоохранительная система инкриминирует врачу то, что при лечении данного больного не были соблюдены стандарты. Действительно, в основополагающем законе в сфере здравоохранения «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указано, что медицинская помощь оказывается на основании стандартов и медицинских порядков. При этом стандартами охвачено лишь 17% нозологий. **Более приближены к реальной жизни клинические протоколы**, а стандарты изначально предполагались как медико-экономические показатели, тем не менее, врачу может быть инкриминировано их несоблюдение. Но существует и ФЗ-184 «О техническом регулировании», который четко определяет стандарт как документ для добровольного многократного использования, в котором содержатся характеристики услуг и выполнения работ, а также характеристики различных объектов. Этот закон является специальным законом по отношению к общему. Однако следователи, прокуроры, судьи часто даже не знают о его существовании.

Еще одна специфика медицинской деятельности связана (в том или ином виде) с **должностными преступлениями**, такими, как подделка рецептов, служебный подлог, уничтожение или утрата документов. Должностными лицами в медицине считаются только главные врачи, заместители, заведующие отделениями, то есть, люди, которые обладают организационно-хозяйственными и административно-распределительными функциями. Но судебная практика достаточно противоречива, хотя Пленум Верховного суда, который имеет право трактовать и рекомендовать ее для общего применения, указал, что такое организационно-распределительные функции. В частности, принятие решение лицами, которые имеют юридические последствия и юридически значимы. Поэтому выдачи «липовых» больничных и справок, оформление истории болезни, когда больной фактически не находился в стационаре (чтобы, например, уклониться от службы в армии) рассматриваются, как минимум, как служебный подлог (292-я статья УК, а также 233-я статья – подделка рецептов для получения сильнодействующих препаратов и т.п.).

Если происходит подделка, исправление историй болезни и т.п., и это устанавливается экспертизой, то письменные доказательства превращаются в вещественные. Письменные доказательства характеризуют носителя информации, характеризуют документ по содержанию. А вещественные – это доказательства по форме. И они не только являются одним из доказательств совершенного преступления, но и ослабляют позицию врача, потому что исправление и подчистка документов – для правоохранительной системы знак, что врач пытается скрыть какие-то дефекты оказания помощи.

ПИШИТЕ ИСТОРИИ

Врачам необходимо очень внимательно относиться к медицинской документации. Как правило, экспертизы проводятся по первичной медицинской документации. И именно она является основным письменным доказательством, в котором указаны те обстоятельства, которые подлежат доказыванию по уголовному делу и способны либо обелить врача, либо «утопить» его.

Ни для кого не секрет, что врачи загружены сегодня заполнением различной документации – 75% времени они пишут, а 25% – пытаются лечить больных. Но таковы реалии, и даже в тяжелых условиях надо тщательно вести документацию. Еще во времена СССР была широко известна фраза: «мы пишем истории болезни для прокурора». Действительно, (ПОДТЯНУТЬ!) нет ни одной истории болезни, к которой нельзя было бы придраться. Но, для своего же блага, врачи должны ее тщательно вести. К слову, до сих пор действует инструкция с требованиями по заполнению, принятая еще в 1983 году, которую врачи должны знать, но не знают (что не снимает требований к врачу в заполнении истории).

Почему так важно правильно заполнять историю? Для врача – это одно из основных доказательств по уголовному делу. С помощью правильно заполненной истории можно уменьшить риск или предотвратить возбуждение уголовного дела. Ведь, как правило, пусковым моментом в возбуждении уголовного дела является заключение экспертов. Если, изучив историю, они напишут, что причинно-следственной связи между оказанной помощью и наступившими последствиями нет, то в возбуждении дела будет отказано.

КАК СЕБЯ ВЕСТИ?

Правоохранительные органы порой действуют внезапно, не всегда в рамках правового поля. И многие уголовные дела возбуждались только потому, что медицинский работник повел себя неправильно по предъявленному обвинению, что послужило индикатором для возбуждения уголовного дела, хотя реальных оснований могло и не быть. Как же себя вести правильно?

Когда врача впервые вызывают к следователю, то на него, как правило, еще не возбуждено уголовное дело, он **фигурирует как свидетель**. Лучше всего сразу заручиться поддержкой адвоката. Часто следователи пытаются давить на врачей: «Зачем вы пришли с адвокатом? Если вы с адвокатом, значит, вам есть что скрывать?».

«Не обращайте внимания на эту белиберду, которую вам навязывает следователь, тем более, что уголовно-процессуальное законодательство разрешает, если вы выступате в качестве свидетеля, приглашать адвоката. Потому что вы легко из свидетеля превратитесь в подозреваемого или обвиняемого, что часто и происходит. Поэтому не бойтесь и настаивайте своих на правах», – говорит Олег Родин.

Конечно, желательно, чтобы помощь оказывали специалисты, которые понимают в медицине. Поскольку не только со стороны обвинения, но и со стороны защиты они являются субъектами доказывания, и хотя, в отличие от судей, прокуроров, следователей, не могут принимать процессуально значимые решения, но имеют право участвовать в действиях при назначении экспертизы, при формулировании вопросов, а главное, при ее оценке. Потому что процесс доказательства по любому делу состоит из сбора, закрепления, проверки и оценки этих доказательств по критериям допустимости, относимости, достоверности и, главное – совокупности и достаточности. И при грамотном специалисте-адвокате представители уголовного преследования ведут себя более корректно. Кроме того, адвокат имеет право корректировать поведение свидетелей, обвиняемого, подозреваемого. По крайней мере, объяснять, что нужно, а что не нужно говорить.

Также эксперты советуют «меньше говорить, а больше слушать». Не стоит вступать в доверительные беседы с прокурором, тем более, что беседа может быть зафиксирована на различных носителях.

И ОДИН В ПОЛЕ ВОИН

В гражданском процессе ответчиком за причинение вреда выступает медицинская организация. Соответственно, медицинскую организацию и наказывают, и штрафуют, порой на существенные суммы. В уголовном праве ответственность персонализирована. И вся ответственность, в том числе материальная, ложится на лицо, которое причинило вред, и чья вина доказана в установленном порядке. **Возникает ситуация, когда администрации выгоднее сбросить вину на врача, применить к нему уголовную ответственность и сделать его лицом, которое будет возмещать причиненный вред**. Такое происходит все чаще, особенно с учетом того, что сейчас урезан бюджет на здравоохранение.

Как здесь себя защитить? Обязательно читать и использовать в защите должностные инструкции. Были уголовные дела, когда должностная инструкция не соответствовала тому, что инкриминировали врачу.

Обязательно необходимо ссылаться при своей защите на оснащенность больницы, если оборудования было недостаточно для

оказания помощи. Иногда врачи вынуждены работать просто с допотопным оборудованием, и это не их вина.

Также важно при разборе дела, какой персонал присутствовал, например, при причинении смерти по неосторожности. Были ли различные форс-мажорные обстоятельства. Все это должно в совокупности учитываться, и это может помочь врачу избежать уголовной ответственности. **Помощи от администрации ждать не нужно, она не будет на стороне врача**, – утверждают эксперты.

«Медицинский работник является субъектом трудового права и является работником. Администрация является его работодателем. Соответственно, обязанностью работодателя, согласно трудовому законодательству, является обеспечение работника всем необходимым для осуществления его трудовой функции. И поэтому встает вопрос: если медработник что-то не мог сделать, например, у него просто не было лекарственных препаратов, и ему инкриминируют это в вину, это не его вина, это вина работодателя. На этом стоит делать акцент. Здесь не надо жалеть свою администрацию, к сожалению, в этих случаях врач и администрация – по разные стороны баррикад», – говорит Иван Печерей.

ЕСТЬ ЛИ ШАНСЫ НА ПОБЕДУ?

Бытует мнение, что если уголовное дело перешло в суд, то медицинский работник вряд ли будет оправдан. И действительно, по неофициальной статистике, у нас всего 0,4% оправдательных приговоров.

«Но это не значит, что бессмысленно бороться в суде. Можно и нужно», – говорят эксперты. «Бывало, что и в суде дела рассылались. Кроме того, есть стадия обжалования, вплоть до Верховного суда», – отмечает Олег Родин.

К тому же, в ряде случаев возможно примирение сторон. По делам, где предусмотрено наказание до 5 лет лишения свободы (т.е. по преступлениям небольшой и средней тяжести), такая процедура возможна. Может быть признана «сглаженная вина», назначен условный срок или вовсе никакого срока. Дело могут прекратить, потому что государственное обвинение отказывается от своего обвинения, и дело прекращается. Такое бывает достаточно часто, особенно по такой категории дел, как причинение вреда по неосторожности.

Однако немногие врачи верят в то, что им удастся получить оправдательный приговор в суде, и, как альтернативу, рассматривают возможность согласия на разбор дела в особом порядке, когда врач признает вину, заявляя ходатайство, что все обвинения ему понятны (подобное происходит в присутствии адвоката). Действительно, при особом порядке рассмотрения дел идет назначение наказания нижнего предела. Но **эксперты не рекомендуют безоглядно соглашаться на такую процедуру, если врач не чувствует за собой вины**. Прежде чем идти на такой шаг, необходимо предварительно проанализировать всю доказательную базу при ознакомлении с делом на стадии предварительного расследования.

ОСТАВИТЬ БЕЗ ПОМОЩИ

Экспертам поступило множество вопросов, связанных с конкретными статьями УК РФ. Например, 124-я статья УК РФ – не оказание помощи больному. Эта статья может быть применима в случае не оказания помощи больному без уважительных причин лицом,

обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного. А также – за то же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью.

Медицинский работник может находиться на рабочем месте при исполнении своих должностных обязанностей. Но возможно ли вменить эту статью, если врач находится не на рабочем месте, а просто, например, идет по улице? Эта последняя ситуация – запутанная и не совсем четко регламентированная. Как подчеркивают эксперты, такие случаи редко доказуемы, однако прецеденты привлечения врачей по этой статье в таких случаях бывали. Но здесь, опять же, может помочь опытный адвокат.

Врачи также интересовались, можно ли применить к ним статью за неоказание помощи при условии ограниченного персонала, когда врач не может отлучиться далеко от места работы, потому что его в любую минуту могут вызвать к больному его профиля. Виновен ли он, если все же в нерабочее время уехал по своим делам, а в это время в больницу поступил больной его профиля? С позиции Трудового кодекса, как пояснил Иван Печерей, медицинский работник не имеет особого юридического статуса, кроме работника. Соответственно, его права и обязанности жестко регламентируются ТК РФ, где четко говорится, что любой работник имеет право на отдых. Установлено время отдыха – это время, когда работник свободен от своих должностных обязанностей. И когда работник покидает свое рабочее место, находится на отдыхе, статья за неоказание помощи больному не применима, потому что работника защищает соответствующий закон, в данном случае – Трудовой кодекс. Много чаще эта статья вменяется медицинским работникам, которые находятся на рабочих местах. Например, отказ в госпитализации и возникновение осложнений из-за этого.

Также был поднят вопрос о том, является ли отказ врача в медицинской помощи в связи с недостаточным уровнем квалификации в целях предотвращения большего вреда смягчающим обстоятельством для уголовного преследования? И где начинается уголовная ответственность за причиненный пациенту вред по сравнению с возможными последствиями по неоказанию помощи?

Эксперты поделились случаями из практики, когда интерны не могли оказать медицинскую помощь, и им ничего не было инкриминировано, потому что они не были подготовлены. И, например, нельзя обвинять терапевта в том, что он не сделал трепанацию черепа – у него просто нет необходимой квалификации. Есть **два ключевых момента, которые исключают уголовную ответственность** в данных случаях. Это обоснованный риск и крайняя необходимость. Если действия будут признаны крайней необходимостью, когда у врача не было другого выхода, кроме как проводить манипуляцию, которую он проводить до сих пор не умел, то это, по теории, будет являться основанием для возбуждения уголовного дела. Но на практике необходимо оценить совокупность всего того, что предшествовало данному действию.

С другой стороны, например, если в результате неправильно проведенного непрямого массажа сердца произошел перелом ребер, что инкриминируется следователями как причинение вреда здоровью и поднимается вопрос об отсутствии у доктора (к примеру, терапевта) сертификата специалиста-реаниматолога, что следствие может считать отягчающим обстоятельством, то, как отметил Иван Печерей, в данном случае не требуется особых документов, подтверждающих квалификацию. Доктор проводит те мероприятия, которыми он владеет, как обычный врач. Он применяет не какие-то специальные знания, а лишь знания, которые он получил в медицинском вузе. И диплом врача подтверждает его квалификацию для таких манипуляций, никакого сертификата не требуется.

В любом случае, по 124-й статье надо оценивать всю совокупность фактов, поскольку универсальных ситуаций не бывает.

ВЗЯТКА ИЛИ ДАР?

Медицинских работников нередко обвиняют в получении взятки, но **в большинстве случаев эти обвинения ни на чем не основаны**. В каких ситуациях медицинского работника могут обвинить в получении взятки? Что нужно совершить, чтобы такое обвинение было предъявлено?

К сожалению, иногда таким способом пытаются убрать неугодного работника, подставив его. Допустим, дать такую взятку может попытаться больной, или можно просто подложить в стол. Потом врача попросят открыть стол, а там будет лежать конверт с деньгами.

Но есть закон об оперативно-розыскной деятельности, и если грамотный адвокат докажет, что эта деятельность (например, установка видеокамер наблюдения) ничем не санкционирована, что оперативно-розыскные мероприятия проведены с нарушением закона, **то учесть человека во взятке, даже если он взял деньги, нельзя. Потому обязательно нужен защитник, чтобы он проверил четкость и законность всех этих действий.** «В данном случае это будет считаться недопустимыми доказательствами. Доказательства, которые получены с нарушением закона, являются недопустимыми и не могут быть положены в основу обвинения», – говорит Олег Родин.

Также врачей интересовал вопрос о разнице между взяткой и дарением. Статья

в сумме, а в том, был ли факт взятки или нет».

Важно помнить, что **не бывает взятки по неосторожности. Это всегда умысел. Это преследование корыстной цели либо какой-то иной заинтересованности.** Вот эти субъективные и объективные составы преступления обязаны быть доказаны. Если они не доказаны, то нет и состава преступления. Взятка берется под какие-то конкретные действия или бездействия – несовершение каких-то действий.

Но что происходит, если размер подарка превышает разрешенную ГК сумму в 3 тыс. рублей? Если врач принимает такой подарок, то в этом случае он нарушает ГК РФ, а не Уголовный кодекс. Дисциплинарно он может быть наказан, но



575 ГК РФ гласит, что сотрудникам общеобразовательных, медицинских и тому подобных учреждений нельзя принимать в дар больше 3 тысяч рублей. Но нельзя разбить более крупную сумму, и каждый день получать по 3 тыс. рублей – якобы, в качестве дара. Взятка отличается от дара не размером суммы, а по самой сути.

«Взятка – это конкретное действие в угоду взяткодателя или лиц, которых он представляет. Подарок, в отличие от взятки, не связан с конкретным действием, – говорит Олег Родин. – Часто бывает так называемый взятко-подкуп, дающийся заранее, до совершения каких-то соответствующих компетентных действий. А благодарность, как правило, – после действий. И для состава преступления по взятке ее сумма играет только одну роль – увеличивает срок. Так что дело не

уголовного преследования не будет, поскольку это был дар. К тому же, врач мог не знать не только о сумме подарка, но и о самом подарке, ведь о благодарности людей не предупреждают.

И еще важный момент: когда медицинский работник выходит после работы, он становится обычным гражданином, может принимать любые подарки, ограничение налагается только на прием подарков при исполнении обязанностей.

В ходе семинара обсуждались и различные частные случаи, и вопросы, которые врачи присылали на сайт НМП. По числу вопросов становится очевидно, что врачи заинтересованы в повышении своей правовой грамотности, что они хотят знать, как защитить себя в сложных случаях. И серия правовых семинаров на сайте НМП будет продолжена.

ON-LINE ЦЕНТР ЮРИДИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ

ON-LINE ЦЕНТР КОНСУЛЬТАЦИОННОЙ ЮРИДИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ ПРИЗВАН ПОМОЧЬ ВРАЧАМ В РЕШЕНИИ ПРАВОВЫХ ВОПРОСОВ.

Для помощи врачебному сообществу Национальная медицинская палата открыла на своем сайте (www.nacmedpalata.ru) площадку для оказания консультативной юридической помощи медицинским работникам, которые обращаются в Палату.



Идея создания онлайн центра возникла не случайно. К сожалению, сейчас отсутствует система юридической защиты медицинских работников. Врачи оказываются один на один со своими проблемами, нередко случаи, когда нас необоснованно обвиняют как пациенты, так и руководство.

Юристы НМП готовы оказывать бесплатную юридическую помощь на досудебном этапе врачам по различным аспектам медико-правовой специализации.

БУДЕМ РАДЫ БЫТЬ ПОЛЕЗНЫМИ. WWW.NACMEDPALATA.RU

ЦЕНТР РАБОТАЕТ В РАМКАХ ПРЕМИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ "ПРАВО НА ЗАЩИТУ"