



Инициативы
Палаты

Стр. 2



Развитие практики досудебного/внесудебного урегулирования конфликтов между врачом и пациентом и третейского судопроизводства

Стр. 3



Вопросы независимой медицинской экспертизы

Стр. 8

ВНЕОЧЕРЕДНОЙ СЪЕЗД НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ

ВАЖНО

22-23 мая 2015 г. в Москве состоится внеочередной съезд ведущего объединения врачей России – Национальной медицинской палаты. Нам перед Форумом по здравоохранению, который будет проводить Общероссийский народный фронт, необходимо выработать единую позицию и ответить на ряд важных и острых вопросов, в том числе: какое здравоохранение мы строим, какое соотношение платных и бесплатных медицинских услуг, необходимо ли нам медицинское страхование в таком виде, в котором оно существует сейчас, как решить кадровые проблемы, необходимо ли сокращение врачей в стационарах и закрытие больниц, какая роль профессиональных общественных организации в системе контроля и оценки качества медицинской, как улучшить послевузовское образование и многие другие вопросы. На съезде будут рассмотрены изменения в устав Палаты. По итогам нашего съезда от медицинского сообщества будут сформированы конкретные предложения. Во время съезда будут подведены итоги ежегодной Премии Национальной медицинской палаты, состоится награждение лауреатов.

СТАРТОВАЛА ВТОРАЯ ЕЖЕГОДНАЯ ПРЕМИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ

Национальная медицинская палата объявила о начале конкурса на Премию Национальной медицинской палаты (НМП). Сбор заявок для участия начался 17 февраля и продлится до 20 апреля.

Первое вручение Премии НМП состоялось год назад и вызвало широкий отклик в медицинском сообществе. Всего за два с половиной месяца в рабочую группу Премии НМП поступило более 500 заявок из 67 регионов России. Больше всего конкурсных заявок организаторам поступило из Сибирского, Центрального, Приволжского и Уральского федеральных округов. Награды получили не только медицинские работники, но и представители общественных организаций, а также представители СМИ, которые помогают врачам в их нелегкой работе, поднимают острые темы и объективно освещают их, встают на защиту медиков в сложных ситуациях.

По итогам Премии в 10 номинациях были определены 14 победителей. Победителей оказалось больше, чем номинаций, поскольку в некоторых случаях было сложно выделить одного лауреата, и жюри вручало награды нескольким соискателям. Как отмечают организаторы Премии, уровень всех соискателей был очень высок, по каждой кандидатуре шли обсуждения и даже споры.

Победителями Премии стали студенты и врачи всех возрастов, представители СМИ и общественных организаций со всей страны – из Архангельской, Липецкой, Новосибирской, Орловской, Рязанской, Самарской, Свердловской, Тульской, Тюменской областей, а также Санкт-Петербурга и Москвы. Столь широкое участие регионов показывает, насколько значима сегодня эта Премия для представителей медицинского сообщества. Неудивительно, что у нее такой от-

клик – ведь идея о присуждении родилась среди самих врачей, и первое вручение подобной награды стало событием, которое не только позволяет вернуть уважение и доверие к профессии врача, но также привлечь внимание общества к решению наиболее актуальных для медицины вопросов. Премия и правдивые творческие работы номинантов обозначили самый широкий спектр проблем в здравоохранении.

Значимость Премии была отмечена Правительством РФ, она также получила поддержку со стороны Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Организаторы Премии уверены, что в этом году соискателей признания НМП будет еще больше. Во-первых, потому, что Нацмедпалата с каждым годом завоевывает все больше доверия среди медицинских работников. Во-вторых, проведение конкурса – это действительное признание реальных заслуг самым крупным общественным профессиональным объединением. И, наконец, это повод еще раз заострить внимание как на тех проблемах, с которыми сталкиваются простые врачи в своей ежедневной практике, так и на тех вопросах, которые требуют решения на федеральном уровне.

В этом году Премия будет вручаться по 10 номинациям. «Земский доктор», «Мой наставник», «Карьера», «Почему я хочу стать врачом» – номинации для состоявшихся и будущих медицинских работников. Для территориальных и профессиональных объединений медработников предусмотрены

специалистов – только в этом случае и врач, и пациент смогут получить объективную оценку ситуации и правовую защиту.

На государственном уровне до сих пор не был создан эффективный алгоритм досудебного разбирательства. С самого начала своего

ПРЕМИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ ВРУЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ НОМИНАЦИЯХ:

1. «Земский доктор» – премия для врачей, имеющих стаж работы в сельской местности не менее 5 лет.
2. «Карьера» – премия для молодых врачей в возрасте до 35 лет. Оцениваются видение молодыми специалистами слагаемых успешной карьеры, трудностей, которые им пришлось преодолеть для построения карьеры, а также предлагаемые пути решения проблем.
3. «Мой наставник» – премия для наставников в профессии, оценивающая вклад номинанта в профессиональный и личностный рост медицинского работника.
4. «Почему я хочу стать врачом» – премия для студентов медицинских вузов, ординаторов и интернов.
5. «Право на защиту» – премия для территориальных профессиональных общественных объединений медицинских работников, достигших успехов в сфере защиты представителей медицинского сообщества.
6. «Территория взаимодействия» – премия для профессиональных некоммерческих медицинских организаций за

конкретные результативные проекты, направленные на развитие общественно-государственного партнерства.

7. «Наш маяк» – премия для профессиональных некоммерческих медицинских организаций, достигших лучших показателей развития.

8. «Врач под защитой» – премия для журналистов и журналистских коллективов, освещающих проблемные ситуации и представляющих позицию медицинских работников при необоснованных обвинениях.

9. «Профессия – врач» – премия для представителей СМИ, которые в своих материалах раскрывают особенности труда медицинских работников, способствуют популяризации профессии врача и повышению ее престижа.

10. «Диагноз» – премия для руководителей СМИ, на регулярной и систематической основе обращающих внимание на проблемы российского здравоохранения и поиск их решений.

следующие номинации: «Право на защиту», «Территория взаимодействия», «Наш маяк». Для представителей СМИ – «Врач под защитой», «Профессия – врач», «Диагноз».

Порядок проведения конкурса 2015 года остается максимально демократичным. Предложить на роль соискателя своего кандидата могут территориальные и профессиональные объединения медицинских работников, сами медработники и представители СМИ – словом, практически любой человек или организация. А выбирать среди них самых достойных будут экспертные советы и жюри Премии – члены НМП, предложенные региональными отделениями Палаты,

а также представители экспертного сообщества. Этот принцип – основа для непредвзятого мнения и выбора достойных лауреатов.

«Мы верим, что Премия НМП – действительно важное и нужное дело для нашей страны. Мы не отрицаем, что в нашем здравоохранении есть проблемы, но настаиваем на их объективной оценке и думаем, что те материалы, которые поступают к нам от соискателей, позволят взглянуть на эти проблемы с разных точек зрения, обсудить их и найти решения», – отметил президент НМП Леонид Рошаль.

С подробностями проекта можно ознакомиться на сайте – www.premianmp.ru.

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА ОБУЧИТ МЕДИАТОРОВ И ТРЕТЕЙСКИХ СУДЕЙ

Национальная медицинская палата создает общероссийскую систему досудебного и внесудебного урегулирования конфликтов между врачом и пациентом и третейского судопроизводства.

Как подчеркнул президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль, уже давно назрела необходимость в системном подходе к правовому урегулированию конфликтов между врачами и пациентами. С этой целью необходимо создать условия для подготовки

существования НМП развивает систему защиты как врача, так и пациента и ищет способы наиболее действенного и эффективного урегулирования споров между ними. Успешные наработки в этом направлении есть у Врачебной палаты Смоленской области. Уже более трех лет при Смоленской врачебной палате работает Третейский суд. За короткое время его работы было рассмотрено более 700 жалоб по поводу ненадлежащего оказания ме-

дицинской помощи. И только несколько случаев были рассмотрены на заседаниях Третейского суда, а остальные – урегулированы на досудебном уровне с помощью экспертов из коллегии досудебного разрешения споров. В настоящее время успешный опыт Врачебной палаты Смоленской области распространяется на регионы России.

Продолжение читайте на стр. 2

ТЕРРИТОРИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ: ИНИЦИАТИВЫ ПАЛАТЫ

МЕДИКАМ, ЗАНЯТЫМ НА ТЯЖЕЛЫХ РАБОТАХ И РАБОТАЮЩИМ С ВРЕДНЫМИ И ОПАСНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА, СОХРАНЯТ УСТАНОВЛЕННЫЕ РАНЕЕ ГАРАНТИРОВАННЫЕ КОМПЕНСАЦИИ

Национальная медицинская палата добилась изменений в действующую методику специальной оценки условий труда в плане учета биологических факторов (I-IV группы патогенных микроорганизмов) на рабочих местах медицинских работников. Если эти изменения не будут внесены, то большая группа медработников лишится гарантированных компенсаций, предоставлявшихся ранее (сокращенный рабочий день, надбавка к заработной плате, дополнительный отпуск, льготная пенсия).

От Министерства труда и социальной защиты РФ были получены следующие разъяснения: в настоящее время, до планируемых изменений в методике (в случае окончания 5-летнего срока действия проведенной ранее аттестации рабочих мест), мы имеем право не подписывать отчет о проведении специальной оценки труда. При этом будут продолжать действовать установленные ранее гарантированные компенсации. Взаимодействие НМП и Минтруда продолжается.

Напомним, что недоработки в практической реализации федерального закона № 426 «О специальной оценке условий труда» могли

привести к тому, что с 2015 года медицинские работники, занятые на тяжелых работах и работающие с вредными и опасными условиями труда, лишились бы своих гарантий и компенсаций. В их число входят медработники, оказывающие скорую медицинскую помощь, специалисты отделений реанимации, интенсивной терапии, операционных, медицинский персонал, осуществляющий диагностику и лечение с помощью медицинской аппаратуры.

«Если срочно не исправить практическое исполнение этого закона, бунт в здравоохранении будет похлеще, чем прошедшие по России митинги медицинских работников», – такую

оценку ситуации дал президент НП «Национальная медицинская палата» **Леонид Рошаль**.

«Многие специальности будут лишены существующих льгот за вредные условия труда, включая надбавки к зарплате, дополнительный отпуск и пенсионные льготы. Из вредных факторов исключена работа с гноем, кровью и психо-эмоциональный фактор. Это касается хирургов, анестезиологов, реаниматологов и врачей других специальностей. На фоне существующих льгот сделают эти специальности еще менее привлекательными и приведет к мощному недовольству в медицинском сообществе», – считает он.

Сложившаяся ситуация была вызвана тем, что до сих пор не разработан ряд дополнительных положений к закону. Раньше работники могли претендовать на дополнительные выплаты за работу в особо опасных и тяжелых условиях труда, а также на предоставление длительного отпуска. А конкретный размер оплаты и дни дополнительного отпуска устанавливались в

соответствии с должностями, включенными в определенный список. Теперь же, в соответствии с изменениями в Трудовой кодекс РФ и законом «О специальной оценке условий труда», конкретный размер компенсаций устанавливается непосредственно работодателем – с учетом результатов специальной оценки условий труда (СОУТ).

Специальная оценка условий труда работников проводится специализированной организацией. Вместе с тем, постановлением Правительства РФ №290 был определен общий перечень рабочих мест, в отношении которых СОУТ проводится с учетом устанавливаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти особенностей. В перечень вошли рабочие места медиков, работающих в определенных условиях. Согласно закону «О специальной оценке условий труда», до 1 января 2015 г. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации должно было утвердить особенности проведения специальной оценки условий труда в отношении предусмотренных перечнем, утвержденным этим постановлением, рабочих мест в организациях, которые осуществляют отдельные виды деятельности. Этого сделано не было.

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА ПРОСИТ ДОРАБОТАТЬ ПРОЕКТ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С УЧЕТОМ ОБОЗНАЧЕННЫХ МЕДИЦИНСКИМ СООБЩЕСТВОМ ВОПРОСОВ

Эксперты Национальной медицинской палаты подготовили заключение на проект «Стратегии развития здравоохранения РФ на долгосрочный период 2015-2032 гг.», представленный в конце прошлого года Минздравом России.

В обсуждении документа приняло участие подавляющее большинство членов Национальной медицинской палаты. Бесспорным преимуществом проекта является его комплексность: он затрагивает практически все основные сферы здравоохранения, в нем уделено существенное внимание таким важным направлениям, как развитие профессиональных общественных организаций в системе государственно-общественного управления отраслью, системы ОМС и лекарственного обеспечения. Важным является и намерение скорректировать Программу государственных гарантий, а именно – четко определить виды, формы и условия медицинской помощи, конкретизировать условия ее бесплатного оказания гражданам.

Несмотря на ряд позитивных моментов документа, существует и немало вопросов, ответы на которые представители экспертного медицинского сообщества планируют прояснить. Так, эксперты Национальной медицинской палаты выражают обеспокоенность состоянием финансирования отрасли. В стратегии указано, что доля госрасходов в общих расходах на здравоохранение в 2013 г. составила 79%. Однако в 2011 г. она составляла всего 60%, а в 2012 г. – 61%. Экспертам Национальной медицинской палаты не ясно, с чем связано двукратное сокращение доли негосударственных расходов за один год.

В Палате также отмечают, что «погружение» в ОМС основных видов медицинской помощи, включая 459 высокотехнологичных методов, привело к двукратному сокращению доли государственных расходов на здравоохранение в структуре ВВП – с 4,7% до 2,4%.

Национальная медицинская палата считает, что в стратегии необходимо зафиксировать, а при ее реализации найти средства для увеличения финансового наполнения Программы государственных гарантий до уровня 6-7% ВВП.

Также, несмотря на достаточно обширную презентацию основных направлений развития системы здравоохранения, в самом документе отсутствует общее видение того, какой же будет модель здравоохранения в целом: что будет с первичной медицинской и санитарной помощью (включая врачей общей практики), со скорой медпомощью, стационарной помощью и диспансерной службой. По мнению членов НМП, принявших участие в обсуждении проекта стратегии, отдельными ее пунктами должны стать такие разделы, как поддержка сельского здравоохранения и развитие кадрового потенциала отрасли, включая совершенствование оплаты труда. А в число основных направлений развития национальной системы здравоохранения могло бы войти внедрение важнейших для отрасли инструментов – системы досудебного урегулирования споров,

института независимой медицинской экспертизы, системы страхования ответственности медицинских работников. Это будет способствовать снижению социального напряжения между врачом и пациентом.

Вместе с тем, **одними из самых важных остаются вопросы взаимодействия профессиональных общественных организаций и органов государственного управления.** А значит, необходимо более четкое обозначение функций медицинских ассоциаций. Так, в разделе «Развитие медицинских профессиональных некоммерческих организаций» предлагается обозначить переход к саморегулированию – закрепить за профессиональными общественными организациями функции саморегулирования профессиональной деятельности и государственно-общественного управления.

Другие разделы целесообразно дополнить предложениями Национальной медицинской палаты, направленными на усиление роли профессиональных общественных организаций в управлении отраслью, а именно:

- обозначить не только государственный, но и общественный контроль за реализацией территориальных программ государственных гарантий;
- закрепить совместное с государством утверждение Порядков оказания медицинской помощи различного профиля и критериев качества медицинской помощи разного профиля и вида, а также других нормативных актов, регламентирующих доступность, своевременность и качество оказания медицинской помощи;

- установить проведение аккредитации образовательных программ в сфере здравоохранения за НП «Национальная медицинская палата»;
 - к процедуре аккредитации медицинских работников, общее руководство которой возложено на Национальный центр аккредитации, а методологическое сопровождение – на экспертно-методические центры, привлечь профессиональные некоммерческие организации с правом решающего голоса;
 - в целях интеграции института главных специалистов и профессиональных некоммерческих организаций определить назначение главных специалистов на основании рекомендаций профессиональных организаций;
 - закрепить, при координирующей роли Минздрава России, за профессиональными некоммерческими организациями разработку и утверждение клинических рекомендаций (протоколов лечения);
 - возложить функции по аккредитации экспертов по качеству медицинской помощи на НП «Национальная медицинская палата».
- Среди других предложений экспертов – сохранить практику создания целевых программ развития здравоохранения, в частности, программ модернизации и оптимизации здравоохранения (в том числе службы крови Российской Федерации), уделить внимание развитию детской стационарной помощи. Разделы, посвященные развитию информатизации и лекарственного обеспечения, следует скоординировать с уже действующими программами и концепциями.

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА ОБУЧИТ МЕДИАТОРОВ И ТРЕТЕЙСКИХ СУДЕЙ

Окончание. Начало на стр. 1

В Национальной медицинской палате был разработан проект, направленный на развитие системы юридической защиты медиков на базе профессиональных и территориальных общественных некоммерческих организаций медицинских работников, которые являются членами НМП. Первоочередная задача – обучение членов Национальной медицинской палаты по программам повышения квалификации в сфере медиации и третейского судопроизводства, а также создание региональных центров по урегулированию конфликтов между врачами и пациентами. Для членов НМП предусмотрено бесплатное

обучение, которое будет проходить на базе Института последипломного медицинского образования г. Смоленска по двум программам: «Основы медиации» и «Организация деятельности третейских судов в здравоохранении и социальной сфере».

«В рамках этого проекта предполагалось обучить по каждой программе по два человека от каждого региона, – сообщила **Наталья Аксенова**, председатель Врачебной палаты Смоленской области. – Наша палата и я, как ректор института, приняли решение, что мы обучим в два раза больше. Таким образом, пройти бесплатное обучение по этим учебным программам смогут более 320 человек. Будем обучать

и врачей, и юристов – тех, кого региональные подразделения НМП на территории всей Российской Федерации сами решат направить на обучение. Мы хотим, чтобы в каждом регионе России при врачебных палатах были созданы и третейские суды, и комиссии по досудебному урегулированию споров».

В соответствии с законодательством, проект предполагает очно-заочную форму обучения с элементами дистанционного образования. По его результатам будут выданы удостоверения установленного образца, которые дадут право работать по данной профессии.

«Обучение начнется с первого марта, и мы уже получили и продолжаем получать массу

заявок из регионов, – рассказывает Наталья Аксенова. – Это показывает, насколько данный проект своевременен и важен для нас. В западных странах механизмы юридической защиты медицинских работников уже давно являются прерогативой профессиональных ассоциаций. А в свете развития общественно-государственного партнерства проект сегодня приобретает особую актуальность». При Национальной медицинской палате планируется также создать общероссийские коллегии по третейским судам и досудебному урегулированию споров. Кроме того, проект включает в себя проведение «круглых столов» и конференций по обмену опытом.

МНЕНИЯ НАШИХ ЭКСПЕРТОВ



– Расскажите подробнее, что это за проект, и когда будут обучаться медиаторы и третейские судьи.

– У нас есть опыт в области урегулирования споров между врачами и пациентами. Три года при Врачебной палате Смоленской области работает Третейский суд. Сейчас у нас 18 третейских судей, и большую часть конфликтов нам удается решать, не доводя дело даже до третейского судопроизводства – в досудебном порядке. Наш опыт перенимают и другие регионы. Третейский суд уже есть в Санкт-Петербурге, Новосибирске, в Республике Башкортостан, Липецкой области. Они успешно работают, но этого мало. Мы решили распространить этот опыт на всю Россию, чтобы в каждом ее уголке медицинские работники умели улаживать конфликтные ситуации с пациентами, не доводя дело до суда. Был разработан проект по созданию системы юридической защиты медицинских работников, который называется «Формирование системы юридической защиты медицинских работников: правовое обучение медицинских работников, развитие институтов досудебного и внесудебного урегулирования конфликтов между врачом и пациентом и третейского судопроизводства». В рамках этого проекта члены Национальной медицинской палаты смогут пройти бесплатное обучение по программам медиации, а также по организации деятельности третейских судов и досудебного урегулирования споров в здравоохранении. Хочу отметить, что Смоленский институт последипломного медицинского образования, организованный на базе Смоленской врачебной палаты, уже в прошлом году впервые обучил по этим программам (правда, на платной основе) 34 человека. А сейчас обучение для членов Национальной медицинской палаты будет бесплатным. Согласитесь, это уникальный шанс пройти бесплатное обучение по таким актуальным специальностям. Очень часто медицинские работники просто не знают, что им делать, когда возникает конфликт. Да и пациенты не в курсе, что можно решить проблему, не доводя дело до суда. Реализация проекта

Наталья Аксенова, вице-президент НП «Национальная медицинская палата», председатель Врачебной палаты Смоленской области: «Мы хотим, чтобы медицинские работники всей России умели улаживать конфликты с пациентами»

Наталья Аксенова, вице-президент НП «Национальная медицинская палата», председатель Врачебной палаты Смоленской области, рассказала, как будет проходить обучение в рамках проекта Национальной медицинской палаты по развитию практик досудебного/ внесудебного урегулирования конфликтов и третейского судопроизводства, а также о том, как сегодня работает процесс урегулирования спора между пациентом и врачом в Смоленской области.

позволит этому научиться. Курс по медиации рассчитан на 120 часов, по третейскому судопроизводству – на 144 часа. Мы планируем обучить более 300 человек из всех регионов России, где работают члены НМП. Возможность учиться получают и врачи, и юристы. Я уверена, что на выходе мы получим квалифицированных специалистов, которые смогут вникать в суть проблем пациентов и разбираться в причинах их недовольства. А это дает высокие шансы урегулировать процессы до стадии судебного разбирательства.

– Как будет строиться процесс обучения?

– Это будет очно-заочная форма с элементами дистанционного обучения. Конечно, сразу все 300 человек обучаться не смогут, поэтому будут сформированы группы по 20 человек, которые будут заниматься по очереди. Очная форма предполагает проведение «круглых столов» и конференций. Мы планируем провести две большие конференции с элементами мастер-классов, куда пригласим представителей из всех регионов. Первая из них состоится в Москве уже в середине марта, дата ее проведения сейчас уточняется. Конечно, поделиться опытом приедут и представители тех регионов, где уже действуют третейские суды при врачебных палатах. К слову, мы планируем показать участникам образовательных программ работу не только тех третейских судов, которые созданы при врачебных палатах и не требуют регистрации, но и зарегистрированных третейских судов. На этой конференции будем разбирать самые актуальные на сегодня вопросы. Например, очень много спорных ситуаций между врачами и пациентами возникает по поводу того, какие медицинские услуги оказываются платно, а какие нет. Об этом мы обязательно подробно расскажем и покажем. Мы рассчитываем, что приедут более 400 человек. Вообще, достаточно большая часть учебного процесса будет организована с помощью дистанционных технологий. Участники программы получат доступ к порталу, где они должны будут ознакомиться с обширным (на несколько сотен страниц) лекционным материалом, будут организованы вебинары. Кроме того, все получают методические пособия, где от «а» до «я» будет расписана организация процессов и медиации, и третейского судопроиз-

водства. В ходе учебы участники должны будут написать и сдать по несколько рефератов. А на завершающем этапе – экзамен. Нашим будущим специалистам предстоит ответить на 200 тестовых вопросов, и если тестирование пройдет успешно, то после успешной сдачи экзамена они получат документ – удостоверение установленного образца, которое даст им право работать по данной профессии.

– Медицинские работники – люди практичные, им наверняка интересно, как система защиты работает на практике.

– Еще на прошлой конференции «Медицина и право», которая состоялась в 2014 году, мы показывали ее участникам, как проходят заседания Третейского суда при Врачебной палате Смоленской области. Тогда рассматривалось дело пациентки, подавшей иск к одной из больниц Смоленска о возмещении материального и морального вреда, который был причинен здоровью в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. По мнению пациентки, проведенная ей гинекологическая операция вызвала повреждение мочеочника, и она полагала, что получение ею второй группы инвалидности находилось в прямой причинно-следственной связи с этим повреждением. Дело исследовали эксперты, дали свое заключение по данному случаю. И пациентка в итоге отказалась от своих исковых требований по возмещению ущерба в размере более двух миллионов рублей. Стороны смогли заключить мировое соглашение.

Еще пример. Сейчас наша Смоленская палата работает над одним из происшествий в Липецкой области. К нам обратилась мать, у которой умер сын. Как она сама нам сказала: «Есть какая-то тяжесть на сердце, хочу понять, все ли сделали врачи, чтобы его спасти». Мы запросили из Липецка медицинскую документацию по этому случаю и получили ее. Сейчас эту документацию изучают эксперты. В рамках Центрального федерального округа у нас создана экспертная бригада, куда входят 130 врачей разных специальностей. В данном случае дело касается онкологического заболевания. Мы разослали копии документации в 4 региона, чтобы эксперты по соответствующим специальностям дали свои заключения. Таким образом мы обеспечим всесторонний охват

проблемы, получим мнения других врачей, которые не знакомы ни с мамой, ни с врачами из области и будут делать свои выводы только на основе медицинской документации. Привлекая максимально широкий круг экспертов, мы получим независимое заключение. И я уверена: если врачи будут едины, если они придут к выводу, что липецкие медики все сделали правильно, то дело не дойдет до судебного разбирательства.

– Но если дело все-таки доходит до суда, есть ли возможность эффективной защиты врачей?

– Конечно. Совсем недавно мы смогли защитить врачей одного ЛПУ. Дело уже передали в суд, и в судебном заседании было высказано ходатайство о привлечении экспертизы от Врачебной палаты Смоленской области. Оно было удовлетворено, мы получили медицинскую документацию их суда. И отправили копии этих документов 6 экспертам из разных регионов. Получили от этих специалистов заключение о том, что врачи действовали в рамках стандартов оказания медицинской помощи, их действия не отразились на состоянии здоровья пациента. Могу сказать, что судьи даже не ожидали, что к ним на стол ляжет столько экспертных заключений – не только наших экспертов, но и специалистов из других регионов. Поэтому, когда вторая сторона высказала ходатайство о проведении еще одной экспертизы, оно было отклонено, поскольку вопрос уже был исследован всесторонне. В итоге уже в суде было заключено мировое соглашение между сторонами. В таких делах главное – объективность: когда мы защищаем врачей, мы всегда помним и о наших пациентах.

Конечно, конфликты бывают разные. Есть очень сложные и запутанные, но мы хотим, чтобы и врачи, и пациенты знали, что можно решать вопросы путем примирения сторон. И чтобы врачи владели алгоритмом – как это правильно делать. Поэтому сейчас, когда мы обучим медицинских работников и юристов в рамках нашего проекта, хотим комиссии досудебного урегулирования споров создать во всех регионах Российской Федерации. Более того, мы планируем создать при Национальной медицинской палате Третейский суд в области здравоохранения, создать коллегия суда, куда войдут врачи и юристы, которые будут рассматривать сложные случаи, если с ними не получается разобраться на месте. И те специалисты, которые проучатся по нашим программам, смогут войти в эту коллегия. Я уверена, что мы делаем очень полезное дело. Обучение начинается в марте, и, думаю, наши первые выпускники после него смогут наладить эффективные механизмы юридической защиты врачей и пациентов в своих регионах.

Заместитель председателя Новосибирской областной ассоциации врачей Игорь Викторович Воробьев: «Диспансеризация в идеале и реальности»

Каждый врач знает, что профилактика лучше лечения запущенных форм заболевания. Поэтому возвращение к диспансеризации – вначале работающих, а затем и всего взрослого населения – большинство врачей поддерживают. Но, как известно, любую хорошую идею можно превратить в полную противоположность на этапе воплощения. Что, собственно, и произошло с диспансеризацией определенных групп взрослого населения.

Что будет не так, как задумывалось, стало понятно сразу же после того, как Министерство здравоохранения РФ выпустило приказ о порядке проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения еще в 2012 году.

С ЧЕМ СТОЛКНУЛИСЬ?

Во-первых, ответственность за проведение диспансеризации возложили на медицинских работников.

«Наверное, в идеале это правильно, – говорит главный врач ГБУЗ «Городская поликлиника № 20», заместитель председателя Новосибир-

ской областной ассоциации врачей Игорь Викторович Воробьев. – Участковый врач должен знать свой участок и заниматься профилактической работой. Но – если он работает на одном участке, а не на трех (что сегодня, при тотальном дефиците в первичном звене, является нормой). Ему бы принять всех пациентов, которые сидят у него под дверью. Тут уж не до профилактики».

Согласно порядку, именно участковый врач должен составить список лиц, подлежащих диспансеризации в текущем году. А это та еще песня! Надо выбрать из всех, проживающих на участке, тех, чей возраст кратен трем. Потом как-то заманить их в поликлинику, чтобы они прошли эту самую диспансеризацию. Как? А хоть как! Хочешь – звони и приглашай. Хочешь – по кварти-



рам ходи. Хочешь – еще как. И рукой не махнешь. Поскольку одним из критериев оценки эффективности работы поликлиники и главного врача сделали план выполнения диспансеризации, то он его с участковых и спрашивает. Причем, план этот никак не соотносится с нормами нагрузки и кадровой обеспеченностью данного медицинского учреждения. Сверху-то, откуда этот план спускают, такие «мелочи» не видны.

Если же пациент пришел, то еще минут 30-40 надо потратить на заполнение необходимой документации, предусмотренной в том же порядке. А это около пяти новых документов и форм. При этом надо помнить, что в один день пациент диспансеризацию никак не пройдет. Ведь, помимо кабинета врача, он должен (в зависимости от возраста) пройти еще ряд инструментальных обследований и сдать анализы. А там – своя очередь. И придется ему, если он работает, отпрашиваться с работы 2-3 раза. А оно ему надо?

Продолжение читайте на стр. 4

Диспансеризация в идеале и реальности

Окончание. Начало на стр. 3

«У нас были случаи, когда мы выводили целые медицинские бригады на работу в субботу, потому что приглашали на диспансеризацию по сто с лишним человек. А приходило от силы десять. Но всем вышедшим на работу в свой выходной ведь надо заплатить, причем в двойном размере, – говорит Игорь Викторович. – На мой взгляд, главная проблема – заинтересовать конкретного человека в прохождении диспансеризации. Нельзя ответственность возлагать на участкового врача или руководителя медучреждения. Это приводит к тому, что люди просто начинают заниматься приписками. Причем, это в самых разных регионах есть. Чтобы убедиться в этом, достаточно открыть Интернет.

В свое время мы провели огромную работу, собрали и проанализировали все предложения по изменению порядка проведения диспансеризации. Направили предложения в Национальную медицинскую палату. Оттуда они были переданы в Минздрав РФ. Сегодня нам предлагают на обсуждение проект приказа о внесении изменений в этот порядок. Но ведь там ничего принципиально не поменялось. Все изменения носят косметический характер – убрать такое-то исследование, добавить другое. Ни одно наше предложение, касающееся принципиальных вещей, не принято во внимание».

ЧТО ХОТЕЛИ?

Для того чтобы решить проблему отсутствия какой-либо мотивации у населения для прохождения диспансеризации, врачебное сообщество предлагало снять ответственность за ее проведение у работающего населения с медицинских работников и возложить на работодателей. За медицинскими же работниками оставить ответственность за диспансеризацию неработающего населения (пенсионеры, домохозяйки и др.).

Кроме того, правильным было бы поставить в ответственное положение и самих граждан. Все же в федеральном законе «Основы охраны здоровья граждан...» прописано, что человек несет ответственность за свое здоровье. Каким образом эту ответственность простимулировать – вопрос технический. К примеру, можно было бы, по опыту ряда стран, ввести оплату за лечение, если человек не прошел вовремя диспансеризацию, а потом заболел.

Еще одно предложение касалось того, чтобы отменить проведение диспансеризации для работающего населения по участковому принципу и вернуться к административно-производственному принципу. Как это было при проведении дополнительной диспансеризации работающего населения в 2006-2012 гг.

Предлагалось также свести в единый нормативный документ проведение всех предварительных и периодических медицинских осмотров и «разновидностей» диспансеризации. Ведь значительная часть населения (участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним лица, чиновники, «вредники», декретированные лица, дети и т.д.) периодически проходят различные профосмотры. Регламентируется все это разными приказами и на практике приводит к дублированию.

План проведения диспансеризации, который сегодня доводится до медицинских организаций, завышен. Выполнить его без ограничения доступности медицинской помощи для населения невозможно. И, самое печальное, требование выполнить план любой ценой толкает и рядовых врачей, и руководителей лечебных учреждений на приписки. Врачебное

сообщество, в частности, Новосибирская областная ассоциация врачей, предлагало формировать план не «сверху», а «снизу», ориентируясь на возможности медицинских организаций и особенности регионов и учитывая регламентированные для врачей и среднего медперсонала нормы нагрузки.

Еще ряд предложений касался сокращения количества медицинской документации, которую приходится заполнять вручную. Так, безболезненно можно отказаться от информированного согласия на проведение диспансеризации, поскольку такое согласие пациент уже дает при обращении в медицинскую организацию, а также маршрутной карты диспансеризации. Паспорт здоровья можно выдавать не всем, а только по требованию. Кроме того, предлагалось все формы учетно-отчетной документации, касающейся различных видов профосмотров, свести в единый документ. А также обеспечить медицинские учреждения единым программным продуктом для проведения диспансеризации и ускорить переход на индивидуальные электронные носители информации о состоянии здоровья граждан.

По мнению врачей, надо также дать возможность проходить диспансеризацию гражданам любого возраста с кратностью 1 раз в 3 года, и на первом этапе делать всем стандартный объем обследования. А на втором этапе – расширять его по показаниям.

СЧИТАЕМ ДЕНЕЖКИ

Сегодня оплата медицинским организациям за проведение диспансеризации производится отдельно. Больше осмотры – больше получили. Такая система – еще один мотив для приписок. Мало того, поскольку разрешено учитывать результаты обследований, которые пациенту проводились в течение года, то за один и тот же анализ или ЭКГ можно совершенно законно получить деньги два раза. Один раз – когда это исследование проводилось реально, второй раз – когда его учли при проведении диспансеризации. И все легально.

Получается, что участие в диспансеризации для той же поликлиники выгодно. А вот в целом для системы здравоохранения и государства – нет.

«Мы предлагали прекратить дополнительное финансирование за диспансеризацию, включить плановые показатели в госзаказ, а дополнительные средства передать в региональные фонды ОМС для увеличения всех тарифов в системе ОМС, – говорит Игорь Викторович Воробьев. – Это было бы более рационально с точки зрения расходования бюджетных средств и убрало бы мотив для приписок».

ЧТО ИМЕЕМ?

Из всех принципиальных предложений, которые были подготовлены (в том числе и с участием Новосибирской областной ассоциации врачей), в проекте приказа Министерства здравоохранения РФ о внесении изменений в порядок проведения диспансеризации учтено одно – паспорт здоровья можно будет выдавать не всем, а по требованию. КПД работы всего врачебного сообщества оказался ниже КПД паровоза.

«Может быть, воздействовать на ситуацию надо не приказом, поскольку он определяет только порядок прохождения диспансеризации. Вносить изменения необходимо на законодательном уровне», – подводит итог Игорь Викторович Воробьев.

Материал подготовила
Марина Есикова

Олег Нагибин, председатель Врачебной палаты Рязанской области

– **Задачу поликлиники, как учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, сейчас очень много. Сегодня приоритеты переносятся на амбулаторно-поликлиническую сеть, на уровень участкового врача. Подавляющее количество граждан впервые встречаются с врачом именно в поликлинике, где ставится первый диагноз и назначается лечение. Поэтому первый контакт пациента и врача очень важен. Именно от качества оказания медицинской помощи в поликлинике зависит удовлетворенность нашего населения медициной в целом.**



К сожалению, еще со времен СССР структура оказания медицинской помощи была перевернута с ног на голову. Во всем мире основное количество медицинской помощи оказывается на амбулаторном этапе. Это, во-первых, дешевле; во-вторых – наиболее эффективно. Это всегда профилактическое направление. Зачем доводить больного до необходимости стационарного лечения, когда можно еще на амбулаторном этапе, корректируя его состояние, добиться минимального количества или отсутствия возможных обострений? Нам необходимо перевернуть эту пирамиду. Профилактика, динамическое наблюдение и формирование здорового образа жизни – это тот инструмент, который поможет уменьшить заболеваемость и снизить смертность.

Для успешного решения задач важно изменить парадигму мышления наших докторов. В первую очередь – участковых врачей. Они погрязли в рутине выписывания рецептов на многочисленные лекарственные препараты. Чем больше – тем лучше. Сформировалось поколение докторов, которые уверены, что качество лечения зависит от количества назначенных таблеток. Медицина главным образом занимается лечением болезней – тяжелых и хронических заболеваний, на которое тратится львиная доля финансовых средств. Необходим новый тип отношения к пациенту, перестройка сознания врачей: от лечения – к профилактике заболеваний и осложнений. Это то, что нам сегодня нужно, и что, несомненно, даст результат.

Основные претензии наших пациентов связаны с очередями и невозможностью в короткие сроки попасть на прием к узкому специалисту. Эта проблема появилась не вчера, а развивалась в течение последних двадцати

лет. Тому есть объективные причины. Мощная, широко распространенная в Советском Союзе ведомственная медицина, обслуживающая рабочих, служащих фабрик и заводов, с огромным количеством медсанчастей, профилакториев, санаториев – в один момент канула в небытие. Люди пошли в районные поликлиники, мощности которых изначально не предназначены для таких объемов медицинской помощи: ни по штатному расписанию, ни по площадям, ни по оборудованию.

Участковые терапевты, не справляясь с такими объемами, по сути, превратились в диспетчеров. Их задачей было выписать направление на анализы, обследование, консультацию узкого специалиста. Со временем эта практика распространилась повсеместно. Да и пациенты полностью утратили доверие к участковому, называя его не иначе как «доктор ОРЗ». Заболела спина – к неврологу, покалывает сердце – к кардиологу, с утра мучает кашель – к пульмонологу. И таких пациентов в очередях к специалистам сегодня – до 70%. А ведь базовая подготовка терапевта по наиболее распространенным заболеваниям ничуть не хуже, чем у «узкого» специалиста. Разве участковый врач не знает, как лечить гастрит, бронхит, остеохондроз? Они обучены и имеют право лечить любое заболевание. Однако некоторые случаи требуют от врача специфических знаний и умений. Тогда можно направить пациента на консультацию к «узкому» специалисту.

К вышеописанным проблемам прибавился и кадровый дефицит. Наиболее подготовленные, грамотные терапевты ушли. Оставшиеся хотя и проходили повышение квалификации, но полноценного обучения не получалось – в связи с невозможностью заменить их на рабочем месте. Квалификация с каждым годом становилась все ниже и ниже. В результате сегодня все хотят лечиться только у специалистов.

Одна из главных задач в поликлинике – вернуть доверие пациента к своему участковому доктору. Нужно наделить терапевта необходимыми знаниями, умениями для лечения большинства патологий. Вернуть врачу авторитет, его высокое имя, чтобы его рекомендации, на-

значения выполнялись пациентами неукоснительно и не вызывали ни тени сомнения. И, конечно же, в первую очередь необходимо насытить первичную сеть свежими кадрами. Только после этого можно ждать роста удовлетворенности населения медицинской помощью.

Сегодня усилия профильного министерства направлены на решение этих задач. Многие реформы уже дают свои результаты, в том числе и в решении кадровых проблем. Это и программа «Земский доктор», и целевое обучение врачей на бюджетной основе. Все они уже работают. С их помощью молодежь активнее приходит в первичное звено.

Конечно, наивно было бы полагать, что ситуация разрешится мгновенно. Без понимания сути реформ и активного содействия новациям со стороны всего медицинского сообщества процесс будет буксовать. Сейчас сложный период – и для страны в целом, и для здравоохранения, как важнейшей социальной сферы, в частности. Поэтому особенно важно не впадать в разногласия и дразги, объединившись, достичь нового качественного уровня отечественной медицины. Здесь важна и организационная работа руководителя ЛПУ. Он сегодня обязан выстроить кадровую работу, обеспечить высокий сервис оказания медицинских услуг. А также полномасштабно участвовать в насущных процессах медицинских профессиональных объединений, общественных организаций, которые должны выступить сторонниками и регуляторами процесса реформ, стать для медицинского работника идеологическим ядром и ориентиром.

Наше здравоохранение – система сложная, многоуровневая, объединяющая множество профессиональных групп, ведомств, учреждений, медработников. Любая реформа – болезненна, ибо перекаривает что-то привычное, теплое и устойчивое. Поэтому и влечет за собой иногда неприятие, недовольство, а порой – и политические спекуляции. Однако, по моему мнению, для здравоохранения сейчас важен не собственный внутренний комфорт, а достижение единой цели – нового качественного уровня медицинских услуг.

ВЛАДИМИР ЯРОХНО, ЧЛЕН ОБЩЕСТВЕННОЙ ПАЛАТЫ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ: «ЭФФЕКТИВЕН ЛИ ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ?»

В соответствии с распоряжением Правительства РФ «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы» с 2014 по 2016 год должен быть осуществлен переход здравоохранения на эффективные контракты.



БЛАГИЕ ЦЕЛИ

Суть понятия «эффективный контракт», согласно этому документу, трактуется следующим образом: «Это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки». При этом в отношении каждого работника «должны быть уточнены и конкретизированы его трудовая функция, показатели и критерии оценки эффективности деятельности, установлен размер вознаграждения, а также размер поощрения за достижение коллективных результатов труда. Условия получения вознаграждения должны быть понятны работодателю и работнику и не допускать двойного толкования».

В конечном итоге, на деле должен быть реализован принцип: кто много и качественно работает, должен много и зарабатывать. Но готова ли система здравоохранения сегодня реализовать этот принцип, а значит – и распоряжение Правительства РФ?

Главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница № 34», член Общественной палаты Новосибирской области Владимир Ярохно считает, что не готова. Далее – его видение проблемы.

НЕТ БАЗОВЫХ ВЕЩЕЙ

– Примерная форма трудового договора предусматривает включение сведений о нормативных (нагрузки), т.е. количественных показателей и видов поручаемой работы, подлежащей выполнению за период рабочего времени. Сегодня и в здравоохранении в целом, и в отдельных ЛПУ количественные нагрузки на медработника оцениваются очень примитивно – через количество отработанных часов, участков, совмещение профессий и тому подобное. Все это не связано с факти-

ческими интеллектуальными и физическими затратами. Например, врач-терапевт в плановой больнице дежурство может провести на диване, а его коллега в больнице скорой помощи за дежурство принять десяток пациентов с неотложными состояниями и даже не присесть. И зарплату, в соответствии с нашим отраслевым соглашением, получит на 15% меньше. Согласитесь, коллеги, что это, как минимум, несправедливо. А еще отменили штатные нормативы, и никто не может объяснить, как определить фонд оплаты труда лечебного учреждения. Очевидно, что очень непросто соотнести нормы нагрузки у работающих по одной специальности в разных учреждениях, архисложно это сделать, к примеру, между хирургом и акушером, акушером и травматологом. Но это необходимо, коль мы имеем единую государственную систему учреждений здравоохранения. Как это сделано во всех странах с рыночной экономикой, причем, сделано медицинским сообществом. А наши многочисленные сообщества этой проблемы не видят. Минздрав РФ в течение нескольких лет не может определиться с базовыми окладами, проект приказа об установлении общих требований к штатам медицинских организаций более полутора лет без движения висит на сайте министерства. Ну, определятся они с профессиональными группами. Но это же группы. А эффективный контракт? Он же – под конкретное рабочее место. В соответствии с действующим законодательством (да и по сути), вся эта работа должна быть сделана федеральным органом. Нормы должны быть едиными для всей территории.

По словам заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития Леонида Печатникова, средняя заработная плата врачей в медицинских учреждениях города составляет 60 тысяч рублей, а к 2018 году составит 140 тысяч и более. Можно порадоваться за своих московских коллег – наверное, они что-то знают и умеют такое, что недоступно нам. Но ведь

это нонсенс для единого государственного здравоохранения. Какая после этого останется провинциальная, сельская медицина?

КАКОЙ ПРИНЦИП ВНЕДРЯТЬ

– Мы всегда пытались оценивать труд медицинских работников. Другое дело, как это делать, какие принципы внедрять. Достаточно понятный и простой подход в оплате труда – это оплата по гонорарному принципу. Но и для его реализации необходимо разработать систему персонализированного учета, виды деятельности и нормы нагрузки по специалистам. Для врача общей практики можно вводить систему эффективных контрактов. Там можно четко прописать: что, как и сколько он должен делать, исходя из количества приписного населения. Но гораздо труднее сделать это в стационаре. Один специалист больного принимал, другой – обследовал, третий – оперировал, четвертый – вел после операции. Труд здесь коллективный. В свое время, в начале 90-х гг. прошлого столетия, в клинических отделениях больницы № 34 проводили эксперимент по внедрению коллективного подряда. Точкой отсчета было число пролеченных больных: больше пролечили – больше получили. Были качественные критерии, они общеизвестны. Кроме того, отделения передавались на подряд объем средств на лекарственное обеспечение. То есть, они работали в лимите, связанном с числом поступивших больных. Деньги зарабатывали все сотрудники отделения. А уже внутри они сами решали, кто сколько вложил, а значит, кто сколько заработал. Люди получили возможность быть принципиальными по отношению друг к другу, реализовать свою профессиональную ответственность. Мы отработали полтора года и получили хорошие результаты. Но все закончилось после того, как законодательно был отменен базовый принцип страховой медицины (да и сама страховая медицина) – расчет за пролеченного пациента. Так, до сегодняшнего дня в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения медицинские работники не зарабатывают, а делают то, что остается свободным от утвержденного фонда оплаты труда после выплаты обязательной заработной платы. Нельзя обеспечить отдельному сотруднику учреждения оплату по затратам, если само учреждение ограничено объемами финансирования, которые не связаны с реальными объемами его работы.

КАК СЧИТАТЬ?

– И еще один момент. Если мы сегодня собираемся платить доктору за количество пролеченных больных, то должны понимать, что будет, если доктор пролечит большее или меньшее

число пациентов. Если меньше – с него снимут деньги. А если больше – скажут спасибо? Ведь сегодня больнице получить со страховых компаний средства за пролеченных больных сверх госзаказа можно только через суд. А неотложная помощь тем, у кого по каким-то причинам нет полисов ОМС, не оплачивается в принципе. Счетная Палата РФ отметила, что средства на оплату неотложной медицинской помощи есть только в программе госгарантий Ставропольского края. Мы в области говорим об этом уже не один год. Но сдвигов-то нет. А ведь этими «неоплаченными» пациентами кто-то занимался, тратил свое рабочее время. К примеру, наша больница только в этом году недополучила таким образом более 10 млн рублей. Без решения этих вопросов нельзя выстроить справедливую систему оплаты труда.

НУЖНА РАБОЧАЯ ГРУППА

– Мы переживали много разных кампаний. И если сегодня не начать серьезную работу по внедрению новой системы оплаты труда в здравоохранении, то все это опять превратится в очередную кампанию. Мы отчитаемся, поставим «галочку», но, по большому счету, ничего не изменится. Надо, на мой взгляд, создавать рабочую группу, в которую вошли бы все заинтересованные стороны: министерство здравоохранения, профсоюзы, министерство труда, профессиональные сообщества врачей и медицинских сестер. Это должна быть серьезная работа, потому что вопрос оплаты труда – главный. Это вопрос социальной справедливости, если уж мы провозгласили, что строим социально ориентированное государство.

Обнадеживает одно из недавних высказываний министра здравоохранения Российской Федерации В. Сковрцовой: «Переход на эффективные контракты не будет одномоментным. Это сложная работа, которую нужно тщательно подготовить. Одно из условий – создание для врачей системы обучения и консультирования, внедрение электронных рабочих мест врача. Второе важнейшее направление – это создать точную «систему координат» и критериев, по которым должна оцениваться работа каждого специалиста. Речь, в частности, идет о внедрении единых требований к качеству оказания медицинской помощи».

Только после того, как необходимая правовая база будет создана, начнется поэтапный перевод медработников на работу по «эффективному контракту».

PS: И последнее. Хотелось бы у кого-нибудь уточнить. Поскольку в распоряжении Правительства РФ идет речь о «совершенствовании оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях», мы будем отрабатывать количественные и качественные критерии труда и так называемого прочего персонала: электриков, слесарей, бухгалтеров, плановиков и т.п.? Нельзя же объять необъятное.

ИНИЦИАТИВА: ЗДРАВООХРАНЕНИЕ САМАРСКОЙ ГУБЕРНИИ НАСТРОЕНО НА ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

Самарские общественники сформируют рейтинг медицинских учреждений региона. Об этом шла речь на брифинге Общественного совета при министерстве здравоохранения Самарской области. Члены совета готовятся к проведению независимой оценки качества работы медучреждений, результаты которой лягут в основу рейтинга ЛПУ.

ИЗУЧИТЬ СИТУАЦИЮ

Общественный совет при министерстве здравоохранения Самарской области был создан в начале 2014 года. Возглавил его президент Самарской областной ассоциации врачей, профессор СамГМУ Сергей Измалков.

Открывая заседание, Сергей Николаевич подчеркнул, что правительство нашей страны сделало многое, чтобы здравоохранение работало качественнее. Реализован Национальный проект «Здоровье», который позволил закупить оборудование для наших лечебных учреждений, программа модернизации здравоохранения помогла медицине привести в порядок материально-техническую базу, инновационные указы президента наметили пути повышения заработной платы медицинским работникам. Но удовлетворенность

населения качеством медицинской помощи, к сожалению, пока возросла не очень сильно. Об этом говорил и губернатор Самарской области в своем Послании к депутатам губернской Думы и населению губернии. Николай Иванович Меркушкин обратил внимание на то, что необходимо увеличить удовлетворенность населения качеством оказания медицинской помощи. И минздрав области старается делать эту работу планомерно, системно. Но чтобы понять, как решить эту задачу, нужно сначала тщательно изучить ситуацию, определить, какие звенья системы прежде всего нуждаются в коренном улучшении. Нормативная база создала для этого все необходимые предпосылки. Так, вышли соответствующие федеральные законы, постановления Правительства России, указы Министерства здравоохранения РФ о том,

что будет создаваться рейтинг лечебных учреждений. Этого раньше не было.

ИНФОРМАЦИЯ ИЗ ПЕРВЫХ РУК

На территории каждого субъекта Российской Федерации будет проведен анализ деятельности всех ЛПУ и определено место каждого учреждения – в зависимости от того, как оно работает.

Для оценки этой работы будут использованы разные направления. Первое из них можно назвать традиционным. Это отчеты по определенным показателям, которые лечебные учреждения представляют в минздрав. Отчетные данные лягут в основу объективного анализа, по которому можно будет судить об итогах деятельности той или иной поликлиники или больницы за год.

Параллельно с этим будет действовать второе направление оценки работы ЛПУ. Оно связано с выяснением мнения населения о том, как оценивается помощь, оказанная жителям в поликлинике, стационаре, родильном доме, женской консультации. Чтобы проводить эту

работу независимо от органов исполнительной власти, этим будут заниматься общественные организации. У нас в области существует Общественный совет, в состав которого вошли представители общественных организаций. Это открытая структура, призывающая все общественные организации к сотрудничеству.

В ее состав уже входят организации, объединяющие больных муковисцидозом, сахарным диабетом, гемофилией, инвалидов. Это люди, которые хорошо знакомы с системой здравоохранения и живут с ней в тесном контакте. Им будет проще дать объективную оценку работы ЛПУ.

Сергей Измалков обратил внимание собравшихся на позицию руководства министерства здравоохранения, которую отличает максимальная открытость и нацеленность на сотрудничество с жителями области. Заместитель председателя правительства Самарской области – министр здравоохранения Геннадий Гридасов намерен проводить эту работу с максимальной прозрачностью.

Продолжение читайте на стр. 6

ИНИЦИАТИВА: ЗДРАВООХРАНЕНИЕ САМАРСКОЙ ГУБЕРНИИ НАСТРОЕНО НА ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

Окончание. Начало на стр. 5

ТРЕБУЕТСЯ НЕЗАВИСИМЫЙ ИНСПЕКТОР

С января 2015 года члены Общественного совета начнут активную деятельность по реализации намеченных планов. А сейчас предстоит сделать многое, чтобы тщательно подготовить процесс изучения общественного мнения.

Так, создается реестр общественных экспертов, которые примут участие в анкетировании жителей, проходящих лечение в поликлиниках и стационарах области. Определен перечень поликлиник, в которых на первом этапе будет проходить анкетирование самарцев.

Кроме того, Сергей Николаевич предложил задействовать в этой работе волонтеров, учащихся медицинских училищ, колледжей, студентов СамГМУ, сотрудников кафедры общественного здоровья медуниверситета, которые будут проводить опросы в местах массового скопления людей – в торговых центрах, на вокзалах, в магазинах. Так картина мнений самарцев будет полнее.

Председатель Общественного совета предупредил: «Мы не ищем только негативные стороны работы врачей, мы пытаемся понять объективную ситуацию. Каждый из нас знает примеры самопожертвования медиков, их замечательного профессионализма и милосердия. Поэтому нам важно узнать весь диапазон мнений о саратовской медицине».

ОРИЕНТИР НА ЛУЧШИХ

Измалков также отметил, что здравоохранение Самарской области традиционно достаточно хорошо развито, и жители губернии предъявляют высокие требования к вопросам оказания медицинской помощи.

По мнению вице-президента Самарской областной ассоциации врачей, заместителя председателя Общественного совета Лидии Балзамовой, оценка пациентом качества медицинских услуг имеет свои особенности: «Па-

циент – не специалист, как он может оценить качество работы врача? И здесь нам на помощь приходят определенные параметры оценки. Один из них – это возможность получить помощь в рамках программы государственных гарантий, то есть право на бесплатную медпомощь, которой обеспечивается пациент. Второй параметр – это доступность, возможность получить помощь тогда, когда человек в ней нуждается. И третий – это удовлетворенность оказанной медицинской помощью. Пациент выносит об этом суждение, исходя из общения с медицинским персоналом. Важно, установлен ли контакт между врачом и пациентом. На базе этих и некоторых других параметров будет сформирована оценка качества медпомощи, которая ляжет в основу рейтинга лечебных учреждений».

Для чего это будет сделано? На сегодняшний день все законодательство направлено на удовлетворение интересов пациента при оказании медицинских услуг. У пациента есть базовое право – право выбора медицинской организации и врача. Считается, что реализация этого права даст возможность получить как раз качественную помощь. Так вот, рейтинг лечебных учреждений выстраивается для того, чтобы медицинские организации, имеющие достаточно высокий рейтинг, и служили бы ориентиром для пациентов при выборе, куда пойти лечиться.

ОТРАБОТАТЬ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ

Председатель Общественного совета подчеркнул, что такая работа проводится в области впервые. Более того, Самара стала первым регионом страны, в котором уже приступили к деятельности по созданию рейтинга лечебных учреждений. Сейчас важно отработать четкий алгоритм действий, чтобы избежать ошибок и провести работу оперативно и эффективно. Это большая работа, и ее результаты появятся в течение года. Те медицинские организации, у которых окажется низкий рейтинг, должны будут представить в Общественный

совет план мероприятий по устранению указанных недостатков. А Общественный совет, в свою очередь, будет держать на контроле их выполнение, а также представит в министерство свои выводы. Они послужат основанием для руководства министерства при принятии управленческих решений.

И ГАДЖЕТЫ ТОЖЕ

Директор Самарского областного медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ), главный внештатный специалист министерства по внедрению современных информационных систем в здравоохранении Сергей Сорокин добавил, что информационное обеспечение деятельности ЛПУ на сегодняшний день оставляет желать лучшего. И порой пациенты могут получить качественную медицинскую помощь по современным стандартам, но не всегда имеют достаточно необходимой информации об этом. Возможности медицины вступают в противоречие с субъективными факторами оказания помощи: кому-то нагубили в регистратуре, не разъяснили порядок получения помощи, где-то не смогли организовать прием больных без утомительных очередей. Не все лечебные учреждения активно используют информационные возможности сайтов.

Сергей Сорокин сообщил, что в МИАЦ сейчас прорабатывается возможность анкетирования пациентов не только на бумажном носителе, но и с помощью компьютера: «На сайтах лечебных учреждений необходимо будет разместить соответствующий ресурс, где пациент этого ЛПУ сможет заполнить анкету. Кроме того, в лечебных учреждениях планируется внедрять автоматизированные рабочие места – инфоматы или выносные терминалы, с помощью которых пациент опять-таки сможет самостоятельно или при поддержке персонала больницы ответить на вопросы анкеты. Еще один вариант – провести анкетирование с помощью различных гаджетов. Вопрос голосования или анкетирования на основе информационных технологий не нов, отработан, в том числе и с точки зрения защиты от недобросо-

вестного использования. И мы будем активно применять эти технологии».

НА ОСНОВЕ СОТРУДНИЧЕСТВА

О том, почему не всегда складываются отношения между пациентами и врачами, рассуждала заведующая кафедрой педиатрии ИПО ГБОУ ВПО СамГМУ, доктор медицинских наук, профессор, председатель правления Самарского областного отделения Общероссийского общественного благотворительного фонда «Российский детский фонд» Татьяна Каганова. Она напомнила, что существует и ответственность пациента за результаты лечения. И далеко не всегда врач виноват в том, что лечение не принесло должного эффекта. По мнению Татьяны Ивановны, пациентов тоже нужно воспитывать, чтобы они выполняли назначения врача, вели здоровый образ жизни, активно стремились к выздоровлению. Тогда и удовлетворенность медицинской помощью будет оцениваться пациентами по-другому, с позиции сотрудничества.

По словам председателя организации, главного врача Александро-Мариинской областной клинической больницы Виктора Акишкина, Врачебная палата вовсе не подменяет собой профессиональный союз медиков. Врачебная палата, как общественная организация, призвана взять под свой контроль часть государственных функций. Это и разработка стандартов лечения, и защита прав медицинских работников, и участие в аттестации врачей, и помощь в их переподготовке (в том числе и за границей). Виктор Акишкин считает, что часть функций, в соответствии с законом, государство может передать общественной организации. Например, врачи, безусловно, лучше чиновников могут аттестовать коллег и дать им профессиональную оценку. И региональный Минздрав готов передать эту функцию, а Врачебная палата намерена привлечь к процессу дополнительных экспертов. Таким образом повышается уровень ответственности самих аттестующих врачей и уменьшается степень бюрократии.

Врачебная палата Астраханской области была создана весной текущего года и уже стала коллективным членом Национальной медицинской палаты.

По материалам Министерства здравоохранения Астраханской области

НОВОСТИ НАШИХ ЧЛЕНОВ

В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ КАНДИДАТУРЫ ГЛАВВРАЧЕЙ БУДУТ СОГЛАСОВЫВАТЬ С ОБЩЕСТВЕННОСТЬЮ

Соответствующую инициативу предложил губернатор Сергей Морозов на совещании по улучшению качества и доступности медицинской помощи, сообщает пресс-служба минздравсоцразвития Ульяновской области.

Также члены совета Медицинской палаты возьмут на контроль процесс освобождения главных врачей от должности.

Как отметил зампред регионального правительства – министр здравоохранения и социального развития Павел Дегтярь, полномочия Медицинской палаты будут расширяться и в дальнейшем.

– Мы заинтересованы в тесном взаимодействии с членами некоммерческого партнерства. Конструктивный диалог с экспертами Медпалаты позволит детально разбирать все ключевые вопросы отрасли и, как следствие – повышать качество и доступность услуг здравоохранения, — отметил Павел Дегтярь.

В рамках совещания были обнародованы итоги проверок работы поликлиник, проведенных НП «Медицинская палата Ульяновской области» осенью 2014 года. На основании отчета руководителей лечебных учреждений об устранении замечаний, выявленных во время проверок, члены совета Медпалаты внесли предложение рассмотреть вопрос о соответствии занимаемой должности некоторых руководителей учреждений здравоохранения Ульяновска.

Источник: «Медицинский вестник»

ВРАЧИ ПЕРМСКОГО КРАЯ ОПРЕДЕЛИЛИ ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ОБЩЕСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ НА 2015 ГОД

23 января 2015 г. в Перми прошел Третий съезд врачей Пермского края. В его работе приняли участие около тысячи врачей – членов краевой общественной организации «Профессиональное медицинское сообщество Пермского края» (ПМСПК). Участников съезда приветствовал губернатор Пермского края В.Ф. Басаргин.

В ноябре 2014 года ПМСПК была принята в члены некоммерческого партнерства Национальная медицинская палата. С этого времени у членов ПМСПК появилась возможность участвовать в обсуждении национальных проектов в здравоохранении. Так, на сайте ПМСПК www.pmspk.ru размещены и предлагаются к обсуждению проекты важнейших документов Правительства РФ, Минздрава РФ и Пермского края. На сегодняшний день профессиональное медицинское сообщество Пермского края – крупнейшее общественное медицинское объединение в регионе: численность вступивших в ПМСПК на декабрь 2014 года составляет 4430 врачей различных специальностей из 136 государственных и 17 частных медицинских организаций города и края (39% от количества врачей в регионе).

На съезде медицинские работники Пермского края подвели итоги работы за прошедший год и определились с приоритетными направлениями работы организации.

Сегодня врачи края работают в сотрудничестве с региональным минздравом. В частности, члены ПМСПК участвуют в проведении аттестации врачей для присвоения квалификационных категорий, входят в состав комиссий по разработке территориальной программы государственных гарантий Пермского края и по заключению соглашений по тарифам на медицинские услуги в системе ОМС. Правлением ПМСПК рассмотрено более 100 обращений медицинских организа-

ций, врачей, пациентов по разным вопросам, в том числе с проведением выездных заседаний.

Участники съезда признали, что работа ПМСПК стала активнее, но есть масса задач, которые только предстоит решать. В частности, серьезной проблемой является дефицит врачебных кадров и среднего медицинского персонала. Также обеспокоенность у врачей вызывает отсутствие эффективных механизмов их защиты. В связи с этим в ПМСПК создана этический-правовая комиссия, цель деятельности которой – содействие соблюдению прав и интересов медицинских работников и пациентов в разрешении споров, развитие системы досудебного урегулирования конфликтов, повышение правовой грамотности медицинского сообщества.

На съезде была принята резолюция, в которой среди прочего правительству и минздраву Пермского края было рекомендовано продолжить финансирование и дальнейшую реализацию подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Пермского края», а также провести работу с главами органов местного самоуправления по решению вопроса первоочередного выделения мест в детских садах медицинским работникам.

Приоритетной задачей на 2015 год для объединения медицинских работников Пермского края станет расширение деятельности этического-правовой комиссии по оказанию правовой помощи врачам и их общественной защите при судебных слушаниях. Еще одно важное направление работы – участие, совместно с НМП, в создании системы независимой профессиональной медицинской экспертизы. В планах организации – и расширение деятельности: будет продолжена работа по созданию регистра медицинских работников, привлечению средних медперсонала в ряды ПМСПК (ведь они – главные помощники врача, и должны работать в единстве).

Врачи Костромской области проголосовали за Национальную медицинскую палату

В декабре в Костроме прошел первый съезд врачей Костромской области. Решение о вступлении «Ассоциации врачей Костромской области» в Национальную медицинскую палату было принято единогласно.

Первый съезд врачей Костромской области, организованный областным департаментом здравоохранения и РОО «Ассоциация врачей Костромской области», собрал около 300 представителей – руководителей и врачей районных окружных больниц, членов профессиональных врачебных сообществ, главных специалистов департамента здравоохранения региона, сотрудников органов власти. Участников съезда приветствовал президент Национальной медицинской палаты **Леонид Рошаль**: «Наконец-то и в Костромской области состоялся съезд врачей – давно пора. Сегодня в здравоохранении России много проблем, которые надо решать сообща. И НМП объединяет врачей всей страны. Но мало объединять – надо, чтобы каждый врач почувствовал необходимость и полезность НМП. А почувствовать это можно тогда, когда вы в регионах построите свою

работу так, чтобы каждый врач уважал вашу организацию. В НМП есть региональные объединения, которые сейчас уже ушли вперед в своей организационной работе. Это огромное подспорье нам всем. Нам надо объединяться».

В желании объединиться врачей поддержал и губернатор Костромской области **Сергей Ситников**: «Создано уникальное сообщество профессионалов. И без их профессиональных знаний невозможно решить проблемы, которые связаны со здоровьем человека. Мы окажем максимальную поддержку ассоциации», – подчеркнул он.

Следует отметить, что РОО «Ассоциация врачей Костромской области» была создана более года назад – в июле 2013-го. Но, как отметил **Игорь Люлин**, председатель РОО «Ассоциация врачей Костромской области», возможности организации до сих пор не были реализованы в полной мере.



«У нас есть реальная возможность влиять на принятие решений, была создана структура для этого. Но, к сожалению, до сегодняшнего момента организация и оставалась на уровне структуры. Для того чтобы представлять свою позицию во всех органах власти и органах здравоохранения, она должна быть четко сформулирована. А это не может происходить без консолидации врачей», – отметил Игорь Люлин.

Членство в НМП, по мнению участников съезда, должно помочь в реализации планов ассоциации. Уже на первом съезде вра-

чей Костромской области была подготовлена резолюция, которая включает в себя основные направления работы на 2015 год. В их числе – взаимодействие с государственными структурами, развитие непрерывного постдипломного медицинского образования по концепции, предложенной НМП, активизация работы на площадках общественного обсуждения, юридическая и социальная поддержка врачей, изучение опыта по проекту взаимного страхования ответственности медицинских работников и многое другое.

Минздрав и Медицинская палата Республики Башкортостан будут сотрудничать

Минздрав Республики Башкортостан и Медицинская палата Республики Башкортостан заключили соглашение о сотрудничестве и определили направления совместной работы.

Такие соглашения с региональными минздравами постепенно заключают члены Национальной медицинской палаты по всей России. «Если Национальная медицинская палата заключила такое соглашение с Минздравом России еще в 2013 году и с его помощью наладила работу на федеральном уровне, то не менее важна координация усилий

и региональных общественных профессиональных организаций медиков с минздравами на местах», – говорит президент Медицинской палаты Республики Башкортостан **Дамира Сабирзянова**.

В соответствии с этим соглашением планируется активизировать решение вопросов повышения качества медицинской по-

мощи и развития системы непрерывного медицинского образования медицинских работников. Члены Медицинской палаты Республики Башкортостан будут принимать непосредственное участие в организации практической подготовки лиц, получающих медицинское образование.

Другое важное направление работы – защита профессиональной ответственности медицинских работников. Соглашение определяет начало деятельности по разработке нормативных правовых актов по вопросам развития независимой медицинской экспертизы качества

медицинской помощи. Общими усилиями обеих организаций будут решаться вопросы профессиональной ответственности медицинского персонала, а также разработки клинических рекомендаций (протоколов лечения). Заключение подобного соглашения – всего лишь первый шаг для определения роли и механизмов влияния медицинского сообщества на политику и решение главных проблем развития здравоохранения. Само по себе заключение соглашения означает готовность к диалогу на равных – с уважением к мнению медицинских работников.



«Тюмень медицинская»: заглянуть в прошлое, чтобы понять настоящее

Политики и ученые много говорят и пишут о важности опыта прошлого для принятия ответственных решений сегодня.

«Тюмень медицинская» – масштабный историко-просветительский проект, ориентированный на учащихся 9-11 классов общеобразовательных школ и учащихся медицинских учебных заведений, желающих узнать еще одну страницу истории Тюмени. «Тюмень медицинская» призвана рассказать молодежи о замечательных людях, вошедших в историю медицины края, показать места областного центра, которые напрямую связаны с ней. И, конечно, это еще один повод повысить престиж профессии врача, привлечь молодых людей в медицину.

Проект стартовал 25 октября 2014 года. Полурасовая экскурсионная программа

«Тюмень медицинская» разработана Тюменским региональным медицинским обществом.

«Тюмень медицинская» – уникальный проект. Экскурсий медицинской направленности в Тюмени еще не было. Нам пришлось серьезно поработать с архивной информацией, порой по кусочкам, из разных источников собирая общую

картину», – отмечает председатель правления НП «Тюменское региональное медицинское общество» Евгений Чесноков.

Всего 110 лет назад в Тюмени была только одна больница и единственная аптека. Сегодня в это сложно поверить. Во время экскурсии школьники знакомятся с уникальными объектами и фактами «медицинской истории» Тюмени. За четыре месяца работы проекта экскурсию посетили 300 школьников из Тюмени, Тюменского района и гости из Нового Уренгоя.

По словам Евгения Чеснокова, познавательный маршрут «Тюмень медицинская» призван способствовать профориентации школьников «У нас много говорится о современных достижениях, но не надо забывать, с чего все началось. Мы разработали такой проект, который расскажет людям о ныне забытом», – подчеркивает Чесноков.

Тюменское региональное медицинское общество уже не первый год реализует проекты по профессиональной ориентации молодежи в сфере здравоохранения. Например, уже четвертый год школьные группы посещают экскурсии в современные медицинские учреждения, второй год будет проходить конкурс эссе «PRO медицину».

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «ДАЛЬНИЕ РЕГИОНЫ» – ОПЫТ ПРОФЕССИОНАЛОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ВСЕЙ СТРАНЫ

Национальное общество детских гематологов и онкологов (НОДГО) является членом Национальной медицинской палаты. Членами НОДГО сегодня стали более 650 детских гематологов-онкологов, детских хирургов и других специалистов, принимающих участие в лечении детей с гематологическими и онкологическими заболеваниями.

Одна из основных целей работы НОДГО – образовательная деятельность, направленная на улучшение оказываемой помощи, формирование единого подхода к терапии детских гематологических и онкологических заболеваний на территории РФ. В рамках реализации концепции непрерывного медицинского образования, выдвинутой НМП, НОДГО продолжает образовательный проект «Дальние регионы». Проект реализуется общими усилиями НОДГО, Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, благотворительных фондов «Подари жизнь» и «Фонд Константина Хабенского» при серьезной поддержке Национальной медицинской палаты.

«Дальние регионы» – проект благотворительных ежемесячных образовательных семинаров по вопросам детской гематологии, онкологии, иммунологии, педиатрии и детской хирургии. Программа семинаров построена таким образом, что специалисты получают не только теоретические знания (лекции и контроль усвоения материала), но и практические навыки. В их рамках, в частности, проходят консультации сложных пациентов. Как правило, длительность семинара составляет 2 дня, за которые прочитывается 7-8 лекций по различным аспектам диагностики и лечения гематологических и онкологических

заболеваний. Семинары проводятся каждый месяц в одном из регионов Российской Федерации. В настоящее время уже состоялось 59 семинаров – от Калининграда и Симферополя до Владивостока и Южно-Сахалинска. В работе семинаров в каждом из регионов принимают участие 100-150 человек.

Одним из важнейших аспектов семинаров является организационная работа, в рамках которой ведущие специалисты, детские гематологи-онкологи встречаются с представителями региональных министерств и департаментов здравоохранения, администрацией учреждений здравоохранения и членами общественных организаций. На этих встречах обсуждаются вопросы взаимодействия и развития службы детской гематологии-онкологии. Так, по результатам совместного обсуждения в ряде регионов было принято решение об организации специализированных отделений детской гематологии-онкологии (Тамбовская область, Чеченская Республика и другие).

С целью дальнейшего развития программы в апреле 2015 года во Владивостоке пройдет окружной семинар для специалистов Дальневосточного федерального округа, на котором будут обсуждаться вопросы конкретного региона. В работе семинара примут участие представители общественных организаций и власти.

ВОПРОСЫ НЕЗАВИСИМОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пациенты имеют право на проведение независимой медицинской экспертизы в порядке и в случаях, которые установлены положением о независимой медицинской экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации. Такое постановление должно быть разработано правительством и вступить в действие с 2015 года. Национальная медицинская палата принимает активное участие в его разработке.

МНЕНИЯ ЭКСПЕРТОВ



Владимир Клевно,
президент Ассоциации
судебно-медицинских
экспертов, начальник ГБУЗ
МО «Бюро СМЭ»

– Сейчас Ассоциация судебно-медицинских экспертов активно работает с Национальной медицинской палатой по разработке постановления правительства. Надеюсь, что результатом сотрудничества станет не только выработка нового документа, который будет способствовать конструктивному профессиональному взаимодействию, но, возможно, и большее. Я имею в виду, что институт медицинской экспертизы способен стать значимой частью новой стратегии развития отрасли.

Статья 58 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» содержит целый перечень видов медицинских экспертиз:

1. временной нетрудоспособности;
2. медико-социальной;
3. военно-врачебной;
4. судебно-медицинской и судебно-психиатрической;
5. профессиональной пригодности и связи заболевания с профессией;
6. качества медицинской помощи.

Их проведение гарантировано государством, и для реализации этой задачи создано немало системных судебно-экспертных учреждений. Деятельность каждого регламентируется федеральным законодательством и подзаконными актами Правительства РФ и Министерства здравоохранения. Часть 3 указанной статьи содержит новеллу, дающую гражданам право (в случае несогласия с результатами проведенных видов экспертиз) на проведение независимой медицинской экспертизы в порядке и в случаях, которые установлены положением о независимой медицинской экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

Сегодня только гражданин, имеющий определенный процессуальный статус – потерпевший, обвиняемый, подозреваемый, свидетель, истец, ответчик и т.д., может реализовывать свои права через ходатайства перед лицами, уполномо-

ченными назначать судебную экспертизу на всех этапах расследования. Законодательство позволяет гражданину России назначить любую (подчеркиваю, судебно-медицинскую) экспертизу.

Но положение о независимой медицинской экспертизе, которое мы сегодня обсуждаем в НМП, дает право **любому гражданину РФ, не имеющему процессуального статуса** (т.е. вне рамок процессуального законодательства), в случае несогласия с результатами любой из перечисленных выше видов медицинских экспертиз обратиться к состоящему в реестре медицинскому эксперту за получением заключения.

Среди основных причин назначения медицинской экспертизы – жалобы пациентов или страхователей на качество оказания медицинской помощи и неблагоприятный исход, связанный с недостатками в проведении медицинских мероприятий. Урегулирование спора между пациентом и медицинским работником может проводиться **в судебном порядке**. Такая экспертиза называется судебно-медицинской, и для ее производства необходимо специальное постановление. Главная цель независимой медицинской экспертизы – именно **досудебное** урегулирование споров между медицинскими организациями и пациентами, а также между медицинской организацией и конкретным врачом.

Проведение такого рода экспертиз может быть доверено российским специалистам, включенным в Государственный реестр медицинских экспертов. Их список будет опубликован на соответствующих информационных ресурсах и доступен любым заинтересованным лицам. Каждый претендент должен будет пройти аттестацию, которая включает в себя основы права и судебной медицины. Аттестованный эксперт получит допуск (аккредитацию) к производству экспертиз по конкретным медицинским специальностям. Чтобы система была прозрачной и давала возможность осознанного выбора эксперта, информацию о его квалификации, специализации и практическом опыте можно будет получить на официальном сайте. В состав будут включены представители некоммерческих, саморегулируемых, общественных организаций. Одно очевидно: квалификационные требования к экспертам и порядок проведения их аттестации определяются федеральным органом по надзору в сфере здравоохранения.

С помощью независимой медицинской экспертизы можно решить проблему так называемой «необъективности» экспертизы на местах. Экспертиза может быть назначена в бюро одного субъекта, а внештатные эксперты (врачи различных

специальностей, участие которых требуется при экспертизе) привлечены из других субъектов РФ – так исчезает почва для круговой поруки.

Независимая медицинская экспертиза не заменяет государственную экспертизу и не может занимать конкурирующую позицию. Нужно отчетливо это понимать, чтобы использовать новые возможности для повышения качества оказания медпомощи. Поэтому важно обеспечить правовую основу для развития независимой медицинской экспертизы.



Наталья Аксенова,
вице-президент НП «НМП»

– За 5 лет работы в сфере досудебного урегулирования споров между врачом и пациентом мы столкнулись с проблемой проведения независимой экспертизы качества медицинской помощи. Постановление правительства очень ждут и те, кто судится, и те, кто только собирается вступать в судебные тяжбы.

Любой пациент имеет право быть довольным или не довольным медицинской помощью. И, в случае проблем с лечением, он обращается в такой Центр досудебного урегулирования конфликтов, какой работает у нас в Смоленской области, либо в суд. Суд рассматривает иск и уведомляет о том, что будет проведена медицинская экспертиза, назначает ее стоимость. Но многие пациенты не могут ее оплатить, а если вынесено решение суда не в пользу пациента, то расходы на проведение экспертизы ложатся на него. В результате пациент остается наедине со своей проблемой, и, если он не согласен с решением суда, повторно судиться у него часто нет финансовой возможности. Независимая медицинская экспертиза как раз и нужна для того, чтобы у пациента была возможность получить помощь в такой ситуации.

На мой взгляд, помощь для него должна быть бесплатной, оплачиваться за счет государства. Такую работу можно организовать за счет статей расходов Федерального фонда ОМС. Можно предусмотреть разные варианты. Если в определенных случаях проведение независимой медицинской экс-

Кроме того, Палата разработала проект, направленный на формирование нормативно-правовых, методологических и инфраструктурных условий для реализации пилотного проекта по независимой медицинской экспертизе на базе НМП. Сейчас в системе здравоохранения и в обществе в целом возникла необходимость в повышении результативности общественного экспертного контроля и создании системы досудебного урегулирования конфликтов между врачом и пациентом (особенно на фоне развития института саморегулирования медицинской деятельности).

В основе проекта – создание и организация работы центра независимой медицинской экспертизы в ряде пилотных регионов. В начале 2014 года НМП подписала соглашение о сотрудничестве с Врачебной палатой Германии. Именно немецкая модель урегулирования споров между врачом и пациентом, проведения независимой медицинской экспертизы качества с активным участием профессиональных медицинских некоммерческих организаций станет основой для реализации пилотных проектов.

пертизы будет выше заложенного тарифа, предусматриваются варианты доплаты. Или, например, если пациент на начальных стадиях рассмотрения ситуации хочет провести независимую экспертизу, тогда он ее проводит за свой счет. Такой подход поможет, во-первых, уменьшит число исков со стороны пациентов в судебные инстанции, а, во-вторых, позволит официально делать перекрестные экспертизы в судах. Это обеспечит качество оценки спорных ситуаций и повысит удовлетворенность пациентов.

Наше предложение заключается в том, что независимая экспертиза должна проводиться медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, которая предусматривает выполнение работ по медицинской экспертизе. Кроме того, мы считаем, что такие экспертизы должны проводиться обезличено. Это означает, что эксперты будут готовить свои заключения, рассматривая документы, в которых не указаны участники произошедших событий. Это обеспечит объективность результатов.



Лилия Айдарова,
юрист НП «НМП»

– На мой взгляд, независимая экспертиза – это экспертиза, проведенная квалифицированными специалистами, объективно и независимо от обстоятельств и лиц, которые могут повлиять на ее результат (непосредственное руководство, работодатель, родственники, пациент, специалисты, принимавшие участие в процессе оказания медицинской помощи и т.д.). Ключевое в понятии независимой экспертизы – объективность. Поскольку для российского законодательства и правоприменительной практики независимая медицинская экспертиза – явление новое, с ее реализацией существуют организационные и нормативные трудности. В частности, отсутствует нормативно закрепленное значение такой экспертизы, последствия ее применения, ее роль и значение в судебном процессе, не выработаны критерии выбора экспертов для проведения независимой медицинской экспертизы, не определена

форма организации процедуры проведения экспертизы и принципы ее финансирования. На мой взгляд, независимая медицинская экспертиза во внесудебном порядке должна иметь превалирующее значение над остальными видами экспертиз, для чего необходимо нормативное закрепление ее статуса. Она должна проводиться по заявлениям физических лиц независимо от того, является ли заявитель пациентом или врачом.

Для того чтобы сохранились принципы независимости и объективности, необходимо соблюдение следующих условий:

1. Выбор экспертов должен быть доверен профессиональному сообществу, объединяющему медицинских работников различных медицинских специальностей. Оценка профессиональной квалификации эксперта должна предполагать признание его достижений представителями профессиональной общности. Экспертом же может выступать лицо, обладающее специальными познаниями в медицинской науке, практическим опытом, которые оцениваются профессиональным сообществом по критериям, сформированным этим сообществом.

2. Объективность экспертного мнения должна достигаться за счет обезличенности документов, которые поступают экспертам для исследования и составления заключения. При этом заключение экспертов должно отвечать требованиям действующих процессуальных кодексов РФ к оформлению таких документов, чтобы не исключить независимую медицинскую экспертизу из числа доказательств, используемых в суде.

3. Эксперты должны быть лишены возможности оказания на них влияния лицами, прямо или косвенно заинтересованными в результате экспертизы. Эксперт должен быть финансово независим от заинтересованных лиц, в том числе от заказчика экспертизы, не состоять в трудовых, родственных, иных зависимых отношениях с заинтересованными лицами. Исключить аффилированность возможно за счет передачи материалов дела экспертам другой территории или региона. Также эксперты не должны быть финансово заинтересованы в результатах экспертизы, в количестве проведенных экспертиз. Это может быть достигнуто за счет создания экспертной организации, деятельность которой будет направлена на организацию процедуры проведения независимой медицинской экспертизы от этапа поступления заявления на ее проведение до выдачи экспертного заключения. Сами эксперты не могут выступать организаторами этого процесса.