



Регулировать конфликты между врачом и пациентом призваны третейские судьи и медиаторы

Стр. 3



Эксперты защищают врача-педиатра Суздальской ЦРБ

Стр. 6



«Карта дефектов медицинской помощи» против «вкусовщины» и субъективизма в экспертизе

Стр. 7

ЛЕОНИД РОШАЛЬ: «МЫ ТОЛЬКО НАЧАЛИ ВЫЛЕЗАТЬ ИЗ ЯМЫ, В КОТОРУЮ НАС ЗАГНАЛИ»

ПРЕЗИДЕНТ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ ЛЕОНИД РОШАЛЬ ОТВЕТИЛ НА ВОПРОСЫ О ТОМ, КАКОВО НА СЕГОДНЯ СОСТОЯНИЕ ОТРАСЛИ, И КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.

– Леонид Михайлович, как бы вы могли оценить прошедший в сентябре Форум ОНФ?

– В том, что форум был нужен, у меня никаких сомнений нет. Отмечу также, что средства массовой информации играют огромную роль. Я утверждаю, что при подготовке к этому форуму специально «накрутили» общественное мнение. Мне казалось иногда, что была поставлена цель опорочить нас, медицинских работников, и Минздрав. Это несправедливо совершенно. Я об этом сказал на форуме и открыто поблагодарил сотни тысяч медицинских работников, которые работают честно, нормально и хорошо. И по своей квалификации абсолютно не уступают западным коллегам. У нас есть недостатки? Конечно есть, но огульно всех нас сравнивать со специалистами низкой квалификации нельзя. Некоторые недостатки зависят от нас, но многие зависят от государства, которые мы самостоятельно разрешить не можем.

– На Форуме Общероссийского народного фронта было сказано, что финансирование медицины будет сокращено, а Вы отметили, что его, наоборот, надо увеличивать. А хватает ли денег?

– Финансирование – это только одна из проблем, есть и много других. Сейчас у нас финансирование здравоохранения – всего 3,7% от ВВП в рублях. В развитых странах Европы и США, которые нам любят приводить в пример как страны, где все хорошо со здравоохранением, финансирование составляет 8-10% ВВП в евро и долларах. У нас – примерно 700-800 евро на человека, а в Европе – 5-6 тысяч евро. И мы живем, работаем. Почему? Потому что до сих пор осталась жива советская структура здравоохранения – она самая экономная и эффективная. И те новшества, ту оптимизацию, которая идет, не воспринимает медицинское сообщество. На недавнем внеочередном съезде Национальной медицинской палаты, где собралось около 2 тысяч врачей со всей страны, мы провели интерактивное голосование по самым актуальным вопросам. И оно показало, что 81% медиков не поддерживают оптимизацию здравоохранения, 84% врачей считают, что работа страховых компаний не привела к улучшению качества и доступности медицинской помощи. Врачи думают так же, как наш народ.

– Сейчас много критикуют нынешний Минздрав, по Вашему мнению, справедливо?

– В критике всегда хочется найти здоровое зерно. Можно бегать, кричать, ругать, но главный вопрос: что делать? Я сам очень критичный человек. Очень активно выступал против прошлых министров здравоохранения (Шевченко, Зурабова, Голиковой), потому что не понимал, что они делают и куда ведут отрасль. И нынешний Минздрав вынужден отдуваться за то, что сделали с отраслью прошлые министры. Все проблемы, которые есть сегодня – финансовые, кадровые, с доступностью медицинской помощи – пытаются «повесить» на нынешнее министерство. Это несправедливо. Мы только начали вылезать из ямы, в которую нас загнали прежние министры.

Недавно были опубликованы данные ВЦИОМа, что, мол, 65% населения оценивают качество медицинских услуг в государственных медицинских организациях как низкое. Я уж не говорю о том, что сам вопрос формулировался ВЦИОМом неправильно и предполагал заранее прогнозируемые ответы. Но интересно другое. Еще 4 года назад президент РФ Владимир Путин говорил, что удовлетворенность населения здравоохранением составляет 30%. А вот сейчас мы видим положительный сдвиг, и удовлетворенность, согласно многочисленным исследованиям, в том числе и ВЦИОМ, уже составляет около 40%. По данным того же ВЦИОМа, раньше, в 2013 году, в государственные поликлиники обращались только 51% пациентов, а сейчас – 60%. И лишь 8% обраща-



ется в частные клиники, при этом процент обращений за последние годы не изменился. Основа здравоохранения у нас государственная. И мы видим, что есть положительные изменения, растет доверие. Некоторые упрекают, что изменения идут слишком медленно, но это – поступательное движение.

– Доживем ли мы до этого светлого будущего, когда ситуация в отрасли изменится радикально?

– Я сам хочу до него дожить. И уже сейчас происходит многое. Восстановлена диспансеризация, чего не было сделано при прошлых министрах, мы стали гораздо больше болезней выявлять на ранней стадии. Нивелируется разница по подушевому финансированию в регионах. Она еще есть, но уже меньше, чем раньше. Сегодня остановлен развал сельского здравоохранения, когда при прежних министрах закрывались ФАПы. Мы достигли наименьших показателей детской смертности. Наши больницы стали гораздо лучше оснащены. Раздаются голоса, что, мол, КТ и МРТ не работают нигде – полная чушь. Где-то не работают, может быть, даже в 10% случаев, но в основном – доступны. В НИИ детской травматологии и хирургии поступают 3,5-4 тысячи детей с черепно-мозговыми травмами. Раньше надо было делать поисковую трепанацию черепа, чтобы обнаружить гематому, сейчас через 5 минут КТ и МРТ есть диагноз. Так что, определенно, улучшилась диагностика.

– Это техническое оснащение, а что с кадрами?

– С кадрами – проблема. И она имеет две стороны. Первая – это численность врачей. У нас огромный дефицит кадров, особенно в первичном звене. Раньше было распределение после окончания вуза, а сейчас – нет. 6 лет студенты обучаются за счет государства, а потом могут уйти куда угодно, но не в практическую медицину. С 1991 года мы не досчитались 200-300 тысяч врачей, которые должны были прийти в отрасль, но не пришли. Есть детские поликлиники, где на 10 участков – 3 педиатра. Нагрузка на остающихся колоссальная. Многие хорошие участковые не выдерживают нагрузок и уходят. Получается заколдованный круг. И что делать? НМП нашла жесткий выход – надо вернуться к распределению выпускников, обучающихся за государственный счет. Хватит нянчиться! Нам надо решать проблемы уже сегодня. Но те, кто придет в поликлиники не должны быть рабами. Должны быть решены их социальные вопросы.

Вторая сторона кадрового вопроса – квалификация медиков. И мы работаем над этим. Мы полностью пересмотрели вопросы последипломной подготовки. В свое время она почти исчезла – раз в пять лет доктор обязан был подтвердить квалификацию. А врач должен учиться постоянно, но для этого надо создать условия, чтобы это было бесплатно, удобно, с ис-

пользованием дистанционных методов обучения, чтобы врач был мотивирован. Например, в Англии каждый доктор получает деньги за то, что участвует в конференциях, симпозиумах, повышает свой уровень. Ведь все понимают: чем более квалифицирован врач, тем лучше для населения. НМП занимается разработкой профессиональных стандартов, которые должны быть основаны на квалификационных категориях. Разрабатываем методы мотивации врачей к постоянному совершенствованию. Так что сегодня, я еще раз скажу, мы начинаем выплывать из омута, в котором оказались, и работаем в тесном сотрудничестве с нынешним Минздравом.

Большой удар по педиатрии нанесла практика подготовки врачей общей практики из педиатров. Мы понимаем, что это легко, но некоторые организаторы здравоохранения не понимают, что этим разрушают педиатрическую службу.

– Вы предлагали выделить часть акцизов на табак и алкоголь, а также часть средств за международные услуги связи и направить на нужды медицины. Для чего?

– Это не моя идея. Это идея коллективного разума – такое решение было принято на съезде НМП. Мы просто ищем дополнительные источники финансирования. Мы прекрасно понимаем, что сегодня у государства нет возможности выделить дополнительные деньги на поддержку отрасли. А они нужны. Вот в качестве способа привлечения дополнительных финансов НМП и предложила законодательно выделить часть акцизов на табак и алкоголь и средств за международные услуги связи и направить их в здравоохранение.

– Мы говорили о том, что ситуация в отрасли пусть медленно, но улучшается. Почему же растет поток жалоб?

– Улучшение качества медпомощи не влияет на число жалоб. Я недавно разговаривал с представителями Немецкой медицинской палаты, у них с 2006 года количество жалоб выросло вдвое. Анализировал данные и других стран и регионов. Например, только в Калифорнии за последние 5 лет число жалоб выросло на 22%.

Сейчас очень просто стало пожаловаться. Пришел домой, открыл Интернет, нажал на кнопку – написал в пять-шесть адресов от Президента до министра. И, конечно, население стало требовательнее, но оно стало таким именно потому, что качество медицинской помощи возросло, и к медикам предъявляют все более высокие требования. Жалуются на все. На грубость врачей, например. Вот у нас есть этический кодекс. И что? Он фактически не работает. И я хочу сказать, что успешно что-то менять в отрасли мы сможем только тогда, когда создадим единую профессиональную организацию медиков с обязательным членством. Как это уже сделано во многих странах, когда профессиональные организации медиков решают профессиональные вопросы. И если ты нарушаешь этический кодекс, профессиональные стандарты, клинические рекомендации и протоколы, то профессиональная организация решает, что ты больше не имеешь права заниматься профессией. Вот когда у нас будет такая организация, тогда заработает этический кодекс, и каждый будет отвечать перед всеми, и все – за каждого.

– Как бы Вы могли оценить практические результаты форума ОНФ? Произойдут ли изменения в российском здравоохранении?

– Обязательно произойдут. Но такой палочки, которой взмахнул бы – и завтра все будет хорошо, нет. Это – тяжелый труд. Важный элемент – необходимость ответственности граждан за свое здоровье.

Форум показал, что голос НМП значим при принятии решений. Вообще, НМП организационно окрепла и она действительно решительно отстаивает профессиональные интересы врачебного сообщества. По количеству врачей в регионах и по профессиональным организациям одной или смежных специальностей, входящих в НМП, равной нашей организации нет. И это накладывает на нас огромную ответственность.

Блиц-опрос

В сентябре Нацмедпалата провела семинар «Организация деятельности комиссии по независимой медицинской экспертизе», который прошел с участием представителей из Врачебной палаты земли Северный Рейн-Вестфалия (Германия). Помимо вопросов экспертизы, его участники обсудили и положение дел в отраслях.

Мы попросили Райнера Розенбергера, заместителя председателя комиссии по врачебным ошибкам Врачебной Палаты земли Северный Рейн, ответить на несколько вопросов.

– **Недавно в России прошел форум Общероссийского народного фронта, который собрал на своей площадке одновременно медицинских работников и пациентов для обсуждения и решения проблем здравоохранения. Существует ли такая практика в Германии?**

– Скорее нет, мероприятия по решению проблем здравоохранения организуются, прежде всего, для врачей. Пациент – не специалист, он, скорее всего, ничего не поймет в вопросах организации медицинской помощи. И, к сожалению, должен сказать еще одну вещь. На такие конференции попали бы пациенты особого рода. Скажу, наверное, жестко. Пациенты-сутяжники, которые уж очень любят жаловаться. И вот такие пациенты, конечно, на подобных форумах нередко выступают. Я не раз такое видел. Это были очень неприятные сцены. Дело доходило до ругательств, громкого выяснения отношений – это делу не помогает, проблем не решает. Но другой вопрос: есть представители сообщества пациентов, есть сообщество экспертов, комиссии экспертов, которые тоже принимают участие в вынесении решения относительно вопросов здравоохранения. Это – нейтральные представители. Такое бывает. Но это тоже не просто.

– **То есть, если представить, что в Германии пройдет конференция государственного уровня, на которой половину участников составят врачи, а половину – пациентские организации, будет жарко?**

– Предполагаю, что да. Поскольку с обеих сторон будут говорить неприятную правду, могут быть слишком большие разногласия и противоречия.

Я сам часто выступаю, в силу своей работы, перед адвокатами, которые представляют пациентов. Конечно, они хотят знать, где существуют слабые места и больницы, и клиник, на которые можно успешно надавить, пожаловаться и получить компенсацию. В Германии действует Сенат по врачебной ответственности, специальная судебная коллегия. И самая большая компенсация морального ущерба, которую Сенат под моим руководством когда-то назначал, это 1 миллион евро. И дополнительно каждый месяц ровно 5 тысяч евро – компенсация расходов за уход, потому что это был ребенок с тяжелой инвалидностью, за которым необходимо было постоянно ухаживать.

Конечно же, адвокаты хотят много денег, поэтому они тоже заинтересованы в жалобах пациентов. И это также надо учитывать.

– **С Вашей точки зрения, какая доля населения Германии недовольна здравоохранением? Есть ли такие цифры?**

– Я могу сказать по жалобам пациентов. В экспертную комиссию Германии при Врачебной палате поступает 2200 жалоб в год, и число растет. Если говорить о населении в целом, то я бы оценил так: минимум 10 процентов недовольны качеством оказания медицинской помощи. По данным прессы, конечно, больше – 30–40%. Пресса существенно искажает информацию, называет много, так сказать, «черных» цифр, много спекуляций.

– **А как обстоят дела с финансированием здравоохранения в Германии?**

– Население Германии – где-то 82 миллиона человек. ВВП составляет около 30000 на душу населения, или 0,7 в год. Затраты на здравоохранение – 10,4% от общего ВВП Германии. Насыщенность врачей на душу населения – один врач на 249 человек. На здравоохранение тратятся сотни миллиардов евро. Около 350 млрд, по моей оценке, тратится на оснащение больниц, на амбулаторное лечение пациентов. Это – колоссальное количество денег для довольно небольшой страны с 80 миллионами населения.

НЕЗАВИСИМОЕ МНЕНИЕ НЕПРЕДВЗЯТЫХ ЭКСПЕРТОВ

Национальная медицинская палата взяла на себя большую ответственность, начав реализацию пилотных проектов по созданию института независимой медицинской экспертизы. Первопроходцами быть всегда сложно, и, как никогда, важен обмен мнениями с теми, кто уже наработал определенный опыт.

Национальная медицинская палата в сентябре собрала на своей площадке более 200 участников – представителей трех пилотных регионов (Московская, Смоленская и Липецкая области) по созданию института независимой медицинской экспертизы для обмена опытом с коллегами из Врачебной палаты земли Северный Рейн-Вестфалия (Германия). Это уже второй семинар, который проходит с участием немецких коллег. Ключевой вопрос семинара: как организовать деятельность комиссий по независимой экспертизе на базе Национальной медицинской палаты.

На сегодня положение дел таково: по Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», граждане имеют право на проведение независимой медицинской экспертизы в порядке и в случаях, установленных в «Положении о независимой медицинской экспертизе», утвержденном Правительством РФ. Самого положения пока еще нет, не прописан порядок проведения независимой медицинской экспертизы, нет инструментов. Создаем основу для внедрения этого института занимается Национальная медицинская палата. Создатели этого института считают, что один из ключевых моментов в его работе – принцип независимости.

«Нам нужна действительно независимая экспертиза. Она будет независима от меня, от Медведева, от Путина, от губернаторов, независима от руководителей департаментов, от главных врачей – независима от всех», – сказал президент НМП Леонид Рощаль.

Институт независимой медицинской экспертизы должен быть неподотчетным федеральным органам исполнительной власти, формирующим политику в сфере здравоохранения, федеральным органам власти, осуществляющим контроль и надзор в сфере здравоохранения и соблюдения прав потребителей, органам власти субъектов, реализующим политику в сфере здравоохранения, фондам ОМС и страховым медицинским организациям.

Пилотный проект по созданию независимой медицинской экспертизы, реализуемый в трех областях, разработан на основе немецкой модели урегулирования споров между врачом и пациентом. В Германии работа комиссии по независимой экспертизе давно отлажена, она функционирует с 1975 года и, на данный момент, в одной только земле Северный Рейн-Вестфалия 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. При этом расхождения в решениях комиссии с судебными решениями, если дело все-таки доходит до суда, составляет всего 1%.

Российские коллеги намерены использовать немецкий опыт, но вносят в него ряд принципиальных изменений. Ключевой в понимании независимой экспертизы должна

В ФОКУСЕ: ПРОЕКТЫ

стать объективностью. Объективность экспертного мнения будет достигаться за счет обезличенности документов (в Германии документы рассматриваются с указанием данных участников конфликта), 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. Технически такую работу сделать не так сложно, после поступления жалобы все личные данные будут «очищаться», и всем экспертам будут рассылаться документы уже в обезличенном виде. Кроме того, предполагается, что рассмотрением случая будут заниматься эксперты, деятельность которых никак не связана с регионом, где произошло событие. Объектом экспертизы является только медицинская документация, отражающая результаты оказания медицинской помощи в медицинских организациях, которая будет рассматриваться экспертами из других регионов.

В настоящее время НМП уже разработала проект Положения о независимой медицинской экспертизе, в ближайшее время он будет представлен в Правительство. Подготовлен ряд документов, регламентирующих работу комиссий на базе НМП.

«Предметом независимой медицинской экспертизы является случай оказания медицинской помощи гражданину для установления состояния здоровья гражданина и (или) причинно-следственной связи между воздействием медицинских работников на гражданина и состоянием его (ее) здоровья, а также, в отдельных случаях, спорные и противоречивые позиции заключений ранее проведенных экспертных действий», – определяется в проекте постановления, подготовленном НМП.

Предполагается, что независимая экспертиза станет отдельной функцией в сфере охраны здоровья граждан в РФ, которая будет передаваться медицинским профессиональным некоммерческим организациям (их ассоциациям, союзам), соответствующим критериям, определяемым Правительством Российской Федерации.

Много дискуссий вызвал вопрос: будет ли платной или бесплатной независимая экспертиза? В Германии пациент не несет никаких расходов. Каждый врач обязан заключить договор страхования ответственности, и заключает соглашение с союзом страховых компаний, а страховые компании несут около трети расходов на экспертизу. Оставшиеся расходы несет врачебное сообщество, поскольку **каждый врач Германии обязан платить значительную сумму ежегодных членских взносов во Врачебную Палату, членство в которой является обязательным.** За счет этих взносов врачебные Палаты могут оплачивать расходы на экспертизу. Например, бюджет врачебной Палаты Северного Рейна – примерно 100 млн евро в год. А расходы на экспертизу по одной жалобе (от начала и до вынесения заключения) составляют от 2 до 3 тысяч евро. За каждое заключение от 300 до 650 евро выплачиваются эксперту. В отдельных случаях, если это было особенно объемное и сложное заключение, сумма достигает даже 1500 евро.

В России нет подобного механизма, поэтому, в отличие от Германии, НМП приняла решение, что экспертиза будет платной, поскольку необходимо оплачивать работу экспертов, делопроизводителей. По предварительным расчетам, стоимость для заявителя составит около 15 тыс. рублей.

Важным отличием является и то, что Национальная медицинская палата сосредоточит свои усилия на проведении «вторичных» экспертиз, т.е. тех случаев, когда та или иная сторона недовольна результатами

рассмотрения дела другими ведомствами и организациями (в то время как в Германии рассматриваются первичные жалобы пациентов).

Уже сейчас в пилотных регионах проведена огромная работа по развитию института независимой экспертизы: заключены соглашения с администрациями регионов, сформированы регистры экспертов качества, а также начинают работать комиссии по независимой экспертизе.

Председатель правления НП «Врачебная палата Московской области» **Сергей Лившиц** отметил достижения в регионе: *«В Московской области на сегодняшний день создана комиссия по независимой медицинской экспертизе, формируется реестр экспертов независимой медицинской экспертизы. В реестре – 62 эксперта качества по разным специальностям. Мы считаем, и нас поддерживают коллеги из других пилотных территорий, что этот реестр должен быть единым, так как одним из требований, помимо обезличивания документов, является и экстерриториальность эксперта».*

Огромная работа по заключению соглашения между Палатой и различными органами власти о совместной деятельности проведена в Смоленской области.

*«Заключено соглашение между администрацией Смоленской области и Национальной медицинской палатой по реализации пилотного проекта по независимой экспертизе. Это дало возможность Врачебной палате Смоленской области более быстрыми темпами двигаться вперед. Кроме того, мы заключили устное соглашение с областным судом Смоленской области. И, по распоряжению главы областного суда, во все суды региона ушли письма о том, что наши эксперты и эксперты в составе врачебной Палаты, имеющие лицензию на контроль качества медицинской помощи, могут привлекаться в судебные заседания как специалисты», – рассказала председатель Врачебной палаты Смоленской области **Наталья Аксенова.***

Кроме этого, в области начали формировать еще один список экспертов – врачей, главврачей, главных специалистов, которые имеют стаж работы 15 и более лет и высшую квалификационную категорию либо ученую степень, и готовится пакет документов для дальнейшего заключения гражданско-правового договора с данными экспертами по привлечению их к экспертизе. К тому же, в Смоленской области удалось решить вопрос о работе в составе комиссии по независимой экспертизе судей в отставке. Дело в том, что, например, в Германии, руководителями таких комиссий являются судьи в отставке (это является одним из залогов независимости работы комиссии), но, по российскому законодательству, судьи в отставке не имеют права заниматься этой работой. В Смоленской области будет заключен договор с общественной организацией судей в отставке, и они будут оказывать Врачебной палате консультативную помощь как общественная организация.

Есть успехи и в Липецкой области.

«Мы сформировали банк экспертов для проведения независимой экспертизы в количестве 72 человек, а также включили в этот банк 62 экспертов ФОМС. Таким образом, у нас получается 134 эксперта. Получили лицензию на экспертизу качества медицинской помощи, разработали проект соглашения между главой администрации Липецкой области и президентом Национальной медицинской палаты и сейчас готовимся к его подписанию. Также сформирована комиссия по независимой медицинской экспертизе, обучены по экспертизе качества 7 человек», – отметила сопредседатель Липецкой

НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ

областной общественной организации «Ассоциация медицинских работников» Татьяна Степанова.

Если российские региональные общественные организации еще только начинают работу в этой сфере, то немецкие коллеги поделились с ними своим уже богатым опытом и разными наработками. Райнер Розенбергер, заместитель председателя комиссии по врачебным ошибкам Врачебной Палаты земли Северный Рейн, разъяснил принципиальные моменты в работе врачебной комиссии Германии, которые могут быть использованы российскими коллегами на практике. По сути, экспертная комиссия по врачебным ошибкам в Германии исполняет три функции – урегулирования конфликтов, определения ответственности за дефекты оказания медицинской помощи и улучшения качества медицинской помощи. Она не только рассматривает дело, оценивает его, выдает заключение и сообщает о результатах, но и занимается образовательной деятельностью, накапливая аналитику и систематизируя дефекты оказания медицинской помощи. И, в конечном итоге, от этого выигрывают все. Экспертная комиссия публикует (разумеется, в анонимном виде) решения, принятые по отдельным случаям, к ним получают доступ клиники, больницы, и путем изучения подобных решений врачи могут научиться, как лучше организовать определенные процессы и избежать ошибок. Так, в Северном Рейне-Вестфалии Врачебная палата сама создала институт качества, где врачи повышают квалификацию. Участие в этом принимает и экспертная комиссия, которая представляет на обсуждение экспертов отдельные случаи по спорным вопросам. Каждые 2-3 года публикуется сборник по особо интересным решениям, и на его основе врачи могут учиться аспектам, которые можно улучшить во врачебной практике.

«Цель и смысл экспертной комиссии – это удовлетворение обоснованных претензий со стороны пациента и отклонение необоснованных. Врач не должен жить с клеймом бездоказательного обвинения в том, что он совершил ошибку и нанес вред пациенту. С другой стороны, если ошибка была допущена, врачебному сообществу нужно иметь мужество это признать. Каждый в своей профессии допускает ошибки, и лучше всего за них отвечать, на них учиться, чтобы в будущем такого не происходило», – сказал Райнер Розенбергер.

Экспертная комиссия не занимается финансовым урегулированием, поскольку примирение – это шаг, который выходит за рамки врачебной, медицинской деятельности. Мониторинг оценки ущерба – это, как правило, дело суда или страховой компании. А в цен-

тре внимания экспертной комиссии находится медицинская оценка лечения. И окончательное урегулирование спора комиссия передает на усмотрение сторон. Опыт свидетельствует, что в более 90% всех случаев, когда экспертная комиссия констатировала нанесение ущерба здоровью вследствие неправильного лечения, и пациент направил это заключение комиссии в страховую компанию, страховые компании добровольно компенсируют ущерб.

Господин Розенбергер также рассказал о том, какие процедуры должен соблюдать врач в Германии, чтобы максимально обезопасить себя от жалоб пациентов. Во-первых, врач обязан соблюдать стандарты лечения. Медицинский стандарт, или стандарт лечения, означает систему контроля качества медицинских услуг, качества лечения, которое должен обеспечить врач-специалист. Определение стандарта лечения гласит, что он отражает текущее состояние естественнонаучных знаний и медицинского опыта, которые хорошо зарекомендовали себя на практике, и применение которых позволяет достичь цели терапии.

«Врач не может сказать пациенту, например, что рентген сломался, и сегодня мы рентгена делать не будем, он обязан обеспечить рентгеновский снимок или направить пациента туда, где рентген работает, потому что обязан обеспечить критерии качества. Вот это и есть лечение в соответствии со стандартами», – пояснил Райнер Розенбергер.

Вторая обязанность врача – перед началом лечения проинформировать пациента о том, что именно из медицинской помощи ему придется оплатить самостоятельно. Касса медицинского страхования оплачивает только то, что необходимо по медицинским показаниям. Например, при оказании стоматологических услуг дорогие керамические имплантаты, если пациент настаивает именно на них, оплачиваться не будут. Эта процедура называется экономическим разъяснением.

Также врач должен разъяснить пациенту все риски и рассказать о процессе протекания лечения. Например, при неблагоприятном исходе операции на позвоночнике пациент может оказаться прикованным к инвалидному креслу – врач обязан предупредить об этом пациента и дать ему возможность выбора: соглашаться на лечение или нет. Кстати, интересно, что в случае конфликта не пациент должен доказывать, что ему ненадлежащим образом все разъяснили, а врач обязан доказать, что он надлежащим образом указал пациенту на все риски. Поэтому крайне важно вести подробную документацию – записывать все, на что врач обратил внимание пациента, это важно для доказательства

своей правоты в случае конфликта. В целом, все лечение нужно подробно документировать, поскольку оно редко заканчивается одним мероприятием. И тот врач, который проводит последующее лечение, должен знать, как было произведено лечение ранее, чтобы не нанести пациенту ущерба. И если врач нарушил свои обязанности – нарушил стандарты, дал неправильное, недостаточное разъяснение рисков, и согласие на лечение стало недействительным, то это является нарушением договора, а оно подразумевает возмещение ущерба.

Но для начала пациенту надо выяснить, была ли допущена врачом ошибка или нет. Для этого он и обращается во врачебную комиссию. На данный момент комиссия по врачебным ошибкам Врачебной Палаты земли Северный Рейн-Вестфалия состоит из председателя-юриста, 8 его заместителей, также юристов, и примерно 80 медиков. Это врачи, в большинстве случаев профессора, активно работающие или бывшие главные врачи клиники, а также частнопрактикующие врачи, которые являются членами комиссии. При этом по каждой врачебной специальности желательно иметь не менее четырех специалистов. Выбирает экспертов сама Врачебная Палата, утверждая их на заседании правления. Ранее члены экспертной комиссии выбирались на 4 года, сейчас этот срок продлен до 5 лет. Интересный аспект: для того, чтобы сохранить независимость эксперта, его нельзя без веского основания исключить из комиссии. «Иначе есть опасность встретить обвинения, что некий эксперт, который особенно критичен, придирчив, исключен потому, что негоден и дискриминируется правлением Врачебной Палаты», – пояснил Райнер Розенбергер.

Также в составе комиссии есть медицинский директор, который управляет всеми вопросами, связанными с медициной.

Процесс работы комиссии давно отлажен. Каждая заявка, которая поступает, регистрируется, пациент получает подтверждение регистрации. Врача, которого обвиняют, или же больницу призывают высказать свое мнение, поскольку необходимо знать, какова точка зрения медиков.

После этого медицинский директор определяет эксперта, компетентного в области рассматриваемого случая, и врачу, против которого подана жалоба, или в медучреждение комиссия направляет письмо с требованием дать ответ на эту жалобу с медицинской точки зрения и предоставить комиссии все медицинские документы. Иногда необходимо затребовать какие-то дополнительные документы, кроме стандартного набора. После рассмотрения всей документации по больному эксперт

создает заключение, опираясь при этом на стандарты профессионального медицинского обслуживания и так называемую систему директив, созданных врачами-специалистами определенной дисциплины (как врачу следует действовать при наличии у пациента определенных симптомов, аналог клинических протоколов и рекомендаций в России).

Если стороны конфликта согласны с заключением эксперта, то на этом процесс работы комиссии завершается. Примерно в 60% случаев заявитель и противная сторона согласны с заключением комиссии. Если одна из двух сторон не согласна с заключением, то подается заявление на его проверку, которое рассматривается другим экспертом и юристом. После перепроверки собирается так называемая общая комиссия – юрист и 4 врача: хирург, представитель терапии, патологоанатом и врач общей практики. Такие «пятерки» заседают один раз в месяц, рассматривая за день от 30 до 50 случаев, после чего выносятся окончательное решение. Стоит отметить, что в «пятерки» активные врачи не входят. Это, как правило, бывшие главные врачи, которые сейчас на пенсии. И они получают небольшое вознаграждение за работу в комиссии.

В очень редких случаях комиссия не принимает дела к рассмотрению. Как правило, по формальным причинам, прописанным в Уставе. Например, комиссия не работает в случаях, если лечение было проведено более 5 лет назад. Вторая причина – пациент уже обратился в суд или даже написал заявление в полицию на врача за причинение телесных повреждений.

Выслушав рассказ немецких коллег, участники семинара поделились и своим видением того, как должны проходить заседания экспертной комиссии. Для этого в ходе семинара в форме деловой игры прошло рассмотрение практических случаев работы комиссии по независимой медицинской экспертизе Врачебной палаты Московской области, которая получила высокую оценку эксперта из Германии.

«Честно говоря, я – под впечатлением, – поделился мнением Райнер Розенбергер после того, как российские коллеги продемонстрировали ему свое видение работы комиссии. – Вы это делаете, конечно, существенно более тщательно, чем мы. Это, по сути, самое чистое, самое скрупулезное рассмотрение дела».

Также он дал ряд конкретных рекомендаций по процедурным вопросам, которые могут упростить работу комиссии. Ведь цель данного мероприятия – объединить усилия для того, чтобы получить на выходе адаптированную модель, которую можно было бы использовать во всех регионах при работе в рамках независимой медицинской экспертизы.

РЕГУЛИРОВАТЬ КОНФЛИКТЫ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ ПРИЗВАНЫ ТРЕТЕЙСКИЕ СУДЬИ И МЕДИАТОРЫ

В начале сентября Национальная медицинская палата провела двухдневную конференцию «Третейский суд и медиация – практический опыт в здравоохранении. Проблемы внедрения и развития институтов медиации, третейского судопроизводства в регионах РФ». Конференция посвящена развитию досудебной системы разрешения конфликтов между пациентами и врачами, формированию юридической защиты медицинских работников.

«Национальная медицинская палата – упрямая, – сказал, открывая конференцию, президент НМП Леонид Рошаль, – мы не говорим, а делаем. И мы создадим структуру третейских судов в стране, потому что это очень важно. Кроме того, мы сейчас работаем над организацией независимой профессиональной экспертизы, которая будет основана на участии не только медиков, но и юристов. Есть сложности в этом процессе, но мы их преодолеем».

НМП многое делает для того, чтобы взаимоотношения врачей и пациентов стали более конструктивными.

«Мы обучаем медиаторов, третейских судей. Все это делаем для того, чтобы конфликт врач – пациент либо исчез вообще, либо был сведен к минимуму, и наши пациенты были в большей степени, чем сегодня, удовлетворены качеством и доступностью медицинской помощи», – сказала Наталья Аксенова, президент Смоленской Врачебной палаты. – Одна из первоочередных задач – обучение членов НМП по программам повышения квалификации в сфере медиации и третейского судопроизводства, а также создание региональных центров по урегулированию конфликтов между врачами и пациентами».

На сегодня обучение по программам «Основы медиации» и «Организация деятельности третейских судов в здравоохранении и социальной сфере» уже прошли представители НМП из 56 и 69 регионов соответственно.

Как отметили участники съезда, поток жалоб от пациентов сейчас достаточно высок и имеет тенденцию к росту. При



этом наибольшее число жалоб связано с непониманием между врачом и пациентом – пациент что-то неправильно понял, врач недостаточно подробно что-то объяснил. Чаще всего граждане не стремятся наказать врачей, они хотят решить конкретные проблемы – получить качественную медицинскую помощь, убедиться в том, что в их лечении все делается правильно.

Сегодня некоторые врачебные палаты в регионах делают только первые шаги по созданию третейских судов и введению процедуры медиации. У других уже есть опыт.

Продолжение читайте на стр. 4

РЕГУЛИРОВАТЬ КОНФЛИКТЫ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ ПРИЗВАНЫ ТРЕТЕЙСКИЕ СУДЬИ И МЕДИАТОРЫ

Окончание. Начало на стр. 3

В частности, созданный в Башкортостане третейский суд при Национальной медицинской палате стал первым среди субъектов ПФО и одним из первых в Российской Федерации. Его председатель **Ильнур Давлетов** поделился с участниками конференции пошаговым алгоритмом создания третейского суда при врачебной палате, который может быть использован регионами, только начинающими работу в этом направлении.

«Для начала, – подчеркнул он, – необходимо разработать правила на основе законов. В Башкортостане за основу основ было принято положение о третейском суде, прописан регламент, определен состав суда, прописаны положения о независимости судей и о конфиденциальности. Первоначальный этап разработки правил очень важен, так как определяет всю последующую схему работы».

Вторым шагом является определение судей. По опыту Башкирии, оптимальное количество – от 6 до 15 человек. Ильнур Давлетов считает, что список судей должен включать максимальный спектр специалистов, чтобы была возможность выбора для привлечения к участию в разборе того или иного дела наиболее подходящих кандидатур. В состав суда входят председатель суда, два его заместителя и арбитры, желательно имеющие опыт процессуальной деятельности. После того как подготовительные этапы готовы, в зависимости от устава врачебной палаты принимается решение (например, правлением или общим собранием) о создании третейского суда. О создании этого органа уведомляются арбитражный суд, суды общей юрисдикции.

Следующий важный момент, который, как отметил Ильнур Давлетов, вызывал много вопросов – определение порядка третейского соглашения (т.е. соглашения сторон о передаче спора на разрешение третейского суда). Существует два вида соглашения – альтернативное и безальтернативное. При первом варианте спор по соглашению сторон может решаться как в судах общей юрисдикции, так и в третейском суде, при втором – только в третейском. Однако внесение безальтернативной третейской оговорки в договор с пациентами сегодня может рассматриваться как ущемление прав потребителя, и это следует иметь в виду, прописывая такую оговорку в договорах с пациентами. После того как все процедуры улажены, о том, что существует возможность урегулирования конфликтов через третейский суд, необходимо информировать врачей и пациентов. И этот этап не так прост. Чтобы на информационных стендах в ЛПУ появилась информация о том, что существует медицинская палата, что при ней работает третейский суд, что туда можно обращаться в случае конфликтных ситуаций, представителям палаты Башкирии писали письма в различные инстанции, проводили постоянные встречи с региональными руководителями исполнительной власти, семинары для главных врачей, разъясняя им смысл третейского судопроизводства и процесса медиации. Безусловно, вся информация должна быть также размещена на сайте с понятным для пациентов алгоритмом действия.

Это был непростой путь, который оправдал себя – за последний год республиканской Палатой было рассмотрено 102 случая, которые удалось урегулировать, даже не доводя дела до третейского разбирательства, а с помощью медиативных соглашений. Не менее важно, чем умение решать конфликты – умение не допускать их. В этом аспекте интерес участников форума вызвал опыт республиканского ожогового центра в Уфе. Председатель профсоюзной организации этой больницы рассказала, что из профсоюзных взносов были выделены деньги на обучение 60 сотрудников (общий штат больницы – 1,5 тыс. человек) основам конфликтологии. Обучение проходили заведующие отделениями и выразившие желание обучаться врачи. Курс состоял из лекционных материалов и практических тренингов, и после его прохождения работниками больницы уровень конфликтов с пациентами в этом лечебном учреждении снизился.

Людмила Канунникова, председатель правовой комиссии **Новосибирской областной ассоциации** врачей, рассказала о том, какая модель оказания правовой помощи медицинским организациям и медицинским работникам существует в области. Помимо проведения семинаров по правовой грамотности для медицинских работников, публикации материалов правовой направленности на сайте ассоциации, на базе федерального института травматологии и ортопедии был организован **центр института медиации**. В этом центре в среднем 10 медиков в месяц проходят обучение медиации.

«После того, как наш отряд медиаторов пополнился, мы, в первую очередь, совместно с Минздравом подготовили информационное письмо для руководителей медицинских организаций. Познакомили их с основами медиации, чтобы эти основы применять в разрешении конфликтов, когда пациенты обращаются к главным врачам с той или иной жалобой. Было составлено дополнение к соглашению с Минздравом, теперь, если в министерство поступают обращения от граждан, которые не удовлетворены разбором споров на местах главными врачами, то Минздрав рекомендует гражданам обратиться за разрешением спора в ассоциацию врачей Новосибирской области. Мы обучили начальников отделов Минздрава, чтобы они были в теме медиации и обоснованно предлагали гражданам прийти к нам на прием. Наша правовая комиссия по разрешению споров два раза в неделю ведет прием граждан», – рассказала Людмила Канунникова.

Кроме того, было заключено соглашение с профессиональными командами медиаторов, которые на безвозмездной основе помогают ассоциации в урегулировании споров. Ассоциация и областной суд совместно отработали пилотный проект, и теперь три ведущих суда общей юрисдикции на территории Новосибирска на стадии рассмотрения искового заявления практикуют передачу рассмотрения дел, которые касаются охраны здоровья граждан, медиаторам, если на то есть воля обеих сторон – истца и ответчика. Уже на стадии пилотного проекта было рассмотрено 8 таких случаев, которые завершились заключением мирового соглашения.

Врачебная палата **Кабардино-Балкарской Республики** еще молода – создана в 2013 году. Но и у этого региона есть определенные наработки по теме конфликтов с пациентами.

Так, с 2014 года организовано бесплатное юридическое консультирование врачей при врачебной палате КБР. **Мурат Уметов**, руководитель Врачебной палаты Кабардино-Балкарской Республики, отметил, что сейчас урегулированию конфликтов во многом препятствует отсутствие навыков ведения переговоров. На сайте палаты изложен общий алгоритм ведения успешных переговоров с пациентом (представителем пациента). Например, среди рекомендаций есть такие: проговорить, обозначить проблему с позиции объективных критериев. Если речь идет о качестве лечения, необходимо выяснить, с чего начали, что было сделано, согласно протоколам, какие результаты должны быть достигнуты, какая статистика или результаты исследований есть на этот счет, а также обозначить недостижение ожидаемого пациентом результата и предложить альтернативы. Очень часто пациенты приходят с жалобами, не задумываясь над тем, чего же, собственно, они хотят, не сформулировав требований – это хорошая ситуация для медицинской организации, и ее нужно использовать: продумать альтернативные варианты решения проблемы пациента и предложить ему их для обдумывания.

При палате КБР будет создан центр досудебного урегулирования конфликтов. И первый шаг к этому – создание рабочей группы, которая проанализирует количество жалоб, возможность урегулировать их с помощью процедуры медиации, продумает маршрутизацию этих жалоб.

Есть опыт медиативного регулирования споров и в **Челябинской области**. В этом регионе функционирует Лига медиаторов, с которой в конце июля 2015 года было заключено со-

глашение о том, что в течение года она будет оказывать поддержку медицинской палате Челябинской области. Члены Лиги – сертифицированные медиаторы, окончившие вторую ступень обучения и имеющие право проводить тренинги. Их задача – научить врачей медиативным техникам, чтобы они снижали конфликтность уже на приеме. Сегодня в Челябинске при районном и арбитражном судах есть комнаты примирения, где ведут дежурство медиаторы. Такая же комната создана и при ассоциации, где также будут дежурить медиаторы. На сегодня палатой заключены соглашения с региональным Минздравом, Ассоциацией юристов России, идет плотная работа с ФОМС. На данный момент в досудебном порядке было рассмотрено около 10 случаев.

О том, что комнаты примирения эффективны, рассказала и представитель ассоциации медицинских работников **Липецкой области**. Она отметила, что сегодня в каждом суде Липецкой области есть комната примирения. И каждый судья на стадии собеседования обязательно направляет стороны к медиатору. Такая практика используется во многих странах – прежде чем приступить к судебному рассмотрению дела, стороны направляются на медиативное урегулирование. Поэтому, по мнению представителя ассоциации, скоро процедура медиации и такой способ решения конфликтов станут привычны для граждан. У самой ассоциации уже есть опыт медиативного решения спора. Когда члены палаты еще только проходили обучение, был приглашен профессиональный медиатор, и, как сказала представитель ассоциации, «удалось уговорить врача умерить гордыню, а пациента – снизить материальные претензии». В результате было заключено соглашение, и выплата по нему была в два раза меньше изначально требуемой компенсации по возмещению морального вреда.

Однако, как показывает практика, далеко не всегда главные врачи и организаторы здравоохранения понимают суть этого процесса. Об этом, в частности, рассказала **Лидия Бальзамова**, вице-президент **Самарской областной ассоциации** врачей.

«Организаторы здравоохранения говорят, что не видят, как механизм досудебного урегулирования спора поможет эффективно решать конфликты с пациентами. И надо преодолевать это непонимание. Должна быть весомой и роль пациентских организаций. Они активны в возбуждении судебных дел, а надо ориентировать пациентов на решение конфликтов до суда», – сказала она.

Больше года назад на кафедре организации здравоохранения и общественного здоровья Самарского медицинского университета были внесены изменения в программу – в курс медицинского права для организаторов здравоохранения введены лекции о досудебном решении конфликтов. Ведь очень важно выработать медиативный подход и в самой профессиональной среде. Был разработан цикл «Трудный пациент», который ведут Лидия Бальзамова и медицинский психолог. Также ассоциацией был запущен новый сервис – онлайн-консультирование по вопросам, связанным с правовой защитой членов профессионального сообщества. В рамках совета по защите прав пациентов при Минздраве удалось договориться о выделении эфирного времени на местном ТВ, где члены совета смогут не только отвечать на вопросы, но и давать информацию о возможности досудебного решения конфликта. Помимо всего, планируется проведение конференции о взаимодействии органов государственной власти, пациентов и профессиональных организаций, которая также должна помочь им найти точки соприкосновения.

Кстати, как показал семинар, нередко скептицизму и главных врачей, и самих пациентов, например, в отношении включения третейской и медиативной оговорки в договоры, препятствует незнание некоторых аспектов этих процедур. В частности, было высказано мнение, что решения третейского суда не являются основанием для перечисления денег пациенту (например, по возмещению морального вреда), и такая выплата осуществляется только

по исполнительному листу суда общей юрисдикции. Наталья Аксенова разъяснила участникам конференции, что решение третейского суда является окончательным и не подлежит обжалованию. И если оно не исполняется, то с решением третейского суда можно прийти в арбитражный суд и получить исполнительный лист, по которому выплата обязана быть произведена.

Был отмечен и опыт **оренбургских медиков**, которые тесно сотрудничают с Общероссийским народным фронтом, куда поступает немало жалоб от граждан. Также медиками Оренбурга было заключено соглашение с коллегией адвокатов, и с их помощью уже рассмотрено в судах 3 уголовных дела, по которым врачи были оправданы. С организацией работает и команда психологов, которая выезжает в лечебные учреждения и проводит там тренинги с врачами.

Опыт **Омска** говорит о том, что сотрудничество коммерческих организаций и медиков, трудящихся в государственной сфере, – не утопия. **Людмила Бессонова**, руководитель юридической службы Омской региональной ассоциации врачей, рассказала, что в Омске с 1993 года действует коммерческая организация «Центр медицинского права», и пациенты привыкли обращаться туда для защиты своих интересов. В состав этой организации входят представители Ассоциации медицинских юристов РФ, которые организовали общественную приемную при Росздравнадзоре. Омские медики заключили с этой приемной соглашение о взаимодействии и совместно работают с жалобами пациентов. Кроме того, недавно было арендовано помещение, где три раза в неделю юрист ассоциации будет оказывать бесплатную консультативную юридическую помощь врачам и пациентам.

В **Перми** работа по урегулированию конфликтов с пациентами имеет пока разрозненные формы. В профессиональном медицинском сообществе Пермского края запущена работа этического комитета. Население края было оповещено, что любой пациент может обратиться в эту комиссию, если есть какие-то претензии к медицинским работникам. Кроме того, была налажена работа с общественными организациями, защищающими права пациента. Уже состоялось одно заседание, на котором присутствовали представители этих организаций. Эту работу планируется продолжать и дальше. Налажено взаимодействие с региональным Минздравом: если пациент обращается с жалобой и не удовлетворен объяснением, которое дает министерство по его вопросу, то урегулирование спора также поручается медицинскому сообществу Пермского края.

Было также решено включать лекции по конфликтологии и тренинговые семинары в образовательные программы медицинских вузов. Сейчас планируется создание центра урегулирования споров, куда войдут представители ассоциации медиаторов Пермского края, с которыми есть договоренность о сотрудничестве.

Многие из региональных участников совсем недавно начали создавать суды и центры по урегулированию споров при региональных палатах. Но у них уже есть программа действий. В частности, в Рязанской области третейский суд был создан буквально за две недели до конференции. И сейчас ассоциация работает над включением в договоры с пациентами третейской и медиативной оговорки.

В **Воронеже** только приступают к созданию третейского суда и на первом этапе планируют создать реестр судебных разбирательств в регионе по медицинским делам за последние годы, реестр врачей, имеющих юридическое образование, реестр экспертов ассоциации для последующего создания института независимой медицинской экспертизы.

Практически все участники отметили важность соглашения с Минздравом, фондом ОМС, пациентскими организациями, Росздравнадзором, без которых существование эффективной системы досудебного урегулирования споров невозможно.

НОВОСТИ РЕГИОНОВ

ДОКУМЕНТАЛЬНЫЙ СЕРИАЛ «РОДДОМ», СНЯТЫЙ ПО ИНИЦИАТИВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ПОЛУЧИЛ ПРЕМИЮ ОТ РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

В конце сентября состоялась торжественная церемония награждения лауреатов второй Всероссийской премии «Первые лица», учрежденной Российской ассоциацией специалистов перинатальной медицины и некоммерческим партнерством «Общество по развитию медицины и здравоохранения». Всего в конкурсе приняли участие 64 претендента из 36 городов России.

Церемония награждения состоялась в рамках X Конгресса Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины и собрала весь цвет отечественной медицины. Первым приветствовал гостей президент ассоциации, академик РАН, председатель экспертного совета премии «Первые лица» Николай Володин: «Хочу отметить накал конкурентной борьбы, которая развернулась среди соискателей. Все работы, представленные к конкурсному отбору, имеют очень высокий профессиональный уровень. Особенно ценно, что инновационные технологии создаются и реализуются не только в федеральных и столичных клиниках, но и по всей стране. Около 80% лауреатов премии – представители региональных лечебно-профилактических учреждений».

«То, что в перинатальной медицине появилась собственная профессиональная премия, является большим стимулом для развития врачей различных специальностей, принимающих участие в оказании помощи новорожденным и матерям. Их ответственная работа и достижения должны обязательно получить признание и известность», – подчеркнула директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ Елена Байбарина.

Лауреаты были определены в четырех номинациях: «Образовательный проект года» (две подноминации), «Открытие года» (две подноминации), «Технология года» (пять подноминаций) и «Персона года».

Одним из победителей в номинации «Образовательный проект года» стал совместный проект Медицинской палаты Свердловской области и студии «Медиа Продакшн» – документальный сериал «Роддом», который был снят в стенах роддома Городского перинатального центра (ДГБ № 10). Авторам сериала удалось показать ежедневную работу акушеро-гинекологов «изнутри», со всеми ее радостями и трудностями, с проблемами недоношенных детей, от которых в роддоме отказываются родители, и многими другими. Все вместе это стало эффективным шагом в процессе улучшения коммуникации между врачами, пациентками роддомов и их семьями, что и было высоко оценено учредителями премии «Первые лица».

МЕДИЦИНСКУЮ ОБЩЕСТВЕННОСТЬ СФО СВЯЗАЛА ВИДЕОКОНФЕРЕНЦИЯ

30 сентября состоялась видеоконференция представителей медицинских ассоциаций и палат, входящих в Медицинскую палату Сибирского федерального округа. В ней приняли участие коллеги из Омска, Хакасии, Тывы и Алтайского края, Республики Алтай, Красноярка и Бурятии. Инициатором проведения видеоконференции выступил заместитель председателя комитета по охране здоровья ГД ФС РФ, президент Медицинской палаты СФО, председатель Новосибирской областной ассоциации врачей Сергей Дорофеев.

Он проинформировал коллег о том, какая работа проводится в комитете по охране здоровья, в Национальной медицинской палате. Особо остановился на необходимости ведения реестров членов территориальных профессиональных организаций. Кроме того, участники видеоконференции обсудили перспективы введения процедуры аккредитации врачей

с 1 января 2016 года. В ближайшее время в Государственную Думу будет внесен законопроект, который определит порядок ее проведения. Предполагается, что аккредитация будет вводиться поэтапно и проходить на базе медицинских вузов при самом непосредственном участии профессиональных медицинских организаций.

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА И АДМИНИСТРАЦИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПОДПИСАЛИ СОГЛАШЕНИЕ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА «НЕЗАВИСИМАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ» НА ТЕРРИТОРИИ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

В середине лета и. о. губернатора Смоленской области Алексей Островский провел рабочую встречу с президентом Национальной медицинской палаты (НМП) Леонидом Рощалем, в рамках которой стороны обсудили состояние здравоохранения в регионе и подписали соглашение между Национальной медицинской палатой и областной администрацией по реализации пилотного проекта «Независимая медицинская экспертиза в сфере здравоохранения России» на территории Смоленской области. Заключение соглашения стало важным этапом на пути становления независимой экспертизы на территории области.

«Мне нравится ваше отношение к здравоохранению: вы – не в стороне, вы – в сути всего происходящего, вы поддерживаете профессиональные движения. Ваша региональная Медицинская палата работает очень активно и является одной из лучших в России. Многие начинания в нашей стране сегодня связаны со Смоленской областью. Мы подписываем соглашение с вами первыми. Ведь главное – чтобы население и врачи в итоге были довольны», – отметил Леонид Рощаль.

В свою очередь, Алексей Островский подчеркнул, что в регионе выстроено эффективное взаимодействие областной власти и общественных организаций по вопросам здравоохранения.

«В вопросах здравоохранения все должно быть прозрачно, должно быть полное доверие. То, что вы предлагаете нам совместно делать, конечно, не могло не найти у меня поддержки. Потому что я, как руководитель региона, заинтересован в благополучии жителей области с точки зрения оказания медицинской помощи. В этом же заинтересовано и профессиональное медицинское общество», – сказал Алексей Островский.

Соглашение подразумевает конкретные шаги, которые будут предприниматься сторонами. В частности, администрация Смоленской области взяла на себя обязательства по созданию межведомственной рабочей группы по реализации проекта. На администрации также лежат функции контроля за развитием проекта – регулярный мониторинг, в том числе и соответствие действий и мероприятий календарному плану, который разрабатывается и утверждается по согласованию с НМП.

Со своей стороны, Нацмедпалата берет на себя организационно-методическое руководство работой. Безусловно, как организация, которая объединяет профессионалов в медицине, именно НМП отвечает за отбор врачей-экспертов для реализации проекта, а также берет на себя обязательства по обучению специалистов по проведению независимой медицинской экспертизы. Именно профессиональным медицинским сообществом разрабатываются документы, которые регламентируют порядок работы независимой медицинской экспертной комиссии в соответствии с требованиями областного и федерального законодательства, и утверждаются критерии для включения специалистов в реестр независимых медицинских экспертов. **Уполномоченным представителем НП «НМП» на территории региона является Смоленская региональная общественная организация «Врачебная палата».**

НЕ ПУТАТЬ МЕДИАЦИЮ И МЕДИТАЦИЮ!

Новосибирская областная ассоциация врачей с 2013 года развивает досудебное урегулирование конфликтов с пациентами. Сделано уже немало. На базе Новосибирского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии периодически проводятся выездные циклы Института медиации и права по подготовке медицинских работников. И в самом центре ежемесячно в среднем около 10 медиков проходят обучение по медиации. В трех судах общей юрисдикции завершилась работа пилотного проекта по применению в судах при рассмотрении гражданских дел в сфере здравоохранения процедуры медиации. Суды на стадии рассмотрения искового заявления практикуют передачу рассмотрения дел, которые касаются охраны здоровья граждан, медиаторам, если на то есть воля обеих сторон – истца и ответчика. Уже на стадии пилотного проекта было рассмотрено 8 таких случаев, которые завершились заключением мирового соглашения. Всего в Новосибирской области обучены и практикуют 24 медиатора, в т.ч. 6 медиаторов работают по спорам в системе здравоохранения. Кроме того, совместно с Минздравом было подготовлено информационное письмо для руководителей медицинских организаций, где им разъяснены не только нормы, заложенные в ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)», но и даны рекомендации по применению основ медиации при рассмотрении обращений граждан в ЦРБ.

На тему развития института медиации мы беседуем с Людмилой Канунниковой, председателем правовой комиссии Новосибирской областной ассоциации, заведующей кафедрой медицинского права НГМУ.

– На ваш взгляд, как движется развитие практики медиации в здравоохранении?

– К сожалению, продвижение процедуры медиации в практическом здравоохранении пока идет достаточно тяжело. Надо достучаться до каждого руководителя медицинской организации. Многие из них вообще не в курсе, что это такое, и до сих пор путают медиацию и медитацию. Причем, необязательно, чтобы в качестве посредника при переговорах выступали именно профессиональные медиаторы. У медиации, как у направления, есть основы, которые необходимо в первую очередь знать руководителю медицинской организации, его заместителям, и можно внутри каждого ЛПУ решать все эти конфликты в досудебном порядке, применяя знание основ медиации. Это могло бы стать первым этапом в развитии этого института в практическом здравоохранении.

– А есть ли позитивные сдвиги?

– Да, конечно, есть. На кафедре права, где я преподаю, главные врачи целого ряда медицинских учреждений прошли обучение, в ходе которого их познакомили не только с законом о медиации, но и с практическими приемами в этой области. Главными врачами ЦРБ НСО за 2015 год разрешены 18 конфликтных ситуаций с пациентами на досудебном этапе, при разборе споров применялись рекомендуемые основы процедуры медиации. При этом большинство жалоб, с которыми пришлось работать главным врачам, касались нарушения прав пациентов: у кого-то не взяли информированное согласие, где-то не оформили правильно отказ в той или иной медицинской процедуре, у какого-то пациента без его согласия диагноз был сообщен родственникам. Был даже случай не вполне «медицинский» – глубоко религиозный человек попросил предоставить ему помещение для совершения религиозного обряда, в чем ему было отказано. Главным врачам удалось решить все эти ситуации, и ни одна не дошла до суда, хотя изначально люди приходили на беседу, на-

строенные очень решительно, заявляя: чтобы нам ни сказали, мы все равно намерены обратиться в суд. В итоге по этим жалобам не было подано ни одного судебного иска.

Сегодня жалобы нарастают, как снежный ком. Но когда пациент приходит с жалобой к главному врачу, и тот в беседе с ним применяет основы медиации, то пациент сразу расслабляется, он видит, что его готовы выслушать, отнестись к его проблеме с пониманием. Совсем по-другому строится беседа, когда пациенту разъясняют положения о равноправии сторон, о конфиденциальности при рассмотрении его жалобы.

– Но в чем же причина того, что институт медиации для решения конфликтов в здравоохранении, который уже давно и хорошо развит за границей, только начинает свое становление в России?

– На мой взгляд, не хватает активного пиара в этом направлении, им только недавно начали заниматься профессиональные организации медиков. Не хватает заинтересованности простых врачей. Пока простой врач не станет субъектом права, его ничего не будет интересовать в этом вопросе. Он знает, что по гражданским искам ответчиком выступает медицинская организация, и все сумасшедшие миллионные иски – головная боль руководителей этих организаций. Личная заинтересованность в досудебном урегулировании спора появится тогда, когда будет персональная ответственность.

Но дело с развитием медиации в медицине продвигается медленно не только потому, что нет заинтересованности простых врачей. Медиативная оговорка, в том числе и в Новосибирской области, включается в договоры с пациентами при оказании возмездных (платных) медицинских услуг, а тот договор, который заключается со страховыми компаниями, работающими в системе ОМС, – это типовой договор, и страховщики отказываются включать медиативную оговорку.

Есть и еще один факт, препятствующий активному развитию этого способа досудебного урегулирования конфликтов. Профессиональные медиаторы, которые сегодня работают в том числе и по вопросам здравоохранения, готовы зарабатывать деньги, но пациенту хочется, чтобы его жалоба была рассмотрена без всяких затрат. И поэтому многие предпочитают сразу обращаться с исковыми заявлениями в суд.

Я считаю, что эта процедура должна оставаться абсолютно бесплатной, поскольку медиаторы работают при врачебных ассоциациях, а сегодня доверие между врачами и пациентами подорвано. Бытует мнение, что, конечно, во врачебной общественной организации будут «выгораживать» своего, потребуется время, чтобы завоевать доверие людей.

– А важна ли поддержка органов власти?

– Несомненно. Далеко не все граждане еще знают о такой возможности, да и инертность населения играет немаловажную роль. В частности, Новосибирская областная ассоциация врачей подписала с Минздравом дополнение к соглашению, чтобы при обращении граждан, которые не удовлетворены разбором по их обращениям к главным врачам ранее, Минздрав предлагал им рассмотреть данный конфликт с помощью профессиональных медиаторов. Но с начала 2015 года, со времени подписания этого документа, таких обращений пока не поступало. На мой взгляд, активный пиар, образовательная деятельность, выездные семинары и, главное, наличие лидера в этой сфере среди медицинских общественных организаций рано или поздно помогут широко внедрить процедуру медиации в практическое здравоохранение.

ВРАЧ ПОД ЗАЩИТОЙ

ЗАЩИТА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В самом конце лета по инициативе Координационного совета профессиональных медицинских объединений Уральского федерального округа в Екатеринбурге впервые состоялось заседание по проблеме защиты врачей при оказании скорой и первичной медицинской помощи и развитию общества взаимного страхования. В работе совета приняли участие главные специалисты по скорой медицинской помощи городов УрФО.

Главные вопросы, которые обсуждались на заседании – защита работников скорой медицинской помощи от противоправных действий, проблема защиты врачей при оказании первичной медицинской помощи, а также меры, которые должны быть приняты в данном направлении со стороны государства.

Председатель Некоммерческого партнерства «Медицинская палата Свердловской области» Феликс Иосифович Бадаев отметил, что проблема защиты медицинских работников при исполнении ими профессиональных обязанностей сегодня является одной из важнейших в работе всего здравоохранения, и ее решение – это ближайшая задача, которую ставит перед собой Медицинская палата.

Главный врач Станции скорой помощи Екатеринбурга Игорь Борисович Пушкарев рассказал о том, с какими проблемами сегодня сталкивается его служба.

«Ежедневно в городе на линию выходят 100 бригад скорой помощи. Это 480-500 сотрудников, и я прекрасно понимаю, что каждый день они рискуют жизнью и здоровьем», – сказал Игорь Борисович.

43% бригад на «скорой» Екатеринбурга – это чисто женские бригады. За них и за сотрудников так называемых «однофельдшерских» бригад, в которых на выполнение неотложных вызовов в дневное время выезжает только один фельдшер, больше всего беспокоит руководство станции.

«Мы много раз обсуждали так называемые физические методы защиты, в том числе – оснащение бригад газовыми баллонами, другими средствами самозащиты. Но вооружать наших женщин этим я лично поостерегусь, потому что все эти средства могут быть использованы против них же разбушевавшимися пациентами», – продолжил Игорь Борисович.

«Основная претензия населения к нам – это длительное ожидание бригады на вызове, – отметил Пушкарев. – Но в Екатеринбурге все экстренные вызовы, когда существует реальная угроза жизни пациента, выполняются в течение 20 минут. 15% от всего количества вызовов, поступающих в скорую помощь, приходится на вызовы в общественные места и на улицу.

По статистике ССМП, только в единичных случаях здесь идет речь об оказании экстренной помощи тем, кому действительно стало плохо. Большая же часть – это вызовы на улицу к «бомжам» и людям, находящимся в состоянии алкогольного опьянения. Еще одна проблема – вызовы на места массовых драк, разбоев и хулиганских выходок граждан. «Скорая помощь» в 60% случаев приезжает в эти места раньше сотрудников полиции и оказывается беззащитной перед агрессивной толпой».

«С начала 2014 года после всех противоправных действий против бригад мы отправляем сотрудников в травмпункт, – добавил Игорь Пушкарев. – Раньше этого не было, а сотрудники не всегда сами обращались и не фиксировали свои травмы. У нас, медиков, ведь такой менталитет – мы призваны помогать пациентам, спасать их. Поэтому было так, что врачи после нападений сразу возвращались на смену».

В 2015 году уже зафиксировано 36 эпизодов противоправных действий против сотрудников СМП.

В прошлом году их было 56, в 2013-м – 37. Нередки случаи, когда сотрудники «скорой» сами попадают на больничную койку после вызовов. Но вот заявлений, которые медики подали в органы полиции (а там заявления приняли и должным образом оформили), в этом году пока всего 7. Для сравнения: в 2014-м, по крайней мере, на бумаге, были зафиксированы 49 нападений из 56, в 2013-м – 31 из 37.

«Наши сотрудники боятся заявлять в полицию, потому что после этого им начинают угрожать бывшие пациенты или их родственники, – рассказал главный врач СМП Екатеринбурга. – Но и даже после всех заявлений в полицию мы получаем следующие ответы: отказ в возбуждении дела, отсутствие состава преступления или отсутствие материального ущерба. Однако наши данные говорят совсем о другом.

Только на восстановление автотранспорта после противоправных действий скорая помощь Екатеринбурга в 2014 году истратила 574 тысячи рублей.

317 тысяч ушло на покупку и ремонт медицинского оборудования, которое пациенты очень любят бить кулаками или даже выбрасывать в окна. Отдельная статья расходов скорой помощи – это восстановление тех самых оранжевых ящиков, в которых медики носят медикаменты. Эти ящики – любимая цель для ног пациентов и их друзей. Итог –



140 тысяч рублей за 2014 год на новые ящики и их разбитое содержимое. В 2015-м эта цифра, скорее всего, будет еще больше».

Какой выход видят на «скорой»? Методы физической защиты – скорее всего, нет. Потому что сотрудники сами могут пострадать в том случае, если баллончик или что-то еще попадет в руки к пациенту. Тревожными кнопками сейчас оборудованы все машины скорой помощи. Но кнопки эти находятся в машинах, а на вызове в квартире врачи остаются с пациентами один на один.

Страхование медиков (но тогда – еще и всех третьих лиц, находящихся в машине, в том числе – пациентов) могло бы решить экономическую сторону обсуждаемой проблемы, но не искоренит ее причину.

Поэтому собравшиеся врачи скорой помощи УрФО пришли к выводу, что на сложившуюся ситуацию могут повлиять законодательные меры. Это приравнивание медицинских работников к сотрудникам спецслужб во время выполнения ими своих служебных обязанностей или даже введение дополнительной статьи в Уголовный кодекс РФ за угрозу жизни и здоровью медиков. Все понимают, что путь этот довольно сложный и не быстрый, но, тем не менее, по окончании Совета присутствовавшими на нем врачами «скорой» была принята резолюция Координационного совета профессиональных медицинских объединений Уральского

федерального округа от 27 августа 2015 года. Резолюция направлена в адрес Национальной медицинской палаты, Министерства здравоохранения России и в Государственную Думу Российской Федерации.

ЭКСПЕРТЫ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ ЗАЩИЩАЮТ ВРАЧА-ПЕДИАТРА СУЗДАЛЬСКОЙ ЦРБ

В сентябре эксперты Национальной медицинской палаты подготовили заключение по итогам рассмотрения материалов судебно-медицинской экспертизы по делу бывшей заведующей педиатрическим отделением Суздальской ЦРБ Татьяны Быстровой, которая обвиняется в причинении смерти по неосторожности годовалой Ксюше Никитиной.

Напомним, что трагическая история случилась в декабре 2013 года, когда в отделении реанимации и интенсивной терапии Суздальской ЦРБ скончалась 13-месячная девочка. Согласно заключению экспертов судебно-медицинской экспертизы, причиной смерти ребенка стала прогрессирующая асфиксия, обусловленная механической закупоркой правого бронха семечкой, а врач-педиатр, якобы, вовремя не смогла поставить точный диагноз и спасти ребенка. По версии следствия, мама привезла девочку в клинику утром 30 декабря 2013 года по направлению участкового врача. При поступлении она сообщила обвиняемой – заведующей педиатрическим отделением, что накануне дочка вдохнула семеч-

функции) требует обязательного перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Ребенок был переведен в реанимацию, однако в больнице находился один заведующий отделением анестезиологии и реанимации, который в этот момент был занят в операционной. Другого анестезиолога в больнице не было. По мнению экспертов НМП, отсутствие в ЦРБ замещающего анестезиолога-реаниматолога, по сути, явилось причиной смерти ребенка. Эксперты НМП склоняются к тому, что решающий фактор в смерти ребенка – это отсутствие требуемого в соответствии с приказом МЗ РФ № 909н интенсивного наблюдения за ребенком в отделении реанимации и интенсивной терапии анестезиологом-реаниматологом.

Алексей Старченко, сопредседатель Комитета по независимой экспертизе качества медицинской помощи, констатирует: «Наличие, как таковой, семечки в правом бронхе само по себе не могло причинить смерти ребенку, т.к. в полном объеме функционировало второе левое легкое, причем, в условиях ингаляции кислорода. Смерть при наличии инородного тела в правом бронхе при проходимости левого бронха и вентилировании левого легкого возможна только при условии, что возникшая рефлекторная (раздражение семечкой веточек блуждающего нерва) остановка дыхания будет вовремя не диагностирована, а замещающая искусственная вентиляция не будет вовремя налажена. Семечка в правом бронхе привела к возникновению рефлекторного состояния апноэ – остановке дыхания».

Почему же в данном случае обвиняют педиатра в том, что не была вовремя оказана специализированная анестезиолого-реанимационная помощь? В обвинительном заключении указано, что обвиняемая врач-педиатр проводила телефонную консультацию с анестезиологом-реаниматологом Владимирской областной больницы (ГБУЗ ВО «ОДКБ»), и вновь, якобы, не был поставлен правильный диагноз и не были приняты экстренные меры. Хотя именно педиатр вызвала и детского реаниматолога из областной больницы, и реанимобиль, который, кстати, не смог приехать, находясь на другом вызове.

Таким образом, проанализировав заключение СМЭ, эксперты НМП пришли к выводу, что в действиях педиатра по отношению к смерти ребенка отсутствуют признаки вины в форме небрежности (неосторожности). Для экспертов Палаты очевидно, что обвиняемая не могла предвидеть возможности смерти ребенка от рефлекторного апноэ. Также врач-педиатр не могла ускорить приезд реанимобиля, который находился на другом вызове.

Кроме того, по мнению экспертов НМП, отсутствие в составе комиссии СМЭ экспертов-врачей по специальностям педиатрия, анестезиология и реаниматология, детская хирургия, эндоскопия делает необоснованными и незаконными выводы по вопросу, направленным на выяснение правильной установки диагноза, правильного лечения, причины смерти. В результате состав комиссии, проводившей экспертизу, не позволил сделать объективные выводы об условиях, приведших к летальному исходу, что стало основанием для предъявления обвинения врачу-педиатру.

Эксперты НМП заключили, что данное дело, скорее, должно являться предметом гражданского иска родителей к медицинским организациям области по солидарному и справедливому возмещению морального и материального вреда, полученного пострадавшими родителями при оказании их ребенку медицинской помощи.

ВАШ ПЕРСОНАЛЬНЫЙ ЮРИСТ

«КАРТА ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ПРОТИВ «ВКУСОВЩИНЫ» И СУБЪЕКТИВИЗМА В ЭКСПЕРТИЗЕ

Профессиональная деятельность медицинских работников характеризуется повышенным риском. В первую очередь, это риски ненадлежащего качества оказания медицинской помощи, неблагоприятного исхода для пациента. И практикующим врачам, и руководителям лечебных организаций при оказании медицинской помощи крайне важно знать и понимать, что может стать причиной претензий к их работе со стороны проверяющих органов. Что такое дефект медицинской помощи, как он оценивается, как устанавливается причинно-следственная связь между дефектом медицинской помощи и ее результатом, как правильно вести медицинскую документацию? На эти вопросы ответил ведущий онлайн-семинара «Дефекты оказания медицинской помощи», который состоялся на сайте Национальной медицинской палаты, Алексей Старченко, сопредседатель Комитета по медицинской экспертизе Национальной медицинской палаты.

На мероприятии была представлена «Карта дефектов медицинской помощи» – документ, который разработан в качестве пособия для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи.

Неизбежный факт при оказании медицинской помощи, от которого нельзя отмахнуться – дефекты оказания медицинской помощи. Они были, есть и будут. Так, если обратиться к международной статистике, то в таких странах как США, Австралия, Новая Зеландия, Великобритания, Канада, Франция, Испания, Нидерланды, Швеция количество дефектов при оказании медицинской помощи составляет приблизительно 10-12%.

По данным Британского национального агентства по безопасности пациентов, в прошлом году в результате ошибок, допущенных врачами, пострадали 526 тыс. пациентов Великобритании. В 2159 случаях некомпетентность или небрежность медицинских работников стали причиной гибели больных. Наиболее распространенными видами врачебных ошибок стали неверно выписанные рецепты, небрежно проведенные операции, неверные диагнозы и неправильное заполнение карты больного. По данным Национального комитета здравоохранения Финляндии, население которой составляет 5,4 млн человек, ежегодно до 1700 пациентов погибают в результате ошибок врачей. По статистике Нидерландов, дефекты медицинской помощи привели к летальному исходу в 6,2% случаев.

В России, кроме как в системе ОМС, практически не ведется статистика дефектов. Однако если ориентироваться на заявления специалистов в области здравоохранения, то, например, по словам академика Александра Чучалина, из-за неправильного или несвоевременного диагноза в России умирают 12% больных пневмонией. Из-за плохой организации врачебного контроля за артериальной гипертензией Россия лидирует среди развитых стран по числу инсультов. Из-за недостатка знаний врачи первичного звена выявляют только 30% пациентов, нуждающихся в высокотехнологичной медпомощи.

«Каждые 40 минут в российские суды направляется прокурорский иск о защите прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь», – с таким заявлением в апреле 2014 года выступил генеральный прокурор России Юрий Чайка. К судебной защите

прав на охрану здоровья регулярно прибегают и сами граждане. В отношении лиц, признанных виновными в неказании (ненадлежащем оказании) медицинской помощи, каждый год в среднем постановляется около 100 обвинительных приговоров. Таким образом, проблема дефектов оказания медицинской помощи актуальна для всех стран. Замалчивание приводит к тому, что количество и причины дефектов множатся. Для того, чтобы их искоренять, уменьшать их количество, выяснять причины и не допускать этих причин, конечно, нужно знать об этих дефектах.

Этому и служит «Карта дефектов медицинской помощи», которая была разработана как пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи.

Основные части «Карты дефектов медицинской помощи» включают в себя следующие основные позиции: законодательство Российской Федерации о качестве медицинской помощи, дефекты медицинской помощи в соответствии с международной классификацией болезней, вопросы экспертизы медицинской помощи для разрешения в процессе экспертной деятельности и алгоритм анализа медицинской документации, дефекты оформления первичной медицинской документации патологоанатомической службы, дефекты и критерии ненадлежащего качества медицинской помощи, устанавливаемые по порядкам оказания медицинской помощи и пр.

В отечественном законодательстве отсутствует определение дефекта медицинской помощи, что значительно затрудняет понимание данной проблемы. Поэтому основной закон, к которому приходится корреспондироваться при определении дефекта медицинской помощи – закон «О защите прав потребителей». Юрисдикция данного закона распространяется на платные медицинские услуги, на услуги, оказанные по программе добровольного медицинского страхования, а также в системе ОМС. В законе указано общее понятие дефекта или недостатка услуги и, исходя из этого определения, авторы «Карты дефектов медицинской помощи» предложили определение дефекта медицинской помощи, а также установили критерии оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности.

К дефектам медицинской помощи относятся: несоответствие медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством о здравоохранении и обязательном медицинском страховании; несоответствие требованиям или условиям договора; нарушение стандартов и порядков оказания медицинской помощи; нарушение обычая делового оборота в сфере здравоохранения (в т.ч. клинические протоколы и рекомендации); нарушение требований безопасности медицинской услуги; несоответствие медицинской помощи (услуги) целям, для которых она оказывается, нарушение прав пациентов; неоптимальный выбор технологии оказания медицинских услуг (неправильная диагностика, затрудняющая стабилизацию заболевания; создание условий повышения риска для возникновения нового патологического процесса; нерациональное использование ресурсов медицинского учреждения); нарушение правил оформления медицинской документации. Каждый из этих пунктов требует внимательного изучения.

Например, порядок оказания медицинской помощи. Алексей Старченко подчеркнул: «В законе четко указано, что порядки ока-

зания медицинской помощи обязательны для исполнения, и никаких произвольных толкований со стороны медицинских работников быть не может. Медработник, оказывающий медицинскую помощь по определенному профилю (например, анестезиолог-реаниматолог или акушер-гинеколог), должен четко знать позиции порядка оказания медицинской помощи. В порядках указаны некоторые временные интервалы, в которые должен быть обследован пациент, должны быть проведены определенные лабораторные и инструментальные исследования, причем, в хронологическом порядке. Но врач должен понимать, что эти позиции адресованы не только ему, но и организаторам здравоохранения, которые обязаны тоже обеспечить соблюдение этих временных интервалов, т.е. обеспечить лечащему врачу работу лабораторных и инструментальных служб».

Национальной медицинской палате достаточно часто приходилось сталкиваться со случаями, когда обвинение ложилось на конкретных врачей. При этом, при глубоком анализе обвинительных заключений, приговоров, вынесенных в отношении медицинских работников, становилось понятно, что обвиняемые медики были поставлены в определенные условия организаторами здравоохранения, которые избегали ответственности и, более того, свидетельствовали против врачей.

«В рамках Национальной медицинской палаты боремся с этим трендом. Но и врачам необходимо досконально знать порядок оказания медпомощи и понимать, что условия для его выполнения должны быть предоставлены организаторами здравоохранения», – подчеркнул Алексей Старченко.

Он также призвал медицинских работников не пренебрегать стандартами. Как часто любят повторять медики, «мы не лечим по стандартам». Но на сегодняшний день существует некая иерархия документов. Порядок оказания медпомощи – это наиболее общий документ, где указывается, какой врач лечит, этапы оказания помощи, набор оснащения и оборудования, который должен быть в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по данному профилю.

Далее – клинические рекомендации или клинические протоколы, которые, в соответствии с законодательством, принимаются ассоциацией медицинских работников. «Это конкретный документ. Но если лечащий врач придет к главному врачу с клиническим протоколом, где, например, указано, какие лекарства принимать и в каком алгоритме, то главный врач может ответить: «Клинический протокол придумала твоя ассоциация, вот с них и требуй нужное, а у меня нет денег на закупку необходимого по протоколу лекарств». Так вот, в этом случае именно «стандарт оказания медицинской помощи», как нормативный документ, утвержденный министром здравоохранения, обязателен главному врачу закупить лекарства, чтобы лечить пациентов, принять на работу специалистов, способных оказать услуги, закупить реактивы для лабораторной и рентгеновской службы и т.д. Сегодня именно так нужно относиться к проблеме. Иначе мы с вами, лечащие врачи, окажемся в тупике», – пояснил Алексей Старченко.

Кроме того, заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных. Стандарт оказания медицинской помощи – это документ для проверки вво-

зывают рекомендательным документом, в нормативном документе, который посвящен экспертизе качества медицинской помощи в системе ОМС, указан такой пункт как выполнение или невыполнение различных медицинских вмешательств в соответствии со стандартом. А значит, стандарт обязателен для исполнения. И Национальная медицинская палата ориентирует врачей на то, чтобы проанализировать стандарты по своей специальности и определить собственный алгоритм – как действовать осмысленно, оптимально в конкретной ситуации и потом мотивированно доказать любому оппоненту целесообразность и необходимость именно такой тактики.

Далее, ситуация, при которой может быть определен дефект медицинской помощи – нарушение требования безопасности медицинской услуги. На сегодняшний день это очень актуальная проблема. Есть постановление Правительства, которое требует заниматься вопросами государственного контроля безопасности медицинской деятельности. Этим занимается Росздравнадзор. Кроме того, существует 238 статья УК «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности». Сегодня эта статья набирает ход в отношении медработников, при этом сам факт оказания медицинской услуги, не отвечающей требованиям безопасности, является преступлением, даже если не было ущерба жизни и здоровью пациента.

Поэтому, чтобы избежать этого дефекта, надо четко представлять себе критерии оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности. Сегодня нет федерального определения безопасности медицинской помощи, и в этом случае возможно ориентироваться на 309-ю статью ГК, которая гласит, что при отсутствии определения, подкрепленного нормативным актом или законом, действует обычай делового оборота или обычно предъявляемые требования. На основе обычно предъявляемых требований в здравоохранении авторы «Карты дефектов медицинской помощи» предложили определение безопасности медицинской помощи, которое может использоваться на практике в медицинской деятельности и в экспертизе медицинской деятельности, в том числе и судебной. В первую очередь это – отсутствие необоснованного риска при допущении обоснованного риска медицинского вмешательства, соответствующего номенклатуре медицинских услуг, выполняемого с диагностической или лечебной целью по показаниям в соответствии с имеющимся заболеванием, с учетом противопоказаний к вмешательству, в специально предусмотренном, нормируемом и приспособленном помещении специалистом, имеющим допуск к выполнению вмешательства на основании имеющихся у него документов об образовании и сертификата специалиста.

Национальной медицинской палате нередко приходилось рассматривать случаи, которые рассматривались судом, в том числе и уголовным, когда безопасность медицинской услуги нарушалась. Например, были предъявлены обвинения к врачам, и было выяснено, что ряд медицинских вмешательств, например, по прерыванию беременности, выполняется в так называемых абортариях, т.е. в перевязочных или иных помещениях, которые не отвечают предъявляемым требованиям.

Продолжение читайте на стр. 8

«КАРТА ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ПРОТИВ «ВКУСОВЩИНЫ» И СУБЪЕКТИВИЗМА В ЭКСПЕРТИЗЕ

Окончание. Начало на стр. 7

Прерывание беременности – это хирургическая операция, следовательно, она должна проводиться в определенных помещениях – только в малой или в большой операционных. В операционной должен быть определенный ассортимент оснащения, медицинского оборудования, в том числе, по оживлению пациента и так далее. Бывают случаи, когда организатор здравоохранения не обеспечил должного оснащения, а медицинский работник не обратил на это внимания, пошел на оперативное вмешательство. Возникло осложнение, которое он не смог лечить из-за отсутствия своевременного необходимого оборудования или оснащения. Естественно, возник ущерб жизни и здоровью пациента, и в данном случае претензии будут предъявлены медицинскому работнику.

«Практические врачи должны понимать, что сегодня невыполнение ими требований порядков оказания медицинской помощи в оснащении и в оборудовании для них чревато, в том числе – и уголовным судопроизводством. Поэтому нельзя пренебрегать требованиями безопасности хирургического вмешательства», – подчеркнул Алексей Старченко.

Также необоснованным риском считается применение конкретного метода диагностики и лечения вне медицинских показаний к нему или при наличии противопоказаний. Например, предоперационный осмотр у анестезиолога выполняется для того, чтобы выявить параметры состояния здоровья, сопутствующие заболевания, противопоказания к определенным методам анестезии и показания к определенному методу анестезии.

«Необходимо все это внести в медицинскую документацию, и ни в коем случае не выполнять противопоказанных медицинских вмешательств. Потому что в суде будет очень сложно доказать какие-то особенности состояния здоровья, которые заставили врача выполнить противопоказанные медицинские вмешательства, – заметил Алексей Старченко. – Однако бывают случаи, когда цель рискованного вмешательства не может быть достигнута без риска другими вариантами вмешательства. Конечно, надо понимать, что вначале рассматривается применение самой безопасной методики лечения. И только если она неприменима, или цель не может быть достигнута более безопасным вмешательством, применяется более опасное для жизни и здоровья пациента вмешательство. Но если больной может выжить без медицинского вмешательства, и все с ним будет хорошо – не нужно предпринимать никаких рискованных вмешательств».

Дефектом медицинской помощи считается и нарушение прав пациентов. Например, у пациента есть право на обезболивание или на облегчение боли. Если врачебная манипуляция проводится в условиях болевого синдрома, то это право пациента может быть нарушено, и такая медицинская помощь не может быть признанной помощью надлежащего качества.

Неоптимальный выбор технологии – это также дефект медпомощи. Он относится непосредственно к закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где указано, что качество медицинской помощи представляет собой совокупность характеристик, определяющих, в том числе, своевременность оказания медицинской помощи и правильность выбора методов диагностики и лечения. Если из-за неправильной диагностики или непра-



вильного выбора методов лечения были затруднения стабилизации существующего у пациента состояния, если был неправильно подобран перечень мероприятий в лечении, то возможно развитие нового заболевания, что тоже будет расценено как дефект оказания медицинской помощи.

«Никто не отменял определение качества медицинской помощи ВОЗ, включающее понятие «неоптимальное расходование или нерациональное расходование ресурсов медицинского учреждения». Поэтому если в лечении больного были нерационально использованы какие-то медицинские ресурсы – кадровые, материальные – это дефект. Например, вместо антибиотикотерапии, которая могла привести к излечению больного в течение двух суток, больному назначали менее чувствительный антибактериальный препарат – это будет нерациональное использование ресурсов, помимо всех других возможных характеристик», – пояснил Алексей Старченко еще одну составляющую в определении дефектов.

Еще один важный пункт – несоответствие медицинской помощи целям, для которых данная медицинская помощь оказывается. Например, пациент формулирует цель, которой он хочет добиться при хирургическом вмешательстве. Врач с помощью медицинских знаний дает ответ – сможет он выполнить данную задачу или нет. Если цель может быть достигнута, то заключается договор, и хирург берет на себя обязанность сделать именно так, как хочет пациент.

И в данном случае, как и во многих других, от оформления медицинской документации, которая отражает качество медицинской помощи, зависит очень многое. Именно из медицинской документации сам пациент, другие врачи, которые оказывают медицинскую помощь по преемственности, или судебно-медицинские эксперты, патологоанатомы, следователи, прокуроры и суд делают выводы о качестве медицинской помощи. Поэтому дефект медицинской помощи включает и нарушение правил оформления медицинской документации. Если она будет оформлена из рук вон плохо, то медицинский работник никому ничего не сможет доказать.

«Если мы раньше пользовались такой расхожей фразой, что история болезни пишется для прокурора, то сегодня я могу вам ее перефразировать совершенно четко, исходя из опыта работы, в том числе – и экспертной работы в Национальной медицинской палате. Медицинская документация пишется для адвоката медицинского работника, для того, чтобы ему было что сказать в защиту на судебном процессе. Поэтому правильное оформление медицинской документации – это на сегодняшний день один из основных столпов надлежащего качества медицинской помощи», – отметил Алексей Старченко.

На семинаре был рассмотрен круг вопросов, которые подлежат разрешению в процессе экспертизы качества медицинской помощи. Первый – своевременно ли была оказана медицинская помощь? Второй вопрос – правильно ли выбраны медицинские технологии? Наконец, какова степень достижения запланированного результата? При этом существует еще ряд вопросов, которые тоже должны быть рассмотрены экспертом, если оценивается медицинская помощь, оказанная в системе ОМС. Есть ли несоответствия после оказанной помощи с состоянием здоровья пациента? Соответствует ли оказанная помощь договору на оплату медицинской помощи по ОМС? Соответствует ли оказанная помощь стандартам медицинской помощи? И соответствует ли медицинская помощь официальным порядкам ее оказания?

Следующий круг вопросов – имеет ли место нарушение нормативных актов при оказании медицинской помощи? А также то, были ли выявлены особые условия, при которых сформировался тот или иной дефект. Это очень важные пункты, поскольку они переводят медицинский язык на юридический. И медицинский работник (или медицинская организация) признается невиновным, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требуется по характеру обязательств и условий, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств. Главный вопрос, который для себя решают судьи, прокуроры и следователи – это заботливость и осмотрительность.

В карте дефектов также представлены те дефекты, которые выявляются в соответствии с законодательством Российской Федерации. Есть ряд статей, устанавливающих определенные требования. Например, в законе четко написано, что необходимо добровольное информированное согласие пациента на основании предоставленной медицинским работником полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с этим рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, а также предполагаемых результатах оказания медицинских услуг и помощи.

«Информированное согласие дается в письменной форме, но при этом законодатель забыл об очень важной позиции: при отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. Но как разъяснить, в законе не сказано. Врач должен перечислить последствия такого отказа. Если эти последствия не будут перечислены письменно, врачу будет очень трудно доказать, что он не предупредил пациента. Если пациент отказывается от медицинского вмешательства, тем более, срочного, направленного на продление жизни и здоровья пациента,

то надо четко понимать, что эта ситуация грозит судебными издержками, судебными рассмотрениями, и необходимо в истории болезни через запятую перечислить все негативные последствия отказа от медицинского вмешательства. В этом случае пациент не может свидетельствовать в суде, что он не был предупрежден об отрицательных последствиях», – пояснил Алексей Старченко.

К сожалению, экспертам Нацмедпалаты приходилось рассматривать рекомендации при выписке пациентов, где ничего не сказано о возможных последствиях, которые возникают не сразу, т.е. отсроченных.

«Пациент не может разобраться, думает, что это закономерное течение его заболевания, на самом деле – это осложнение. И если пациент не обратится вовремя за консультацией, то при неблагоприятных для него последствиях это будет расценено как дефект медицинской помощи. Очень часто в суде медицинские работники оправдывают возникновение неблагоприятных последствий своего лечения у пациента тем, что это особенности организма самого пациента. При этом ни в предоперационном эпикризе перед медицинским вмешательством, ни в истории болезни этих особенностей никто не выявлял. Получается, что эти особенности выявились после того, как возникло само неблагоприятное последствие. Добровольное информированное согласие – это и есть повод задуматься о тех особенностях пациента, которые могут привести к негативным последствиям медицинского вмешательства», – отметил Алексей Старченко.

Очень важна позиция порядка назначения и выписывания медицинских изделий и лекарственных препаратов. Существует приказ Министерства здравоохранения от 2012 года, который четко указывает, что любое назначение медицинского изделия или выбор этого медицинского изделия – не функция пациента. Врачи должны формулировать некий перечень изделий, которые обладают определенными свойствами. Эксперты рекомендуют обращать внимание на государственный реестр лекарственных средств, где регистрируются все инструкции по применению лекарственных средств и указаны все противопоказания. Категорически нельзя назначать противопоказанные лекарственные средства. В тех случаях, когда лекарственная терапия должна быть согласована с клиническим фармакологом, это необходимо сделать.

«Карта дефектов медицинской помощи» требует внимательного изучения, – подчеркнул Алексей Старченко. – Мы понимаем, что деятельность медицинского работника – сложная и авторитетная работа. И халатно проводить экспертизу нельзя, поэтому мы разрабатывали карту дефектов с тем, чтобы предусмотреть различные ситуации, и чтобы врачи, которые оказывают медицинскую помощь, и врачи, которые занимаются экспертизой, говорили на одном языке. Цель этого документа – чтобы было как можно меньше «кустарщины» в экспертизе. Чтобы дефекты, выявленные ранее, были описаны с тем, чтобы знать причины этих дефектов, искоренять их, и с тем, чтобы экспертиза была как можно более обоснованной и объективной».

Более подробно познакомиться с «Картой дефектов медицинской помощи» можно на сайте Национальной медицинской палаты <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=20496>.