



Законодательные инициативы Палаты

Стр. 3



Профессионалы оценят качество обучения медицинских работников

Стр. 4



Вопросы трудового права для медицинских работников

Стр. 8



## РЕШЕНИЯ ТРЕТЬЕГО СЪЕЗДА НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ ПОДДЕРЖАНЫ РУКОВОДСТВОМ СТРАНЫ

**«Разработать конкретный план реализации решений Третьего съезда Национальной медицинской палаты», – такое поручение дал Президент России Владимир Путин председателю Правительства РФ и председателю Государственной Думы Федерального собрания РФ на состоявшейся в июле встрече с Леонидом Рошалем, президентом крупнейшего профессионального объединения медицинских работников – Национальной медицинской палаты.**

Съезд НП «Национальная медицинская палата» прошел в апреле 2014 года и объединил более 1200 представителей меди-

цинского сообщества из 82 регионов страны. В мероприятии также приняла участие министр здравоохранения Российской Фе-

дерации Вероника Скворцова. За время работы съезда НМП медицинские работники из всех регионов страны обсудили важней-

шие вопросы: развитие системы персонализированного непрерывного образования медработников, системы взаимного страхования ответственности при осуществлении медицинской деятельности, системы досудебного разбирательства и работы модели Третейского суда, особенности нормирования труда в системе здравоохранения, проблемы молодых и сельских врачей, а также возможные подходы к саморегулированию профессиональной деятельности. С докладами выступили вице-президент НП «Национальная медицинская палата», директор Московского НИИ пульмонологии, академик РАМН А.Г. Чучалин, вице-президент НП «Национальная медицинская палата», директор Научного центра здоровья детей РАМН, академик РАМН А.А. Баранов, вице-президент НП «Национальная медицинская палата», заместитель председателя Комитета ГД ФС РФ, вице-президент Общероссийской общественной организации малого и среднего предпринимательства «Опора России» Н.В. Ушакова, президент Всероссийского научного общества кардиологов Е.В. Шляхто, председатель правления Российского общества по организации здравоохранения и общественного здоровья В.И. Стародубов, исполнительный директор «Ассоциации медицинских обществ по качеству» Г.Э. Улумбекова, профессор кафедры управления рисками и страхования МГИМО К.Е. Турбина, председатель Координационного совета Национальной медицинской палаты Уральского федерального округа Е.В. Чесноков, председатель Координационного совета НМП Центрального федерального округа Н.Л. Аксенова и другие.

## НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТОЙ РАЗРАБОТАН ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ САМОРЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Вопросы дальнейшего развития модели саморегулирования профессиональной деятельности стали основной темой заседания Президиума Национальной медицинской палаты, которое состоялось в сентябре.**

В мероприятии также приняли участие первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян, помощник министра здравоохранения РФ Ирина Андреева, представитель «Общества врачей России» Эрик Праздников и вице-президент Российского союза промышленников и предпринимателей (РСПП) Виктор Плещачевский.

В ходе заседания Игорь Каграманян особо подчеркнул необходимость повышения качества медицинской помощи и квалификации: «Это стержневые моменты саморегулирования. Профессиональное медицинское сообщество несет ответственность

за своих членов, за качество их деятельности. Ключевое для нас – это качество медицинской помощи, как для министерства (органа государственного управления), так и для НМП – профессионального сообщества. В зависимости от того, насколько профессионально, комплексно и системно мы работаем, нам будет даваться оценка: государством, пациентским сообществом и нашими коллегами».

Президент НМП Леонид Рошаль отметил высокую роль профессионального сообщества в повышении качества управления отраслью и упомянул опыт многих стран мира, где министерство здравоохранения не

занимается профессиональными вопросами напрямую, а ответственность за качество работы врачей лежит на профессиональных сообществах.

Процесс становления институтов саморегулирования – сложный и длительный. Как подчеркнул Игорь Каграманян, сначала необходимо пройти этап государственно-общественного управления отраслью – с тем, чтобы в дальнейшем отдельные функции государства могли бы быть переданы профессиональному медицинскому сообществу.

Именно на развитие модели общественно-государственного управления отраслью и направлено сейчас взаимодействие Национальной медицинской палаты и Минздрава России. В этом году принято беспрецедентное для отрасли решение – привлечь профессиональное сообщество к аудиту

выпускаемых Минздравом России нормативно-правовых актов. Леонид Рошаль считает, что это – основа для развития общественно-государственного управления отраслью. «Если нам Минздрав доверяет, то это значит, что когда мы ставим свою подпись под выпускаемыми документами, то несем ответственность за решения, которые относятся к профессиональной деятельности», – акцентировал он.

Как отметил Игорь Каграманян, работа созданного между НМП и Минздравом России Координационного совета – первый пилотный проект по саморегулированию в масштабах всей страны. В настоящий момент в рамках Координационного совета реализуются различные направления деятельности – от вопросов медицинского образования до работы над кадровой политикой.

Продолжение читайте на стр. 2

**СЪЕЗД ПРЕДЛОЖИЛ:****ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО СОБРАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ:**

1. Провести анализ практики правоприменения законов РФ, регулирующих профессиональную деятельность работников здравоохранения.
2. Ускорить работу по законодательному обеспечению вопросов саморегулирования в здравоохранении.
3. Исполнить протокольное поручение Государственной Думы от 01.11.11 в части внесения изменений в ФЗ «О защите прав потребителей» и уточнения особенности понятия «медицинская услуга».

**ПРАВИТЕЛЬСТВУ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ:**

1. Принять меры по обеспечению государственного финансирования здравоохранения в объеме не менее 5% валового внутреннего продукта.
2. Решить вопрос о «социальном пакете» медицинских работников и разработать социальный стандарт медицинского работника.
3. Разработать предложения по внесению необходимых изменений в действующее законодательство, обеспечив защиту медицинских работников от противоправных действий и дискредитации профессии врача.
4. Рассмотреть вопрос об оптимизации функционирования в системе ОМС страховых медицинских организаций.
5. При разработке профессиональных стандартов медицинских работников предусмотреть мотивацию к постоянному повышению квалификации.
6. Установить базовую ставку заработной платы медицинских работников на уровне, составляющем не менее 70% заработной платы медицинского работника.
7. Принять меры по установлению заработной платы врачей (без учета совместительства) на уровне, в два раза превышающем среднюю заработную плату всех работающих в субъекте РФ.
8. Предложить субъектам РФ при решении кадровых вопросов, касающихся здравоохранения, учитывать мнение профессионального сообщества.
9. Восстановить распределение выпускников медицинских учебных заведений, обучавшихся за счет средств бюджета РФ, обеспечивая им современные условия для работы и проживания.
10. При реализации мер поддержки врачей, прибывших работать в сельскую местность, исключить возрастные ограничения, а также дополнить эти меры внесением соответствующих изменений в пенсионное законодательство в части введения повышающих коэффициентов при исчислении пенсии медицинских работников в зависимости от стажа работы на селе.
11. Расширить перечень поселений в сельской местности, участвующих в программе «Земский доктор», включив в него городские поселения с небольшой численностью жителей.

**МИНИСТЕРСТВУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ:**

1. Ускорить разработку предложений по мерам социально-экономической мотивации граждан к ведению здорового образа жизни.
2. Провести анализ применения нормативных правовых актов, регулирующих профессиональную деятельность медицинских работников.
3. Организовать работу по приведению норм нагрузки на медицинских работников в соответствие с современными технологиями оказания медицинской помощи и необходимостью ведения учетно-отчетной документации.
4. Ускорить работу по внесению изменений, предложенных специалистами Национальной медицинской палаты, в приказы Министерства здравоохранения РФ, которые регулируют деятельность службы скорой медицинской помощи, проведение диспансеризации отдельных групп граждан, предварительные и периодические медицинские осмотры работников, занятых во вредных и опасных условиях труда.
5. Принять меры по снижению объема учетной и отчетной документации в здравоохранении и устранению ее дублирования.
6. Начать работу по приведению тарифов в системе ОМС в соответствие с реальными затратами медицинских организаций на оказание медицинской помощи по территориальным программам ОМС.
7. Внести в Правила ОМС поправку, предусматривающую возможность третейских оговорок в договорах на оказание и оплату медицинской помощи.
8. Предусмотреть в учебных планах при обучении в интернатуре и ординатуре дополнительные часы для изучения вопросов временной нетрудоспособности, правил обеспечения необходимыми лекарственными средствами в амбулаторных условиях.
9. Включить в номенклатуру должностей медицинских работников должность «врач-стажер».

**НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЕ СОВМЕСТНО С МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ:**

1. Совершенствовать работу Координационного совета по взаимодействию Минздрава России и Национальной медицинской палаты.
2. Определить перечень полномочий, которые могут быть переданы Национальной медицинской палате при переходе к саморегулированию.
3. Совместно с Профсоюзом работников здравоохранения Российской Федерации разработать план мероприятий по повышению престижа медицинской профессии, социального статуса, социальной защиты медицинских работников.
4. Активизировать работу по внедрению непрерывного профессионального последипломного образования медицинских работников.
5. Разработать предложения по формированию института наставничества для выпускников медицинских учебных заведений, интернов и ординаторов, а также молодых специалистов.
6. Организовать взаимодействие НМП с экспертными советами Минздрава России по медицинским специальностям, экспертным советом по вопросам использования информационно-коммуникационных технологий в системе здравоохранения.

В настоящее время НП «Национальная медицинская палата» совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации прорабатывают совместный план реализации решений съезда.

## НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТОЙ РАЗРАБОТАН ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ САМОРЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Окончание. Начало на стр. 1**

Вице-президент НП «Национальная медицинская палата» **Сергей Дорюфеев** в своем выступлении обратил внимание на то, что в настоящее время сформированы предпосылки для структурирования профессионального медицинского сообщества. Так, в большинстве регионов созданы территориальные организации, входящие в состав Национальной медицинской палаты, а профессиональные общественные организации заинтересованы в ее развитии. Вместе с тем, существует ряд вопросов, которые требуют обсуждения и поиска оптимальных решений. К примеру, ключевым является вопрос: как будет реализован допуск к осуществлению профессиональной деятельности, каким будет механизм участия профессионального сообщества в этой процедуре?

Сергей Дорюфеев отметил: «Здесь возможно несколько вариантов. Первый – это когда профессиональное сообщество, как в Германии, осуществляет допуск врача. Однако в виду отсутствия нормативной базы для России этот вариант неприемлем. Второй вариант – когда профессиональное сообщество рекомендует врачей для допуска к профессии профильным органам. И третий вариант – оставить все как есть». В контексте такой постановки вопроса он предложил рассмотреть возможность возврата к 323-й статье ФЗ «Об основах здоровья граждан РФ», определяющей полномочия общественных организаций проводить проверочные испытания для выдачи сертификатов медицинским работникам.

В свою очередь **Игорь Каграманян** напомнил, что многие из профессиональных общественных организаций уже участвуют в аттестационных комиссиях. «Аттестационная комиссия – это формализующий процесс. Но если главный хирург или главный невролог, возглавляющий соответствующее профессиональное объединение региона, не даст рекомендации специалисту на высшую квалификацию, то комиссия этого кандидата рассматривать не будет», – подчеркнул он.

**Игорь Каграманян** также обратил внимание на содержательные аспекты допуска к профессии и высокую роль профессионального сообщества в процессе перехода с 2016 года к профессиональной аккредитации в плане разработки ее критериев: «Участие в допуске профессионального сообщества – это возможность обеспечить реальные механизмы контроля, повысить ответственность каждого специалиста. Сейчас главные специалисты разрабатывают клинические рекомендации. Их уже более 500. В рамках клинических рекомендаций профессиональным сообществам предстоит разработать критерии оценки качества медицинской помощи. Они должны будут корреспондироваться с критериями профессиональной аккредитации».

**Виктор Плескачевский** считает, что первым шагом в развитии института саморегулирования должна стать процессуальная ответственность врача, отделенная от ответственности лечебного учреждения: «Все отвечают за качество медицины, но в итоге лечебное учреждение и врач должны стоять отдельно».

Не менее важным элементом в конструкции саморегулирования должны стать институты страхования профессиональной ответственности, а также досудебного/внесудебного урегулирования конфликтов, связанных с качеством оказания медицинской помощи.

Такие наработки уже есть в Национальной медицинской палате. Так, на территории Тюменской области реализуется пилотный проект по внедрению института взаимного страхования профессиональной ответственности. А при Врачебной палате Смоленской области существует система досудебного урегулирования конфликтов, создан Третейский суд. За 5 лет рассмотрено более 700 жалоб по поводу некачественного оказания медицинской помощи. Только в двух случаях пришлось прибегнуть к третейскому разбирательству, остальные были рассмотрены и урегулированы во внесудебном порядке.

На заседании президиума было объявлено о том, что в настоящее время готовится пилотный проект по внедрению саморегулирования профессиональной деятельности. Сейчас он проходит процесс обсуждения. Кроме того, разработаны концепция саморегулирования профессиональной деятельности и модель ее реализации, с которыми можно ознакомиться и высказать замечания на сайте НМП.

Участники заседания поддержали необходимость внедрения системы саморегулирования профессиональной деятельности, разработки законодательных основ саморегулирования и подготовку к проведению пилотных проектов.

Также на заседании были приняты следующие решения:

1. Утвердить план реализации решений 3-го съезда НП «Национальная медицинская палата».
2. Утвердить задачи территориальных профессиональных объединений.
3. Закрепить за профессиональными медицинскими объединениями участие в разработке федеральных клинических рекомендаций (протоколов), утвердить усовершенствованную форму методических рекомендаций по разработке, порядку согласования и утверждения федеральных клинических рекомендаций (протоколов).
4. Утвердить Совет по профессиональным квалификациям в здравоохранении, входящий в состав Национального совета по профессиональным квалификациям при Президенте РФ.
5. Утвердить положение об общественной аккредитации образовательных организаций и профессионально-общественной аккредитации программ среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального образования (программ профессионального образования) в сфере здравоохранения в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2012 г., а также состав членов Центрального экспертного совета.
6. Рекомендовать к тиражированию опыт работы Третейского суда при Смоленской региональной общественной организации «Врачебная палата».

## ТЕРРИТОРИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ: ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

## НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА ВНЕСЛА ИЗМЕНЕНИЯ В ПРОЕКТ ПРИКАЗА МИНЗДРАВА РОССИИ, РЕГУЛИРУЮЩЕГО ПОРЯДОК ПРОХОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

**Национальная медицинская палата внесла ряд замечаний в проект приказа Минздрава России «О внесении изменений в порядок прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения в период обучения в них, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 декабря 2012 г. №1346н».**

Приказ №1346н, регулирующий порядок прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров при поступлении в образовательные учреждения, вступил в силу еще в декабре 2012 года. Его практическое применение принесло ряд сложностей: это трудоемкость, дублирование исследований и консультаций врачей, проблемы со сроками проведения медицинских осмотров. Именно поэтому Минздрав России решил упростить порядок, предложив внести в него поправки. К согласованию их содержания была привлечена Национальная медицинская палата. В результате из 29 предложений экспертов Палаты Минздрав принял 12 дополнительных поправок в проект приказа.

**Владимир Семенов**, руководитель аппарата НМП, отмечает, что цель поправок Палаты сводилась к еще большему упрощению процедур проведения медицинских осмотров и к облегчению работы врачей, участвующих в проведении детской диспансеризации.

Так, были сокращены осмотры 6-летних детей. «Согласно приказу, ребенка и в шесть, и в семь лет осматривают практически одни и те же специалисты: педиатр, офтальмолог, ЛОР, невролог и т.д. Минздрав согласился с нашим замечанием. В результате оставили полный осмотр в расширенном объеме только для детей семи лет, а для детей шести лет оставили лишь осмотр педиатра», – говорит Семенов.

Еще одна поправка Национальной медицинской палаты, которую принял Минздрав, связана с увеличением сроков прохождения медицинских осмотров. Порой сегодняшние реалии работы медицинских организаций не позволяют пациентам пройти всех врачей за такой срок, который указан в приказе. Практикующие врачи отмечают: «За 10 дней в условиях ЦРБ невозможно пройти всех специалистов. Дети проживают в сельской местности, доехать до специалиста непросто. А многие привлеченные специали-

сты могут приезжать для проведения осмотров всего один раз в месяц».

Поэтому в приказ внесена поправка Национальной медицинской палаты: «Общая продолжительность первого этапа профилактического осмотра должна составлять не более 20 рабочих дней» (а не 10 дней, как ранее, что соответствует предложению Палаты проводить осмотры в течение одного календарного месяца).

В соответствии с предложениями Палаты был также расширен перечень специалистов, которые привлекаются медицинской организацией к проведению медицинского осмотра в случае отсутствия узких специалистов. Так, если в медицинской организации отсутствует детский хирург, к проведению профилактического осмотра привлекается врач-хирург, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей хирургических заболеваний у детей. При этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ по «хирургии». То же самое касается и детского хирурга, который в случае отсутствия травматолога-ортопеда может принимать участие в обследовании ребенка.

Еще один важный вопрос, затронутый практикующими врачами – заполнение форм в соответствии с приказом. «Заполнение таких форм – это огромная, совершенно не нужная работа, которая отвлекает педиатра от его основной деятельности», – считают практикующие врачи.

Владимир Семенов также подчеркивает: «Содержание этих форм примерно одинаковое, но они предназначены для применения в различных организациях. Одна форма – для поликлиники, другая – для школы, третья – для Росздравнадзора и т.д.». В результате консультаций с Минздравом было принято решение о том, что специалисты Национальной медицинской палаты разработают унифицированную форму для прохождения ребенком медицинских обследований. Эта форма будет предоставляться во все организации, определенные приказом №1346н.

**В настоящее время проект приказа «О внесении изменений в порядок прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения в период обучения в них, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 декабря 2012 г. №1346н» проходит повторную экспертизу в правовом управлении Минздрава РФ.** Совместная работа Минздрава России и Национальной медицинской палаты в сфере нормативных актов ведется в соответствии с подписанным ранее соглашением о взаимодействии. Эксперты Палаты проводят аудит нормативных актов с целью внесения в них содержательных корректировок до момента их подписания министром.

## В ПРИКАЗ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЙ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, БУДУТ ВНЕСЕНЫ ИЗМЕНЕНИЯ

**Для общественного обсуждения будут представлены консолидированные поправки представителей Минздрава России и Национальной медицинской палаты к приказу, регламентирующему порядок оказания скорой медицинской помощи.**

Приказ №388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» вступил в действие с января 2014 года. Однако, по мнению представителей медицинского сообщества, он требовал доработок и переноса сроков начала действия. Сейчас Минздрав России разработал ряд поправок, представители Палаты их оценили и подготовили свои замечания. Недавно было проведено совещание по обсуждению изменений в приказ. По его итогам профильные департаменты Минздрава России определяют формулировки предложенных поправок и возможность их внесения в приказ. В ближайшее время итоговый проект изменений будет доступен для последующего широкого общественного обсуждения.

Как отмечает **Алексей Бойков**, председатель правления НП «Ассоциация руководителей скорой медицинской помощи» (г. Санкт-Петербург), идеология поправок Национальной медицинской палаты сводится к тому, чтобы дать больше полномочий в реализации порядка оказания скорой медицинской помощи субъектам РФ. «У нас большая страна, с различиями в организации системы здравоохранения в каждом регионе. Порядок должен задать направления, общую карту движения, а уже конкретику в его реализации все же нужно оставить за регионами», – отмечает Бойков.

**Работая над поправками, НМП постаралась выявить наиболее острые проблемы, возникающие в связи с реализацией приказа на местах, и предложить решения.**

Один из примеров – пункт приказа, который регламентирует виды специализированных бригад скорой помощи. «В некоторых регионах существуют специализированные бригады кардиологического и неврологического профиля, и пункт, где говорится о консультативных бригадах, является основополагающим для их сохранения в регионе», – отмечает Бойков. Поэтому суть поправки НМП заключается в уходе от жесткой регламентации видов бригад. «Специализированные выездные бригады скорой медицинской помощи подразделяются на бригады анестезиологии-реанимации, психиатрические и другие узкопрофильные бригады по решению органов управления здравоохранения субъектов РФ», – такую редакцию пункта 5 приложения № 2 «Правила организации деятельности выездной бригады скорой медицинской помощи» предлагает НМП. Комплектовать узкопрофильные бригады предлагается по решению органов управления здравоохранения субъектов РФ. Кроме того, представители Национальной медицинской палаты предлагают оставить за субъектами РФ право формировать нормативы работы общепрофильных выездных бригад скорой медицинской помощи, исходя из территории обслуживания и количества обслуживаемого населения.

Еще один вопрос – комплектация бригад скорой помощи оборудованием. «Замена оборудования в соответствии с новыми «Порядками...» – принципиальный вопрос, который обсуждался на последнем совещании в Минздраве. Его участники согласились с тем, что из требований необходи-

мо убрать избыточное оборудование и по многим вопросам предоставить решение о комплектации бригад СМП оборудованием регионам – в зависимости от их особенностей: демографических, эпидемиологических и т.п.», – отмечает Алексей Бойков.

Одним из проблемных аспектов приказа остаются **критерии, которые регламентируют поводы для вызова скорой помощи.** Именно их юридическая неопределенность может поставить под удар руководителей служб скорой помощи различных уровней. «Формулировки этого пункта взяты из ФЗ №323 «Об основе здоровья граждан РФ», а в рамках самого приказа внести изменения юридически невозможно. Потому остается два варианта: либо менять закон, а это достаточно сложная процедура, либо разрабатывать методические рекомендации, каким образом расценивать повод к вызову скорой помощи», – говорит Алексей Бойков. Разработчики поправок к проекту приказа, в частности, предложили вовсе исключить пункт, регламентирующий поводы для вызова скорой медицинской помощи в неотложной форме. Однако исключение данного пункта повлечет за собой увеличение вызовов в неотложной форме для бригад, оказывающих медицинскую помощь в экстренной форме. Таким образом, при недостатке выездных бригад СМП, обязательно появятся задержки в направлении на вызовы в экстренной форме, считают в НМП. Эксперты Палаты полагают, что это один из сложнейших пунктов приказа, и следующим шагом работы над ним должна стать проработка методических рекомендаций, на которые смогут опираться регионы.

В числе поправок Национальной медицинской палаты также усиление роли приемных отделений стационаров. **Леонид Рошаль** отмечает: «Приказ подразумевает,

что при больницах, обслуживающих определенное количество населения, должны быть организованы отдельные отделения скорой медицинской помощи. Однако в подавляющем большинстве больниц, построенных по старым проектным решениям, организовать отдельное отделение не представляется возможным в связи с финансовыми и кадровыми ограничениями. Если где-то можно реконструировать приемные покои или организовать такие отделения в новых медицинских организациях, это, конечно, надо делать. Но это не должно быть обязательным требованием для всех больниц. Есть хороший опыт работы приемных отделений в НИИ им. Склифосовского. При приемном покое отдельно организованы кардиологическое, токсикологическое, травматологическое, реанимационное отделения. Пациенту моментально оказывают помощь – без осмотра врача общей практики, без «таскания» по разным этажам для диагностики. В НИИ неотложной детской хирургии и травматологии при приемном покое также организована система палат интенсивной терапии, которые относятся к отделению «анестезиологии и реанимации», оборудована противошоковая палата. Скорая помощь сразу доставляет пациента с тяжелой сочетанной травмой в такое отделение, где его встречают травматолог, нейрохирург и другие специалисты, которые оперативно решают все вопросы на месте. Подчеркну, что все реанимационные мероприятия в полном объеме осуществляются в противошоковой палате приемного отделения – в таком же объеме, как если бы стали пациента поднимать из приемного покоя на другой этаж в реанимационное отделение. Именно такая система была ранее в большинстве больниц. Необходимо, чтобы такая практика также получила развитие и в дальнейшем».

Окончание на стр. 4

## В ПРИКАЗ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЙ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, БУДУТ ВНЕСЕНЫ ИЗМЕНЕНИЯ

Окончание. Начало на стр. 3

Еще одно неоднозначное положение приказа – декларированные должности «фельдшер-водитель». Эксперты Палаты, в частности, отмечают, что пока такой должности не существует. «Фельдшер-водитель должен иметь среднее медицинское образование по специальности «фельдшер» плюс стаж работы водителем не менее 3 лет (не водительские права (!), а запись в трудовой книжке). Непонятно также, как его тарифицировать, то есть, какая у него должна быть зарплата, должен ли он раньше выходить на пенсию (у фельдшеров «скорой помощи» – льготные условия выхода на пенсию). Этого никто не знает. Можно сколько угодно теоретизировать и говорить о пользе такого совмещения должностей и функциональных обязанностей, но мы пока к этому не готовы – ни тарификацией, ни технологией, ни менталитетом, ни восприятием», – убежден Алексей Бойков.

Важной является поправка Палаты, которая более четко разграничивает ответственность между медицинскими работниками «скорой помощи» и приемных отделений стационаров. «Ответственность за состояние пациента, находящегося в приемном отделении (стационарном отделении скорой медицинской помощи), возлагается на медицинских работников приемного отделения (стационарного отделения скорой медицинской помощи) медицинской организации», – так предлагают указать в приказе эксперты Палаты.

Поправки разработчиков и представителей НМП затрагивают и различные технические особенности, например, способ вызова скорой помощи при помощи SMS-сообщений. Очевидно, что для такого сервиса для пациентов необходима соответствующая инфраструктура, программы вызова, которые на сегодняшний день отсутствуют. Разработчики поправок предлагают внести обоснованную корректировку в пункт 9: после слова «SMS» добавить уточнение – «для лиц с ограниченными возможностями здоровья при наличии технической возможности».

Алексей Бойков отмечает: «Достигнуто понимание между специалистами МЗ и НМП, а это очень важно. Мы перешли к конструктивному диалогу, стали слышать друг друга. Надеемся, что уже в этом месяце консолидированный документ с нашими поправками будет издан для последующего общественного обсуждения. А от этого точно выиграют и пациенты, и сотрудники скорой медицинской помощи».

# ПРОФЕССИОНАЛЫ ОЦЕНЯТ КАЧЕСТВО ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

**Национальная медицинская палата заявила о начале проведения общественной аккредитации образовательных организаций и профессионально-общественной аккредитации программ среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального образования (программ профессионального обучения) в сфере здравоохранения в рамках заключенного ранее соглашения о взаимодействии между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Национальной медицинской палатой. Соответствующее уведомление было направлено в Министерство образования и науки РФ и Министерство здравоохранения РФ.**

**Зачем, помимо государственной, нужна общественная аккредитация, и что нового она принесет в сферу здравоохранения?**

Сегодня в системе управления страной разрабатываются модели перехода от **государственно-административной к государственно-общественной** системе управления, и привлечение общественных организаций к аккредитации образовательных учреждений является логичным развитием этого процесса. Любая аккредитация в образовании – это оценка качества программ. Помимо привычной государственной аккредитации, новым Федеральным законом №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» введены понятия профессионально-общественной и общественной аккредитации.

«По сути, это признание профессионалами востребованности этих программ и образовательных учреждений, – говорит **Юрий Ушанов**, заместитель председателя Центрального экспертного совета по профессионально-общественной аккредитации образовательных программ и общественной аккредитации образовательных организаций в сфере здравоохранения НП «Национальная медицинская палата». – И для работодателей, и для органов власти это еще одно основание для выводов о том, какие именно образовательные программы и образовательные учреждения успешны и востребованы в нашей области».

По его словам, аккредитация профессиональными сообществами образовательных программ не является дублированием государственной. Ведь, например, государство может разрабатывать образовательные программы, но специалисты, обученные по этим программам, не будут востребованы профессиональным сообществом. В данном же случае само профессиональное сообщество медицинских работников участвует в разработке программ и отвечает за их качество и актуальность. «Еще одно принципиальное отличие общественно-профессиональной аккредитации от государственной: сегодня, как никогда, требуется особый подход к формированию критериев и требований к профессиональному уровню медиков. Жизнь динамична, медицина развивается быстрыми темпами. Экспертный совет при НМП, который будет заниматься профессионально-общественной аккредитацией, более мобилен, чем государственные структуры, более гибок. Эксперты готовы постоянно вносить обновления в программы, и, как следствие, они будут больше соответствовать современным запросам в сфере здравоохранения», – подчеркнул **Юрий Ушанов**.

Почему именно Национальная медицинская палата взяла на себя миссию по аккредитации в сфере здравоохранения? «НМП – самая крупная в России общественная организация медиков, – объясняет **Юрий Ушанов**. – В рамках государственно-общественного партнерства предполагается, что именно медицинское сообщество будет заниматься аккредитацией врачей – то есть, фактически допускать специалистов к профессии. Для того, чтобы допустить человека к профессии, надо отлично понимать, какой у него образовательный уровень. Потому совершенно логично начать контролировать врачей еще с момента их подготовки – все это звенья одной цепи. Только так можно

эффективно развивать концепцию непрерывного образования».

На данный момент НМП готова взять на себя, в основном, аккредитацию по программам непрерывного последилового образования, поскольку процесс аккредитации трудоемкий, требует больших временных затрат. Но постепенно охват будет расширяться.

В НМП уже разработан и утвержден алгоритм для аккредитации образовательных учреждений и программ. При НМП начинает работу Центральный экспертный совет (ЦЭС), который будет разрабатывать общие критерии по аккредитации и формировать профильные экспертные комиссии, состоящие не более чем из 5 экспертов. В состав экспертных комиссий войдут квалифицированные специалисты по оценке образовательных программ, а также представители работодателей в сфере здравоохранения, профессиональных обществ, участвующих в реализации программы непрерывного медицинского образования, представители обучающихся (студенты, интерны, клинические ординаторы, аспиранты, слушатели циклов дополнительного профессионального образования). Все эксперты должны быть номинированы ЦЭС НМП.

Для прохождения аккредитации образовательная организация подает заявление в ЦЭС.

Сама процедура аккредитации будет проходить в несколько этапов. Первый этап – самостоятельное обследование образовательной организации в плане соответствия стандартам аккредитации с подготовкой отчета о результатах. Вторым этапом станет визит экспертной комиссии в образовательную организацию с предоставлением руководству организации промежуточного отчета об экспертизе. Экспертная комиссия во время визита будет принимать во внимание обстановку в образовательной организации, содержание реализуемых образовательных программ, мнение обучающихся, состав профессорско-преподавательского коллектива, образовательные ресурсы, инновационные технологии и т.п. На третьем этапе на основании отчетов экспертной комиссии Центральный экспертный совет принимает решение об общественной аккредитации образовательной организации.

Важным принципом работы является конфиденциальность. Вся информация и документация, поступающая для экспертизы, является конфиденциальной и используется только для процедуры аккредитации. Свидетельство о профессионально-общественной аккредитации образовательной программы и общественной аккредитации учреждения выдается на срок от 1 года до 5 лет.

Возникает логичный вопрос: зачем общественная аккредитация может понадобиться самим образовательным учреждениям? Будут ли они заинтересованы в ее получении?

«Отмечу важный момент: при проведении аккредитации образовательные программы и учреждения набирают определенное количество баллов по разработанным критериям оценки, и на основе этих баллов НМП составляет рейтинг образовательных учреждений и программ, который будет доступен медицинскому



сообществу. Поэтому врач ли, выбирающий учреждение или программу, по которой он будет проходить повышение квалификации, студент ли будут, в том числе, ориентироваться и на этот рейтинг, ведь аккредитация от НМП – это показатель высокого качества профильного образования, признанного в медицинском сообществе. Поэтому образовательным учреждениям это важно для повышения своего престижа в глазах потенциальных обучающихся, – говорит **Юрий Ушанов**. – К тому же, организации, имеющие подобную аккредитацию, могут воспользоваться ею для получения дополнительных преференций в системе государственного заказа, что совершенно реально в условиях, когда политика государства направлена на усиление роли общественных организаций, а значит, очень важна их экспертная оценка».

Существуют существенные плюсы в профессиональной аккредитации программ от НМП и для самих обучающихся врачей. Информация о том, что человек окончил программу или поступает на программу, высоко оцененную в ходе аккредитации и пользующуюся профессиональным признанием, – сигнал, который свидетельствует о востребованности выпускников на рынке труда.

«Есть еще одна тонкость: если врач успешно прошел обучение по повышению квалификации, то, по сути, потом его персональная аккредитация и его допуск к профессии упрощаются. Какой смысл дважды проверять специалиста, который уже прошел обучение в аккредитованном НМП учебном заведении по аккредитованной программе, сдал успешно там экзамены? То есть, для него дополнительное тестирование становится ненужным, – пояснил **Юрий Ушанов**. – Сейчас мы, по сути, переходим на систему, известную во всем мире – признание образовательных учреждений профессиональными сообществами».

Что делать, если образовательное учреждение, подавшее заявку, не получает аккредитации от НМП? Как утверждают эксперты, для учреждения это сигнал – надо меняться. Важно, что по итогам общественной аккредитации готовится отчет, включающий сильные стороны, выявленные недостатки, рекомендации по развитию образовательной организации. Его задача – дать не только оценку, но и содержательные рекомендации: что нужно изменить, чтобы программа стала лучше. Эксперты будут давать детальные рекомендации, как в дальнейшем необходимо развиваться, как повысить конкурентоспособность вуза (что очень важно в современных условиях). Специалисты уверены, что результаты профессионально-общественной и общественной аккредитации НМП станут важным элементом распределения ресурсов в сфере медицинского образования.

# МЕДИАЦИЯ – АДЕКВАТНОЕ РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Медиация, как процедура урегулирования спорных ситуаций, постепенно приходит и в сферу здравоохранения. Так, одним из направлений работы по урегулированию конфликтных ситуаций между медицинскими организациями (медицинскими работниками) и пациентами в Республике Башкортостан стали организация при Врачебной палате Республики Третьейского суда и Комитета по альтернативному урегулированию споров (конфликтов).**

Положение о Комитете альтернативного урегулирования споров (конфликтов) утверждено на Совете НМП РБ. Медиаторы уже начали проводить работу по рассмотрению поступивших от населения жалоб на некачественную медицинскую помощь. Все сотрудники комитета имеют дипломы о высшем медицинском и психологическом образовании и дополнительно – специальное образование по медиации.

«Сегодня, несомненно, приходит время для официального введения структуры медиаторов здравоохранения, – говорит **Юрий Ушанов**, эксперт НП «Национальная медицинская палата». – Медиация важна не только как метод досудебного урегулирования споров, но и как способ выявления системных ошибок. Этот инструмент решения конфликтов способствует уменьшению количества необоснованных жалоб, снижению количества гражданских и уголовных дел».

Процедура медиации осуществляется в соответствии с Федеральным законом №193 «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)». **Венера Ямиданова**, профессиональный медиатор, член Комитета альтернативного урегулирования споров НМП РБ, поясняет: «Медиация – это определенная процедура по урегулированию спора (конфликта) между сторонами на основе их добровольного согласия в целях достижения взаимоприемлемого решения при посредничестве третьей стороны, которая является независимым физическим лицом. При этом важно, что и стороны, и медиатор заинтересованы в примирении и нахождении решения, максимально выгодного для обеих сторон».

Такой способ урегулирования конфликта не только эффективен, но и менее затратен для спорящих сторон. Ведь при решении конфликта в суде стороны неминуемо несут значительные материальные и моральные издержки. Сам су-

дебный процесс длителен по времени, требует высоких психологических затрат, а все ресурсы мобилизуются для победы над оппонентом, а не для решения конфликтной ситуации и устранения ее последствий.

Как свидетельствуют данные Росздравнадзора, возрастающий рост обращений граждан – это не только следствие некачественного оказания медицинской помощи, но и ненадлежащего рассмотрения жалоб пациентов в самих медицинских организациях. А это значит, что многие конфликтные ситуации могут быть решены за счет корректного общения с пациентом «на месте». Однако на сегодняшний день это скорее исключение, чем правило. Дело в том, что зачастую в медицинских организациях должности юристов отсутствуют вовсе. А основная проблема работающих юридических служб заключается в отсутствии соответствующей специализации: юристы занимаются в основном хозяйственно-административными делами и не в состоянии оказать юридическую помощь в разрешении конфликта между медицинской организацией (медицинскими работниками) и пациентом. Во многом отсутствие

должного развития специализации юристов по правовому обеспечению в сфере здравоохранения приводит к тому, что пациенты все чаще вынуждены обращаться для отстаивания своих интересов в правоохранительные органы. Предпосылок для усугубления конфликтных ситуаций в медицине достаточно, и если их не предупреждать, то они переходят в судебные иски. А это – и наиболее тяжелые юридические последствия для медицинских организаций, и материальные и моральные потери для пациентов.

Задача медиации как раз и заключается в том, чтобы удовлетворить интересы сторон, найти оптимальный выход из сложившейся ситуации с минимальными последствиями и издержками на досудебном уровне.

Основные принципы медиации заключаются в добровольности сторон решать конфликт, их сотрудничестве и равноправии, взаимоуважении и конфиденциальности. Стороны самостоятельно определяют порядок проведения процедуры урегулирования, могут в любой момент выйти из процесса.

Главная задача медиатора, по мнению **Венеры Ямидановой**, – организовать и управлять процедурой медиации так, чтобы стороны через взаимопонимание пришли к наиболее выгодному, реалистичному и удовлетворяющему интересы обеих сторон соглашению и урегулированию конфликта. Одним из условий процесса медиации является независимость и беспристрастность самого медиатора. Он не должен быть представителем какой-либо из

сторон, прямо или косвенно быть заинтересованным в исходе спора. Медиатор выбирается конфликтующими сторонами добровольно.

Закон определяет требования к медиаторам. Так, **статья 15 «Требования к медиаторам» гласит:**

1. Деятельность медиатора может осуществляться как на профессиональной, так и на непрофессиональной основе.
2. Осуществлять деятельность медиатора на непрофессиональной основе могут лица, достигшие возраста восемнадцати лет, обладающие полной дееспособностью и не имеющие судимости.

**Статья 16 «Осуществление деятельности медиатора на профессиональной основе» определяет, что осуществлять деятельность медиаторов на профессиональной основе могут лица, достигшие возраста двадцати пяти лет, имеющие высшее профессиональное образование и прошедшие курс обучения по программе подготовки медиаторов, утвержденной в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.**

Юрия Ушанов, считает, что на сегодняшний день созданы все предпосылки для развития медиации в сфере здравоохранения. Одним из направлений может стать создание этого института на базе НП «Национальная медицинская палата» и определение в договорах между пациентами и медицинскими организациями «медиативной оговорки».

«Все возможные конфликты, разногласия и споры, вытекающие из договора (соглашения) между медицинской организацией и пациентом или в связи с ним, стороны будут урегулировать с помощью процедуры медиации в Коллегии посредников (медиаторов) при Национальной медицинской палате. В случае, если стороны не придут к соглашению по спорным вопросам с помощью процедуры медиации, такой спор подлежит разрешению в Третьейском суде при Национальной медицинской палате в соответствии с его регламентом. Решение Третьейского суда является окончательным», – комментирует такую возможность эксперт.

«Медиатором в Национальной медицинской палате должен быть в первую очередь врач, прошедший курс обучения по аттестованной в Палате программе», – уверен Юрий Ушанов.

## ОТЛИЧИЯ ПРОЦЕДУРЫ МЕДИАЦИИ ОТ СУДЕБНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА

(ПО МАТЕРИАЛАМ WWW.MEDIACIA.COM)

Суд	Медиация
Процесс может начаться вопреки воле одной из сторон	Процедура медиации подразумевает добровольность
Судья назначается	Медиатор выбирается
Решение принимается в строгом соответствии с буквой закона	Решение принимается с учетом интересов сторон, но в рамках закона
Суд наделен властными полномочиями	Медиатор не имеет властных полномочий, он способствует выработке решений
Длительная и формализованная процедура	Ускоренная и неформальная процедура
Публичность процесса	Конфиденциальность
Состязательность сторон	Сотрудничество сторон

## МНЕНИЕ

# ПО ЕДИНОМУ ЗАМЫСЛУ

**Для того, чтобы система здравоохранения функционировала как хорошо отлаженный механизм – без сбоев, необходимо четко организовать работу всех звеньев, задействованных в цепочке.**

Деятельность любой организации, и сфера здравоохранения тут не исключение, основывается на «триединстве» финансов, кадров и управления, считает **Владимир Макаров**, секретарь Врачебной палаты Тверской области, руководитель рабочей группы «Социальная справедливость» Тверского штаба ОНФ. Можно в разы улучшить эффективность работы организации в целом, улучшая эффективность перечисленных трех «китов». Своим видением того, как это сделать, он делится с нашими читателями.

## О ФИНАНСАХ

Во всем мире прослеживается тенденция к увеличению расходов на здравоохранение. Объясняется это старением населения, увеличением трудоемкости медицинских услуг, производством сложной дорогостоящей аппаратуры, ростом общественных ожиданий и т.д. Но, добавляя здравоохранению, необходимо или где-то урезать финансирование, или изыскать дополнительные источники поступления финансов. Есть несколько предложений, реализация которых в какой-то мере может пополнить бюджеты здравоохранения регионов.

Например, **система регрессных исков и платежей из личных средств** на обязательное медицинское страхование граждан работоспособного возраста. Система регрессных исков существует в некоторых регионах давно, но практически не работает. Вопрос же надо ставить однозначно: все средства на лечение при нанесении вреда пациенту юридическим или физическим лицом,

а также при определенных условиях и самим пациентом, должны быть возвращены виновными здравоохранению (не в ТФОМС), и это не должно рассматриваться как двойное финансирование. Такой опыт есть в Хабаровском и Пермском краях, Пензенской области.

Также необходимо, чтобы в законе Ф3 №326 «Об ОМС в РФ» был представлен полный перечень «неработающих граждан». Сегодня эти категории перечислены в 5-м пункте 10-й статьи данного закона (дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет, неработающие пенсионеры, граждане, обучающиеся по очной форме в образовательных учреждениях, безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости, и т.п.). Но при этом в сегодняшней редакции закона есть подпункт, который содержит формулировку «иные не работающие по трудовому договору». Я считаю, что этот пункт необходимо исключить, и все граждане, не вошедшие в имеющийся перечень неработающих, должны осуществлять платежи на ОМС за очередной год из любых источников (исключая в качестве плательщика страховых взносов органы исполнительной власти региона). Не заплатив взносы, гражданин считается незастрахованным по ОМС – со всеми вытекающими для него последствиями.

## КАДРЫ РЕШАЮТ ВСЕ

Врачебное сообщество давно бьет в набат о нарастающем кадровом дефиците, а также падении уровня подготовки и квалификации кадров.

Все принимаемые правительством меры пока малоэффективны. Какие же шаги для решения проблемы можно предпринять?

Во-первых, нужны достоверные данные о наличии медицинского персонала – как в государственных ЛПУ, так и в медучреждениях ведомственного подчинения и частной формы собственности.

Во-вторых, необходима комплексная программа подготовки, распределения и закрепления медицинских кадров с обязательным предварительным планированием количества и специализации медицинского персонала по регионам и городам. Подобные планы должны приниматься на срок 5-6 лет с ежегодным анализом и корректировкой.

В-третьих, нужно планировать перепрофилирование и открытие новых медицинских организаций и соответствующую подготовку медперсонала.

Важный момент: в программе подготовки медицинских кадров необходимо предусмотреть обучение таких востребованных специалистов, как геронтологи-гериатры, иммунологи-аллергологи, генетики, фармакологи и т.д. Также следует обучать врачей и другим профессиям: юрист, экономист-управленец, программист.

Наконец, необходимо максимально освободить медицинских работников от функций, не имеющих непосредственного отношения к медицине. Например, свести до минимума временные затраты на оформление законодательно утвержденной документации, исключить в работе врача заполнение бланков, учетно-отчетных таблиц, не входящих в перечень документации, обязательной для заполнения медперсоналом. Необходимо запретить на федеральном уровне внесение изменений в учетно-отчетную документацию в течение отчетного года.

Перечень предложений для комплексной «кадровой» программы можно продолжать, включив в него финансово-социальную составляющую, хорошо изложенную в предложениях НМП.

## ГРАМОТНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Если не будет налажена система эффективного управления, все остальные усилия медицинского сообщества, направленные на совершенствование системы здравоохранения, будут малоэффективны.

Схематично «управленческую» составляющую можно разделить на несколько блоков. Первый – подготовка управленческого аппарата с разделением на «выборных» и «назначаемых» управленцев. Второй – полный алгоритм управленческой деятельности с позиции общей теории управления. И третий – подведение итогов работы «управленца» с оргвыводами.

Каждый раздел слишком объемный, чтобы рассказать о нем в рамках одной статьи. Но подчеркну, что управление должно рассматриваться только в формате всей вертикали власти, включая выборы (для выборных должностей), саму управленческую деятельность, подведение итогов с оргвыводами и принятие новых управленческих решений.

Профессия врача формирует у человека мощный аналитический ум, позволяющий ему в кратчайшие сроки проанализировать ситуацию со здоровьем пациента и принять правильное решение. Это качество должно помочь всем нам в решении как ведомственных, так и общегосударственных проблем. Но для этого надо проявлять гражданскую инициативу, смело и настойчиво высвечивать негативные явления и предлагать свои аргументированные решения.

## НАШИ В РЕГИОНАХ

## ВСЕ БОЛЬШЕ АСТРАХАНСКИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВСТУПАЕТ В РЯДЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «ВРАЧЕБНАЯ ПАЛАТА АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ»

**Сегодня в нее входят уже более 1 900 человек. Врачебная палата — это организация, принципиально меняющая контроль в системе здравоохранения.**

По словам председателя организации, главного врача Александро-Мариинской областной клинической больницы Виктора Акишкина,

Врачебная палата вовсе не подменяет собой профессиональный союз медиков. Врачебная палата, как общественная организация, призвана взять под свой контроль часть государственных функций. Это и разработка стандартов лечения, и защита прав медицинских работников, и участие в аттестации врачей, и помощь в их переподготовке (в том числе и за границей). Виктор Акишкин считает, что

часть функций, в соответствии с законом, государство может передать общественной организации. Например, врачи, безусловно, лучше чиновников могут аттестовать коллег и дать им профессиональную оценку. И региональный Минздрав готов передать эту функцию, а Врачебная палата намерена привлечь к процессу дополнительных экспертов. Таким образом повышается уровень ответственно-

сти самих аттестующих врачей и уменьшается степень бюрократии.

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

*По материалам Министерства здравоохранения Астраханской области*

## ЗА ДВА ГОДА В ON-LINE ТЕСТИРОВАНИИ ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ 5 600 ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Информатизация здравоохранения Тюменской области помогает не только пациентам, но и врачам. Уже два года врачи и средний медицинский персонал региона проходят on-line тестирование в рамках аттестации медицинских работников.**

Тестирование в новом формате было запущено на сайте Тюменского регионального медицинского общества в сентябре 2012 года. За два года в нем приняли участие 5 600 врачей и медицинских сестер.

Отметим, что в тестировании, разработанном Тюменским региональным медицинским обществом, принимают участие не только специалисты медицинских учреждений юга Тюменской области, но и Ямало-Ненецкого,

Ханты-Мансийского автономных округов, Свердловской области. Проверить свои знания смогли врачи и медицинские сестры из Тарко-Сале, Урая, Нового Уренгоя, Югорска, Тугулыма и Талицы. На вопросы отвечают как специалисты государственных, так и частных медицинских учреждений.

Внештатными специалистами департамента здравоохранения Тюменской области разных специальностей разработано 150 тестовых за-

даний, которые включают в себя вопросы по специальности и законодательству в области здравоохранения. Тестирование предусматривает выполнение заданий, соответствующих заявленной квалификационной категории и специальности. Тест признается пройденным при наборе не менее 70% правильных ответов на тестовые задания. Вся информация о результатах тестирования поступает в аттестационную комиссию и учитывается при прохождении собеседования.

## ИСПОЛНИТЕЛЬНАЯ ВЛАСТЬ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ ПОДДЕРЖАЛА ИНИЦИАТИВЫ РЕГИОНАЛЬНЫХ ВРАЧЕЙ

**В Липецкой области при ЛООО «Ассоциация медицинских работников» начал работу Третейский суд, был взят курс на досудебное урегулирование конфликтов между врачами и пациентами, врачи-эксперты из области войдут в состав Центра независимой экспертизы качества медицинской помощи — это первые итоги состоявшейся в августе конференции, проведенной по инициативе ЛООО «Ассоциация медицинских работников».**

Подготовка к конференции «Перспективы развития взаимодействия ЛООО «Ассоциация медицинских работников» и органов исполнительной власти Липецкой области в сфере здравоохранения» длилась несколько месяцев, что свидетельствует о важности этого мероприятия для региона. Сегодня областная «Ассоциация медицинских работников» насчитывает около 2,5 тыс. медицинских работников, которые заинтересованы в том, чтобы их общественная организация была по-настоящему эффективной. Именно поэтому в конференции, которую провел председатель ЛООО «Ассоциация медицинских работников» Сергей Шинкарев, кроме главных врачей, специалистов и врачей ЛПУ (всего более

200 человек), приняли участие начальник управления здравоохранения области и представители исполнительной власти.

Сегодня ни одна региональная врачебная ассоциация не может работать в изоляции от других регионов — необходимы консолидация усилий и обмен опытом. Липецкие врачи пригласили на свою конференцию Наталью Аксенову, вице-президента некоммерческого партнерства «Национальная медицинская палата», председателя Смоленской региональной общественной организации «Врачебная палата». Смоленская Врачебная палата имеет огромный опыт конструктивного сотрудничества с органами власти и досудебного урегулиро-

вания конфликтов, т.е. может поделиться наработками именно по тем вопросам, которые остаются сегодня самыми актуальными для регионов.

«Нас здесь очень ждали, — рассказывает Наталья Аксенова, — в день конференции мы встретились с заместителем главы администрации Липецкой области Дмитрием Мочаловым, обсудили с ним то, что сегодня волнует липецких медиков. Он сказал, что поддерживает и будет поддерживать инициативы Национальной медицинской палаты, обещал поддержку и областному медицинскому сообществу».

В день работы конференции при «Ассоциации медицинских работников» был создан Третейский суд, где начнет работать комиссия досудебного урегулирования споров. «Сегодня мы хотим уходить и от третейских разбирательств, — подчеркнула Наталья Аксенова, — все споры можно и нужно решать в досудебном порядке. Заявления и жалобы, поступающие в Третейский суд, будут переходить на рассмотрение этой комиссии. Я рассказала о том, как органи-

зован процесс у нас в Смоленске, и Липецкая область будет работать по той же схеме». Возглавила Третейский суд Лилия Ростовцева, практикующий третейский судья с огромным опытом работы.

Кроме того, 30 человек из Липецкой Ассоциации медиков выразили желание войти в состав Центра независимой медицинской экспертизы, который недавно открыла Смоленская Врачебная палата на основании лицензии, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения. В ближайшее время список и документы экспертов будут переданы в Центр независимой экспертизы качества медицинской помощи. После приема новых членов они будут, как и другие эксперты центра, проводить регламентированную процедуру оценки медицинской документации пациента и давать оценку качества оказанной медицинской помощи с привлечением широкого круга медицинских специалистов.

«Сегодня нам, все членам НМП, нужны грамотные специалисты в регионах, с чьим авторитетным мнением будут считаться. И, как показала эта конференция, такие специалисты у нас есть, нас ждут во всех регионах, и нам есть куда двигаться», — отметила Наталья Аксенова.

## В КЫЗЫЛЕ ПРОШЕЛ I СЪЕЗД МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ ТУВЫ

**В сентябре состоялся первый съезд общественной организации «Медицинская палата Республики Тыва».**

На мероприятии был представлен отчет организации о работе за 2013-2014 годы, а также принят этический Кодекс врача на территории Республики Тыва. Первый съезд Медицинской палаты Тувы собрал более 500 участников, из них — 134 делегата. С приветственным словом к медицинским работникам обратился глава республики Шолбан Кара-оол, который отметил улучшение ситуации в сфере здравоохранения за последний год.

В работе съезда принял участие вице-президент НП «Национальная медицинская палата», заместитель председателя Комитета ГД РФ по охране здоровья граждан Сергей Дорофеев. Он выступил с докла-

дом на тему «Перспективы саморегулирования профессиональной деятельности» и рассказал об этапах саморегулирования в здравоохранении России: через самоорганизацию (создание палат, ассоциаций медиков по специальностям), самоуправление (выполнение функций по 76 ст. 323-ФЗ вместе с дополнительными полномочиями по постановлению Правительства РФ №907) — к саморегулированию (на основе специального федерального закона). Сергей Дорофеев обозначил проблемы, перспективы и возможности саморегулирования здравоохранения в России, а также критерии, при соответствии которым медицинским профессиональным некоммерческим организациям может быть передано осуществление отдельных функций в сфере охраны здоровья граждан в РФ.

Как подчеркнул Дорофеев, медицинские профессиональные некоммерческие организации, основанные на личном членстве

врачей и объединяющие не менее 25 процентов от их общей численности на территории субъекта РФ, вправе принимать участие в аттестации врачей для получения ими квалификационных категорий, в заключении соглашений по тарифам на медицинские услуги в системе ОМС и деятельности фондов ОМС, в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В докладе было высказано предложение разработать и принять федеральный закон, предусматривающий саморегулирование профессиональной медицинской деятельности, основанное на обязательном членстве медицинских работников (врачей). Или добиться создания общероссийской медицинской организации, соответствующей критериям Постановления правительства РФ №907, и с помощью поправок в действующий 323-ФЗ сделать возможной

передачу определенных полномочий в сфере охраны здоровья данному общероссийскому профессиональному медицинскому объединению.

С докладом на тему «Медицинская этика и деонтология. Кодекс профессиональной этики врача Республики Тыва» на съезде выступила руководитель этического комитета Медицинской палаты Республики Тыва, заведующая урологическим отделением ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1» Людмила Ивановна Зудилова, которая предложила делегатам принять этический Кодекс врача Республики Тыва. Данный кодекс, в котором отражены наиболее важные принципы врачебной этики, был принят единогласно.

На съезде состоялось награждение медицинских работников Республики Тыва в номинациях «Верность профессии», «Мой наставник», «Земский доктор» и «Перо здравоохранения».

## ЗАВЕРШИЛАСЬ ПЕРВАЯ ЛЕТНЯЯ СПАРТАКИАДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

**В начале сентября на стадионе «Заря» в Искитиме прошел финал первой летней спартакиады медицинских работников Новосибирской области.**

В нем приняли участие команды-победительницы зональных этапов – Сузунской, Татарской, Куйбышевской, Коченевской,

Краснозерской ЦРБ и команда Искитимской ЦГБ (как хозяйка соревнований).

Перед началом состязаний с приветственным словом к собравшимся обратились глава Искитима Виктор Генрихович Пфейфер и в.и.о. министра здравоохранения Новосибирской области Олег Иванович Иванович. Последний отметил, что Новосибирская область вошла в число пилотных

регионов по сдаче норм ГТО, и медицинские работники показывают пример всем остальным отраслям.

Программа соревнований включала состязания по мини-футболу, стритболу, стрельбе из пневматической винтовки, прыжкам в длину, перетягиванию каната, настольному теннису, дартсу, гиревому спорту. Кроме того, состоялись беговая эстафета 4X100

метров и состязание на лучшую спортивную семью.

По итогам соревнований первое место заняла команда Искитимской ЦГБ, второе – команда Коченевской ЦРБ, третье – Краснозерской ЦРБ. Финальные соревнования второй летней спартакиады медицинских работников Новосибирской области пройдут через год в Коченево.

### НАШИ В ПРОФЕССИИ

## АССОЦИАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ СТАЛА ЧЛЕНОМ НМП

**Во время работы X Юбилейного Всероссийского съезда травматологов-ортопедов Ассоциация травматологов-ортопедов России вступила в ряды Национальной медицинской палаты.**

**Александр Очкуренко**, вице-президент Ассоциации травматологов-ортопедов России, доктор медицинских наук, профессор отметил: «Травматолого-ортопедическое сообщество России считает, что совместная работа с НМП будет на-

правлена не только на решение задач Министерства здравоохранения Российской Федерации по улучшению организации и повышению качества травматолого-ортопедической помощи, снижению инвалидности и смертности населения России от травм

и заболеваний костно-мышечной системы, но и на решение актуальных проблем, связанных с нехваткой медицинских кадров, финансированием медицинской науки по остаточному принципу, недостаточной оснащенностью современным медицинским оборудованием и травматолого-ортопедическими металлоконструкциями.

Мы считаем необходимым направить объединенные усилия на постоянное повыше-

ние профессионального уровня, проведение аккредитации и аттестации травматологов-ортопедов. Уже началась совместная работа с Нацмедпалатой по подготовке профессиональных стандартов по профилю «травматология и ортопедия». Всем членам Национальной медицинской палаты и Ассоциации травматологов-ортопедов России желаю успехов в их совместной работе, здоровья и благополучия».

## СОСТОЯЛОСЬ V МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЕ СОВЕЩАНИЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВА ДЕТСКИХ ГЕМАТОЛОГОВ И ОНКОЛОГОВ «ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЕТСКОЙ ГЕМАТОЛОГИИ-ОНКОЛОГИИ»

**В июне в Москве состоялось одно из самых интересных и представительных событий в российском медицинском сообществе – V Межрегиональное совещание Национального общества детских гематологов и онкологов (НОДГО) «Достижения и перспективы детской гематологии-онкологии», которое собрало более 450 делегатов из Российской Федерации, стран ближнего и дальнего зарубежья.**

НОДГО является членом НМП с 2011 года. Членами общества являются 560 детских гематологов-онкологов практически из всех регионов Российской Федерации (более 80% представителей специальности). В состоявшемся совещании приняли участие представители 82 центров и отделений детской гематологии-онкологии (это не только детские гематологи и онкологи, но и хирурги, анестезиологи-реаниматологи, лучевые терапевты и представители других врачебных специальностей). В научно-организационный

комитет вошли ведущие специалисты федеральных центров, представители зарубежных школ детской гематологии-онкологии, лидеры регионального здравоохранения. В работе совещания приняли участие детские гематологи-онкологи из многих стран: Дж. Липтон (США), К. Родригес-Галиндо (США), Й. Фукс (Германия), М. Минков (Австрия), И. Мельхер (Германия) и многие другие. Совещание пользуется заслуженным интересом специалистов не только в связи с широким спектром научно-практических

вопросов, обсуждаемых на нем, но и благодаря общественно-организационной работе НОДГО по формированию единого научно-образовательного пространства детской гематологии-онкологии. Всего в рамках научной программы было заслушано более 190 докладов в ходе 39 симпозиумов и «круглых столов». Прозвучали результаты исследований в области гематологии, онкологии, редких заболеваний, были освещены вопросы сопроводительной терапии в детской гематологии-онкологии, трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. Кроме того, состоялись уникальные симпозиумы и «круглые столы» по проблемам первичных иммунодефицитов и нейтропенических состояний у детей, психологическим аспектам и паллиативной помощи. Большую роль играли тематические симпозиумы по лучевой терапии, хирургии и особенностям катетерной техники и обезболивания в детской

гематологии-онкологии, которые проводились в рамках совещания НОДГО впервые.

В церемонии открытия совещания принял участие Президент НМП Леонид Михайлович Рошаль, который обратился к делегатам с призывом активно участвовать в работе НОДГО и тем самым влиять на развитие общества детских гематологов-онкологов. Он отметил, что именно благодаря профессиональным сообществам в будущем будет достигнута цель НМП – формирование единого пространства врачей на территории Российской Федерации. Также профессор Рошаль подчеркнул, что именно профессиональные организации-члены НМП активно работают в области защиты интересов врачей и призвал продолжить эту работу.

В рамках церемонии открытия совещания состоялось награждение лауреатов премии НОДГО «За верность профессии».

### ПЕРСОНАЛЬНЫЙ ЮРИСТ

## ЭКСПЕРТЫ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ ДОБИЛИСЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПОВТОРНОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛУ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

**В Национальную медицинскую палату обратился участковый врач одной из поликлиник Тульской области Александр Зуев. В декабре 2013 года в отношении него было возбуждено уголовное дело по части 2 статьи 109 УК РФ – причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. А в апреле 2014 года судом был вынесен обвинительный приговор – «наказание в виде ограничения свободы сроком на 2 года, с лишением права занимать должности в медицинских учреждениях и заниматься врачебной или иной медицинской деятельностью на срок 2 года».**

Эксперты Национальной медицинской палаты рассмотрели заключение экспертизы СМЭ по материалам доследственной проверки, ставшей основой обвинительного приговора. Они сделали ряд заключений, которые позволили добиться повторно-

го рассмотрения дела в суде первой инстанции (в другом составе) и назначения повторной комплексной судебно-медицинской экспертизы в другом бюро СМЭ. Внимание суда было обращено на ряд существенных фактов, которые в результате

привели к необъективному рассмотрению данного дела.

В частности, эксперты Палаты установили, что судебно-медицинская экспертиза по материалам доследственной проверки дела проводилась с процессуальными нарушениями. В состав экспертной комиссии вошли специалисты, чья квалификация не позволяет всесторонне и объективно исследовать данный случай. Это два эксперта судебно-медицинской экспертизы и один терапевт. К проведению экспертизы не были привлечены врачи по специальности «пульмонология», «рентгенология», «анестезиология и реаниматология», что сделало обоснованными выводы комиссии в отношении развития, течения, осложнения и прогноза пневмонии у больной. А следовательно, неправильно была установлена и причина смерти.

Алексей Старченко, сопредседатель Комитета по экспертизе качества оказания медицинской помощи Палаты, считает, что процессуальные нарушения при проведении судебно-медицинских экспертиз – достаточно распространенное явление: выводы делаются без участия в экспертном процессе необходимых специалистов (в соответствии с номенклатурой специальностей, утвержденной Минздравом России). В таких случаях имеет место подмена участия в экспертизе специалиста (например, аллерголога-иммунолога – терапевтом или травматолога-ортопеда – общим хирургом, пульмонологом – терапевтом и т.д.). В данном случае поразила и та поспешность, с которой правоохранительные органы провели экспертные действия.

# ТРУДОВОЕ ПРАВО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

**Национальная медицинская палата провела он-лайн семинар по правовой регламентации деятельности медицинских работников. Иван Печерей, эксперт Национальной медицинской палаты, редактор объединенной редакции МЦФР, ответил на вопросы и рассказал об основных аспектах трудового права. Если проанализировать вопросы, которые задают медицинские работники на различных сайтах и форумах, то около 80% из них связаны с правовым регулированием труда. Нередки случаи, когда права нарушаются, а многие из медиков имеют смутное представление о своих правах и способах их защиты. Мы публикуем экспертное мнение о том, какие основные моменты должны знать медицинские работники, устрояясь на работу, как регламентируется труд.**

## ОСОБЕННОСТИ ПРИЕМА

Во-первых, при приеме на работу медицинский работник должен обязательно пройти медицинский осмотр. В период трудовой деятельности он должен проходить такие профилактические осмотры регулярно. Без этого он работать не может.

Вторая особенность – медработнику требуется сертификат специалиста, без этого документа работа в медицинской организации невозможна. Но с 1 января 2016 года сертификаты выдаваться уже не будут. **Им на смену придет выдача свидетельств об аккредитации.** Медицинским работникам будут выдаваться т.н. листы допуска, где будут отмечены навыки и умения, которыми обладает конкретный медицинский работник. Необходимо учесть следующее: раньше сертификат специалиста был бессрочным, но в 2013 году было определено, что он действует в течение 5 лет. В законе «Об основах охраны здоровья граждан РФ» говорится о том, что после 2016 года сертификаты специалиста также будут действительны (наряду со свидетельствами об аккредитации) до истечения срока их действия. Поэтому **Иван Печерей** рекомендует в 2015 году пройти курсы повышения квалификации и получить сертификат специалиста – тогда до 2020 года его можно предъявлять и продолжать работать по специальности.

Могут возникать ситуации, когда срок действия сертификата специалиста заканчивается на несколько месяцев раньше, чем возможно пройти обучение. У работодателя в данной ситуации есть формальные основания отстранить медика от работы до тех пор, пока он не продлит срок действия своего сертификата.

## ТРУДОВОЙ ДОГОВОР – ИНСТРУМЕНТ РЕГЛАМЕНТАЦИИ ТРУДА

Важный пункт трудового права РФ, который часто нарушается: от медицинских работников **требуют выполнения работы, не обусловленной трудовым договором.** Вся деятельность медицинского работника осуществляется на основании трудового договора, который он заключает с медицинской организацией и в соответствии с которым выполняет определенную трудовую функцию. **Трудовой кодекс запрещает требовать выполнения работы, которая договором не предусмотрена** (например, дополнительно дежурить, дополнительно принимать пациентов и т.п.).

Крайне важное приложение к трудовому договору – **должностная инструкция.** В редакции Трудового кодекса РФ от 2006 года говорится, что **любой работник при устройстве на работу обязан ознакомиться с внутренними документами, которые регламентируют трудовую деятельность в медицинской организации.** В частности, к таким документам относятся должностные инструкции. Заключая трудовой договор, медицинский работник сегодня обязательно ставит «галочку», подтверждая, что с должностными инструкциями ознакомлен. При этом в 99% случаях никто эти документы в глаза не видел. При подписании договора необходимо реализовать свое право на ознакомление с внутренними документами и с должностными инструкциями. Можно и нужно сделать ксерокопию этих документов и взять себе – это поможет при решении трудовых споров.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ РАБОТА – ТОЛЬКО ПО СОГЛАСИЮ

По законодательству, рабочее время медработника не должно превышать 39 часов в неделю.

Сверх этого времени работа возможна только в двух случаях: работа по совместительству и сверхурочная работа.

Работа по совместительству и сверхурочная работа могут выполняться **только с согласия медицинского работника.** Для регламентации каждого вида работы, который превышает продолжительность нормального рабочего времени, есть свои особенности.

**Совместительство** – это новый вид работы, с **новым трудовым договором.** Например, если медработник работает на 1,5 ставки терапевта, то у него должно быть **2 трудовых договора:** договор на одну ставку (основное место работы специалиста) и договор еще на 0,5 ставки терапевта.

**Медицинские работники часто спрашивают о том, возможно ли совмещение более двух ставок? Невозможно,** поскольку, согласно Постановлению Минтруда РФ от 30.06.2003 № 4 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры», возможно совмещение фактически только до 1 ставки (месячной нормы рабочего времени).

**Сверхурочная работа** – работа сверх нормальной продолжительности рабочего времени, т.е. в рамках одного трудового договора. **Она возможна исключительно с письменного согласия медработника.** **Время такой работы не может превышать 140 часов в год,** должно быть строго регламентировано, как гласит 99 статья ТК РФ.

## НА ДЕЖУРСТВО

**Дежурства** – самая интересная, с точки зрения трудового права, особенность деятельности медработника. Они имеют свою специфическую регламентацию. Первый вопрос: должен ли медработник дежурить или нет? Его обязанность дежурить круглосуточно или какое-то определенное время должна быть закреплена либо непосредственно в трудовом договоре, либо в должностных инструкциях. **Если этого нет, то медработник имеет полное право отказываться от дежурства.** Если это установлено **локальными документами или трудовым договором, тогда медработник должен дежурить.**

Часто дежурство медицинского работника выходит за пределы нормальной продолжительности рабочего времени. Некоторые работодатели расценивают их как совместительство. Причем, не оформляют при этом соответствующих трудовых договоров. Постановлением Минтруда РФ от 30.06.2003 №4 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры» установлено, что работа по штатному расписанию на одной и той же медицинской должности не является совместительством. **Если медработник дежурит по своей основной работе, то эта работа не является совместительством.** Если его суммарные часы превышают количество часов при нормальном рабочем времени, то эта работа расценивается как сверхурочная. Оплата должна производиться в соответствии с трудовым

законодательством: за первые два сверхурочных часа – в полуторном, а за последующие часы – в двойном размере.

Еще один вариант оформления дежурства – когда медицинский работник заключает трудовой договор на совместительство и дежурит по совместительству. Основная его работа – в стационаре, в поликлинике в течение рабочего дня, а дежурство он осуществляет на основе договора о совместительстве. Существует такой специфический вид дежурств – дежурства на дому (в соответствии со ст. 50 ТК РФ). Медицинский работник может дежурить на дому, и для такого вида дежурства установлен специальный режим рабочего времени. **Он засчитывается следующим образом: 1 час дежурства на дому засчитывается как полчаса работы в условиях стационара либо на основном месте работы.**

В соответствии со статьей 350 ТК РФ и Приказом Минздрава России от 02.04.2014 №148н «Об утверждении Положения об особенностях режима рабочего времени и учета рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому» время дежурства на дому не должно превышать норму обычного рабочего времени. Но бывает, что время, которое медработник тратит на дежурство на дому, превышает то, которое он должен отработать в качестве основного рабочего времени. **Соответственно, такая работа должна расцениваться как сверхурочная:** с оплатой за первые два сверхурочных часа в полуторном, а за последующие часы – в двойном размере. Для дежурства на дому установлены такие же требования, какие определены трудовым законодательством в отношении рабочего времени. При суммированном учете рабочего времени медицинским работникам предоставляется график дежурств. Если дежурство приходится на выходной день и если оно находится в пределах нормального рабочего времени по графику, то данное дежурство считается обычным. Если дежурство приходится на праздничные дни, то, независимо от того, считается оно обычным или необычным, т.е. выходящим за пределы рабочего времени, оно оплачивается не менее чем в двойном размере.

## ВРАЧЕБНАЯ НАГРУЗКА

Сегодня сложилась ситуация, при которой вопросы загрузки врача в законодательном плане на федеральном уровне должным образом не урегулированы: не утверждены и не разработаны федеральные нормативы таких нагрузок. Нормирование труда отдано на откуп работодателям – в зависимости от законодательства регионального, в зависимости от муниципального задания, которое устанавливает сам работодатель, и нормируется труд работника. Все приказы, которые существуют, – еще советского образца и носят рекомендательный характер. Есть нормы, установленные в Порядках оказания медицинской помощи, но они также являются рекомендательными. Фактически вся нагрузка устанавливается на основе того, какое задание, какой объем медицинской помощи «спущен» на конкретную медицинскую организацию. Поэтому ответ на этот вопрос можно получить в управлении здравоохранения субъекта РФ или той медицинской организации, где работает медработник.

## ПОЛОЖЕНА ЛИ НАДБАВКА ЗА НЕПРЕРЫВНЫЙ СТАЖ?

Понятия непрерывного стажа сейчас официально нет, как нет и единого документа, который регламентирует данный вопрос. Раньше существовал приказ, где было регламентировано, какие выплаты и каким образом осуществляются медработникам за непрерывную деятельность в учреждениях здравоохранения. Приказ отменен, но его положения «перекочевали» в другие документы. Сейчас надбавка за непрерывный стаж отдана на усмотрение работодателя. Она может быть или не быть, но обязанности для работодателя

платить за непрерывный стаж не существует. **Все это регулируется внутренними документами организации, на основании которых формируется фонд зарплаты и медработнику выплачивают ее.** Если там прописаны надбавки за стаж, то эта зарплата должна быть выплачена в полном объеме.

## ОТПУСК ЗА ВРЕДНОСТЬ

Много вопросов возникает в связи с дополнительными отпусками и с вредными условиями труда. Еще с советских времен существовал перечень должностей, связанных с вредными условиями труда, установленная для них продолжительность рабочего времени и время дополнительного отпуска. В связи с тем, что в настоящее время была введена специальная оценка условий труда (СОУТ), которая заменила ранее существовавшую процедуру аттестации рабочих мест, все компенсации за вредность всем работникам устанавливаются только после проведения СОУТ, либо ранее проведенной аттестации рабочих мест. Установлены минимальные интервалы времени дополнительного отпуска за работу в тяжелых и опасных условиях труда: если рабочее место аттестовано как вредное, то минимальный дополнительный отпуск – 7 дней. Но внутренним приказом или коллективным трудовым договором может быть установлено и большее количество дней дополнительного отпуска.

## ШТРАФОВАТЬ НЕЛЬЗЯ, НО НАКАЗАТЬ МОЖНО

Многие медицинские работники жалуются на штрафы. Нашим трудовым законодательством не предусмотрено такого вида наказания как штраф. Медработника нельзя оштрафовать. Ему можно сделать замечание, выговор или уволить. Это – единственные виды дисциплинарных наказаний, предусмотренных ТК. Штрафа среди них нет.

**Однако медработника можно лишить дополнительной части зарплаты. Речь идет о стимулирующих выплатах.** Например, есть надбавка за оказание дополнительной медицинской помощи, ее можно считать стимулирующей, потому что сама надбавка – это вид стимулирующей выплаты. И в этой ситуации (если внутренним положением о выплате стимулирующих надбавок в медицинской организации установлено, что для того, чтобы эти надбавки получить, медицинский работник должен выполнить определенный объем работы, приняв определенное количество пациентов) в случае невыполнения плана главврач может лишить медработника этой надбавки.

Еще раз напомним, что все подобные вещи должны быть записаны во внутренних нормативно-правовых актах организации. Если подобных пунктов о снятии стимулирующих выплат в документах нет, решение о снятии надбавки вполне можно оспорить.

## КАК ОТСТАИВАТЬ ПРАВА?

Можно обратиться в профсоюз. Необходимо показать работодателю, какие права нарушаются: написать служебную записку, где подробно изложить нарушения. Попросить принять меры по устранению нарушений. Если требования не будут выполнены (а они чаще всего выполненными не бывают), есть следующая инстанция, куда медицинский работник всегда может обратиться – это трудовая инспекция. Впрочем, практика показывает, что после написания заявления в трудовую инспекцию проходит очень большое время с момента обращения до момента начала проверки. Можно обратиться и в прокуратуру. Но, как считает **Иван Печерей, самый надежный способ – обращение в суд за защитой своих прав. Судебные решения обязательно исполняются.** Наше трудовое законодательство «заточено» под работника. Когда у него есть правильно сформулированные тезисы о нарушениях, то их, как правило, можно достаточно легко доказать. Поэтому обращение в суд может решить проблему. **Как показывает практика, более 50% трудовых споров решаются в судах в пользу медработников.**