



БЮЛЛЕТЕНЬ

НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ

СПЕЦВЫПУСК К ВСЕРОССИЙСКОМУ ОБЩЕСТВЕННОМУ
ФОРУМУ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ОЖИДАНИЯ ОТ ВСЕРОССИЙСКОГО
ОБЩЕСТВЕННОГО ФОРУМА
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

3 стр.

ЭКСПЕРТЫ ПАЛАТЫ
ПРЕДЛАГАЮТ РЕШЕНИЯ

4 стр.

НОВОСТИ РЕГИОНОВ

26 стр.

ПРОБЛЕМЫ ОТРАСЛИ

29 стр.

2012

Дорогие друзья.

Начав новое дело – создание системы саморегулирования профессиональной деятельности – мы поставили перед собой непростые и амбициозные задачи. Эти задачи рассчитаны на многие годы вперёд. Но самое главное для нас – изменить наше здравоохранение в лучшую сторону, сделав врача, его мнение самым главным в этой системе. Важно для нас создать действенную структуру, которая может решать профессиональные вопросы медицинской деятельности. Ведь кроме нас – тех, кто каждый день лечит – никто не сможет это сделать профессионально.

Во многих странах, которые добились существенных положительных результатов в оказании медицинской помощи, мощную роль, наряду с министерствами, играют именно единые для каждой страны профессиональные медицинские ассоциации, палаты, ордена и пр. Сами медики следят за уровнем профессионального образования, знаний и умений каждого члена медицинской ассоциации и создают для этого соответствующие структуры. Медицинские организации сами разрабатывают стандарты, протоколы и медицинские рекомендации и сами следят за их исполнением. Медики самостоятельно обеспечивают чистоту своих рядов, освобождаясь от тех, кто позорит их. Это единственный реальный путь качественного улучшения оказания медицинской помощи в стране.

Только два года существует Национальная медицинская палата. И это были два непростых года. Но нам удалось многое сделать. Мы доказали, что с мнением медицинского сообщества надо считаться. Национальная медицинская палата провела колоссальную работу, благодаря которой была продемонстрирована реальная роль врачебного сообщества в законодательной деятельности.

Наше профессиональное мнение может и должно влиять на государственную политику. Приостановив принятие Госдумой во втором чтении законопроекта «Об основах здоровья граждан РФ» – закона, который определяет стратегию развития отрасли на многие годы вперед – мы смогли отстоять позиции медиков. Национальная медицинская палата организовала беспрецедентное за последние годы и по-настоящему всенародное обсуждение проекта закона. В нем приняли участие тысячи медиков со всей страны, прислав нам свои замечания и поправки к закону. Большинство из них были учтены в новом законе.

Мы отстаиваем интересы медицинских работников и в практической деятельности. У нас формируется экспертиза качества оказания помощи. Сейчас на практике получается, что если врач хочет найти правду, он не знает, где ее найти. Мы утверждаем, что Национальная медицинская палата – это та организация, где могут найти правду и врачи, и пациенты. И это дело обезличенной независимой экспертизы. Мы говорим о том, что постараемся организовать такую структуру, чтобы любой доктор, входящий в ассоциацию или Национальную медицинскую палату, мог получить бесплатную юридическую помощь.

Так же, как и в нашей деятельности, мы ставим цель, чтобы наше издание оказалось полезным и нужным всему медицинскому сообществу. Поэтому его основной акцент – решение конкретных проблем и задач, которые стоят перед нами.

Мы активно движемся вперёд и набираем силу.



ЛЕОНИД
РОШАЛЬ

Президент НП
«Национальная
медицинская палата»,
директор «Московского
НИИ неотложной детской
хирургии и травматологии»,
доктор медицинских наук,
профессор.

Ожидания от Всероссийского общественного форума медицинских работников

Накануне Всероссийского общественного форума медицинских работников мы решили провести блиц-опрос экспертов Национальной медицинской палаты. Задавали мы два вопроса – «Какие события за прошедший год Вы считаете самыми важными?» и «Что Вы лично ожидаете от Всероссийского общественного форума медицинских работников?» Каким бы не был прошедший год для интервьюируемых, основные их ожидания связаны с изменениями во взаимоотношениях медицинского сообщества и власти – налаживание диалога и поиск конструктивных решений развития российского здравоохранения.



**СЕРГЕЙ
ДОРОФЕЕВ**

заместитель председателя Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ, вице-президент НП «Национальная медицинская палата», Президент Ассоциации «Медицинская палата Сибирского Федерального округа», Председатель Новосибирской областной ассоциации врачей, заслуженный врач РФ, к.м.н.

Я ожидаю конструктивного диалога с коллегами и властью. Нам всем надо научиться, прежде всего, находить какой-то активный способ общения. Медицинскому сообществу нужно перестать бояться говорить правду, отстаивать позиции отрасли на всех уровнях власти: федеральном, региональном, местном.

Для этого нужно, чтобы наши представители были в этих органах власти, чтобы они умели говорить, а не отмалчивались. И чтобы говорили аргументировано и профессионально. В этом заключается наша общая задача.

И чтобы власть услышала, что мы хотим одной профессиональной организации, в которой будут объединены все врачи РФ. Не надо создавать условия для разъединения, давайте создадим условия для объединения!



**НАТАЛИЯ
УШАКОВА**

вице-президент НП «Национальная медицинская палата», вице-президент Общероссийской общественной организации малого и среднего предпринимательства «Опора России», президент национального центра исследования и развития здравоохранения и социальной сферы «Опора здоровья».

По моим ощущениям, 2011 год – это год форсажа по формированию нового медицинского пространства. Год, который дал старт пониманию масштабных изменений в сфере знаний и исследований в области охраны здоровья, бросил вызов социальным системам многих развитых и развивающихся стран. Для российского здравоохранения глобальные преобразования, затрагивающие особенности национальной системы охраны здоровья, стали возможны в связи с изменением в 2011 году контура законодательства о регулировании системы в целом. Образно говоря, в России зарегистрировано и разрешено к применению «супер-горючее» для устойчивого и эффективного развития медико-технологической отрасли – механизмы саморегулирования и государственно-частного партнерства. Нельзя не отметить, что в 2011 году начата борьба с курением, это важно! Инициирована работа по формированию национальной системы биомедицины, подготовлены условия к передаче полномочий исполнительной власти регионов, вернулись к обсуждению проблемы сезонного перевода времени. Желаю Всероссийскому форуму медицинских работников стать национальным хронографом! Есть ощущение, что эта миссия выполнима!



**АЛЕКСАНДР
ЧУЧАЛИН**

академик, вице-президент НП «Национальная медицинская палата», председатель правления Российского респираторного общества, директор НИИ пульмонологии ФМБА России.

Для меня 2011 год в первую очередь стал годом достижений в российском здравоохранении. Наш научно-исследовательский институт активно работает. Мы продвинулись в двух направлениях. Группе врачей присуждена премия Правительства Российской Федерации за разработку и внедрение в практику методов диагностики и лечения шокового легкого.

Благодаря разработкам удалось снизить смертность с 80 до 30 процентов и меньше. Это позволило вплотную подойти к трансплантации легких. Российские врачи начали проводить удачные операции по пересадке легкого. В мире таких операций было проведено уже более полутора тысяч. Недавно нам удалось оперировать больную с муковисцидозом.

Во вторую очередь, год обозначил лидера в российском здравоохранении – Леонида Рошала. Этот лидер поддерживается «снизу» врачами, он объединяет наше профессиональное сообщество. Это большое достижение. Леонид Михайлович искренне переживает за организацию здравоохранения, у него нет никаких личных интересов, но есть огромное желание сделать лучше медицинскую помощь в стране. Всероссийскому общественному форуму медицинских работников я придаю эпохальное значение. Мы собрались для того, чтобы власть услышала ученых и врачей.



**ЕВГЕНИЙ
КОСТЮШОВ**

председатель Комиссии по здравоохранению Союза малых городов России, главный врач МУЗ «Сертоловская центральная городская больница».

Важное для меня – становление Национальной медицинской палаты. По моему глубокому убеждению, у нас было больше побед, нежели поражений. Поражений не было – были отступления. Ибо, как говорил полководец, «для того, чтобы победить, нужно отступить». Значимая победа НМП – это самое непосредственное участие в выработке Закона «Об охране здоровья граждан РФ». Было внесено 109 поправок. Вторая значимая победа – вступление в Общероссийский народный фронт и разработка программного документа Общероссийского народного фронта «Здоровая нация».

От Форума я жду конструктивных решений по выводу российского здравоохранения из мертвой петли, ибо здравоохранение России должно не тлеть, не догорать, не деградировать, а, напротив, – возрождаться, развиваться и совершенствоваться! Авангардом в этих стремлениях должна стать Национальная медицинская палата.

Эксперты палаты предлагают решения

СЕРГЕЙ ДОРОФЕЕВ: «МЕДИЦИНСКОЕ СООБЩЕСТВО ДОЛЖНО НАУЧИТЬСЯ ОТСТАИВАТЬ СВОИ ИНТЕРЕСЫ»

– Сергей Борисович, Национальная медицинская палата совместно с Народным фронтом провела в начале года более 60 форумов медицинских работников практически во всех субъектах РФ. Какие у вас остались впечатления от этих встреч?

– Я еще раз убедился в том, что во всех регионах схожие проблемы. И к сожалению, это системные проблемы. Относительно благополучная ситуация только в тех регионах, где губернаторы пытаются в ручном режиме регулировать решение проблем здравоохранения.

– А какие из них требуют, на Ваш взгляд, первоочередного решения?

– Одна из важных проблем – финансовое наполнение системы здравоохранения. Есть хорошая старая пословица: «Сколько денег, столько песен». Однако петь заставляют всех в одной тональности, в одном хоре, а деньги дают по-разному. В первую очередь необходимо одинаковое финансирование на всех территориях. Последние 20 лет этот принцип очень витиевато выполнялся, т.е. региону было не важно выполнять подушевой норматив. Иногда дефицит программы госгарантий переходил всякие разумные пределы. В некоторых регионах даже приходилось вмешиваться прокурорам. А требования у пациентов везде схожие, и главное из них то, что медицинская помощь должна быть бесплатной. Теперь, по новому законодательству «Об основах здоровья граждан РФ», нет такой лазейки, которая допускает дефицит в программе госгарантий. Президент ввел один из индикаторов оценки работы главы субъекта – его исполнение обязательств государственных гарантий.

– А каким образом можно решить финансовые проблемы в здравоохранении?

Проблема недофинансирования здравоохранения – это прежде всего проблема межбюджетных взаимоотношений, т.е. перераспределения средств из центра в регионы. Необходимо, чтобы на местах была заинтересованность в формировании и стимулировании доходной части бюджета на здравоохранение. Есть примеры, когда даже в дотационных регионах формируется доходная часть. Это вопрос управления и желания.

Во-вторых, необходимо изменить подход к оценке расчета финансовых затрат на здравоохранение. Это возможно, когда все одинаково понимают, что делают. То есть имеются универсальные госстандарты. Например, Министерство здравоохранения вместе со специалистами считает, что в среднем – подчеркиваю тремя чертами, в среднем – надо вот так лечить конкретного больного. Второй вопрос: за какие деньги его лечить по такому стандарту? На каждой территории стандарты должны быть одинаковыми. Но стоить они будут по-разному на Чукотке и в Москве. В части заработной платы стоимость будет разная, в части торговой наценки на расходные материалы. В этом случае каждая территория может спокойно посчитать, сколько денег нужно на обеспечение программы государственных гарантий в регионах. Не обобщенно, а конкретно, исходя из данных половозрастной структуры населения, структуры заболеваний на территории. Сейчас, к сожалению, не такой подход. Сейчас сколько денег есть, столько и поделят. Если на иммуноферментный анализ осталось 4 рубля, то значит, что он



СЕРГЕЙ ДОРОФЕЕВ

заместитель председателя Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ, вице-президент НП «Национальная медицинская палата», Президент Ассоциации «Медицинская палата Сибирского Федерального округа», Председатель Новосибирской областной ассоциации врачей, заслуженный врач РФ, к.м.н.

и стоит 4 рубля. Но это, подчеркну, стандарты для расчета стоимости программы государственных гарантий. А вот лечить надо по клиническим протоколам.

– Какие еще проблемы требуют первоочередного решения?

– Все знают о кадровой проблеме, но никто не знает, как ее решить быстро и комплексно. Как только мы начинаем говорить о зарплате для врачей, то сразу же встает вопрос о зарплате для представителей всей бюджетной сферы. К тому же в последнее время стала очевидной непривлекательность врачебной профессии. Мало энтузиастов, которые готовы за маленькую заработную плату нести на себе колоссальный груз психологической, моральной, а иногда и уголовной ответственности.

– Как изменить эту ситуацию?

– Должна быть федеральная программа «Кадры» в здравоохранении. Должны быть поставлены стратегические и тактические задачи. На местах надо определять, сколько специалистов необходимо подготовить. Нет резона перекачивать деньги из местных бюджетов в вузы федеральные, потому что финансировать их лучше в целевом порядке из федерального центра.

Следующий момент – как закрепить кадры, какой должна быть мотивация, чтобы человек поехал и остался работать надолго. Соцпакет должен быть сходным в регионах. Тогда мы начнем добиваться одинакового количества не только денег на территории, но и одинакового кадрового состава. А если будут кадры, то можно будет надеяться на одинаковое качество обслуживания по всей стране.

– Есть ли необходимость изменения законодательных актов на данном этапе?

– Совершенно очевидно, что нужны поправки в основополагающие законы. Прежде всего это закон «Об обязательном медицинском страховании». Его принимали второпях.

Например, это касается процедуры контроля качества лечения. С одной стороны, контроль отдан на откуп Федеральному фонду. С другой стороны, он не имеет полномочий реализовывать этот контроль – никакие штрафные санкции не может прописать до конца, внедрить их без обсуждения со страховыми компаниями, лечебными учреждениями. Он имеет просто рекомендательный статус, а наказать императивно не может, т.к. это противоречит гражданскому законодательству. Возникает конфликт. Раньше все эти вопросы решались с помощью согласительных комиссий. Теперь такого нет. Кроме того, Фонд решает, как часто надо проверять лечебные

учреждения. А то количество проверок, которыми захлестнули лечебные учреждения, переходит все разумные пределы.

Нужно и к закону «Об основах охраны здоровья граждан РФ» возвращаться. Потому что там есть нормы, которые имеют оценочный характер, но они до сих пор не работают. Минздрав многие эти нормы не конкретизировал в силу своей неготовности решить эту проблему. Надо около сотни распорядительных документов готовить. Среди них – регулирование оказания экстренной медицинской помощи, вопросы включения в ОМС скорой инфекционной помощи. Не определены порядки оказания помощи и оснащения лечебных учреждений.

– Что в ближайших планах работы Комитета здравоохранения Государственной Думы?

– В мае ставим спорные вопросы на круглые столы и на парламентские слушания. Это вопросы правоприменительной практики закона «Об обязательном медицинском страховании», закона «Об основах здоровья граждан РФ», вопросы по лекарственному обеспечению.

– Недавно Вы стали депутатом Государственной Думы, заместителем председателя Комитета по здравоохранению. Какие задачи Вы перед собой ставите?

Видю для себя две основные задачи. Во-первых, создать единую профессиональную врачебную организацию. Вопросы качества медицинской помощи – это вопросы медицинского сообщества. Медицинское сообщество гарантирует, что врач будет лечить так, как наиболее эффективно. Это – наша кухня, даже не страховых компаний. Страховые компании должны приходить и перепроверять. Во всем мире именно так и происходит. Никто кроме нас, врачей, никогда не оценит качество. Если саморегулирование будет введено в полном объеме, тогда можно говорить, что врачебное сообщество будет отвечать за своих членов.

И, во-вторых, необходимо сформировать законодательные условия, мотивирующие каждого гражданина к сохранению и укреплению своего здоровья, а работодателей – к сохранению здоровья своих сотрудников. У нас, к сожалению, нет самого главного в стране: мотивации, в т.ч. экономической, здоровых граждан сохранять и укреплять свое здоровье. Пока мы не будем развивать это направление, система здравоохранения будет бесконечно недофинансированной.

Беседовала Н. Золотовицкая

НАТАЛИЯ АКСЕНОВА. ТРЕТЕЙСКИЙ СУД КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ СПОСОБ СУДЕБНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА. ОПЫТ СМОЛЕНСКОЙ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «ВРАЧЕБНАЯ ПАЛАТА»

*Смоленская региональная общественная организация «Врачебная Палата» одной из первых среди медицинских общественных организаций начала создавать систему правовой защиты и юридической поддержки медицинских работников. Уже более трех лет при Палате работает Институт третейского судопроизводства, Институт независимой экспертизы медицинских документов, осуществляется общественная защита медиков в судебных слушаниях. О практике развития этих институтов рассказывает председатель Смоленской врачебной палаты **Наталья Аксенова**.*



НАТАЛИЯ
АКСЕНОВА

председатель Смоленской региональной общественной организации «Врачебная Палата», член Президиума НП «Национальная медицинская палата».

Третейское

судопроизводство –

один из инструментов саморегулирования, который позволяет разрешать гражданско-правовые споры на основе взаимного волеизъявления сторон – третейского соглашения.

Третейские разбирательства осуществляются на основании Закона РФ от 7 июля 1993 года № 5338-1 «О международном коммерческом арбитраже» и/или Федерального закона от 24 июля 2002 года № 102-ФЗ «О третейских судах в Российской Федерации».

– **Наталья Леонидовна, закреплена ли законодательно возможность судебного разбирательства в сфере здравоохранения?**

– Сегодня – да. Еще в недалёком прошлом вопрос о судебных спорах между пациентами и медицинскими учреждениями не стоял. Изменения в этих отношениях возникли после принятия Конституции РФ 1993 года и Гражданского кодекса РФ. Этими нормативными актами провозглашено право граждан на судебную защиту, и медицинские услуги прямо отнесены к гражданско-правовым отношениям, а именно к договорам возмездного оказания услуг. Согласно ч.1 ст. 11. Гражданского процессуального кодекса, «защиту нарушенных или оспоренных гражданских прав осуществляет в соответствии с подведомственностью дел, установленной процессуальным законодательством, суд, арбитражный суд или третейский суд (далее – суд)». То есть законом предусмотрен способ разрешения споров, не связанный с судами общей юрисдикции, тем не менее, являющийся легальным – третейский суд.

– **В чем преимущества третейского судопроизводства?**

– Медицина – высокоспециализированная отрасль. Поэтому самое главное в таком судебном разбирательстве – обеспечить профессионализм и объективность в рассмотрении дела. Третейский суд позволяет это сделать. Во-первых, судопроизводство обязательно должно

проходить с участием трех судей. Одного выбирает истец, другого – ответчик, третьего назначает председатель. Такой порядок делает судопроизводство более объективным. Кроме того, квалифицированное рассмотрение споров – это компетенция врачей.

Все члены суда имеют либо медицинское, либо юридическое образование. Например, у нас все члены суда прошли краткосрочное обучение с получением удостоверения в Московской академии Государственного и муниципального управления в период с января по июнь 2010 года по программе «Третейское судопроизводство в здравоохранении и его роль в сфере защиты прав и свобод граждан».

Также надо учитывать, что, в отличие от разбирательств в государственных судах, рассмотрение дела проходит намного быстрее. Сроки рассмотрения дел в третейском суде, как правило, не превышают месяца.

– **Что входит в компетенцию работы Третейского суда при Смоленской врачебной палате?**

– Третейский суд создан для решения широкого круга спорных вопросов. Мы рассматриваем споры в области здравоохранения: в том числе, споры по возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью при оказании медицинской помощи, споры, возникающие из нарушения прав граждан из-за ненадлежащего исполнения своих обязанностей

работниками системы здравоохранения: врачами, фармацевтами и др. К нашей компетенции относится также рассмотрение споров, связанных с оказанием медицинской помощи по договорам обязательного и добровольного медицинского страхования, споров, вытекающих из договоров на оказание платных медицинских услуг.

– Решения третейского суда затрагивают многих участников – пациентов, врачей, медицинские учреждения, страховые компании. Каков организационный механизм работы суда?

– В основе третейского суда лежит добровольное согласие двух сторон на то, чтобы третья сторона разрешила их спор. Договориться о судопроизводстве в третейском суде стороны могут не только после возникновения конфликта, но и заранее, при заключении договора. Для этого в тексте договора между лечебным учреждением и пациентом нужно поместить так называемую «третейскую оговорку», то есть пункт о том, что в случае возникновения спора он будет решаться в конкретном третейском суде. В этом случае стороны обязаны будут выполнить это третейское соглашение. Для того, чтобы обеспечить работу третейского суда, Врачебная палата подписала соглашения с департаментом здравоохранения, лечебными учреждениями, страховыми компаниями, врачебными ассоциациями. Благодаря этому в типовых договорах на оказание медицинских услуг будет обязательно прописана «третейская оговорка» в разделе «порядок разрешения споров»: урегулирование всех споров рассматривается в Третейском суде Смоленской врачебной палаты.

– А каким образом обеспечивается обязательность исполнения решений третейского суда? Ведь каждый несогласный может обратиться в государственный суд.

– Обязательность исполнений решений третейского суда также законодательно закреплена. Если, несмотря на наличие третейского соглашения, один из участников гражданско-правового спора обращается с иском в государственный суд, другая сторона этого соглашения вправе заявить возражения относительно разрешения этого спора в суде общей юрисдикции. В таком случае, установив, что третейское соглашение действительно, не утратило силу и может быть исполнено, а спор не исключен из компетенции третейского суда, суд общей юрисдикции должен признать себя некомпетентным в разрешении этого спора. Именно отсутствие у государственного суда общей юрисдикции компетенции на

разрешение данного спора, возникшего из гражданских правоотношений, влечет за собой такое процессуальное последствие, как оставление искового заявления без рассмотрения (ст. 222 ГПК РФ).

– Какие дела чаще всего рассматриваются в Третейском суде Смоленской врачебной палаты?

– За период работы Врачебной палаты на рассмотрение поступило 268 устных и письменных заявлений граждан. Большинство из них – жалобы на лекарственное обеспечение. Это вопросы рецептов, которые выписаны федеральным льготникам района и остались «неотоваренными», не были занесены в список отложенных рецептов, вопросы продажи лекарств в фельдшерских, акушерских пунктах.

Немало жалоб на качество медицинского обслуживания инвалидов, сохранивших право на набор социальных услуг, и льготников, проживающих в отдаленных населенных пунктах района. Замечания на неудовлетворительное оказание медпомощи, медико-социальную экспертизу также занимают существенное место. Бывают жалобы на медицинских работников, на отказ от госпитализации матери с ребенком.

Всего по итогам работы третейского суда передано для принятия решения в управление Росздравнадзора по Смоленской области 105 решений, в прокуратуру Смоленской области 1 решение, остальные рассмотрены и удовлетворены на стадии досудебного разбирательства. И это очень важно. Для рассмотрения поступивших материалов была применена медиация как эффективный способ досудебного решения споров. Благодаря профессиональному составу всей Врачебной палаты все жалобы пациентов были рассмотрены и удовлетворены на стадии досудебного разбирательства в третейском суде. Умение договариваться и вести компромиссные переговоры по урегулированию споров альтернативными способами дали свой положительный результат.

– Что еще вы делаете в направлении юридической поддержки врачей и пациентов?

– В связи с многочисленными жалобами и обращениями граждан по вопросам здравоохранения, в составе Смоленской врачебной палаты была создана консультативная юридическая комиссия. Все материалы, поступающие в комиссию, тщательно изучаются, анализируются и оцениваются экспертным составом Палаты, в который входят профессор, доктор наук, заслуженные врачи, организаторы здравоохранения и опытные профессиональные юристы.

– Каковы планы Смоленской врачебной палаты по развитию системы юридической поддержки медицинских работников?

– Палата намерена выстроить систему аккредитованных адвокатов, продолжать развитие метода медиации. Мы активно сотрудничаем со средствами массовой информации, участвуем в общественных и судебных слушаниях. Палата намерена и дальше не допускать бездоказательных обвинений медицинских работников.

Также мы понимаем необходимость тесного сотрудничества с профессиональными ассоциациями врачей: стоматологов, кардиологов, урологов, онкологов и т.д. Планируем заключать соглашения о предоставлении экспертов на судебные заседания, формировать единую судебную практику по стандартам качества медицинской помощи. В общем, делать все возможное для защиты врачей и пациентов и повышения престижа медицинской профессии.

Беседовала Н. Золотовицкая

ЕВГЕНИЙ КОСТЮШОВ: «СПАСЕНИЕ УТОПАЮЩИХ – ДЕЛО РУК САМИХ УТОПАЮЩИХ» (ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РФ)

В качестве приоритетной проблемы, которую необходимо решить для устранения других проблем российского здравоохранения, многие руководители ЛПУ отмечают заработную плату медицинских работников. На мой взгляд, это правильно лишь отчасти.

Складывается впечатление, что руководители видят медицинскую организацию как некий социальный объект, который должен обеспечивать хорошей заработной платой медицинских работников в одностороннем порядке.

Вместе с тем, мне представляется, что главными являются не медицинские работники, а население соответствующей территории, которое нуждается в медицинской помощи. Именно для этого создаются медицинские учреждения. Главная цель медицинского учреждения – оказание качественной медицинской помощи населению, а главная задача субъекта федерации – своевременно оплачивать эту помощь в соответствии с обоснованными тарифами. Центральной фигурой, без всякого сомнения, является главный врач учреждения.

Роль и значение главного врача медицинского учреждения прежде всего заключается в формировании коллекти-

ва профессионалов и единомышленников, способного выполнить поставленные задачи по оказанию медицинской помощи населению. Архиважным в работе главного врача должна являться идеология, направленная на осознанное понимание коллективом: «Кто для больного? Больной для врача или врач для больного?». Когда все члены коллектива поймут, что все-таки «врач для больного», а не наоборот, тогда-то и возникнет осознанная необходимость членом коллектива в понимании того, что любое ЛПУ – это не колония для трудновоспитуемых детей, а любой главный врач – это не Макаренко и даже не Сухомлинский. Когда придет такое понимание, то внимание коллектива будет сконцентрировано на выполнение основных функций, которые, в свою очередь, будут способствовать формированию профессионального сознания и, как следствие – профессиональной ответственности за то, что не имеет цены – жизнь человека. Непременным условием, которое в значительной мере может повысить удовлетворенность населения России качеством получаемой медицинской помощи, на мой взгляд, является следующее: **при работе с пациентом врач не должен думать об**



ЕВГЕНИЙ
КОСТЮШОВ

председатель Комиссии по здравоохранению Союза малых городов России, главный врач МУЗ «Сертоловская центральная городская больница».

экономической выгоде. Все его внимание должно быть сосредоточено на диагностике и лечении той или иной нозологической формы патологии, которая была выявлена у пациента. Однако я далек от мысли, чтобы врач работал, как это часто звучит из уст обывателей, только потому, что он дал когда-то клятву Гиппократу – за здорово живешь, безденежное служение своей профессии. Это абсурд. Каждый труд должен быть оплачен. А труд доктора – втройне!

Доктор не может быть аскетом. Ибо доктора во все времена и при всех режимах считались и считаются публичными людьми. По сути дела, во всех странах мира это цвет и интеллект нации. Поэтому внедрять идеологию аскетизма в масштабах России – безнравственно. По моему глубокому убеждению, аскетизм также как и барство – это две крайние точки психической неполноценности. В медицине же психически неполноценных докторов быть не может по определению.

В связи с вышеизложенным возникает вопрос: «Кто же должен заботиться об экономическом стимулировании доктора за выполненную работу?». Ответ однозначен и прост – государство! Поэтому совершенно очевидно, что если главный врач является представителем государства в ЛПУ, то именно он должен заботиться и юридически нести ответственность за достойное (но не нищенское) экономическое стимулирование медицинских работников в вверенном ему учреждении. При этом именно главный врач должен обеспечить связь и зависимость между оказанием медицинской помощи и получением медицинскими работниками соответствующего вознаграждения путем создания в медицинском учреждении своей системы оплаты труда (положение по оплате труда).

Однако принципиально важной является другая сторона медали, касающаяся самого работника ЛПУ. Каждый доктор и медицинская сестра должны четко уяснить, что деньги в учреждение поступают вслед за пролеченным больным. И эти деньги нужно зарабатывать всем коллективом ЛПУ! А идеология главного врача должна быть направлена на то, чтобы сполна выплатить сотруднику честно заработанные деньги. Даже если зарплата сотрудника выше, чем у главного врача – честь и хвала такому сотруднику! Ибо он вносит свой вклад в экономическую стабильность учреждения и, как следствие, в здоровье нации. Таких трудяг надо приветствовать и поощрять, а не думать, как бы у них отобрать заработанное. Только лишь по-

добный альянс и правильное понимание всем коллективом современных принципов финансирования ЛПУ может дать высокий экономический эффект, который, в свою очередь, должен быть направлен на оказание медицинской помощи населению, собственно, ради чего и созданы ЛПУ – для пациента и во имя пациента.

В связи с тем, что у нас в России до сих пор не проведена организационная реформа в здравоохранении, считаю необходимым обратить внимание, что все учреждения субъекта федерации необходимо делить на три группы: **областные учреждения, районные учреждения, учреждения, не имеющие статуса районных.** В соответствии с этими группами и следует вести речь об оплате труда в них. Принципы оплаты труда в этих группах должны быть разными.

Примечательно, что ни один из руководителей в представленных по нашей просьбе материалах не озвучил ни тарифы своего субъекта по оплате медицинской помощи, ни прикрепленное население, ни возложенные на учреждение объемы медицинской помощи (т.е программу госгарантий на территории). **А ведь зарплата медперсонала является лишь одной статьей калькуляции в тарифе.** Отсюда и возникает непонимание комплексного подхода к проблеме заработной платы. В РФ есть регионы, и их большинство, где утвержденные тарифы позволяют оказывать качественную помощь, но общий бардак, коррупция позволяют безнаказанно воровать до полного нуля. Иногда главные врачи меняются в год по нескольку раз.

Сегодня у нас в здравоохранении существует проблема обоснованности штатных расписаний междучреждений. Штаты составляются по нормативам доперестроечного времени. Население и его потребности в медицинской помощи игнорируются. Поэтому зачастую штаты даже негде разместить. При этом штаты не соотносят с тарифами на оплату медицинской помощи. В итоге денег в тарифе не хватает даже на тарификацию. Отсюда все проблемы. Представляется, что при формировании инфраструктуры здравоохранения, планировании видов и объемов медицинской помощи, а также кадровых, материальных и экономических потребностей ЛПУ прежде всего должен соблюдаться принцип **разумной достаточности**, в основе которого лежит надобность, необходимость и возможность оказания медицинской помощи исходя из структуры заболеваемости населения, ресурсов ЛПУ, материально-технической базы и т.д.

Из вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. Постановку проблемы о низкой заработной плате надо начинать с разработанной программы госгарантий на соответствующей территории. Далее определить оптимальное количество персонала учреждения для оказания необходимой медпомощи.
2. Осуществлять калькуляцию себестоимости каждой медицинской услуги и сделать вывод об обоснованности тарифов в субъекте.

3. Ужесточить спрос именно с главных врачей за выполнение программы госгарантий.

И самый главный вывод – нам необходимо выстроить эффективный механизм обновления экономики в российском здравоохранении, найти и привлечь необходимые для этого не только и даже не столько материальные, а самое главное – кадровые ресурсы. Ибо даже совершенная современная материально-техническая база, оснащенная аппаратурой, без профессионалов, без человеческого фактора в здравоохранении остается грудой металла.

ЛИЧНОЕ МНЕНИЕ

АЛЕКСЕЙ СТАРЧЕНКО. ТРЕБОВАНИЯ К ЭКСПЕРТИЗЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СВЕТЕ НОВОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Вступление в юридическую силу Закона РФ от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» было широко мотивировано необходимостью существенного повышения качества оказания медицинской помощи в России. Поэтому положения закона о качестве медицинской помощи в обязательном порядке должны учитываться и применяться на практике, и, в первую очередь, в практике самой массовой экспертной деятельности – в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).

Часть 3 статьи 64 прямо указывает на необходимость и возможность использования положений о качестве медицинской помощи в системе ОМС уже с 1 января 2012 года: «*Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании*».

Закон РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» при этом не содержит стандартов, норм и правил оказания медицинской помощи, а имеет лишь упоминание о них в части 4 статьи 35 «Базовая

программа обязательного медицинского страхования»: «*Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти*».

В части 4 статьи 44 Закона РФ № 326-ФЗ также косвенно упомянуты стандарты медицинской помощи: «*4. При ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляются сбор, обработка, передача и хранение следующих сведений: 1) примененные медико-экономические стандарты*».

Основополагающая же для экспертной деятельности в системе ОМС статья 40 Закона РФ № 326-ФЗ, регулирующая организацию контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, вообще не содержит упоминания о стандартах оказания медицинской помощи.

Части 4 и 6 статьи 40 определяют:

«*4. Медико-экономическая экспертиза (МЭЭ) – установление соответствия фактических сроков оказания*



АЛЕКСЕЙ
СТАРЧЕНКО

д.м.н., профессор, сопредседатель комитета независимой медицинской экспертизы НП «Национальная медицинская палата», директор Дирекции экспертизы медицинской помощи страховой медицинской компании «Росгосстрах-Медицина», член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре.

медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации...

6. Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) – выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи».

Опыт экспертной работы в системе ОМС, в том числе вступившие в силу приговоры и постановления судов РФ, показывают, что выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи, не мыслимы без сопоставления оказанной медицинской помощи с требованиями стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных в предыдущее десятилетие нормативными актами федерального органа исполнительной власти.

В подзаконном акте – приказе ФОМС от 01.12.10 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», в п. 5 указанного Порядка объявлены цели контроля в системе ОМС, в т.ч.: «5. Цели контроля: 5.3. предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и/или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами».

Из этого следует, что обязательной составляющей экспертизы медицинской помощи в системе ОМС является контроль выполнения порядков и стандартов медицинской помощи.

Более того, в пунктах 14 и 25 данного Порядка объявлены поводы для целевых МЭЭ и ЭКМП – случаи заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц

в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

Пункт 21 Порядка четко определяет, что экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи.

Пункт 80 Порядка фактически вводит в действие методику проведения ЭКМП, обязывая специалиста-эксперта осуществлять выборочный контроль объемов медицинской помощи по страховым случаям путем сопоставления фактических данных об оказанных застрахованному лицу медицинских услугах с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

Помимо указанных выше норм, приложением № 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию введена в действие императивная норма – Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), которым СМО предписывается применение финансовых и штрафных санкций за невыполнение стандарта медицинской помощи:

«1.5. Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», «Формуляр лечения стационарного больного», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.

3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи.

3.3. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий.

3.9. Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.

5.7.5. Включения в реестр счетов медицинской помощи:

– амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи)».

Полагаем, что пункт 21 статьи 3 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части определения качества медицинской помощи, как совокупности характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата, может служить отправным для решения данной коллизии. Из этого определения следует, что невыполнение показанной медицинской услуги, и включенной в стандарт, утвержденный нормативным актом федерального органа исполнительной власти, является ненадлежащим качеством медицинской помощи, по признаку неправильности выбора методов диагностики и лечения.

Статья 10 Закона РФ № 323-ФЗ устанавливает: «Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются: 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Таким образом, гарантированным объемом услуг для правильной диагностики и правильного лечения в системе ОМС является набор медицинских услуг – стандарта, без которых невозможно исполнить требование к качеству о правильности диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. услуг с частотой предоставления 100%.

Статья 64 Закона РФ № 323-ФЗ и часть 6 статьи 40 Закона РФ № 326-ФЗ определяют: «Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата».

Из этого также следует, что для правильной диагностики и правильного лечения в системе ОМС необходимо выполнять комплекс медицинских услуг стандарта, без которых невозможно исполнить

требование к качеству о правильности диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. услуг с частотой предоставления 100%.

Статья 87 Закона РФ № 323-ФЗ устанавливает: «Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем: 3) соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи ТФОМС и СМО в соответствии с законодательством РФ об ОМС».

Из этого следует, что ТФОМС и СМО обязаны контролировать качество медицинской помощи, исходя из принципа соблюдения объемов оказания медицинской помощи, т.е. набора медицинских услуг – стандарта, без которых невозможно исполнить требование о правильности выбора диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. медицинских услуг с частотой предоставления 100%.

Таким образом, в каждом акте медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи экспертам страховых компаний при выявлении случаев невыполнения стандартов и порядков оказания медицинской помощи необходимо в заключение включать текст правового основания применения штрафных санкций: «Объем, качество и условия предоставления оказанной медицинской помощи не соответствуют определению качества медицинской помощи в соответствии с п. 21 ст. 3 Закона № 323-ФЗ и п. 6 ст. 40 Закона № 326-ФЗ по признаку неправильного выбора методов диагностики и лечения».

1. Требования к экспертизе оценки протоколирования в медицинской документации добровольного информированного согласия пациента – застрахованного лица на медицинское вмешательство.

С вступлением в юридическую силу части 3 статьи 64 Закона РФ от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дополнительно легитимизируется экспертиза медицинской помощи в системе ОМС: «Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании».

Часть 6 статьи 40 Закона РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определяет: «Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявле-

ния нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата». Из этого следует, что правильная диагностика и правильное лечение в системе ОМС напрямую связаны с правильным выбором комплекса обязательных медицинских услуг (стандарта оказания медицинской помощи), без которых невозможно исполнить главное требование к качеству о правильности диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. медицинских услуг с частотой предоставления пациенту 100%, которые и являются «предметом» информирования пациента с целью получения согласия на их оказание медицинским работником.

В соответствии с пунктом 5 статьи 2 Закона РФ от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности». Таким образом, согласие следует получать на любое «взаимодействие» врача и пациента.

Пункт 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ в части определения качества медицинской помощи, как совокупности характеристик, отражающих:

- своевременность оказания медицинской помощи,
- правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи,
- степень достижения запланированного результата является отправной для экспертного разрешения вопроса о составляющих добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство. Из этого определения следует, что отсутствие отражения в медицинской документации указанных характеристик качества медицинской помощи должно расцениваться экспертом, как ненадлежащее информирование пациента о медицинском вмешательстве. Так, в отсутствие формулирования в протоколе информированного согласия четких и понятных пациенту критериев качества конкретного

вмешательства, которое ему будет оказано, лишает пациента права на информированный отказ от такого вмешательства в связи:

- со сроками его проведения (критерий – своевременность);
- с неприемлемостью для пациента конкретных услуг, которые будут оказаны в рамках вмешательства (кровезамещение для некоторых религиозных сект и т.д.; критерий – правильность выбора методов диагностики и лечения);
- с запланированным результатом лечения (может ли быть запланирован для пациента летальный исход, к примеру?).

Статья 64 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и часть 6 статьи 40 Закона РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определяют: «Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата».

Таким образом, отсутствие в медицинской карте стационарного больного, в плане ведения больного записи о планируемом результате диагностики и лечения или отсутствие в целом плана ведения больного являются признаками ненадлежащего качества медицинской помощи, что подлежит применению финансовых санкций.

В данном случае эксперт страховой медицинской организации в рамках медико-экономической экспертизы и эксперт качества медицинской помощи должны применить к учреждению здравоохранения санкции по коду 3.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), согласно приказу ФОМС от 01.12.10 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». В зависимости от исхода, минимальная санкция при этом применяется по коду 3.2.3 как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания либо создание риска возникновения нового заболевания.

Статья 20 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицин-

ского вмешательства» устанавливает правила протоколирования добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство:

«1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.»

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента».

Пункт 5 статьи 3 Закона РФ № 323-ФЗ вводит понятие медицинского вмешательства:

«5) медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности».

Таким образом, при проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах протоколирования добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство – отсутствие:

- полной информации о целях медицинского вмешательства, в т.ч. наименования;
- полной информации о методах оказания медицинской помощи,
- полной информации о риске, связанном с вмешательством и методами оказания помощи;
- полной информации о возможных вариантах медицинского вмешательства (перечисление

вариантов);

- полной информации о последствиях медицинского вмешательства;
- формулировки предполагаемого результата оказания медицинской помощи;
- подписи пациента;
- подписи медицинского работника.

Отсутствие в протоколе добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство одного из установленных законом требования – обязательный повод для применения финансовой санкции.

Информирование пациента, а особенно важно, родителя несовершеннолетнего пациента, о возможных последствиях отказа от медицинского вмешательства письменно – единственный способ для врача избежать уголовного преследования в случае возникновения тяжких последствий для жизни и здоровья пациента, отказавшегося от медицинского вмешательства. Никакие ссылки на устное информирование в доступной форме не избавят такого врача от трех-пяти лет потерянного на следственные действия времени. Только письменное оформление отказа в медицинской документации или журнале отказов от госпитализации с перечислением возможных и реальных последствий отказа с учетом результатов обследования пациента и диагноза его заболевания (состояния), а не любых произвольных, «приходящих первыми на ум врачу» последствий – реальная возможность сохранить время, деньги и здоровье. Руководители учреждений здравоохранения, как правило, возлагают ответственность на такого врача, попавшего «под горячую руку» прокурора.

В данном экспертном случае следует применить санкции по коду 4.3 или 3.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), согласно приказу ФОМС от 01.12.10 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», в зависимости от исхода. Минимальная санкция – по коду 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания неполным или ненадлежащим информированием пациента о риске медицинского вмешательства, которое нарушило право пациента на отказ от данного вмешательства.

2. Требования к экспертизе по оценке страховых случаев с летальным исходом.

Пункт 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ определяет качество медицинской помощи как степень достижения запланированного результата. Исходя из определения характеристики качества медицинской помощи как степени достижения запланированного результата, следует признать следующие выводы.

Для оценки качества медицинской помощи эксперту следует рассмотреть вопрос о степени достижения запланированного результата. Следовательно, в истории болезни должен быть такой раздел.

Как оценивать случай с летальным исходом с точки зрения степени достижения запланированного результата? Может ли быть в истории болезни запись о «планировании» у пациента летального исхода?

2.1. Планирование у пациента летального исхода в стационаре не соответствует цели оказания медицинской помощи, т.к. целью ее оказания является улучшение или облегчение состояния (заболевания) или создание условий (терапевтическим, хирургическим или иным вмешательством) для выздоровления пациента от имеющегося заболевания.

2.2. В соответствии с приложением 8 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 (в ред. Приказа ФОМС от 16.08.2011 N 144), к дефектам оказания медицинской помощи, т.е. ненадлежащему качеству медицинской помощи относят:

- «3.2.3. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавших риск возникновения нового заболевания»;
- «3.3.2. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахо-

ванного лица, либо создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавших риск возникновения нового заболевания».

Таким образом, создание риска прогрессирования имеющегося заболевания у пациента – дефект качества медицинской помощи. Из этого следует, что в процессе оказания медицинской помощи запрещается создание риска прогрессирования имеющегося заболевания (вплоть до летального исхода), а именно планирование летального исхода у пациента в стационаре – это реализация на практике риска прогрессирования имеющегося заболевания.

2.3. Планирование летального исхода у пациента в терминальной стадии онкологического процесса также является признаком ненадлежащего качества оказания медицинской помощи, т.к. планируемый результат любой деятельности (в том числе и медицинской) должен быть достигнут с минимальными временными и ресурсными затратами. В страховом случае с пациентом в терминальной стадии онкологического процесса планируемый результат в виде летального исхода должен быть также достигнут в кратчайшие сроки и с наименьшими ресурсными затратами. Другими словами, при планировании летального исхода у пациента в терминальной стадии онкологического процесса медицинский персонал должен «активно способствовать наступлению» летального исхода в кратчайшие сроки и с наименьшими затратами на лечение: как минимум – не лечить пациента, как максимум – ввести препараты для эвтаназии.

Исходя из данной логической цепи постулатов, следует признать следующие выводы о страховом случае стационарного лечения с летальным исходом:

1. в стационаре планирование летального исхода запрещается и является признаком ненадлежащего качества медицинской помощи;
2. в стационаре разрешено планирование исходов без создания риска прогрессирования имеющегося заболевания (вплоть до летального исхода);
3. летальный исход в стационаре – это недостижение запланированного результата (выздоровление или улучшение состояния);
4. каждый страховой случай с летальным исходом – случай ненадлежащего качества оказания медицинской помощи по признаку п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ – отсутствия достижения запланированного результата.

В данном экспертном случае следует применить санкции по коду 3.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), утв. приказом ФОМС от 01.12.10 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», в зависимости от исхода. Минимальная санкция – по коду 3.2.3 как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания либо создание риска возникновения нового заболевания. Максимальная санкция – «3.2.5. невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, приведших к летальному исходу».

3. Требования к МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации информации о применении лекарственных средств у больных по жизненным показаниям.

Отсутствие в протоколе информированного согласия пациента на применение лекарственных средств у больных по жизненным показаниям позиций, предусмотренных п. 4 Положения о порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.08.2005 г. № 494 («4. Перед началом применения лечащий врач должен проинформировать пациента (в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, родителей или законных представителей) о лекарственном средстве, об ожидаемой эффективности предлагаемой терапии, о безопасности лекарственного средства, степени риска для пациента, а также о действиях в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние его здоровья»):

- о лекарственном средстве,
- об ожидаемой эффективности предлагаемой терапии,
- о безопасности лекарственного средства,
- о степени риска для пациента,
- о действиях в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние его здоровья.

Применение санкций по коду 4.3 или 3.2 Перечня в зависимости от исхода; минимальная санкция – по коду 3.2.3 как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания либо создание риска возникновения нового заболевания неполным или ненадлежащим информированием пациента о риске применения лекарственного средства, которое нарушило право пациента на отказ от данного препарата.

4. Требования к МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации консилиума врачей.

Статья 48 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Врачебная комиссия и консилиум врачей» устанавливает:

«3. Консилиум врачей – совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию и для решения иных вопросов в случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом.

4. Консилиум врачей созывается по инициативе лечащего врача в медицинской организации либо вне медицинской организации (включая дистанционный консилиум врачей). Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию пациента. В протоколе консилиума врачей указываются фамилии врачей, включенных в состав консилиума врачей, сведения о причинах проведения консилиума врачей, течении заболевания пациента, состоянии пациента на момент проведения консилиума врачей, включая интерпретацию клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования и решение консилиума врачей. При наличии особого мнения участника консилиума врачей в протокол вносится соответствующая запись. Мнение участника дистанционного консилиума врачей с его слов вносится в протокол медицинским работником, находящимся рядом с пациентом».

Таким образом, при проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах протоколирования консилиума врачей – отсутствие:

- фамилий врачей, включенных в состав консилиума врачей;
- сведений о причинах проведения консилиума врачей;
- констатации течения заболевания пациента;
- констатации состояния пациента на момент проведения консилиума врачей,
- интерпретации клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования;
- отдельной записи при наличии особого мнения участника консилиума врачей;
- отдельной записи о внесении в протокол мнения участника дистанционного консилиума врачей;
- **в решении консилиума врачей – обязательной констатации:**
- установления состояния здоровья пациента;
- формулировки полного диагноза,
- определения прогноза;
- перечисления мероприятий тактики медицинского обследования и лечения;
- определения необходимости направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию для обеспечения преемственности оказания медицинской помощи.

Применение санкций по коду 3.2 Перечня в зависимости от исхода; минимальная санкция – по коду 3.2.3 Перечня как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания.

5. Требования к экспертизе по оценке правомерности отказа от патологоанатомического вскрытия.

При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах отказа от патологоанатомического вскрытия (ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ) – невыполнение вскрытия в следующих экспертных случаях:

1. подозрение на насильственную смерть;
2. невозможность установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;
3. оказание умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;
4. подозрение на передозировку или перепереносимость лекарственных или диагностических препаратов;

симось лекарственных или диагностических препаратов;

5. смерть:
 - связанная с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;
 - от инфекционного заболевания или при подозрении на него;
 - от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;
 - от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;
 - беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;
6. рождения мертвого ребенка;
7. необходимость судебно-медицинского исследования.

Применение санкций по коду 3.13 Перечня – «Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством».

6. Требования к экспертизе по оценке протоколирования в медицинской документации данных патологоанатомического исследования.

При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах (п. 4 ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования данных патологоанатомического исследования – отсутствие:

1. описания результатов гистологического исследования (описание микропрепаратов);
2. результатов биохимического анализа;
3. результатов микробиологического исследования с формулированием этиологии инфекционного процесса.

Применение санкций по коду 3.2 Перечня в зависимости от исхода, минимальная санкция – по коду 3.2.3 как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания либо создание риска возникновения нового заболевания.

7. Требования к экспертизе по оценке протоколирования в медицинской документации за-

ключительного клинического диагноза заболевания на основе прижизненной биопсии.

При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах (п. 4 ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования данных патолого-анатомического исследования – отсутствие: прижизненной биопсии и обязательного заключения гистологического исследования операционного материала (п. 1.5. приказа МЗ СССР от 04.04.83 г. № 375: «Установить, что гистологические исследования операционного материала являются обязательными»; п. 4 приложения N 1 к приказу Минздрава СССР от 11 марта 1988 г. N 203).

Применение санкций по коду: 3.2 в зависимости от исхода, минимальная санкция – по коду 3.2.3 как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания либо создание риска возникновения нового заболевания.

8. Требования к экспертизе при оценке протоколирования в медицинской документации выполнения реанимационных мероприятий или отказа от них.

При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах (ст. 66 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования выполнения реанимационных мероприятий или отказа от них:

1. несоблюдение временного интервала проведения реанимационных мероприятий (30 минут) или отсутствие протоколирования времени их начала и окончания;
2. отказ от выполнения реанимационных мероприятий в отсутствие записи решения консилиума врачей-специалистов о наличии у пациента достоверно установленного неизлечимого заболевания или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью;
3. отсутствие подробного протоколирования мероприятий, их хронологической последовательности с указанием времени, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 22.06.2000 г. в Методических указаниях № 2000/104 «Сердечно-легочная реанимация».

Применение санкций по коду: 3.2.5. невыполнение, ненадлежащее выполнение реанимационных мероприятий, приведших к летальному исходу.

9. Требования к экспертизе при оценке протоколирования в медицинской документации обоснования формы оказания медицинской помощи.

При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах (ч. 4 ст. 32 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования обоснования формы оказания медицинской помощи:

1. отсутствие формулирования повода для оказания экстренной медицинской помощи – внезапного острого заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента (перечисление признаков угрозы для жизни);
2. отсутствие формулирования повода для оказания неотложной медицинской помощи – внезапного острого заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (перечисление отсутствия явных признаков угрозы для жизни);
3. отсутствие хронологического признака (указания на время (час, минута) возникновения состояния, время начала и окончания каждого вмешательства, изменения в состоянии пациента, появления или устранения признаков угрозы для жизни).
4. отсутствие формулирования повода для оказания плановой медицинской помощи – заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;
5. отсутствие журнала ожидания пациентом плановой медицинской помощи по каждому отделению, а также записи в журнале о конкретной дате оказания плановой помощи, а также наличие свободных «более ранних» дат в журнале ожидания пациентом плановой медицинской помощи.

Применение санкций по коду: 3.2 в зависимости от исхода, минимальная санкция – по коду 3.2.3 как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания либо создание риска возникновения нового заболевания.

10. Требования к экспертизе по оценке протоколирования в медицинской документации правомерности оказания платных медицинских услуг.

При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах (ч. 3 ст. 80; ч. 5 ст. 84 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования правомерности оказания платных медицинских услуг:

1. понуждение к приобретению гражданином лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи;
2. отказ в назначении и применении по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, – в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;
3. отказ в предоставлении спального места и питания при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний;
4. отказ в предоставлении транспортных услуг при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований – при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;
5. оказание платной медицинской услуги при заболеваниях (формулировка МКБ-Х пересмотра), включенных в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
6. отсутствие в договоре на оказание медицинской помощи диагноза заболевания, полного

наименования услуги, перечня мероприятий, стоимости услуг – код дефекта – 1.4;

7. при установлении в процессе анализа предоставленной застрахованным лицом документации факта указания на внеочередность предоставления медицинской помощи следует запросить журнал ожидания (а также в отсутствие (непредъявление) журнала ожидания) и применить санкции в связи с несвоевременным оказанием медицинской помощи по всем страховым случаям, помощь по которым была незаконно отсрочена выполнением обжалуемой платной медицинской помощи (нарушена норма ст. 4. 2 ст. 19 Конституции РФ о запрете дискриминации по имущественному признаку) – код дефекта 3.2.3 как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания либо создание риска возникновения нового заболевания (как минимум);
8. при установлении в процессе анализа предоставленной застрахованным лицом документации факта указания на внеочередность предоставления медицинской помощи – отсутствие в преискуранте формулировки «внеочередное» предоставление медицинской помощи, как неполное и ненадлежащее информирование о медицинской услуге – код дефекта – 1.4;
9. уменьшение видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемой пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ввиду отказа пациента от предлагаемых платных медицинских услуг – код дефекта 3.2.3 как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания либо создание риска возникновения нового заболевания (как минимум);

11. Требования к экспертизе по оценке протоколирования в медицинской документации информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель в соответствии с нормой ч. 2 ст. 56 Закона РФ № 323-ФЗ и приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2007 г. № 335.

При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах протоколирования в медицинской документации информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2007 г. № 335:

1. *Отсутствие в медицинской карте данных о сроках, указанных в ч. 2 ст. 56 «Искусственное прерывание беременности», либо невыполнение указанных сроков:*

- 48-часового «периода молчания» при сроке беременности четвертая-седьмая недели и при сроке беременности одиннадцатая-двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;
- семидневного срока с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая-десятая недели беременности.

2. *Отсутствие данных об информировании:*

- о сроке беременности, об отсутствии противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;
- о смысле операции и обезболивания;
- о том, что медицинская помощь при операции (включая обезбоживание) входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения операции нет 100-процентной гарантии предотвращения возможных осложнений при проведении самой операции и в послеоперационном периоде;
- о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности;
- о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием здоровья после операции в соответствии с назначением лечащего врача;
- о необходимости приема назначенных лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача;
- о режиме поведения, в том числе половой

жизни, в послеоперационном периоде и возможных последствиях при его нарушении.

3. *Отсутствие данных о даче разъяснений о:*

- действиях, назначаемых перед проведением и во время проведения операции лекарственных препаратов и возможных осложнениях при их применении;
- основных этапах обезбоживания;
- следующих возможных осложнениях и последствиях проведения операции:
 - осложнениях непосредственно в момент проведения операции: осложнения анестезиологического пособия; травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов; кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки и др.;
 - осложнениях в послеоперационном периоде: скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый и/или подострый воспалительный процесс матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита; что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления матки и др.;
 - отдаленных последствиях и осложнениях: бесплодие; хронические воспалительные процессы матки и/или придатков матки; нарушение функции яичников; внематочная беременность; невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах: преждевременные роды; различные осложнения родовой деятельности; кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; нервно-психические расстройства и др.

4. *Отсутствие данных об альтернативе проведения операции и возможности не прибегать к ней.*

5. *Отсутствие заключения о том, что пациентка получила полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением операции, отсутствии оказания давления на пациентку, понимании ею смысла всех терминов, осознанном принятии решения о проведении ей операции.*

А.С. БРОДСКИЙ, Т.А. БРОДСКАЯ. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. ОПЫТ РАБОТЫ ПРИМОРСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ

Ответственность медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности – один из самых актуальных вопросов. В течение последних 3-5 лет в разы увеличилось число рассматриваемых уголовных дел в отношении медицинских работников.

Невозможно не заметить растущее количество материалов в СМИ, дискредитирующих деятельность врачей. Одна из причин такого положения вещей – низкая правовая культура медицинского сообщества. Недостаточно высокий уровень правовой грамотности медицинских работников демонстрирует количество жалоб и исков от пациентов, которые все чаще удовлетворяются судами. Так, по информации, представленной Министерством здравоохранения и социального развития России, число обоснованных претензий по установлению дефекта оказания медицинской помощи в случае смерти пациента может быть оценено в 150 тыс. случаев в год (до 500 тыс. случаев вместе с пожилым населением). По оценкам независимых экспертов, ежегодно смерть пациентов в результате ошибочных действий медицинских работников в РФ наступает в 45-50 тыс. случаев. Потенциальное число претензий на признание инвалидности результатом дефекта оказания медицинской помощи может составить 170 тыс. ежегодно [1].

В настоящее время российское здравоохранение переживает период модернизации, которая подразумевает пересмотр нормативно-правовой базы этой сферы. Стремительные изменения законодательства, растущая правовая грамотность пациентов, коммерциализация здравоохранения, увеличение количества исковых заявлений и судебных процессов с участием медицинских организаций и врачей свидетельствуют о насущной потребности в квалифициро-

ванном юридическом обеспечении деятельности каждого лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) и постоянного повышения знаний в правовой сфере его сотрудников. Нередко именно неосведомленность врачей в вопросах современного медицинского права приводит к произвольной трактовке многих юридических фактов и, как следствие, к беззащитности ЛПУ в случаях предъявления судебных исков со стороны пациентов.

Одной из особенностей общественной организации «Приморская медицинская ассоциация» (ПМА) являются ее кадры – специалисты имеют двойное образование: высшее медицинское и высшее юридическое. За прошедшие годы наши юристы приняли участие в более чем 600 судебных разбирательствах по «врачебным» делам. Имеющийся опыт позволяет проиллюстрировать некоторые ситуации, которые приводят к неблагоприятному для медицинских работников (или организации) судебному решению.

Ситуация 1. В гражданском законодательстве действует так называемый принцип генерального деликта, или презумпции вины. Принцип означает, что вина медицинского учреждения, в котором произошло осложнение, предполагается изначально – презумируется. Если такое изначально юридическое предположение (презумпция) не будет грамотно опровергнуто в судебном процессе самим ответчиком (медицинское учреждение), то его вина считается установленной.

К сожалению, при предъявлении претензии или иска к ЛПУ его руководитель обычно начинает с очевидной для него аксиомы – «пусть докажут». По этой привычке прежних лет руководители медицинских учреждений обращаются к помощи медицинского адвоката только тогда, когда по заявлению пациента возбуждено



БРОДСКИЙ
АЛЕКСАНДР
САМУИЛОВИЧ

врач, юрист, президент общественной организации «Приморская медицинская ассоциация»
<http://www.primma.ru>



БРОДСКАЯ
ТАТЬЯНА
АЛЕКСАНДРОВНА

врач, доктор медицинских наук, юрист, специалист общественной организации «Приморская медицинская ассоциация», декан факультета послевузовской подготовки ГБОУ ВПО Владивостокский государственный медицинский университет Минздрава России.

[1]. Пояснительная записка к проекту ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами» // http://www.minzdravsoc.ru/docs/doc_projects/447

уголовное или гражданское дело. На этой стадии конфликта, когда история болезни изъята, есть протокол вскрытия и собраны доказательства, изменить ход дела нельзя. Руководители ЛПУ, работающие с нами, знают, что для эффективной юридической защиты врача необходимо привлекать медицинского адвоката. Специфика «врачебных дел» требует применения особых юридических навыков, позволяющих грамотно анализировать имеющиеся в деле медицинские факты, сочетать знания права и медицины, в случаях судебного разбирательства привлекать юристов, имеющих, помимо юридического, медицинское образование.

Ситуация 2. Нельзя не отметить и своеобразие правовой культуры российских медиков. Парадокс состоит в том, что правовые знания востребованы медицинскими работниками преимущественно в экстремальных ситуациях, когда возникает необходимость в разборе претензий, связанных с дефектами качества оказания медицинской помощи гражданам. В то же время именно изначальное глубокое знание правовой базы здравоохранения должно формировать потребность медицинских работников осуществлять профессиональную деятельность с соблюдением всех норм, установленных законом. Необходимо до каждого врача донести основные юридические понятия, касающиеся его профессии, регулярно проводить учебу, направленную на ликвидацию правовой безграмотности врачей, повышение уровня правовых знаний [2].

Нередко безграмотность практических врачей в вопросах медицинского права приводит к произвольной трактовке отдельных юридических фактов. Некоторые ситуации усугубляются пренебрежением медиками принципов этики и деонтологии. До судебного разбирательства доходят такие конфликтные ситуации, которые либо не должны возникать вовсе, либо быть грамотно урегулированы в досудебном порядке на уровне ЛПУ. В случае судебного разбирательства непреднамеренная беспечность может быть описана судом как грубые нарушения прав пациента и, соответственно, виновность врача.

Ситуация 3. Медицина – это особая отрасль общественных отношений, где всегда присутствует риск. Медицинский риск возможен при оперативных вмешательствах, применении лекарств, даже при физиотерапевтическом лечении. По этой причине все разрешенные к применению в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные сред-

ства могут использоваться только после получения добровольного письменного согласия пациента. При получении согласия пациента ему должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах, в том числе осложнениях и летальном исходе.

Риск врача при оказании медицинской помощи правомерный, так как его действия направлены на спасение жизни и здоровья человека, если у него не было другого способа лечения, с меньшим риском для жизни пациента. Врач при этом обязан предпринять ту меру осмотрительности и заботы, которая направлена на предотвращение или снижение возможного вреда. Врач имеет сертификат специалиста, действует на основе накопленного опыта, знаний и умений, выполняет нормативные предписания (приказы, инструкции и т.д.), использует достижения современной медицинской науки и практики. Соблюдение этих правил позволяет доказать, что вред был причинен в результате правомерного риска, и в действиях медицинского работника нет состава преступления. Если же лечащий врач нарушит перечисленные условия и это повлечёт причинение вреда жизни или здоровью пациента (смерть, тяжкое повреждение здоровья и т.д.), он может быть привлечен к ответственности, в том числе уголовной, если его вина будет доказана судом.

Пример: случай из собственной практики Приморской медицинской ассоциации. Пожилой пациент доставлен в ЛПУ с переломом шейки бедра. На этапе добровольного информированного согласия пациенту должны были объяснить, что без оперативного лечения исход будет неблагоприятный, возможно, летальный. Объяснить, что нужно срочно делать операцию, которая, однако, тоже является риском, так как после нее могут возникнуть осложнения. Пациента прооперировали, после операции возникло осложнение, не связанное с операцией (перфорация язвы желудка), вследствие которого он погиб. Нарушения деонтологии привели к тому, что жена пациента предъявила иск к ЛПУ, будучи на 100 процентов убежденной, что муж умер по вине врачей, и потребовала компенсацию. В удовлетворении иска было отказано только благодаря участию специалистов нашей ассоциации, обладающих высокой юридической подготовкой.

Ситуация 4. В 2011 и 2012 годах, вследствие вступления в силу целого ряда нормативных актов, пошатнулись основы бесплатности медицинской помощи. В новом медицинском законодательстве сделан

акцент на защиту интересов пациентов – потребителей медицинских услуг, в том числе платных. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3] фактически легализует платные услуги в ЛПУ. Закон допускает манипуляции в трактовке платности и бесплатности медицинских услуг, а ЛПУ выполняют план по оказанию платных услуг. В то же время известный постулат, изложенный в 41-й статье Конституции РФ, гласит, что медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Это противоречие порождает один из главных и самых распространенных конфликтов в медицине. Отсутствие в медицинском праве четких правил определения качества медицинской помощи, понятия врачебной ошибки вносит дополнительные проблемы в процесс доказывания невиновности врача, вовлеченного в данный конфликт.

Ситуация 5. Ответственность наступает в случае нарушения правил правомерного поведения, основные из которых для медицинских работников изложены в «Основах...». В частности, глава 9 определяет круг лиц, которые имеют право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации. Также впервые обозначены права и обязанности медицинских организаций, которые не являлись раньше субъектом этого права. Причем субъектом гражданско-правовой ответственности, как правило, является медицинское учреждение-работодатель, отвечая за вред, причиненный его работником при исполнении трудовых, служебных, должностных обязанностей перед конкретным пациентом. Уголовная ответственность всегда строго индивидуальна, наступает только в случаях, предусмотренных законом за те преступления, которые прямо перечислены в статьях Уголовного кодекса. Ее несет только вменяемое физическое лицо (ст. 17 Уголовного кодекса России) за совершение преступления.

Наиболее характерными ситуациями привлечения к уголовной ответственности медицинских работников в практике судебных разбирательств с участием нашей организации были следующие: (1) причинение тяжкого вреда здоровью, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником профессиональных обязанностей; (2) причинение смерти по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей; (3) незаконный аборт; (4) неоказание помощи больному лицом, обязанным это делать, повлекшее смерть или тяжкий вред здоровью: например, неявка врача на дом по вызову, отказ принять пациента в больницу, отказ в оказании помощи пациенту, находящемуся в ЛПУ; (5) распространение сведений, составляющих врачебную тайну; (6) должностные преступления: например, получение взятки, служебный подлог (искажение сведений в истории болезни, амбулаторной карте, экспертном заключении, больничном листе), халатность; (7) незаконная выдача рецептов и документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ; (8) незаконное ведение частной медицинской практики или частной фармацевтической деятельности.

Новые законы расширили и укрепили права пациентов. В стране создана целая система ведомственных и вневедомственных организаций, которые обязаны защищать пациентов, в том числе и в судебном порядке, среди которых фигурируют такие мощные субъекты, как страховые медицинские организации. Права же медицинских работников практически сведены к узкому перечню четких профессиональных инструкций. Весь остальной спектр правоотношений, в которых участвует медицинский работник, наполнен обязанностями и ответственностью. Фактически вся полнота ответственности за качество оказания медицинской помощи возложена российским законодательством на лечащего врача. Удивителен тот

[2]. Бродская Т.А. Значение правовой подготовки врача к профессиональной деятельности: проблемы и пути решения // Российское право: проблемы и перспективы развития. – Биробиджан, – 2011. – с. 16 – 25.

[3]. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ

факт, что в подобных условиях в России у медиков до сих пор невысокий уровень правовой грамотности, низкая потребность в понимании и в защите своих законных прав и интересов. Вера медицинских работников в многочисленные ассоциации, работающие в России и в Приморском крае в частности, невелика: нередко ассоциации не выполняют заявленных функций, дискредитируя этим саму идею профессионального объединения в здравоохранении.

Несмотря на это, оптимизм вызывает все же просматриваемая тенденция к стремлению понять то место, которое отведено медикам и их объединениям российской законодательной системой. В мировой практике именно на профессиональные медицинские ассоциации возлагается ответственная обязанность по защите интересов медицинских работников и пациентов, а также решению ряда других задач.

В России работа медицинских ассоциаций только складывается, однако они уже сегодня, в рамках действующего законодательства и сложившейся практики, могут активно участвовать в управлении

профессиональной деятельностью медицинских работников, эффективно взаимодействовать с органами власти и управления по вопросам медицинской деятельности.

Опыт работы Приморской медицинской ассоциации в данном направлении позитивный, он концентрируется на саморегулировании и защите профессиональной деятельности медицинских работников с добровольным членством всех желающих. Эта работа необходима не только медикам, но еще больше пациентам, так как в результате они получают более качественную медицинскую помощь. Руководители ЛПУ, местное самоуправление и субъект федерации получают автономную систему самозащиты и самоответственности медицинских работников за свою работу. Медицинские работники получают механизм профессиональной защиты, в том числе и в суде, механизм защиты чести и достоинства через деонтологическое урегулирование. Наша важнейшая цель – защитить медицинских работников и, главное, престиж медицинской профессии.

ТЮМЕНСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО: ПРОФЕССИОНАЛИЗМ ПОД ЗАЩИТОЙ

Учредитель НП «Национальная медицинская палата»

Каждый пациент желает попасть на прием именно к хорошему, квалифицированному врачу, ведь от профессионализма специалиста и его аттестации напрямую зависит эффективность медицинской помощи.

С марта 2012 года процедура аттестации медицинских работников лечебных учреждений юга Тюменского региона в соответствии с приказом департамента здравоохранения Тюменской области проходит в профильных экспертных группах. Решение о присвоении той или иной квалификационной категории принимает комиссия профессионалов.

В Тюмени и на юге области работает более 18 тысяч врачей и среднего медицинского персонала, в среднем в год из них аттестуется две тысячи. Врачи и средний медицинский персонал получают квалификационную категорию не реже чем раз в пять лет, подтверждая уже присвоенную категорию либо продвигаясь на ступень выше. По словам секретаря областной комиссии при Департаменте здравоохранения Тюменской области Любови Курочкиной, более добросовестно и своевременно

проходят аттестацию сотрудники именно государственных лечебных учреждений, а не представители частной медицины.

С января текущего года прием документов для аттестации врачей и средних медицинских работников проводится в Некоммерческом партнерстве «Тюменское региональное медицинское общество» (ТРМО). Партнерство было создано более трех лет назад с главной целью – содействовать членам общества в решении различных проблем в области оказания медицинской помощи населению. Учредителями Общества стали девять крупнейших лечебно-профилактических учреждений Тюменской области. На сегодняшний день членами НП «Тюменское региональное медицинское общество» являются 64 лечебных учреждения Тюменской области.

С начала прошлого года Департамент здравоохранения Тюменской области и ТРМО заключили соглашение о взаимодействии по вопросам аттестации специалистов с высшим и средним профессиональным образованием, работающих в системе здравоохранения региона. Теперь профильные ассоциации



могут проводить внутреннюю аттестацию и ходатайствовать перед комиссией при облздраве о присвоении специалисту той или иной категории, что, с одной стороны, упрощает саму процедуру аттестации, а с другой – делает ее более профессиональной, узкоспециализированной.

В настоящее время на юге Тюменской области создано 11 профессиональных ассоциаций. Однако пока только в одной из них – в Ассоциации гастроэнтерологов – при аттестации учитываются не только общие требования, но и индивидуальный рейтинг врача (издание научных работ, преподавательская и исследовательская деятельность, участие в конференциях и семинарах).

Тюменское региональное медицинское общество активно помогает ассоциациям в юридических вопросах и оснащении программным обеспечением для введения технологии индивидуальной оценки уровня подготовки медицинского персонала.

Как известно, с 1 января 2012 года в соответствии с федеральным законом ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» страхование профответственности медиков стало обязательным. Лечебные учреждения всех форм собственности, физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой, обязаны страховать свою ответственность на случай причинения вреда жизни и здоровью пациентов при оказании медицинской помощи. Это, безусловно, значительно облегчает жизнь медицинских работников, так как дает

им реальную возможность защитить свои права и профессиональную репутацию, поддержать финансовую стабильность лечебного учреждения. Пациенты же, в свою очередь, получают гарантию компенсации за вред, нанесенный в результате непреднамеренных ошибок докторов. В случае же ошибки специалистов расплачиваться приходится клинике.

Тюменское региональное медицинское общество значительно раньше принятия закона (уже почти год) ведет подобную практику – оформляет полисы общегражданской ответственности медицинских работников. Ситуации в медицинской практике бывают разные, и нередко врач оказывается один на один с неразрешимыми проблемами. Чтобы решить их цивилизованно, ТРМО с июня 2011 года заключило договор с ОАО «Страховая группа «АСКО» о страховании работников медицинских учреждений, связанных с риском ответственности по обстоятельствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни и здоровью третьих лиц при осуществлении медицинской деятельности.

За период действия договора страхования ответственности медицинских работников в страховую компанию обратились четыре лечебных учреждения, по всем случаям в настоящее время ведется работа. Как отмечает председатель общего собрания НП «ТРМО» Сергей Миневцев, страхование способствует финансовой устойчивости медицинской организации, а пациентам всегда гарантировано возмещение при наступлении страхового события.

Профессиональные ассоциации юга Тюменской области:

1. Ассоциация гастроэнтерологов Тюменской области.
2. Профессиональное объединение организаторов здравоохранения Тюменской области.
3. Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация.
4. Ассоциация косметологов Тюменской области.
5. Ассоциация терапевтов Тюменской области.
6. Профессиональное объединение клинических фармакологов Тюменской области.
7. Профессиональное объединение кардиологов Тюменской области.
8. Профессиональное объединение мануальных терапевтов и остеопатов.
9. Профессиональное объединение хирургов Тюменской области.
10. Ассоциация спортивной медицины и медицинской реабилитации Тюменской области.
11. Профессиональная ассоциация неврологов Тюменской области.

Новости регионов

За последние полгода НМП активно расширяет географию своего присутствия. По итогам проведения более чем в 60 регионах России круглых столов на тему «О роли гражданского общества в развитии здравоохранения в России» (в рамках Народного фронта) было принято решение создать на местах региональные медицинские палаты. Среди регионов, которые активно включились в эту работу – Алтайский и Пермский края, Республика Бурятия и Республика Башкортостан, Астраханская, Иркутская, Нижегородская, Новгородская, Ленинградская Мурманская, Ростовская, Свердловская, Смоленская, Ульяновская, Челябинская, Ярославская области и другие регионы России. Во многих из них уже прошли учредительные собрания медицинских организаций и началась работа.

НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛАСТНАЯ АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ОТМЕЧАЕТ ДВАДЦАТИЛЕТИЕ

Новосибирская областная ассоциация врачей в этом году отмечает свое двадцатилетие. Она была создана согласно требованиям Закона о медицинском страховании 1991 года, который предполагал участие профессиональных медицинских ассоциаций в лицензировании и аккредитации медицинских учреждений, а также в определении тарифов на медицинскую помощь. Однако НОАВ за эти годы стала настоящей общественной организацией, защищающей профессиональные права своих членов и выражающей коллективное мнение врачебного сообщества региона. За прошедший период ее численность выросла более чем в 60 раз, а первичные организации НОАВ есть практически во всех медицинских организациях Новосибирской области. Мы беседуем с исполнительным директором НОАВ Мариной Лесниковой.



**МАРИНА
ЛЕСНИКОВА**

исполнительный
директор Новосибирской
областной
ассоциации врачей.

– **Марина Николаевна, в чем самые значимые итоги деятельности Новосибирской областной ассоциации врачей за прошедшие годы?**

– Самое важное – это переход количества в качество. Во-первых, сами врачи стали воспринимать Ассоциацию как организацию, которая может помочь. Причем помогать в разных направлениях – информационно, юридически, в представительском плане, в решении профессиональных вопросов, в сохранении имиджа профессии.

В конце прошлого года я много ездила по районам области, встречалась с коллективами медицинских работников и увидела, что все знают об Ассоциации. Если несколько лет назад на таких встречах спрашивали: кто вы, зачем вам это надо, – то теперь уже таких вопросов мне не задавали. Это, наверное, первый значимый итог нашей работы – мы завоевали доверие врачебного сообщества области. Сыграло свою роль и то, что в последние годы мы сделали упор на разъяснитель-

ную и информационную работу: с помощью газеты, сайта, выездов в коллективы.

В последнее время к нам стали приезжать коллеги из других регионов для обмена опытом. Это тоже говорит о том, что 20 лет прошли не напрасно. И мы не зря создали Медицинскую палату Сибирского федерального округа. Хотя у некоторых местных руководителей был определенный скепсис на этот счет. Но нас активно поддержал полпред Президента РФ в СФО Виктор Александрович Толоконский. Вообще во врачебном сообществе страны появилось понимание того, что необходимо объединяться. Поэтому два года назад появилась Национальная медицинская палата, одним из учредителей которой выступила и наша Ассоциация.

– **По Уставу, НОАВ представляет интересы своих членов в различных органах власти. Как строится эта работа?**

– Мы не хотим переворотов. Мы хотим помогать власти. Любая политическая воля должна основываться на верной ин-



формации. Тогда управленческие, организационные решения принимаются более выверенные и с меньшими ошибками. И в Новосибирской области это происходит именно так. Ведь несмотря на то, что менялось руководство региона (пришел новый губернатор, новый министр), ни у кого не возникло сомнения в необходимости конструктивного взаимодействия с Ассоциацией. Может быть, мы не всегда удобны для власти. Но все понимают, что мы транслируем мнение большинства. Поэтому наши представители входят в координационный совет по здравоохранению при губернаторе, у нас с министерством здравоохранения Новосибирской области заключено соглашение о сотрудничестве.

О том, что это не формальная работа, говорит история с подписанием тарифного соглашения. Нам удалось поменять в нем многое из того, что не устраивало врачей. Да, эта работа была трудной. Но она показала, что не бывает безвыходных ситуаций, что можно найти решение, которое устроит все стороны.

Мы входим и в различные рабочие группы. Например, в рабочую группу по подготовке областного закона о здраво-

охранении и в рабочую группу по подготовке программы ОМС на территории Новосибирской области.

Вообще это такая работа, которую, может быть, и не очень видно. Но она очень важна, поскольку направлена на защиту наших профессиональных интересов.

Как корпоративная структура мы заинтересованы в том, чтобы в нашей отрасли делались шаги в правильном направлении. Мы умеем лечить и хотим, чтобы были созданы нормальные условия и для нас, и для наших пациентов. Поэтому то, что нас стали слышать, стали принимать в расчет нашу позицию – это тоже определенный итог работы.

Больше того, избрание в Госдуму нашего Председателя Дорофеева С.Б. я оцениваю как признание того, что наша Ассоциация на самом деле много сделала, и этот опыт надо тиражировать на территории всей страны.

– По инициативе Ассоциации в области проводится конкурс профессионального мастерства «Врач года». Почему Ассоциация взялась за это?

– Конкурс позволяет выявить на местах наиболее профессионально под-

Новосибирская областная ассоциация врачей (НОАВ) – одна из крупнейших профессиональных ассоциаций. В ее рядах состоит более 6 тысяч врачей Новосибирской области, а первичные организации есть в 144 ЛПУ. Члены Правления НОАВ входят в координационный совет по здравоохранению при губернаторе Новосибирской области, Совет по врачебной ответственности, Совет по развитию здравоохранения при губернаторе Новосибирской области, Комиссию по программе государственных гарантий, Совет при управлении Росздравнадзора по Новосибирской области по защите прав пациентов, рабочую группу по разработке и утверждению МЭСов и пр.



готовленных, обладающих глубокими знаниями, высокой квалификацией специалистов.

Это важно для повышения авторитета врачебной профессии, ее значимости. Мы еще раз убеждаем всех в том, что здоровье человека – величайшая ценность. И эту ценность охраняют, оберегают и дарят людям врачи, труд которых заслуживает особого внимания и оценки. Кстати, на протяжении ряда лет победители нашего областного конкурса становятся дипломантами и победителями всероссийского конкурса «Лучший врач России».

Да и наш конкурс тоже развивается. За девять лет появились новые номинации – «Нашему учителю», «За верность профессии», «Молодость. Новаторство. Талант», «За действие врача по спасению жизни человека в экстремальной ситуации». Стало престижно не только для отдельного врача, но и для всего лечебного учреждения принимать участие в нашем конкурсе. Конечно, подготовка и проведение конкурса отнимает много сил и средств, но мы идем на это, потому что считаем эту работу важной и нужной.

Кстати, кроме профессионального конкурса, мы стали проводить фестиваль самодельного творчества медицинских работников, а в этом году хотим провести спартакиаду.

– Марина Николаевна, есть ли на Ваш взгляд перспективы появления в ближайшие годы закона о саморегулировании профессиональной деятельности?

– Я думаю, что это очень ответственный шаг. Я предполагаю, что модернизация здравоохранения может начинаться лишь после принятия этого закона. То, что сейчас делается – это тоже модернизация, но техническая. А идеологическая модернизация может начаться только с изменением статуса врача в системе здравоохранения, с повышением его роли, ответственности, но одновременно и с появлением прав.

Еще очень многое предстоит сделать, чтобы врачи начали понимать, что объединяться надо не только для того, чтобы защищать себя, но и для того, чтобы брать на себя ответственность.

Это большая разъяснительная работа, которая должна идти параллельно подготовке закона о самоуправлении. Я надеюсь, что такой закон обязательно появится. Закон «Об основах здоровья граждан РФ» предполагает его появление к 2017 году. Мы хотели бы, чтобы все произошло раньше – к 2015 году. Но для этого надо, чтобы в течение ближайших двух лет врачебное сообщество организовалось в единую структуру на территории всей страны.

То, что врачебное, медицинское сообщество в состоянии решать многие проблемы и конструктивно взаимодействовать с различными уровнями власти, показала работа над законопроектом «Об основах здоровья граждан РФ». Это, на мой взгляд, было знаковое событие для медицинского сообщества. Мне кажется, что сейчас наступил такой момент, когда мы имеем возможность увидеть, как может измениться здравоохранение. Это зависит только от нас, от нашей убежденности и решимости.

Беседовала Марина Есикова

Состав экспертных групп по специальностям аттестационных подкомиссий предлагается Правлением НОАВ. Члены Правления НОАВ входят в областную аттестационную комиссию.

С 2003 года по инициативе НОАВ проводится областной конкурс профессионального мастерства «Врач года». Финалисты и победители областного конкурса ежегодно становятся дипломантами и победителями всероссийского конкурса «Лучший врач России».

С 2002 года НОАВ издает «Новосибирскую врачебную газету». Она выходит ежемесячно тиражом 5 000 экземпляров. С 2008 года работает интернет-сайт НОАВ. Его ежемесячно посещает более 10 тысяч человек. География посетителей сайта охватывает регионы России от Калининграда до Камчатки, а также такие страны как Украина, Казахстан, Беларусь, Узбекистан, Молдова, Азербайджан, Германия, США.

Проблемы отрасли

РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГЛАЗАМИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Президент НП «Национальная медицинская палата» Л.М.Рошаль и вице-президент НП «Национальная медицинская палата», заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья С.Б.Дорофеев в рамках Народного фронта провели в разных регионах страны форумы с медицинскими работниками на тему «Роль гражданского общества в развитии здравоохранения России». В ходе встреч каждый присутствующий мог высказать свою точку зрения на происходящие в медицине процессы. НМП получила 2540 записок с вопросами. Представляем краткий обзор их содержания. Что же волнует медицинских работников страны?

ДОЖИВУТ ЛИ МЕДИКИ ДО КОНЦА МОДЕРНИЗАЦИИ?

Первый шаг модернизации здравоохранения – улучшение материально-технической базы и информатизация. Вопросы же кадровой подготовки и повышения уровня заработных плат уходят на второй план. Хотя самый болезненный и насущный вопрос для медиков – это их личное материальное положение. Реальный уровень заработных плат не сопоставим с официальными данными.

Что же говорят участники форумов:

- «имеющий 30-летний стаж работы врач получает зарплату 13 тыс. рублей в месяц»;
- «базовый оклад врача стационара в Вологодской области 4 тыс. рублей, а с максимальными надбавками (стаж, категория, вредность, заведование, знаки отличия, заслуженный врач) не достигают и 8 тыс. рублей».

Труд медика остается самым низкооплачиваемым и не соответствует тому уровню ответственности, который предполагает эта профессия. Кроме того, медицинские работники чувствуют материальную дискриминацию в сравнении со специалистами других бюджетных сфер, которым, как известно, недавно повысили заработные платы: «начинающий врач – заработная плата 3150 рублей, а у младшего лейтенанта – 30 000», «базовая ставка врача стационара – 5800 рублей, а полицейского 50 000 рублей».

Еще одна проблема – существенная диспропорция в уровне доходов специалистов, работающих в одном учреждении, которая порождает напряжение в коллективах. Неравенство вызвано повышением заработных плат по программе модернизации вра-

чам некоторых специальностей. Так, медицинские работники констатируют, что пока не предусмотрены выплаты для медперсонала службы крови, сотрудников дневных стационаров, специалистов параклинического направления, отдельных категорий узких специалистов поликлиник, многих врачей стационаров.

Что же говорят участники встреч:

- «отоларингологам надбавка 10000 т.р., офтальмологам - 10000 т.р., а неврологам, хирургам, эндокринологам почему-то не увеличили»;
- «На сегодня оклад врача-педиатра в стационаре с 1-й квалификационной категорией составляет 7409 рублей, а медсестры стационара с высшей квалификационной категорией – 6400 рублей. А зарплата врачей и медсестер поликлиники в 2,5 раза больше».

Вызывает вопросы у медицинских работников и отсутствие повышения заработных плат заведующим поликлинических отделений и старшим медсестрам. На практике получается, что их доходы ниже, чем у подчиненных.

ВОЗМОЖЕН ЛИ ПЕРЕХОД КОЛИЧЕСТВА В КАЧЕСТВО?

При крайне низком уровне материального положения растет нагрузка врача. Регламентируют такой подход к рабочему времени как старые (еще 1967 года), так и новые нормативные акты. Заработная плата зависит от объемов посещений: «для врача появился план «слесаря» - теперь, чем больше народу болеет, тем лучше», «пациент и врач даже не успевают услышать друг друга, а о качестве данного приема уже просто нельзя говорить и его требовать».

Приведем некоторые примеры действующих нормативов, названные врачами:

- «участковый врач – 3 617 в год в 2011 году и уже 4 617 – на 2012 год»;
- «нормативные затраты времени на одно посещение в поликлинике: первичное посещение у терапевта – 20 мин, повторное – чуть больше 10 мин! Окулист – первичное – примерно 12 мин, профосмотр – 6 мин»;
- «у нас установлен план, по которому 1 врач за одни сутки должен принять около 100 больных. За невыполнение плана из зарплаты врача вычитается довольно значительная сумма (для заработка ниже 10 тыс. руб в мес, за 260 часов рабочего времени).

Наверное, если поменять местами некоторые составляющие, а именно увеличить заработные платы, а не нагрузку врача, закон диалектики когда-нибудь и заработает. А сейчас труд медицинского работника оценивается так: «почасовой заработок 5100 руб.: 123-170 часов (нормо-часы в разные месяцы), это составит 41-30 рублей, т.е примерно 1 доллар в час за высокое звание медика-педиатра».

КТО БУДЕТ ЛЕЧИТЬ ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО ЛЕТ?

Кадровый голод в здравоохранении – это еще одна проблема, на которую обратили внимание медики из всех регионов.

Что же говорят участники форумов:

- «отделение скоро закроется не из-за отсутствия больных, а из-за отсутствия санитарок!»
- «сейчас 60-70% – медработники пенсионного возраста, за 10 лет не пришел на работу ни один молодой специалист. Через 3-5 лет в здравоохранении не останется энтузиастов».

Вопросы образования – это еще одна большая тема российской медицины. Участники встреч отметили проблемы низких стипендий, коррупции и качества самого обучения.

Что же говорят будущие и молодые врачи:

- «я – молодой врач, я училась и работаю с такими же молодыми врачами, как и я – и мне страшно, страшно за тех людей, которых они лечат!!! Когда медицинский вуз выпускает врача, который, проучившись 6 лет, не знает не то что нозологии заболеваний, он не знает АНАТОМИИ человека!! Не знает где образуется желчь и сколько кругов кро-

вообращения – это не то что неприемлемо, это просто УЖАС!!!»;

- «почему на младших курсах медицинских вузов с этого года стало много немедицинских предметов во вред профильным предметам? Например, анатомию изучают теперь только один год, а физкультуру будут теперь проходить до 4 курса. Неужели врач должен уметь быстро бегать, а уметь лечить ему необязательно?»

Для медицинских работников актуальны вопросы доступности непрерывного образования – «чтобы повысить квалификацию, врач вынужден платить до 15 тысяч при з/п в 8-10 тысяч! Это разве правильно?»

Волнуют и организационные вопросы, связанные с местом прохождения обучения. «Оказывается, пройти повышение квалификации в Москве (1 мес.) дешевле!!! На бюджетном цикле, чем в Ставрополе на хозрасчетном цикле. Услуга не учитывает командировочные расходы! 94 закон не должен трогать повышение квалификации!!!».

КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ СОЦИАЛЬНЫЕ ГАРАНТИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ?

Несомненным достижением социальной политики последнего времени стала программа поддержки сельских врачей. Однако пока медикам до конца не ясен механизм получения средств по проекту «Земский врач».

А проблемой в реализации программы становится исключение из поддержки поселков городского типа:

- «По программе «Земский врач» единовременные компенсационные выплаты получают врачи, приехавшие на работу в сельский населенный пункт. В республике есть поселки городского типа, находящиеся в сельской местности, но они не подпадают под понятие «сельский населенный пункт», в результате врачам, прибывшим в эти поселки, компенсационные выплаты осуществляться не будут».

Что же касается поддержки врачей в целом, то и здесь есть они оказываются обделенными. Так, в отличие от специалистов других бюджетных сфер, финансирование льгот осуществляется через региональные бюджеты, а не через федеральный, а компенсации по коммунальным выплатам в размере 1200 руб. (постановление № 839 от 17.10.11 г.) предусмотрены только для работников федеральных учреждений.



КАК И ЧТО МЫ ФИНАНСИРУЕМ И СКОЛЬКО ПОЛУЧИТСЯ ШАПОК ИЗ ОДНОЙ ОВЧИНКИ?

Несмотря на беспрецедентное увеличение средств на медицину, по-прежнему актуальна **нехватка финансирования**.

Очевидным становится недостаток финансовых средств на высокотехнологичную помощь. Так, региональные специалисты констатируют, что произошло существенное сокращение выделяемых средств из **федерального бюджета**, увеличилась нагрузка на региональные бюджеты.

Что же говорят медицинские работники:

- *«На 2012 год нашей области Минздравсоцразвития РФ выделил 2,8 млн рублей вместо 11,8 млн в 2009-2011 гг. Если цены на эндопротезы в 2012 году останутся прежними, то эндопротезирование можно будет выполнить только 60-70 больным вместо 140-150 больных в 2009-2011 гг. Очередь на эндопротезирование примерно 700 чел.»*
- *В прошлые годы федеральные средства на оказание ВМП по сравнению с областными деньгами выделялись в соотношении 70% на 30%. В 2012 году Архангельская область выделила на ВМП 139 млн руб, а РФ -76 млн. В результате федеральная составляющая сокращена в 3 раза, соответственно, общая сумма на ВМП снижена».*

Недостаток финансирования характерен и для системы страховой медицины.

Что же говорят участники форумов:

- *«г. Южноуральск. В 2011 году здравоохранение города с населением 38 тыс. получило 37 млн рублей – примерно 1 тыс. на одного жителя (без средств ФОМС). На 2012 год при одноканальном финансировании из областного бюджета запланировали 16 млн руб. субвенций (-21 млн)»;*
- *Районная больница. При необходимом финансировании 120 млн в год выделено 61 млн. В связи с переходом в ГУЗ на 2012 год – финансирование прежнее».*

ПОМОЖЕТ ЛИ НАМ НОВОЕ ОБОРУДОВАНИЕ И КАКИМИ ЛЕКАРСТВАМИ МЫ ЛЕЧИМ?

Медики констатировали наличие серьёзных проблем при закупках оборудования и лекарственных средств.

Ориентация системы российского здравоохранения на сокращение издержек при покупке оборудования и медикаментов приводит к **низкому качеству медицинского обслуживания населения**. Благодаря ужесточению действия 94-ФЗ «О госзакупках», приобретение качественного оборудования стало невозможным.

Вот что говорят участники форумов:

- *«торги выигрывают самые дешевые аппараты (Корея, Россия и т.д.) Купить высококлассную нужную технику – невозможно».*
- *«как правило, все, что закупается, выходит из строя максимально через 2 месяца».*

При закупке оборудования существуют проблемы в определении того, что необходимо непосредственно ЛПУ: «часто закупочное оборудование идет как отписка для министерства, и оно не дает врачу возможности выполнить ту работу, для которой оно закупалось», «здравоохранение обеспечивается медоборудованием, которое заведомо использоваться **не будет!** Не лучше ли собрать сведения о том, что необходимо ЛПУ? Получается навязывание, а потом показуха!».

Часто при покупке новой техники не финансируются ни программы подготовки кадров, ни покупка расходных материалов.

Ориентация на некачественную и дешевую продукцию характерна и для системы лекарственного обеспечения ЛПУ. Бесплатные для населения лекарственные средства составляют дешевые дженерики китайского, индийского и российского производств: «вместо препаратов для базового лечения от известных фирм, которые улучшали состояние здоровья больных, стали закупать индийские препараты, которые плохо работают и имеют много побочных эффектов».

В сфере бесплатного лекарственного обеспечения также существует проблема нехватки финансирования (640 рублей на ДЛО недостаточно для онкологических пациентов), что влияет на объемы ДЛО для населения – «больные сами вынуждены приобретать то, что им надо».

По словам медиков, крайним для пациента в этой ситуации оказывается врач, в сферу деятельности которого входит обеспечение пациентов льготными лекарствами: «недостаточное финансирование региональных программ, а врачи становятся стрелочниками, т.к. нет возможности реально обеспечить пациентов лекарствами».

Отметим также и перебои в поставках лекарств по программам ДЛО.

ПЛАТНАЯ ИЛИ БЕСПЛАТНАЯ МЕДИЦИНА?

Уже становится очевидным, что, стремясь с помощью стандартизации и ориентации на сокращение издержек обеспечить минимальный уровень качества медицинской помощи, гарантированный во всех регионах, создаются условия для того, чтобы своим лечением занялся сам пациент. Удобный способ переложить финансовое бремя на больного – сохранение неясности в вопросах **разграничения платных и бесплатных услуг**. По-прежнему остается непонятной правовая база, которая регулирует эти аспекты.

Вот что говорят участники форумов:

- «в детской поликлинике процедура «чистки ушей» только платная – 70 руб. 1 ухо. Только после этого диагностируют ОТИТ и выписывают фурацилиновый спирт за 5 руб. Кто определяет перечень платных услуг?»;
- «какая разница между госгарантиями и стандартами оказания медпомощи? Что является обязательным при осуществлении профессиональной деятельности?».

Сегодня уже можно констатировать, что лабораторные услуги становятся для пациента платными. В ходе встреч медики утверждали, что проведение коронаграфии и других диагностических процедур не финансируется по программам ОМС. Также со слов медиков очевидно развитие частных лабораторных служб в ущерб государственным – «почему не развивается муниципальная медицина по лабораторным обследованиям, вынуждены заключать договоры с частными лабораториями, эти же деньги можно пустить на развитие своих лабораторий. Происходит процесс планомерной ликвидации муниципальной лабораторной службы».

КАК НА ПРАКТИКЕ ПРОИСХОДИТ РЕОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И КАК РЕАЛИЗУЮТСЯ ПОЛОЖЕНИЯ НОВЫХ ЗАКОНОПРОЕКТОВ?

Реформирование здравоохранения, а также практическая реализация новых положений в организации медицинской помощи вызывают опасение, непонимание и критику со стороны медицинских работников.

Организация управления медицинскими учреждениями – перевод муниципальных ЛПУ на региональный уровень подчинения, оптимизация самой сети медицинских учреждений в глазах участников встреч зачастую необоснованны и влекут больше проблем, чем практической пользы.

Перевод ЛПУ в автономный режим зачастую воспринимается врачами как приватизация медицинской сферы. Беспокоят вопросы обслуживания пациентов: в случае, если закончилось государственное задание, не обслуживать вовсе или обслуживать за плату.

Актуальны при переводе ЛПУ на региональный уровень также вопросы финансирования в дотационных регионах, вопросы начисления заработных плат в бюджетных учреждениях, финансирование профилактической помощи (ранее профилактика входила в



муниципальные программы), координация сельских участковых больниц (ранее контролировались муниципалитетом).

По мнению врачей, проблемы реорганизации уже сказались на финансировании муниципальных ЛПУ: *«в этом году поликлиники перешли с городского бюджета на областной. Январь заканчивается, а зарплаты нет. Объясняют – в Министерстве денег нет».*

Непонимание вызывают действия властей относительно реорганизации самой системы **медицинских учреждений** – их укрупнение и сокращение. Ликвидация районных ЛПУ, ФАПов влияет на качество и доступность медицинской помощи для населения.

Вот что говорят участники форумов:

- *«что будет с клиническими больницами в городах с 50 тыс. населения и меньше? В промышленном Качканаре Свердловской области сократили число койко-мест в городской больнице и оставили 3 отделения: терапию, хирургию и роддом»;*
- *«У нас Минздрав открывает 20 коек детского отделения в будущей инфекционной больнице областного значения. Сейчас есть городское отделение на 40 коек, областные дети лечатся на местах. А в новой будущей больнице будет 20 коек!!! А где будут лежать вирусные диареи, кишечные синдромы и т.д.! (Калуга)».*

Отдельная тема в реорганизации медицинской помощи – **ликвидация вырезвителей**. Теперь боль-

ницы, по словам медиков, постепенно стали превращаться в бомжатники.

Что же говорят участники форумов:

- *«на ночном дежурстве не хватает времени на тяжелых больных из-за этих алкоголиков! Огромные средства тратятся на бесплатную медицинскую помощь алкоголикам, наркоманам, бомжам, пьяным гражданам. Протрезвели и выписываются!».*

Волнуют медицинских работников и вопросы поддержки **противотуберкулезной помощи**, которая оказалась вне программ модернизации – *«врачам, медработникам фтизиатрической службы не повысили зарплату ни по нацпроекту, ни по программе модернизации».* Вызывает тревогу отсутствие мер по противодействию распространения туберкулеза – принудительное лечение больных, уклоняющихся от обследования и лечения (*«на сегодняшний день суды принимают решения о принудительной госпитализации этой категории больных. А больные игнорируют эти решения (так же как и судебные приставы)»*), а также отсутствие больниц закрытого типа.

КАК КОНТРОЛИРУЕТСЯ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

Как известно, сегодня функции контроля качества медицинской помощи возложена на страховые компании. В понимании медиков, роль страховых компаний в этом процессе вовсе не очевидна. По их мнению, страховые компании – *«нарост на теле медицины, живущий за ее счет».* Возмущение вы-



зывают необоснованно высокие размеры штрафов, а также причины, по которым они взимаются – *«не по сути лечения, организации, помощи, диагностики, а за ведение истории и оформление документации».*

Что же говорят участники форумов:

- *«Федеральным Фондом ОМС разработаны штрафные санкции, не соответствующие оплате врачебных посещений. За отсутствие записи осмотра врача в амбулаторной карте – штраф 46 000 тыс. руб. Стоимость посещения – от 75 до 165 руб. Как Вы к этому относитесь?».*
- *«Страховые компании буквально грабят ЛПУ! За год проверяли ЛПУ 36 раз!!!. Штрафные санкции предъявляются «по мелочам», без учета хорошего результата лечения (не сделан какой-то анализ по стандарту, который не значим – обязаны снимать с оплаты 25% от всей стоимости лечения!)».*

Во взаимоотношениях со страховыми компаниями ЛПУ неясна роль стандартов как регуляторов их деятельности: *«Если стандарты лечения носят рекомендательный характер, то имеет ли ФОМС право снимать случай с оплаты при несоблюдении стандартов лечения и обследования в лечебных учреждениях сельской местности, удаленных от ЦРБ?»*, – задают вопрос участники встреч.

Несмотря на наличие оборудования, медики констатируют, что стандарты остаются невыполнимыми, так как не все учреждения имеют все необходимое для их обеспечения. В то же время заработная плата привязана к выполнению этих стандартов, и они как бы должны обеспечить качество оказываемой помощи.

Проблемой для медицинских работников также является содержание самих стандартов. Некоторые из них не являются отражением реальных моделей лечения пациентов: *«в перечне обследования и лечения новорожденных более чем 50% не соответствуют диагнозу», «следование этим стандартам ничего, кроме вреда пациентам принести не может. Между тем, сегодня по ним оценивается уровень качества лечения и финансирование ЛПУ».*

При таком подходе абсолютно непонятно ни как лечить, ни как оценивать качество, ни как выстраивать отношения со страховыми компаниями при проведении экспертизы качества лечения.

Извечные русские вопросы – кто виноват и что делать – не исключение для российского здравоохранения. Все, что происходит – это ошибки реформы или «перегибы на местах»? Возможно, причина в отсутствии диалога между медицинскими работниками и разработчиками направлений реформирования, недостаток разъяснительной работы? Как управлять системой и как оценивать результативность реформ? Что ждать дальше? У медиков гораздо больше вопросов, чем ответов на них. Представленный анализ – это попытка отразить то, что происходит, глазами медицинских работников и дать обратную связь для корректировки курса реформирования. Нам бы очень не хотелось говорить только о проблемах, поэтому в скором будущем на страницах Бюллетеня и на сайте НП «Национальная медицинская палата» мы представим видение путей решения озвученных проблем – как представителями власти, так и членами экспертного медицинского сообщества.

Н. Золотовицкая, Н. Тэгай



БЮЛЛЕТЕНЬ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ
№1 (Специальный выпуск).

УЧРЕДИТЕЛЬ: НП «Национальная медицинская палата».

Бюллетень зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РЕГИСТРАЦИИ СРЕДСТВА МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ:
ПИ № ФС77-41960 от 16 сентября 2010 г.

ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА ВЫПУСК: Е.Л. Никонов, Н.Г. Золотовицкая
АДРЕС РЕДАКЦИИ: 119180, Москва, ул. Большая Полянка, д. 22.
Телефон (факс): +7 (495) 9592779, E-mail: nacmedpalata@gmail.com,
drnikonov@mail.ru.

ТИРАЖ 2000 экз.

Распространяется бесплатно.

Мнение авторов Бюллетеня необязательно совпадает с позицией НП
«Национальная медицинская палата».

