

БЮЛЛЕТЕНЬ



НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ



Порядки проведения диспансеризации населения и оказания скорой медицинской помощи нуждаются в корректировке

Стр. 3–4



Межрегиональные координационные советы НМП начали работать

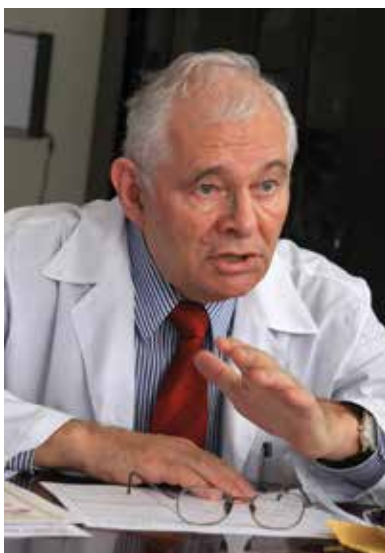
Стр. 5–6



Эксперты НМП встали на защиту врача-анестезиолога

Стр. 8

ДОРОГИЕ МОИ ДРУЗЬЯ И КОЛЛЕГИ!



Вот и закончился еще один год нашей сложной, но интересной жизни. Национальная медицинская палата завершает его с результатами, которые стоили колоссальных усилий.

Нам удалось реализовать целый ряд проектов. Так, при нашем активном участии был создан Координационный совет с Минздравом РФ, он уже работает. Наши эксперты принимают участие в заседаниях рабочих групп совета, отстаивают наши профессиональные интересы. И это очень важный шаг — к нашему мнению начали прислушиваться. Мы стремимся к тому, чтобы ни один нормативный акт, выпущенный Минздравом и касающийся профессиональной дея-

тельности, не был принят без учета наших замечаний. Работы много. В рамках Координационного совета мы отстаиваем развитие страхования ответственности медицинских работников, решение вопросов их социальной защиты, хотим проработать основания для развития института независимой экспертизы качества медицинской помощи. Мы инициировали проект «Социальный пакет медработника» и сейчас занимаемся его активным продвижением на уровне Минздрава и Минтруда.

В 2013 году мы много сотрудничали с регионами. Так, в Уральском и Центральном федеральных округах были созданы координационные

советы по взаимодействию профессиональных медицинских объединений. В прошлом году такой совет появился в Сибири.

В 2013 году стартовал пилотный проект по отработке принципов непрерывного медицинского образования. Началась реализация и другого пилотного проекта — по персонализированному бесплатному обучению специалистов первичного звена: участковых педиатров, участковых терапевтов и врачей общей практики. Он содержит элементы дистанционного обучения.

Следующий год обещает стать для всех нас не менее интересным и

напряженным. У нас большие планы по развитию принципов общественно-государственного управления профессиональной деятельностью.

Наконец, в 2014 году мы будем выбирать кандидатов и поздравлять лауреатов Премии НМП, которую учредили в этом году.

Я желаю вам и вашим близким здоровья, успехов и, конечно, сил, чтобы реализовать в новом 2014 году все то, что мы задумали!

Вместе мы — сила!

Президент НМП
Л.М. Рошал

ПОДЕЛИТЬСЯ ПОЛНОМОЧИЯМИ

ЧАСТЬ ФУНКЦИЙ МИНЗДРАВА СО ВРЕМЕНЕМ ДОЛЖНА ПЕРЕЙТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ СООБЩЕСТВУ МЕДИКОВ

Проводить аттестацию, отвечать за повышение квалификации медицинских работников, утверждать клинические протоколы и методические рекомендации, оценивать качество медицинской помощи, согласовывать тарифы в системе ОМС будут медицинские ассоциации.

В нашей стране, по данным Минздрава, 640 тысяч врачей работают в государственной системе здравоохранения. Однако ситуация, которая десятилетиями складывалась в отрасли, развела по разные стороны баррикад государственных чиновников и медиков, работающих в той же государственной системе. Взаимоотношения складывались по принципу подчинения. Те, кто в идеале должен был сотрудничать на благо общего дела, зачастую не находили взаимопонимания.

Еще в 2002 году правительством была обозначена стратегия перехода от государственной к государственно-общественной модели управления здравоохранением. Однако долгое время все оставалось без изменений. Отсутствие четкой структуры врачебного сообщества не позволяло государству определиться в основных вопросах: кому следует передать функции по управлению профессиональной деятельностью врачей, и кто будет нести ответственность за выполнение этих функций. Между тем, идея о том, что система исключительно государственного управления неэффективна, что врачам необходимо влиять на процессы в отрасли, касающиеся их непосредственной деятельности, продолжает быть актуальной для медицинских работников. В существующей все последние годы модели чиновник был прав всегда и во всем. Именно чиновники решали, какими будут стандарты, какие больницы закрывать, как учить врачей, оценивать их работу и за что штрафовать. Врач был обязан только лечить и исполнять все приказы, какими бы, с точки зрения профессионалов,

они ни были. Механизм общественно-государственного управления подразумевает право представителя медицинской общности не только высказать свое мнение чиновнику, но и обязать его считаться с этим мнением.

В последнее время ситуация начала сдвигаться с мертвой точки. «Нужно серьезно усилить роль профессионального сообщества в управлении системой здравоохранения. Знаю, что идеи на этот счет уже сформулированы и заслуживают поддержки. Прошу Минздрав вместе с ведущими объединениями медицинских работников внести конкретные предложения», — заявил недавно Президент России Владимир Путин в Послании к Федеральному Собранию. Президент РФ также заметил, что на прошедшей недавно встрече с президентом НМП Леонидом Рошалем и министром здравоохранения Вероникой Скворцовой они изложили, по сути, совместную программу работы. «И вот этими общественными организациями, по мере их взросления, по мере их возмужания и возможности перенять некоторые функции государственных органов, это должно быть сделано. Но тоже постепенно и очень аккуратно», — отметил Путин.

В будущем планируется передать НМП только те функции, которые касаются исключительно профессиональной деятельности врачей. Президент НМП Леонид Рошал отмечает, что уже сейчас «Национальная медицинская палата готова отвечать совместно с Минздравом за качество документов, которые определяют профессиональную



деятельность. Для этого создан Координационный совет между министерством и Палатой, в рамках которого наши эксперты проводят аудит тех приказов, которые планирует выпустить ведомство. От этого выиграют все: и пациенты, и медицинские работники».

Сергей Дорофеев, вице-президент НМП и заместитель председателя Комитета ГД по здравоохранению, считает, что конструктивное взаимодействие между общественными институтами и органами власти возможно лишь тогда, когда оно формализовано, и общественные организации — союзники Министерства здравоохранения — могут не только указывать на существующие проблемы, но и предлагать решения.

Примеров, когда Нацмедпалата предлагала решения, за годы ее работы уже накопилось немало. Один из последних: с января 2014 года должен вступить в силу Приказ «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», который определяет новые правила работы этих служб. По мнению специалистов Палаты, скорая помощь страны еще не готова работать по этому приказу, отдельные положения следует доработать, и его вступление в законную силу

необходимо отложить, так как принятие документа в существующем виде ставит под удар в первую очередь сотрудников и руководителей служб скорой помощи различных уровней. Одна из основных угроз для работы врачей — это отсутствие в документе четкого указания на то, какие случаи представляют угрозу для жизни пациента, а какие — нет. Также в нем содержится множество других (как юридических, так и практических) недоработок. Нацмедпалата уже предложила ряд конкретных поправок и обсудила их в рамках Координационного совета. С целью определения «болевых точек» было проведено рабочее совещание представителей Министерства здравоохранения РФ с главными врачами скорой помощи всех уровней. Это наглядный пример того, как профессиональная общественная организация может повлиять на процессы управления отраслью. В идеале подобные приказы должны обсуждаться с профессиональным сообществом еще на стадии подготовки.

Очевидно, что процесс передачи полномочий от власти к профессиональным сообществам не может быть быстрым. Причин, замедляющих создание и без того задержавшейся схемы управления отраслью, существует несколько. И это не только отсутствие необходимого законодательного поля. Во многом это и апатия самих медиков, которые устали от долгих и бесплодных попыток повлиять на процессы, регламентирующие их деятельность. Многие не понимают, нужно ли им вступать в профессиональные общественные организации, а если да — то для чего? На эти вопросы лучше коллег по врачебному цеху медикам никто ответить не сможет.

Мы собрали мнения специалистов. Они разные. Сегодня медики еще только обсуждают механизмы реализации государственно-общественного управления отраслью. Эксперты работают в разных регионах, в разных условиях, но едины они в одном: сейчас у медицинского сообщества действительно появился шанс изменить ситуацию в отрасли, и им необходимо воспользоваться.

Окончание см. на стр. 2

ПОДЕЛИТЬСЯ ПОЛНОМОЧИЯМИ

Начало см. на стр. 1

А ВЫ ЧТО ДУМАЕТЕ?

ЕВГЕНИЙ КОСТЮШОВ,

член Совета Национальной медицинской палаты, председатель комитета по здравоохранению Союза малых городов РФ, главврач Серголовской центральной горбольницы:

— Мы несколько лет допускали одни и те же системные ошибки. Почему ежегодно 15 тысяч врачей уходят в другие отрасли? Потому что врач превратился в крепостного, и даже хуже. Он должен оправдываться за любые свои действия перед всеми: перед пациентами, перед надзорными органами с их избыточным контролем. Сегодня, может быть, еще не все это осознали, но в области российского здравоохранения происходит революционный переворот. Впервые крупная общественная профессиональная организация в лице Нацмедпалаты, которая объединяет представителей разных специальностей, и Минздрав пошли друг другу навстречу.

Простой пример начала реального сотрудничества органов власти и общественных организаций: в закон «Об охране здоровья граждан», изначально составленный чиновниками, который мог стать реальной катастрофой для отрасли, НМП смогла внести массу поправок. Не все, увы, были учтены, но 109 изменений были, а это уже немало. Мы доказали, что с врачами нужно советоваться. И если, наконец, врачам дадут допуск к ряду функций — аттестации, аккредитации, переподготовке кадров, разбору врачебных ошибок и защите докторов (иными словами, если медицинское сообщество возьмет на себя ряд государственных функций), то мы, в конце концов, сможем изменить ситуацию в отрасли к лучшему.

Ну как можно решать без участия медиков, скажем, вопросы страхования? Многие специалисты имеют возражения против сегодняшней системы страховой медицины. Страховые медицинские организации, в основном, исполняют функции посредников при передаче финансовых средств. Они не мотивированы на повышение качества медпомощи. Да разве может быть мотивирована организация, доходы которой складываются из штрафов к ЛПУ? Реально до нас доходит лишь 50% от финансирования. С одной стороны, выделяются средства на лечение пациентов, а с другой — через частные страховые компании забираются.

Скажу также, что самостоятельность медицинских общественных организаций — это шаг к самостоятельности деятельности ЛПУ. Сейчас они зажаты в рамки регламентов и постановлений. Если предоставить им большую самостоятельность, то руководитель любого ЛПУ при планировании видов и объемов медицинской помощи, а также кадровых и экономических потребностей будет соблюдать принцип разумной достаточности. К тому же, это даст возможность экономического стимулирования работников. Сегодня попытки главного врача хотя бы условно увязать зарплату врача с конкретными результатами лечения практически невыполнимы, в системе самостоятельных ЛПУ — реальны.

Чтобы врач перестал быть крепостным, его также необходимо сделать субъектом права. Если врач становится субъектом права, то он отвечает за свое образование, переподготовку, за свои ошибки. В то же время, бываю необоснованные претензии к докторам. Именно в этих случаях профессиональные объединения врачей должны защитить своего коллегу от обвинений. И тогда врач не будет смотреть на больного и думать о том, как не «попасть под раздачу» или об экономическом стимулировании. Он будет думать о том, о чем должен думать — о диагнозе.

ОЛЕГ НАГИБИН,

председатель рязанской региональной общественной организации «Врачебная палата», главный врач ГБУ РО «Городская поликлиника №2»:

— До недавнего времени в России использовалась модель исключительно государственного регулирования системы здравоохранения. Такая схема управления отраслью не учитывает многих специфических профессиональных аспектов медицинской деятельности, а это неправильно. В конечном итоге, отвечают за исполнение этих решений обычные врачи. Постепенно в обществе приходят к пониманию того, что необходимо привлекать к управлению профессиональные общественные организации. Подвижки в этом направлении есть, но пока все происходит медленно и не очень эффективно. Например, перед принятием какого-то закона или приказа идет его обсуждение на сайтах ведомств, «круглых столах». Медики вносят профессиональные поправки, но когда мы читаем окончательный текст закона или приказа, то видим, что многие из них оказались не учтены. В этом кроется большая опасность — принимаются довольно «сырые» законы, но их необходимо соблюдать, а несоблюдение ведет к различным наказаниям обычных врачей. Для того, чтобы приказы исполнялись и при этом не мешали

врачи к нам приходили сами. Чем сейчас больше всего озабочены наши медики? Вопросами защиты. Почему это происходит? Потому что многие из ранее принятых приказов, подзаконных актов и т.п. ставят под удар обычного врача. Во-первых, являясь членом общественной организации, которой будут переданы определенные полномочия, медик будет защищен от необоснованных претензий. Во-вторых, его участие в этом сообществе, собственно, и должно позволить избежать принятия таких законов, когда врача можно будет легко осудить даже за правильные действия.

НАТАЛИЯ АКСЕНОВА,

председатель СРОО «Врачебная палата Смоленской области»:

— Сегодня в рамках всех общественных объединений идет речь о развитии общественного контроля в России. О передаче целого ряда функций от власти в профессиональные некоммерческие организации. Это очень важно. И, в соответствии со статьей 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в некоторых регионах (например, у нас в Смоленской области, где мы уже объединяем 75% медицинского сообщества во Врачебной палате) могли бы принять те полномочия, которые возможны по этой статье. Это в теории. С чем мы сталкиваемся на практике? Для передачи этих полномочий от государственных учреждений обще-

Но очень хорошо, что уже сегодня ситуация меняется. Ведь существует настолько много приказов Министерства здравоохранения и Департамента здравоохранения, что врачи просто не понимают, что им делать. Чего они боятся? Не конфликтов с пациентами как таковых, а несовершенства законодательной базы, из-за которого многие конфликты и провоцируются. Именно рядовые врачи становятся заложниками этой ситуации. Любому врачу хочет помочь пациенту, но если из-за несовершенства законодательства он вынужден работать на две ставки, если он боится ответственности, то ничего хорошего не получается. Поэтому постепенно функции, которые непосредственно определяют условия работы врача, должны быть переданы от государства профессиональному сообществу.

Наша Врачебная палата уже активно сотрудничает с органами исполнительной власти. В частности, мы принимаем участие в написании территориальной программы госгарантий. Нас слышат, к нам уже повернулись лицом. Но пока все равно это половинчатые решения, так не может продолжаться до бесконечности, нужно постепенно давать врачам больше самостоятельности.

НИКОЛАЙ ДУПИК,

заведующий вторым кардиологическим отделением Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины:



работать врачам, необходима тесная обратная связь между исполнительной властью и медицинскими сообществами.

Постепенно мы меняем ситуацию. Создан Координационный совет, куда вошли и представители Минздрава, и такого крупного объединения медиков, как Нацмедпалата. Самое важное, чтобы работа этого совета не стала формальностью. Есть у медиков усталость от бесконечных совещаний и заседаний. Нужны конкретные решения. Это позволит не только учитывать реальные потребности пациентов и профессионального медицинского сообщества, но и избавить органы исполнительной власти от рутинных функций и сохранить за ними ключевые рычаги управления отраслью.

На мой взгляд, вопросы, которые могли бы отойти к управлению профессиональным сообществом — вопросы профессиональной этики, разработки профессиональных стандартов, непрерывного последипломного образования, рассмотрения жалоб, аттестация и аккредитация врачебной деятельности.

Я не уверен, что сегодня необходимо требовать от врача обязательного членства в профессиональном сообществе. К «обязаловке» еще со времен комсомольских организаций у нас в обществе негативное отношение. Но необходимо построить работу так, чтобы

стать профессиональным членом организации, а не просто членом. Это позволит решить много организационных вопросов, и пока нет понимания, по какому пути двигаться дальше. Лично я вижу этот путь только через саморегулирование профессиональной деятельности в здравоохранении. Но до закона о саморегулировании в медицине еще далеко. А вот в рамках постановления правительства в отдельных регионах, где врачебные палаты уже зарекомендовали себя, где есть поддержка со стороны администрации регионов, я думаю, уже можно было бы попробовать передать определенные полномочия в рамках пилотных проектов. В частности, по аттестации. Специалисты более грамотны в определении человека, которого аттестуют, чем исполнительная власть. Мы уже получили такое предложение от Департамента здравоохранения Смоленской области. Но принятие этих полномочий в полном объеме без финансирования — нереально. Мы работаем без копейки денег, не собираем взносы. Поэтому необходимо соответствующее постановление, продуманные механизмы передачи таких полномочий. Вот тогда уже можно полноценно запускать подобные проекты, «обкатать» их на нескольких регионах в течение, например, года, посмотреть, как работает эта схема, и затем уже распространять на всю страну.

— Почему практикующим врачам интересна схема общественно-государственного управления отраслью? Да потому что мы хотим, чтобы в процессы, как именно врачам лечить пациентов, государство со своими требованиями не вмешивалось. Иными словами, решать все профессиональные вопросы, определять правила лечения должны именно специалисты. Функции, которые останутся за министерством — стратегия, контроль, финансирование. При этом, конечно, важно взаимодействие между властью и медиками. Кто лучше практикующего специалиста даст чиновникам представление о том, что происходит в нашей сфере? А от этого зависят и стратегические решения: например, если у нас наблюдается повышение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, то необходимо проводить профилактику именно этих заболеваний, выделять на решение проблемы дополнительное финансирование. Если наибольшие проблемы — в области онкологии, то, соответственно, чиновники от здравоохранения должны, прежде всего, уделить внимание ей. Это поможет грамотно решать и кадровые вопросы, и вопросы в системе распределения ресурсов. Главное — чтобы государство не мешало врачам лечить. Я думаю, что сегодня врачам важно быть членами профессиональной общественной организации,

чтобы совместно мы могли отстаивать наши интересы. Скажем, сегодня врача никто не защищает: по закону он, вроде бы, прикрыт администрацией ЛПУ, но если возникает серьезный конфликт, то нередко администрация врачей просто «сдает». Если функцию защиты сможет взять на себя сообщество медиков, то можно создать работающий механизм такой защиты.

Понятно, что подобные вопросы не решаются быстро — у нас много проблем. Но если обычные врачи не будут принимать участие в управлении своей же отраслью, то они и не решатся.

ХРИСТО ТАХЧИДИ,

член президиума Национальной медицинской палаты России, председатель Общества офтальмологов России, проректор II Московского медицинского института:

— Я считаю, что сегодня взаимодействие профессиональных сообществ медиков с властью — абсолютно необходимая вещь. Во всем мире профессиональные сообщества врачей занимаются вопросами аттестации, лицензирования — именно они решают, давать право работать врачу или не давать, за что его наказывать, а за что — поощрять. Надо помнить, что медицина — это не точная наука, в ней много творчества, много субъективизма, нередко решения приходится принимать, стоя непосредственно у операционного стола. И оценивать действия врача-профессионала могут только такие

в Минздраве и департаментах здравоохранения. В вопросах как стратегического, так и тактического планирования необходимо учитывать мнение профессионалов, а пока они «выключены» из этого процесса. Простой пример: была принята установка на создание по всей стране крупных межрайонных роддомов и сокращение небольших сельских. Делалось все это с тем, чтобы закупить в эти центры современное оборудование, поднять уровень квалификации персонала — идея абсолютно логичная, но абсолютно нереальная в нашей действительности. Потому что условия наших разбитых дорог, отсутствия транспорта делают эту идею нереальной. Если бы власти при принятии подобных решений советовались с практикующими на местах медиками, они бы могли представить себе реальную ситуацию в регионах страны и избежать ненужных ошибок.

В сущности, для того, чтобы система государственно-общественного управления эффективно работала, от властей нужны, в основном, координирующие действия и высокая степень самостоятельности на тех этапах ЛПУ, где идет непосредственная работа с пациентами. Я считаю, что сегодня мы еще не готовы к тому, чтобы сделать врача субъектом права, это может породить определенный хаос. Если же мы дадим большую свободу клиникам, то это приблизит уровень принятия решения к врачам и научит их постепенно понимать свои права и пользоваться ими.

Власть же должна ставить перед профессиональным сообществом задачи, необходимые

коллапс. Систему передачи ряда полномочий от властных структур к медицинским сообществам лучше всего, на мой взгляд, опробовать на небольших блоках, по отдельным специальностям, «обкатывать» на одном-двух регионах, подправить, если что-то необходимо, и только потом делать ее централизованной для всей страны.

Самая простая формула развития — завтра должно быть лучше, чем сегодня. Каждая клиника и каждый врач имеют свой потенциал развития. И если мы не будем сковывать их инициативу, будем объединяться и налаживать диалог с властью, то условия работы и результаты деятельности врача завтра будут лучше, чем сегодня.

ФЕЛИКС БАДАЕВ,

председатель НП «Медицинская Палата Свердловской области»:

— Можно сказать, что сейчас мы начинаем нарабатывать в Свердловской области опыт общественно-государственного сотрудничества в медицинской сфере. В сентябре 2013 года мы подписали соглашение с областным Минздравом и сейчас совместно с УГМУ начинаем отработку основных принципов непрерывного медицинского образования для трех основных врачебных специальностей: врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и врачей общей практики. Сейчас мы пишем модули программ в объеме 36 учебных часов, будем совместно отрабатывать этот пилотный

в разработке клинических рекомендаций и протоколов лечения. Это тоже элемент сотрудничества, очень важный для практических врачей. Ведь в 37-й статье Федерального закона № 323 четко написано, что врач обязан исполнять стандарты медицинской помощи — это, прежде всего, экономическая составляющая. В стандартах не прописаны особенности течения болезни у конкретного пациента, показания и противопоказания к конкретным диагностическим исследованиям, отдельным препаратам. Надзорные органы при проверке не учитывают их, и клинический протокол имеет огромное значение, потому что у врача появляется дополнительный документ, дающий ему право принимать решение в каждом случае индивидуально. Также это документ, обосновывающий его позицию в случае возникновения конфликтной ситуации.

Конфликтные ситуации — особенно актуальная система при общественно-правовом регулировании. Необходимо построить эффективную систему защиты квалифицированных специалистов в случае нарушения их прав, включая организацию объективной независимой профессиональной экспертизы. Сегодня многих смущает определение «независимая». Существуют опасения, что в некоторых ситуациях врачи будут покрывать друг друга. Это не так. Медики очень критично относятся к своим коллегам, и прикрывать чужие промахи никто не будет. Заключение же, написанное не чиновником Минздрава, а, например, практикующим хирургом со стажем, более авторитетно и для врачей, и для пациентов.

Отмечу, что сейчас уже пошла реальная отдача от сотрудничества с Министерством здравоохранения РФ: нам присылают документы, проекты приказов, наше мнение спрашивают, потому что одно дело быть теоретиком в кабинете, и совсем другое — практикующим врачом. Пусть еще не всегда наши рекомендации учитываются, но уже начали слышать голоса тех людей, которые потом эти приказы исполняют. Этого не было раньше, и очень хорошо, что это происходит сейчас.

Мы убеждены, что профессиональными вопросами должны заниматься исключительно профессиональные сообщества. Профессиональных ассоциаций (хирурги, акушеры-гинекологи, стоматологи и т.д.) должно быть столько, сколько существует врачебных специальностей. Но реально влиять на тарифную политику и осуществлять практическую защиту врачей в судах и т.п. способно только единое объединение врачей всех специальностей. Конечно, общественные объединения должны брать на себя не все функции, но они могут очень многое. Приведу всем известный пример: в Великобритании в состав Минздрава входят всего 16 человек — и система работает, врачи успешно управляют своей отраслью вместе с министерством.



же, как он, мастера. Врач должен отвечать за результаты своей профессиональной деятельности перед врачебным сообществом, сообщество — перед государством.

Также я уверен, что профессиональным сообществам необходимо доверить экспертизу глобальных решений, которые принимаются

для решения насущных проблем общества, цели, которых нужно достичь в определенные временные промежутки, оценивать результаты. И осуществлять контроль. Должна быть разработана система оценки деятельности профессионального сообщества.

Сейчас нельзя отдать профессиональным сообществам все функции сразу — будет

проект. И это, можно сказать, первый практический шаг в области общественно-государственного управления.

Также соглашением предусмотрено, что мы будем участвовать в разработке проектов нормативных актов в области здравоохранения, аттестации врачей. Безусловно,

ТЕРРИТОРИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА ВНОСИТ ПРЕЛОЖЕНИЕ ИЗМЕНИТЬ ПОРЯДОК ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РОССИЯН

Порядок проведения диспансеризации населения нужно менять — к такому выводу пришли эксперты Национальной медицинской палаты, проведя анализ отзывов врачей со всей страны относительно сложившейся ситуации с проведением профилактических осмотров.

Президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль отмечает, что сегодня необходимо анализировать практику реализации приказов Министерства здравоохранения РФ и вносить в них изменения:

«Есть несколько приказов, которые вызывают нарекания со стороны врачебного сообщества. Один из них касается диспансеризации. Он до конца не учитывает сложившуюся в здравоохранении ситуацию.

В результате диспансеризация навалилась, как ком, добавившись к тому объему работы, который выполняют участковые сообщества».

Анализ практики проведения диспансеризации в соответствии с новыми нормативными актами Министерства здравоохранения позволил выявить ряд проблем, требующих незамедлительного решения. Одна из самых острых — то, что сейчас вся ответственность за проведение диспансери-

зации лежит на медицинских работниках: руководителях медицинских организаций, оказывающих первичную амбулаторную помощь, врачах отделений и кабинетов медицинской профилактики, участковых врачах-терапевтах. При этом сами граждане вправе отказаться от проведения медицинских мероприятий, а работодатели не заинтересованы в том, чтобы их сотрудники тратили свое рабочее время на медицинские осмотры.

Сейчас, согласно приказу от 03.12.2012 №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», именно врач-терапевт обязан мотивировать пациентов к прохождению диспансеризации. В то же время никаких реальных инструментов влияния на поведение пациентов у врачей нет. Медики отмечают, что пока пациенты не заинтересованы в сохранении своего здоровья и прохождении профилактических осмотров. Во многих регионах была введена практика проведения диспансеризации в выходные дни. «Мы понимаем, что люди работают до вечера, поэтому профилактические осмотры стали возможны в выходные дни. Однако результат, несмотря на активные информационно-пропагандистские мероприятия, оставался прежним — из 80-100 человек, приглашенных и давших согласие, на осмотр приходило только 10%», — говорят врачи. В связи с этим эксперты НМП призывают к комплексному решению этой проблемы. По их мнению, необходимо снять ответственность за проведение диспансеризации работающего населения с медицинских работников и возложить ее на работодателей. На медиках же оставить только ответственность за проведение диспансеризации среди прикрепленных к их медицинским организациям пациентов. Нелишней станет и разработка механизмов стимулирования граждан. Например, предоставление по итогам прохождения диспансеризации бесплатных лечебно-оздоровительных и санаторно-курортных услуг.

На фоне незаинтересованности людей в прохождении диспансеризации и чрезмерной ответственности медицинских работников эксперты говорят о проблеме завешенных

планов по диспансеризации. Руководство медицинских организаций ставит перед сотрудниками цель «выполнить план любой ценой». Однако в условиях отсутствия рычагов и возможностей управления целевыми показателями попытки административного давления на медицинских работников успеха не имеют. «Уставшие и озлобленные врачи стали подавать заявления об увольнении», — отмечают эксперты НМП. В связи с этим — еще одно предложение НМП: осуществлять планирование показателей по диспансеризации «снизу», ориентируясь, в первую очередь, на возможности медицинских организаций и нагрузку самих медицинских работников. А нагрузка на медиков в связи с необходимостью проведения профилактических осмотров только увеличилась — «для заполнения всех необходимых документов на одного человека требуется около часа». Объем заполняемой медицинской документации высок. «Не справляясь с установленными плановыми показателями, руководители признаются, что выполнение плана начинает носить фиктивный характер», — говорят эксперты НМП.

Представители Национальной медицинской палаты предлагают согласовывать перечень необходимых исследований в рамках диспансеризации с врачебным сообществом, а объемы работ по ее проведению формировать с учетом норм нагрузок на средний медицинский персонал и врачей. По мнению НМП, необходимо также оптимизировать количество отчетной документации. Например, считать информированное согласие, которое дают все пациенты МО, также информированным согласием и для проведения всех видов медицинских осмотров, а паспорт здоровья выдавать только по просьбе пациента. Также эксперты НМП

считают нужным отказаться от учетной формы «Маршрутная карта диспансеризации» и пересмотреть анкету для пациента в сторону ее упрощения.

И, наконец, самый болезненный вопрос — это финансирование диспансеризации. По мнению экспертов НМП, необходимо предусмотреть целевое финансирование. К сожалению, сегодня финансовые вопросы не решены. «Без решения о проведении этих мероприятий сумма субвенций ФФОМС оставалась бы неизменной. Сейчас снижается тариф на каждое посещение, т.к. само число посещений возросло — при сохранении общей суммы расходов на медицинскую помощь по программе ОМС», — говорят эксперты. В связи с этим представители НМП считают, что необходимо включить финансирование плановых показателей в государственный заказ, а дополнительные средства передать в региональные фонды ОМС для увеличения тарифов в системе обязательного страхования. Также необходимо установить тариф на проведение диспансеризации, который учитывал бы реальные расходы медицинских организаций на ее проведение.

Эксперты Палаты указывают и на другие проблемы приказа «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Так, например, составление полноценных списков граждан, подлежащих диспансеризации, врачами-терапевтами затруднительно, поскольку не все граждане обращаются по месту жительства. Еще одна особенность приказа — в случае необходимости врачи-терапевты по итогам диспансеризации могут оформлять документы пациентов на получение высокотехнологичной помощи. Однако такой постулат противоречит по-

ложениям ранее принятых приказов Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Существуют вопросы и относительно подведения итогов диспансеризации. Приказ вменяет их врачам-терапевтам, однако формат, сроки и содержание такого рода документов не определены.

Среди недостатков приказа эксперты отмечают и другие противоречия. В самом приказе указано на то, что диспансерное наблюдение проходят граждане с 18 лет. В то же время в приложении к нему первой возрастной группой, для которой утвержден перечень обследований, называется 21 год. Эксперты Палаты предлагают сделать возможным проведение диспансеризации вне зависимости от определенного возраста с кратностью 1 раз в 3 года со стандартным объемом исследования (на 1-м этапе) и по показаниям (на 2-м этапе).

Эксперты Палаты также отмечают, что проведение диспансеризации населения регламентируется одновременно несколькими нормативными актами Министерства здравоохранения: обследования дублируются, а под осмотры попадают одни и те же категории граждан. НМП призывает провести содержательный аудит существующих приказов и исключить противоречия. Кроме того, существенным недостатком всех нормативных актов является то, что ни в одном документе не указаны полномочия какого-либо федерального органа исполнительной власти по определению категорий населения и порядков проведения диспансеризации.

По итогам анализа предложений, поступивших от экспертов, Национальная медицинская палата направила предложения по корректировке процесса диспансеризации в Министерство здравоохранения РФ.

Приказ, регламентирующий порядок оказания скорой медицинской помощи, нуждается в корректировке

С января 2014 года должен вступить в силу приказ №388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», который определяет новые правила работы этих служб. Однако, по мнению экспертов Национальной медицинской палаты, на сегодняшний день приказ является недоработанным, а специалисты служб скорой помощи различных уровней высказывают практические замечания.

«Национальная медицинская палата предлагает внести необходимые изменения в приказ и только с 2015 года сделать его обязательным для исполнения на всех уровнях организации оказания скорой помощи», — говорит Президент НМП Леонид Рошаль.

Алексей Бойков, председатель правления Некоммерческого партнерства «Ассоциация руководителей скорой медицинской помощи» (г. Санкт-Петербург) отмечает, что цель нового приказа заключается в логичной оптимизации процесса оказания скорой медицинской помощи пациентам. Однако существующие в документе юридические неопределенности ставят «под удар» в первую очередь сотрудников и руководителей служб скорой помощи различных уровней.

«Цель приказа — сделать организацию оказания экстренной и неотложной медицинской помощи более упорядоченной и менее затратной. Во главу угла ставится оказание скорой медицинской помощи в экстренной форме, а во вторую очередь — в неотложной форме. Такая модель используется во многих странах мира. У нас в советское время в силу разных причин врач по любому случаю выезжал к пациенту. Теперь, с целью экономии средств, предполагается, что сам пациент в определенных случаях будет самостоятельно приезжать к врачу, в стационар, если ситуация не является экстренной».

Однако основная угроза для работы врачей — отсутствие в документе четкого указания на то, какие случаи представляют угрозу для

жизни пациента, а какие — нет. «Такая ситуация позволяет сделать виноватыми как главных врачей, так и рядовых сотрудников бригад скорой помощи. В каком случае нужно рекомендовать пациенту обратиться к участковому врачу? Что такое «явные признаки угрозы жизни», и как их определить по телефону? Эти критерии в приказе не определены. Непонятно также, кто полномочен принимать такое решение, кто несет ответственность за выезд бригады скорой или неотложной помощи», — подчеркивает А. Бойков. Все это делает сотрудников скорой помощи уязвимыми, создает прецеденты для их обвинений — со стороны как пациентов, так и представителей страховых компаний.

Кроме того, важным замечанием к приказу №388н со стороны экспертов Национальной медицинской палаты являются вопросы оснащения бригад скорой помощи. По их мнению, указанный перечень оборудования должен носить функциональный характер, не быть привязанным к конкретным аппаратам.

«Конечно, надо стремиться к тому, чтобы оснащение бригад скорой помощи соответствовало самому последнему слову техники и мировому уровню. Однако излишняя детализация оборудования, которое включено в стандарт оснащения автомобилей скорой помощи, требует высоких затрат. В то же время существуют другие аппараты, которые дешевле и при этом позволяют выполнять те же самые функции. Более того, часть весьма дорогостоящих аппаратов нельзя назвать необходимыми для

использования на догоспитальном этапе. Они могут быть только рекомендуемыми, так как их использование требует серьезной дополнительной подготовки персонала и не всегда оправдано, особенно в городах, с учетом дефицита времени и близости стационаров», — говорит руководитель «Ассоциации руководителей скорой медицинской помощи».

Таким образом, Национальная медицинская палата предлагает определить в приказе функции необходимого оборудования, а уже сам выбор приборов оставить за станциями скорой помощи.

Штатная комплектация самих бригад скорой помощи — еще одно направление приказа, которое требует доработки. По мнению экспертов, представляющих интересы служб скорой помощи, в условиях кадрового дефицита сокращение ставок санитаров представляется нецелесообразным. «Работать санитарями — это была единственная возможность для студентов получить практику; будущие специалисты хотят как можно раньше научиться оказывать помощь заболевшим и спасать пострадавших. А для учреждений это серьезный кадровый резерв», — отмечают эксперты Палаты.

Учитывая дефицит кадров и разные возможности регионов, необходимо прописанные в порядке составы бригад сделать рекомендуемыми и передать полномочия по формированию перечня и состава бригад субъектам РФ с учетом региональных особенностей.

Исключение из перечня учреждений, куда доставляется больной, тех, где отсутствуют специальные отделения скорой помощи, снижает доступность ее оказания. «Нужно везти пациента только в больницу, где есть специальное отделение скорой медицинской помощи. При этом расстояние не имеет значения, хотя рядом может быть больница, в которой имеется необходимое оснащение и персонал для оказания помощи пациенту, но нет специального отделения. В таком случае оказа-

ние скорой медицинской помощи не является корректным», — отмечают эксперты. Также не до конца понятны основания исключения из перечня специализированных бригад целого ряда исторически сформированных и востребованных бригад СМП: в новом приказе нет кардиологических, неврологических и других.

Эксперты Палаты также указывают на существующие разночтения этого приказа с другими действующими документами и просят привести в соответствие нормативную базу, регламентирующую оказание скорой медицинской помощи.

Алексей Бойков заключает, что есть опасения, связанные с невозможностью выполнения всех требований положений приказа с 1 января 2014 года. Главные врачи уже сейчас вынуждены прилагать неимоверные усилия для обеспечения качества и доступности медицинской помощи в непростых условиях подготовки к внедрению приказа. Также он указывает на то, что реалии, вводимые новым порядком, расходятся с ожиданиями пациентов, которые привыкли получать квалифицированную медицинскую помощь на дому по первому требованию и по любому, порой даже незначительному, поводу. Это требует дополнительных информационно-разъяснительных усилий со стороны организаторов здравоохранения.

Эксперты Палаты напоминают, что скорая медицинская помощь только недавно вошла в систему ОМС, поэтому многие организационно-финансовые вопросы еще не решены до конца. Приказ нужно дорабатывать, а пока необходимо провести рабочее совещание представителей Министерства здравоохранения РФ с главными врачами скорой помощи всех уровней для того, чтобы определить «болевые точки».

В любом случае Национальная медицинская палата призывает отложить вступление приказа в законную силу и сделать 2014 год переходным периодом для введения нового порядка.

НАШИ В РЕГИОНАХ

ЦЕНТРАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКОВ ИЗ ЦФО

Объединение врачей, создание общества взаимного страхования и института экспертов, действующие Третейские суды, организация системы непрерывного образования врачей, участие практикующих специалистов в законодательном процессе — лишь неполный перечень тех вопросов, которые обсуждались на совещании Координационного совета медицинских палат и ассоциаций Центрального Федерального Округа.

«Координация и обмен опытом для нас сейчас — важнейший элемент работы. Мы должны почувствовать локоть друг друга. И откровенно говорить обо всех проблемах, которые есть», — отметил Президент Нацмедпалаты **Леонид Рошаль**.

«Координационный совет медицинских палат и ассоциаций в ЦФО создан с одной целью, — подчеркнула председатель СРОО «Врачебная палата Смоленской области» **Наталья Аксенова**. — С тем, чтобы мы были едины, были вашей правой рукой. В регионах не все так спокойно и гладко, как кажется. Мы объединяемся, чтобы координировать наши действия».

Тот успешный опыт, который сегодня уже нарабатан в ряде регионов, заслуживает самого внимательного изучения другими членами Нацмедпалаты. И это конкретные дела. «Народ уже «наелся» прошлыми ассоциациями и обществами, которые ничего конкретного не дали. Мы не должны вставать на такой путь», — заметил **Леонид Рошаль**.

ВМЕСТЕ НА ЗАЩИТЕ ВРАЧЕЙ

Коллег из других регионов заинтересовали многие аспекты работы Врачебной палаты Смоленской области. В частности, защита врачей — наиболее животрепещущая тема для медицинского сообщества. Скоординировать усилия, объединиться в защите прав врачей — одна из основных задач. СРОО «Смоленская Врачебная палата» имеет большой опыт в части урегулирования споров между врачами и пациентами до суда общей юрисдикции. **Наталья Аксенова** поделилась с участниками совещания секретами успешной работы Третейского суда при областной Врачебной палате. За два с половиной года работы Третейским судом при Врачебной палате Смоленской области было рассмотрено 647 споров, и ни один не перешел в стадию судебного разбирательства. Сегодня в нем работают 16 судей, каждый из которых прошел специальное обучение по третейскому судопроизводству. Возглавляет суд юрист, он же бывший судья. Еще 5 человек имеют по два образования — медицинское и юридическое. Остальные члены суда — врачи, главные врачи, врачи из фонда ОМС. Квалифицированные специалисты, вникание в суть проблем пациентов и причин их недовольства дают возможность урегулировать процессы до стадии судебного разбирательства.

Для того, чтобы как можно полнее охватить территорию ЦФО в деле защиты врачей, **Наталья Аксенова** предложила от каждой из областей ЦФО выделить еще по 3-5 представителей. Таким образом, появляется возможность создать Третейский суд при Врачебной палате Смоленской области с участием судей из всех регионов ЦФО. Такой суд может оперативно проводить выездные заседания в любом регионе, где это понадобится. Предложение было единогласно поддержано участниками совещания.

Еще одно направление в деле защиты врачей — создание независимой экспертной коллегии. Не всегда удается урегулировать конфликт, не доводя его до суда общей юрисдикции. «Начиная защищать врачей в суде, мы встали еще перед одним вопро-

сом — необходимостью получения лицензии, — говорит **Наталья Аксенова**. — Суд разговаривает только с теми экспертами, которые имеют какой-то статус. Для того, чтобы в суде иметь возможность официально выступать на защите врачей, мы получили в Росздравнадзоре лицензию на медицинскую деятельность, на контроль качества медпомощи, организации здравоохранения и общественного здоровья. Это дало нам возможности прийти в областной суд, провести переговоры и заключить соглашение с областным судом о привлечении группы экспертов, на которых распространяется лицензия. Их теперь привлекают в суды».

И, надо сказать, экспертам удается весьма успешно защищать врачей. **Наталья Аксенова** привела несколько конкретных примеров подобной работы. Так, при трепанации черепа у нейрохирурга разломались щипцы, кусочек металла попал в головную артерию, что привело к мгновенной смерти больного. Доктора обвинили в смерти пациента по неосторожности и вменяли 8 лет реального срока. Группе экспертов разрешили вступить в дело уже на стадии судебного разбирательства. Председатель Третейского суда и с ним два эксперта — нейрохирург и хирург-травматолог — участвовали в защите доктора. Было подано несколько ходатайств о повторном исследовании металла, он был отправлен в лабораторию в Сколково, после чего получено официальное заключение: данный металл был отлит более 25 лет назад и имеет износ в виду коррозионных изменений и термических обработок. Доктора освободили в зале суда.

По словам **Натальи Аксеновой**, этот факт побудил медицинское сообщество массово вступать в Смоленскую Врачебную палату. Буквально за полгода членство в ней возросло с 1000 врачей до 4,5 тыс. Экспертам удалось защитить от уголовного преследования уже 12 врачей — уголовная ответственность перешла в гражданско-правовую.

Сегодня Нацмедпалатой ведется работа по созданию единого реестра экспертов, которые уже работают и которых знают в регионах. Участники совещания сошлись во мнении, что для координации и более эффективной защиты врачей в судах следует пойти по пути, аналогичному созданию Третейского суда с представительством во всех регионах ЦФО. Для этого вдобавок к лицензированным экспертам при СРОО «Смоленская Врачебная палата» каждый из регионов выделит своих экспертов, которые будут включены в единый реестр.

Юрий Ушанов, проректор Института развития дополнительного профессионального образования (ИРДПО), руководитель комиссии по разработке правил саморегулирования и унификации документов СРО, сославшись на опыт зарубежных медицинских палат, отметил, что количество конфликтов, которые там регулируются через медиацию — более 70%.

«Никто не запрещает нам в рамках Национальной медицинской палаты создать организацию таких профессиональных медиаторов, которые будут уполномочены выполнять все процессы, не доводя до суда любого уровня. Т.е. до обращения в Третейский суд главврач или врач могут предложить

пациенту обратиться к медиатору. И только в том случае, если медиатор не сможет разрешить этот конфликт, обращаться дальше». Сегодня в рамках Института развития дополнительного профессионального образования совместно с медицинским институтом разрабатывается программа по подготовке медиаторов, специализирующихся на медицинской отрасли. И в дальнейшем члены сообщества лицензированных экспертов, которое сейчас создается в ЦФО, смогут пройти обучение по этой программе. «Такому эксперту-медиатору цены не будет. Поскольку он уже будет готовить свою экспертную оценку, исходя именно из тех требований, которые нужны для медиации», — подчеркнул **Юрий Ушанов**.

В последнее время в России наблюдается быстрый рост юридической грамотности населения. В каких-то случаях, действительно, виноват врач, а где-то люди просто пытаются на этом заработать «Исков меньше не станет, — подытожила **Наталья Аксенова**. — Но если будет страхование ответственности, то, с одной стороны, это будет здорово для врача, что он будет застрахован. А с другой стороны, нужно искать и иные формы».

Национальная медицинская палата отвергла предложенный проект Минздрава по страхованию пациентов. «Этот проект был сделан для коммерческих организаций, для страховых компаний. Мы предлагаем другое решение — общество взаимного страхования», — подчеркнул **Леонид Рошаль**. Его поддержал и **Юрий Ушанов**: «Общество взаимного страхования в СРО — это так называемый компенсационный фонд. Для его создания в рамках Нацмедпалаты нет препятствий».

Сейчас прорабатывается модель общества взаимного страхования и реализация пилотных проектов в нескольких регионах России, чтобы оценить все плюсы и минусы такой системы страхования. «Это должен быть страховой фонд с постоянным уравновешенным статусом», — дополнила **Наталья Аксенова**.

РЕГУЛИРОВАТЬ И УПРАВЛЯТЬ

Так или иначе, все вопросы, которые обсуждались на совещании, касались именно создания механизма эффективно действующей саморегулируемой организации в области медицины. Сегодня становится очевидным, что без такого объединения медиков будущего у медицины в России нет. «Мне очень нравится то определение, которое саморегулирование дал Конституционный суд РФ — это сорегулятор от имени государства. Саморегулируемая организация создается для того, чтобы государство передало ей часть своих полномочий», — отметил **Юрий Ушанов**.

10 сентября 2012 года было принято постановление правительства РФ №907. По сути, это первый документ, на основании которого можно построить саморегулируемую организацию. По мнению **Юрия Ушанова**, в качестве такой организации Нацмедпалате могут быть переданы определенные функции, например, аккредитация лечебных учреждений. Также НМП может взять на себя функцию допуска к профессии. Прецеденты для этого уже созданы в других областях профессиональной деятельности. «Например, ассоциации юристов постановлением правительства фактически было делегировано полномочие по лицензированию вузов, которые занимаются подготовкой юристов. В планах этой организации написано, что эта ассоциация ведет реестр юристов. Нам здесь ничего нового изобретать не надо».

ОБСУДИМ С ВЛАСТЯМИ

Прошедшее совещание подтвердило и большое желание медиков из ЦФО взаимодействовать с властями. **Леонид Рошаль** обратился к его участникам с вопросом: какие именно темы стоило бы затронуть на селекторных совещаниях? Круг тем оказался очень широк: здесь и кадровая политика, и взаимоотношения органов власти с врачебным сообществом, и практические вопросы о скорой помощи и диспансеризации, и система непрерывной подготовки кадров. «Когда проходят селекторные совещания в Минздраве РФ, мы тоже хотим участвовать, особенно в обсуждении тех вопросов, которые касаются непосредственно нас. Это очень важно, когда нас приглашают — это говорит другим, что статус представителя Медпалаты высок, и его мнение достаточно значимо», — подчеркнул один из участников конференции.

Наталья Аксенова предложила, чтобы по образцу Координационного совета при Минздраве РФ подобные структуры были созданы во всех регионах. «Будем работать над этим, — заверил **Рошаль**. — Надо показать людям практическую работу. Мы хотим добиться того, чтобы ни один приказ Минздрава не был выпущен без нашей визы. Только непосредственная работа такого плана позволит что-то сдвинуть с места. Иначе все это — болтовня».

УЧИТЬСЯ НА ПРАКТИКЕ

На совещании обсуждался вопрос о проведении конференции по праву в медицине. **Наталья Аксенова** предложила провести ее в Смоленске, поскольку и группа адвокатов, и Третейский суд, и прокуратура, т.е. все те, кто активно участвует в правовом процессе, готовы показать участникам конференции реальные заседания, продемонстрировать на практике, как проходят процессы медиации, досудебного урегулирования и непосредственно Третейского суда. «Нам также очень важно получить от вас информацию, — сказала **Наталья Аксенова**, — сколько на ваших территориях таких исков против врачей. Это поможет нам лучше понимать ситуацию в целом».

Участники конференции сошлись во мнении, что подобные мероприятия будут интересны и другим федеральным округам. Поэтому на конференции, по возможности, будут приглашены не только представители ЦФО, но и другие члены Нацмедпалаты. Ориентировочно она состоится в феврале 2014 года.

Кроме того, Смоленская Врачебная палата готова организовать учебный процесс с помощью вебинара. «В каждом ЛПУ есть практические юристы, к которым в первую очередь поступают иски. Мы можем попросить юристов нашего института, который уже создан, подготовить такой вебинар. Сделать его бесплатным», — считает **Наталья Аксенова**. Представители регионов горячо поддержали эту идею, предложили включить в процесс обучения не только юристов, но и главврачей, которые также занимаются разбором претензий и исков от пациентов.

Обсуждение практических и общих вопросов, затронутых в ходе данного совещания, позволит членам Нацмедпалаты ЦФО не только вырабатывать общую стратегию реализации принципов профессионального самоуправления, но и выходить с конкретными предложениями и обращениями в официальные органы власти, и таким образом влиять на развитие системы здравоохранения в целом.

ОПЫТ СОСЕДЕЙ ПРИГОДИТСЯ

На Координационном совете Уральского федерального округа медики поделились опытом работы своих профессиональных объединений и тем, какие практические вопросы удастся решить с их помощью. В мероприятии приняли участие представители Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого АО, Тюменской, Свердловской и Курганской областей. К встрече в on-line режиме присоединился Президент НМП Леонид Рошаль.

ГОТОВИТЬ СМЕНУ

Сегодня много говорится о том, что престиж профессии врача в обществе падает, и молодежь неохотно идет в медицинские вузы. «Ямальское общество врачей» представило коллегам из других регионов УФО профориентационный проект «Я выбираю профессию врача», который может частично решить проблему кадрового дефицита в регионе. В проекте принимают участие Ямальское общество врачей, Департамент здравоохранения Ямала, департамент образования администрации города Новый Уренгой и Тюменская государственная медицинская академия. Площадкой для апробации проекта были выбраны 9-е и 11-е классы химико-биологического профиля одной из средних школ Нового Уренгоя. В школе создают специализированные медицинские классы, где ребята будут углубленно изучать общеобразовательные предметы, необходимые врачу, и знакомиться с практической стороной профессии. Предполагается, что отбор будет осуществляться не только на основе тестирования по основным предметам — химии и биологии, но и по тому, насколько интересны будущим абитуриентам основы медицинских знаний.

Задача Тюменской медицинской академии — организация встреч преподавателей академии с учениками специализированных классов в рамках конференций и семинаров, проходящих в Новом Уренгое. Для школьников будут организованы поездки в медакадемию с целью знакомства с учебным процессом, профессорско-преподавательским составом.

Со своей стороны, Ямальское общество врачей будет приглашать будущих студентов медицинской академии в центральную городскую больницу, где они познакомятся с практической стороной профессии. Работа будет строиться по основным направлениям: терапия, хирургия, акушерство и гинекология, педиатрия. Будущие абитуриенты и студенты познакомятся и с материально-диагностической базой городской больницы. А благодаря соглашению с департаментом здравоохранения и в случае успешной сдачи ЕГЭ выпускники медкласса по рекомендации Ямальского общества врачей смогут поступить на целевые места в Тюменскую государственную медицинскую академию. «Мы также будем стимулировать их возвращаться в родной город, чтобы практические занятия в летний период они проходили на базе Новоуренгойской центральной больницы, имели постоянных наставников», — отметила руководитель «Ямальского общества врачей» Ирина Груздева.

Инициаторы проекта надеются, что удастся решить вопрос дефицита кадров в государственных ЛПУ. «Мы планируем, собрав все сведения по муниципалитетам, выезжать в Тюменскую медакадемию для разговоров с выпускниками. Рассказывать им о том, какая жизнь на Ямале, какая медицина, где и в каких специальностях мы нуждаемся — и тем самым приглашать их на Ямал», — отметила выступающая.

Авторы проекта осознают, что необходимо создавать условия для возвращения выпускников на работу в родной город. В регионе надеются, что добьются социальных льгот для выпускников — льготного ипотечного кредитования, получения бесплат-

ного жилья и т.п. Работа в этом направлении ведется.

НЕ ВОЕВАТЬ, НО СОТРУДНИЧАТЬ

Коллег из других регионов также заинтересовали аспекты работы Медицинской палаты Свердловской области по поднятию престижа профессии врача. Не секрет, что во многом негативные коннотации вокруг профессии создаются благодаря публикациям в СМИ «сенсационных» материалов об ошибках, халатности и безразличии врачей.

Опыт сотрудничества Медпалаты Свердловской области и журналистов уникален. Медпалата поставила себе цель — адресное обращение к журналистам. По ее инициативе был организован «Клуб журналистов» — чтобы начать диалог с прессой, разъяснять точки зрения специалистов на конфликтные ситуации, представить экспертную оценку тех или иных правовых аспектов в отрасли, дать возможность представителям СМИ получать оперативные комментарии от специалистов.

«Сначала отклик был невелик. На первое заседание клуба, посвященное праву пациента на выбор врача, было разослано 40 приглашений, а пришло на встречу лишь 6 человек. Но на второе заседание — уже 13 человек, на третье — еще больше», — рассказала Ольга Рябинина, исполнительный директор НП «Медицинская палата Свердловской области». По ее словам, представители региональных СМИ за подобные встречи благодарят. И главное, начинают понимать, что врачи — это не «убийцы в белых халатах», что они заинтересованы в успешных результатах лечения не меньше пациентов.

Также Медпалате Свердловской области удалось профинансировать и развить проект по созданию сериала о работе скорой медицинской помощи. Это — 11 серий по 10 минут, в которых показана реальная работа врача. «Мы получили большой общественный резонанс в области и в городе. Люди звонили, благодарили. Кстати, в партнерство скорой медицинской помощи города Екатеринбурга вступило 98% врачей. Это люди, которые первыми сталкиваются с разными конфликтами. И к нам в Медпалату они пришли практически в стопроцентном составе», — отметила Рябинина.

Тему работы в сфере СМИ развил и Евгений Чесноков, председатель правления Некоммерческого Партнерства «Тюменское региональное медицинское общество». Помимо собственного сайта, НП «ТРМО» выпускает 4 медицинских издания. Одна газета направлена исключительно на пациентов, вторая ориентирована на медицинское сообщество. Третье издание — вестник Национальной медицинской палаты. Четвертый проект — газета, которая пишет о лучших докторов и медицине. Проводится множество «круглых столов» и семинаров с приглашением представителей СМИ. Все это позволяет максимально подробно информировать и население, и самих медиков о том, что происходит в регионе, какова позиция врачей по актуальным проблемам.

ЗАЩИЩАТЬ, ОБУЧАТЬ, АТТЕСТОВАТЬ

Одно из важных направлений работы членов Нацмедпалаты и врачебных ассоциаций — защита врачей и ЛПУ в судебных

делах и конфликтных ситуациях. Так, на сегодняшний момент представители Медицинской палаты Свердловской области участвуют в 10 судебных заседаниях. По многим делам удалось если не добиться пересмотра судебного решения, то хотя бы снизить материальную нагрузку с ЛПУ. Ольга Рябинина привела конкретный пример: пациентке 25-ти лет была проведена операция по удалению матки по показаниям здоровья. Пациенткой был подан иск на сумму в 950 тыс. руб. Представитель палаты, профессиональный акушер-гинеколог выезжал на судебные заседания в качестве эксперта. Ему удалось найти необходимые аргументы, и в итоге выплата была снижена в 5 раз, т.е. до 195 тыс. руб. В сторону снижения выплат удается решать дела и по другим искам.

«Это задача исключительно важная, — подтвердил Владимир Чернов, председатель Ассоциации медицинских работников Курганской области. — Мы надеемся, что в Координационном совете Уральского федерального округа найдем юридическую поддержку. У нас эта работа пока так и не развернулась. Я даже не представляю, куда сегодня можно обратиться по вопросам юридической защиты».

Вопрос, тесно связанный с защитой врачей — страхование профессиональной врачебной ответственности. Участников совещания заинтересовал опыт «Тюменского регионального медицинского общества». «Сегодня мы готовим документы для юридической регистрации общества взаимного страхования. Мы прошли несколько этапов. Нам возвращали документы на доработку. Мы что-то исправляли. Нам говорили, что пока таких прецедентов не существует. Здесь все не так просто, как нам бы хотелось», — поделился с коллегами Евгений Чесноков. Предлагается следующая схема: средства аккумулируются из членских взносов, формируется компенсационный фонд. Если к концу года средства не заканчиваются, то они не исчезают (как при взносах в страховые компании), а идут в копилку на следующий год, наращивая компенсационный фонд. Сегодня в области уже готов стартовать этот проект, который позволит оценить на практике, как работает подобная модель.

Следующий важный практический вопрос, вызвавший дискуссии, — непрерывное профессиональное образование. Два года назад Медпалата Свердловской области параллельно с областным Минздравом подготовили проект о непрерывном профессиональном образовании на территории Свердловской области. Были проработаны критерии для балльной оценки, позволяющие применять дифференцированный подход и использовать разные критерии (например, для врачей центральной городской больницы и врачей из сельских больниц). Система работает. В областной Медпалате предлагают соединить систему непрерывного медицинского образования и аттестации: «Не бывает одного без другого. Именно аттестация является мощнейшим мотивом для того, чтобы врач учился. Не секрет, что сегодня это зачастую бывает по «обязаловке». Надо в корне поменять ситуацию». Медпалата Свердловской области готова взять на себя реализацию пилотного проекта сведения непрерывного образования с аттестацией на территории региона.

Есть что сказать по этому поводу и Тюмени. Свою работу НП «ТРМО» начинало с возрождения профильных ассоциаций. В настоящий момент их на территории области 18. И уже 3 года действует соглашение с департаментом здравоохранения о том, что аттестация медицинских работников проводится профессиональными медицинскими ассоциациями. При этом в области действует административный регламент. Согласно ему, как только в регионе появляется профессиональная ассоциация, которая может проводить подобную аттестационную работу, то в регламент вносятся

соответствующие изменения. Сейчас на сайте НП «ТРМО» перед аттестацией можно пройти предварительное тестирование в режиме онлайн. На данный момент специалисты проходят 150 вариантов тестовых заданий для разных аттестационных категорий — первой, второй, высшей. Над ними работали специалисты (например, неврологи, нефрологи, урологи). На сайте уже зарегистрировано более 3,5 тыс. человек, которые прошли предварительную аттестацию таким образом.

Медики поднимают и вопросы о тарифах качества оказания медицинской помощи, волнуют их и взаимоотношения с территориальными фондами ОМС, и проведение экспертиз качества оказания медицинской помощи (сегодня в некоторых регионах создаются реестры лицензированных экспертов). В этой сфере у медиков, идущих по пути объединения в профессиональное саморегулируемое сообщество, — огромное поле для деятельности. Вице-президент НМП, заместитель председателя комитета по охране здоровья граждан Государственной думы Сергей Дорофеев призвал коллег к конструктивной совместной работе. «Одни мы ничего не сможем, поэтому надеемся на то, что на каждой территории появится действенная палата или ассоциация, объединяющая большинство врачей, которые будут нам в этом помогать», — подытожил он.

В ТЮМЕНИ СОЗДАНО МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЗАИМНОГО СТРАХОВАНИЯ

Тюменское медицинское общество взаимного страхования официально зарегистрировано. Решение о государственной регистрации некоммерческой организации принято Управлением Министерства юстиции РФ по Тюменской области от 1.11.2013 г. Учредителем общества является НП «Тюменское региональное медицинское общество».

Цель создания Общества взаимного страхования — сформировать механизмы компенсации вреда пациентам, которые пострадали от профессиональных ошибок медицинских работников. «Тюменская область — один из пилотных регионов России, где будет создана модель общества взаимного страхования для медицинских учреждений и врачей», — пояснил председатель правления Тюменского регионального медицинского общества Евгений Чесноков.

Идею создания Общества взаимного страхования активно поддерживает президент Национальной медицинской палаты Леонид Михайлович Рошаль. По его мнению, эта страховая модель поможет разделить риски между лечебными учреждениями и медицинскими работниками и в случае необходимости защитить интересы каждой из сторон. Также такая организация позволит сформировать полноценную систему экспертизы, что в итоге уравнивает права и обязанности врачей, медицинских организаций и пациентов.

Напомним, что это не первый опыт НП «ТРМО» в страховании. Уже два года большинство крупных тюменских клиник имеют страховую защиту. Однако у такого подхода есть свои недостатки. В настоящее время большинство претензий пациентов связано с удовлетворением морального вреда, который страховые компании компенсировать не готовы.

Евгений Чесноков подчеркивает: «Сегодня медицинские учреждения, как никто, заинтересованы в защите своих прав. Но в 2016 году субъектом права станет сам врач и будет нести ответственность за оказанные им услуги самостоятельно. Поэтому уже сейчас нужно создавать реально работающую систему страхования медицинского работника».

ПЕРСОНАЛЬНЫЙ ЮРИСТ

НЕМЕЦКОЕ КАЧЕСТВО

Ежегодно в Росздравнадзор поступают десятки тысяч обращений от граждан. Согласно данным ведомства, самыми волнующими являются вопросы качества медицинской помощи – на них приходится около 50% от общего числа обращений.

«Только сейчас мы начинаем строить современную систему оценки качества оказания помощи, которая уже давно и успешно работает на Западе», — отметил Президент НМП Леонид Рошаль. — У нас **полностью не отлажена** государственная система контроля качества в целом. За рубежом есть специальные институты, которые регулируют качество конкретной работы конкретного доктора, конкретного медицинского учреждения. И, самое главное, у нас в России нет системы независимой профессиональной экспертизы, когда врачу или пациенту необходимо получить ответ на вопрос: правильное или неправильное было лечение. Вот такую систему мы хотим создать в России».

Пока в стране делаются только первые шаги на пути к этому. Нацмедпалата активно работает над развитием системы постдипломной подготовки медиков, формирует реестры лицензированных экспертов, чье мнение авторитетно в судах. Также создаются **досудебное разбирательство** и Третейские суды, позволяющие урегулировать конфликты, не доводя дело до судов общей юрисдикции, постепенно развивается процесс медиации в сфере здравоохранения и т.п. Формируя сегодня работающую систему оценки качества, отечественные медики вовсе не склонны изобретать велосипед. Эффективный механизм такой системы существует в развитых странах, например, в Германии.

НЕПРЕРЫВНОЕ УЛУЧШЕНИЕ

Сегодня в Германии используется система качества медпомощи, которая строится по принципам «цикла Деминга» (по имени английского ученого). Система заключается в непрерывном улучшении качества медицинской помощи и имеет 4 составляющих: план, документация, анализ и действие. На первом этапе необходимо разработать план мероприятий для улучшения качества. Определить цели модернизации на основе собранных данных. Ответить на вопросы: «что планируется улучшить?», «на каком основании предполагается, что изменения приведут к улучшению?» и т.п.

Составляющая «документация» подразумевает сбор сведений не только по историям болезней, но и всех технических, экономических данных по определенному ЛПУ.

На этапе анализа — контроль результатов запланированных изменений, выявление и анализ отклонений, установление их причин.

«Действие» — принимаются меры по устранению причин отклонений, например, реструктуризация, дополнительное обучение персонала и т.п.

Таким образом, каждый процесс может быть улучшен, и цикл носит непрерывный круговой характер. Принцип всего цикла состоит в том, чтобы каждый исполнитель мог участвовать в любой стадии этого процесса.

Тем более, что по немецким законам это необходимо. В Германии качество оказания медпомощи определено в законе «О врачебных специальностях». Любое ЛПУ, любой врач обязан заниматься качеством медицинской помощи.

«Высокий уровень качества медпомощи обеспечивает эффективность использования ресурсов в системе здравоохранения, а также кадровых ресурсов», — отметил представитель Врачебной палаты Германии Анатолий Резников.

УПРАВЛЯЕМ САМИ

За управление качеством медпомощи в Германии отвечает врачебное самоуправление, но не государство. На основании закона ответственность за менеджмент качества в здравоохранении возложена на врачебные общественные организации — в основном, на Федеральную врачебную палату Германии и Ассоциацию врачей больничных касс (объединение частных врачей, которые работают на поликлинических условиях), ее структурные подразделения и институты.

«Один из этих институтов — Институт качества и экономики в здравоохранении. Он подчиняется Совместной комиссии самоуправления, которая принадлежит Федеральной врачебной палате Германии и другим врачебным институтам самоуправления. Совместная комиссия была основана в 2004 году по закону о модернизации здравоохранения Германии, — говорит Анатолий Резников. — Эта совместная комиссия врачей и больничных касс подлежит правовому контролю со стороны Минздрава, но не находится под его управлением».



Комиссия определяет критерии качества медпомощи в амбулаторном и стационарном секторах. Она издает руководства по методам лечения (например, о том, какие из них могут быть разрешены врачам больничными кассами, поскольку не все методы, предлагаемые наукой или отдельными институтами, могут быть допущены к оплате больничными кассами). В основном, допускаются те методы, которые были научно доказаны крупным коллективом ученых и исследованы на большой группе больных.

Основные инструменты показателей качества медпомощи в Германии определяются наличием достаточной структуры, уровнем подготовки врачей, техническим обеспечением больниц, их финансированием и т.д.

Закон также обязывает врачей выборочно контролировать качество деятельности ЛПУ. Он разрабатывает рекомендации, в которых устанавливаются правила проведения и критерии выборочной проверки качества медпомощи. Например, проверяется качество работы отделений больницы, управления больницы в целом (применяются ли соответствующие руководства, протоколы, медико-экономические стандарты,

проводятся ли регулярные экспертизы или консилиумы). Больницы обязаны проводить междисциплинарный консилиум не менее одного раза в месяц. На нем собираются врачи различных отделений и обсуждают проблемы больных, в случаях которых не совсем ясны диагностика и лечение.

Критерии оценки качества одинаковы для всех земель Германии. Каждая больница в этой стране имеет сертификат качества, т.е. проходит проверку на качество лечения больных. Этот сертификат ЛПУ обязано подтверждать ежегодно. Если же больница не прошла оценку по критериям качества, к оказанию медпомощи она не допускается. Однако ей дается время (с установленными сроками) на то, чтобы исправить выявленные в ходе проверки недостатки.

СПОРНЫЕ МОМЕНТЫ

Что же происходит в тех случаях, если в отношениях между пациентом и врачом все же возникла спорная ситуация? Давно известно, как решаются такие споры в России: врач оказывается со своей проблемой один на один, независимо от того, виноват он или нет. «У нас юридические службы медицинских организаций, прежде всего, отстаивают интересы работодателя, — утверждает Любовь Добродеева, эксперт качества медицинской помощи Национальной медицинской палаты, руководитель Ярославского Медико-правового центра. — Медицинского работника, в первую очередь, ориентируют на самостоятельное решение конфликта». Более того, нередко пациенту напрямую советуют обратиться в суд с иском к врачу. Медицинские органи-

лизе документации, для рассмотрения ситуации не приглашаются ни сами врачи, ни пострадавшие пациенты. «Это очень важно: недостаточная документация уменьшает доказательную базу врача, а если врач не может доказать свою невиновность, то решение комиссии — он виноват», — говорит г-н Хубер.

Работа комиссии начинается тогда, когда врач подает заявление. При этом важно, что инициировать разбирательство может не только пациент, но и врач — он имеет возможность обратиться к комиссии с просьбой проверить правильность проведенного лечения. Пациент же вправе обратиться в комиссию по врачебным ошибкам в течение 5 лет после проведенного лечения. Если он считает, что при лечении были допущены ошибки, то комиссия будет рассматривать его проблему. «При этом пациенты за экспертизу качества оказания медицинской помощи не платят. Каждый врач в Германии должен быть застрахован от профессиональных ошибок. Со всеми страховыми компаниями Врачебной палаты заключены договоры. Страховые компании оплачивают работу врачебных комиссий — где-то 1500 евро за случай», — сказал г-н Хубер.

Важно, что работа комиссии не параллельна судебному разбирательству. Если больной обращается в комиссию по врачебным ошибкам с заявлением об экспертизе и в то же время подает в суд, то комиссия это дело не рассматривает. Однако если пациент не согласен с решением комиссии по врачебным ошибкам, то он может после этого подать в суд. Если это происходит, то судья при рассмотрении дела выбирает эксперта

заций всеми доступными и недоступными способами пытаются дистанцироваться от проблемы обычного доктора. Суды заполняются исками от пациентов. В то время как есть способы решать подобные вопросы гораздо эффективнее.

Например, как рассказал Ганц-Георг Хубер, член Врачебной палаты земли Северный Рейн, при Врачебной палате работает комиссия по врачебным ошибкам. Именно она выполняет их объективную экспертизу при диагностике и любых неприятных последствиях оказания медпомощи. Осуществление базовых претензий или необоснованных претензий от пациентов тоже входит в компетенцию работы комиссии. В ее задачи не входит определение суммы ущерба, она только констатирует: виноват врач или нет. «Важно, что комиссия независима и свободна от любых указаний сверху — со стороны министерства, администраций. Формируется комиссия на добровольной основе. Председатель и его заместитель — опытные юристы, кроме того, в состав входят врачи с многолетним стажем работы, очень компетентные», — пояснил г-н Хубер.

Комиссия принимает решение, основываясь в своей работе исключительно на ана-

не из комиссии по врачебным ошибкам, а другого. Однако случаи, когда суды были не согласны с выводами комиссии, крайне редки.

Комиссии по врачебным ошибкам имеются во всех землях Германии. Об эффективности их работы говорят следующие цифры: 90% случаев разрешается в досудебном порядке; 10% идут в суд, из них лишь в 1% случаев решение в суде отличается от решения комиссии по врачебным ошибкам.

Г-н Хубер говорит о том, что работа комиссии по врачебным ошибкам пользуется доверием врачей, пациентов, страховых компаний и судов: «Такой процесс ведет к быстрому разрешению конфликта. Кроме того, это не относится к государственному процессу, он разгружает суды».

«В целом система менеджмента качества медпомощи уменьшает врачебные ошибки, позволяет рационально использовать финансовые ресурсы, оборудование и медтехнику, является преимуществом в конкуренции, способствует постоянному улучшению медицинского обеспечения и увеличению ответственности врачей», — заключил Анатолий Резников.

ЭКСПЕРТЫ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ ВСТАЛИ НА ЗАЩИТУ ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА ЛЮБЕРЕЦКОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ №1

Эксперты Национальной медицинской палаты готовы отстаивать интересы обратившегося к ним за помощью врача-анестезиолога Люберецкой районной больницы №1. Об этом заявил Алексей Старченко, сопредседатель Комиссии по независимой экспертизе качества оказания медицинской помощи НМП.

Трагическая история случилась в апреле 2012 года во время проведения пациентке гинекологической операции (выскабливание полости матки) в связи с замершей на сроке около 7 недель беременностью. После проведения выскабливания у женщины остановилось дыхание, позже прекратилась сердечная деятельность. В результате реанимационных мероприятий сердечная и дыхательная функции были восстановлены, она пришла в сознание, но на следующий день пациентка скончалась от полиорганной недостаточности. Обвиняемый — врач-анестезиолог — осуществлял обезболивание во время операции. Сейчас ему предъявлено обвинение в причинении смерти по неосторожности, грозит лишение свободы до трех лет.

Экспертам НМП были представлены документы для подготовки экспертного заключения по оценке качества оказанной медицинской помощи. Проанализировав материалы, эксперты Палаты заключают, что на этапе проведения судебно-медицинской экспертизы были допущены серьезные содержательные и правовые нарушения.

Так, А. Старченко отмечает невысокий уровень качества СМЭ. «В заключении эксперта отсутствует элементарное и корректное определение судебно-медицинского диагноза. Комиссией СМЭ неправильно определена непосредственная причина смерти. Так, эксперты заключают, что причиной наступления смерти стала полиорганная недостаточность, обусловленная длительной гипоксией, которая возникла в результате парадоксальной индивидуальной реакции на введение препарата. А дефектом оказания медицинской помощи стал процесс проведения вентилирования легких ручным аппаратом, а не автоматическим. Однако это вовсе не так», — считает эксперт.

Если обратиться к руководствам по акушерству и гинекологии, рекомендациям и диссертациям последних десятилетий, то становится очевидным, что замершая беременность представляет собой конгломерат токсических элементов, которые в процессе операции устремляются в сосудистое русло и вызывают токсический септический шок, а органом-мишенью становятся в первую очередь легкие и их капилляры. Именно токсический шок привел к поражению других органов: печени и почек. У пациентки развился ДВС-синдром, «шоковое легкое». Все это очень быстро привело к полиорганной недостаточности и смерти.

«Еще более интересный вывод экспертизы СМЭ — дефектом оказания медицинской помощи является проведение вентилиации не автоматическим аппаратом ИВЛ, а с помощью воздуховода и мешка Амбу. Те эксперты СМЭ говорят о том, что реанимационные мероприятия проводились неадекватно и способствовали смерти пациентки. Однако ни один нормативный документ не предписывает, каким аппаратом нужно проводить вентилиацию. Оба медицинских изделия официально разрешены для применения в РФ. А материалы дела не указывают на то, что сам процесс вентилиации проводился с какими-либо ошибками», — заключают эксперты НМП.

Вывод НМП однозначен: в данном случае было острое и молниеносное течение токсического септического шока, которое не могло быть заранее предотвращено или скорректировано ни ручной, ни аппаратной вентиляцией легких, ни применением введённых пациентке лекарственных препаратов.

Для экспертов Палаты очевидно, что обвиняемый не мог предвидеть возникновения молниеносного токсического шока. Кроме того, даже в условиях максимально оснащенного помещения реанимационного центра молниеносное течение токсического септического шока невозможно предотвратить, он зачастую приводит к быстрому летальному исходу.

Эксперты НМП считают, что данный экспертный случай должен рассматриваться в юрисдикции, исключающей вину медицинского работника, поскольку есть нарушение гражданского законодательства. Дело должно рассматриваться в рамках ст. 1095 ГК РФ,

ставляется более цивилизованным и адекватным, нежели уголовный процесс, когда медицинский работник находится под пресингом прокуратуры, следствия, когда ему очень сложно сформулировать свои положения защиты даже при наличии квалифицированных адвокатов».

Еще один пласт проблем, на который обращают внимание эксперты Палаты, связан с проведением судебно-медицинской экспертизы. «Зачастую выводы СМЭ содержат грубейшие нарушения, ошибки. Также нередки случаи ангажированности экспертов». А ведь выводы СМЭ становятся основным документом, по которому судья принимает решение.

«Национальная медицинская палата считает необходимым сосредоточиться именно на том, чтобы эти экспертные заключения были как можно более объективны, как можно более независимы. Потому что неправильные решения или решения судебно-медицинской экспертизы с какими-то ангажированными элементами, конечно же, приводят к несправедливому судебному вердикту», — говорит Старченко.

По мнению руководителя Ярославского медико-правового центра Людмилы Добросеовой, в специфике медицинских во-

в эту комиссию, эксперты в обезличенном виде дают свои заключения. Это позволяет рассмотреть ситуацию максимально объективно. Около 80 процентов дел по врачевым ситуациям решается таким образом на досудебном этапе».

По мнению адвокатов, ведущих «медицинские» дела, такая практика применительно к российской действительности помогла бы избежать «заказных» экспертиз.

В настоящее время НМП намерена представить в Минздрав РФ комплекс предложений, направленных на улучшение ситуации, связанной с незаконными обвинениями в адрес врачей. Это означает, что, в первую очередь, необходимо создать систематизированную базу приговоров. «Много проблем с определением дефектов медицинской помощи. Много вариаций, и сегодня врачи не понимают, в каких случаях это будет трактоваться как дефект, а в каких — нет. Практика судебных приговоров могла бы существенно повысить такую грамотность».

Также Палата готова представить предложения по улучшению системы контроля качества проведения медицинских экспертиз и по изменению нормативно-правовых документов. Кроме того, на основе анализа ряда случаев будут разработаны рекоменда-



как причинение вреда здоровью вследствие технологических недостатков выскабливания матки. **Такие иски возмещаются медицинской организацией в порядке гражданского судопроизводства вне зависимости от наличия вины.**

«Поэтому Национальная медицинская палата видит свою задачу в том, чтобы не только защитить врача от серьезных судебных процедур, но и, в том, чтобы все судебные процессы по возможности перевести в рамки гражданско-правового процесса, когда лечебные учреждения компенсируют в разумных пределах, или как распорядится суд, и материальный, и моральный ущерб», — говорит Алексей Старченко. — При этом у всех сторон есть возможность цивилизованной защиты. Такой процесс нам пред-

просов суды, как правило, не разбираются. Поэтому здесь необходимо привлекать дополнительных экспертов, и такая возможность законом предоставлена.

Также эксперты отмечают необходимость введения института независимой медицинской экспертизы.

Президент Национальной медицинской палаты подчеркивает: «Меня часто спрашивают: от кого независимая? Независимой она должна быть от любых возможностей повлиять на заключение экспертов. Мировой опыт такой есть. В Германии такую комиссию возглавляет судья в отставке и два его заместителя: врач и специалист, представляющий интересы пациентов. Документы в обезличенном виде приходят

ции по изменениям правил оказания медицинской помощи».

Во избежание проблем, связанных с незаконными обвинениями, эксперты советуют врачам неукоснительно соблюдать нормативно-правовые акты Минздрава, повышать правовую грамотность, а также активнее участвовать в качестве альтернативных экспертов при рассмотрении случаев обвинения коллег.

P.S. Заключение экспертов НМП по делу врача-анестезиолога ЛРБ №1 будет направлено в Минздрав России и Росздравнадзор (о проверке данного ЛПУ и экспертного учреждения СМЭ в рамках существующего регламента), а также в Генеральную прокуратуру РФ и Следственный комитет РФ.

ПРЕМИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ

Национальная медицинская палата учредила собственную премию для врачебного сообщества, общественных организаций и СМИ. В январе-марте 2014 года будет проходить сбор заявок, а в апреле состоится церемония вручения.

Как подчеркнул Л. Рошаль на пресс-конференции по поводу учреждения премии, главная цель награды — содействие в повышении престижа профессии врача. «Большинство врачей сегодня — это подвижники, они, несмотря ни на что, сохраняют ответственность и чувство долга. И эта премия — для них, она не похожа на другие премии для медиков. Потому что в нашем случае врачи будут сами выбирать из своего сообщества наиболее достойных. А признание коллег, поверьте, дорогого стоит», — отметил он.

Номинации премии направлены на решение задач, которые сегодня стоят перед медицинским сообществом — поддержку молодых специалистов, медиков, работающих в сельской местности, развитие наставничества, а также содействие в работе общественных организаций, которые могут отстаивать и представлять интересы врачей.

Необходимость повышения престижа врачебной профессии отмечают и члены жюри. Так, по словам адвоката **Генри Резника**, сегодня практически любой случай, связанный с осложнением или летальным исходом, превращается в информационную волну с негативной окраской. «А ведь вина врача бывает лишь в единичных ситуациях, но все равно он становится объектом нападков со стороны общества. И надо эту проблему решать».

Как сообщает представитель ВЦИОМ **Кирилл Родин**, сегодня, согласно опросам общественного мнения, рейтинг престижности профессии врача находится далеко позади рейтинга политика, предпринимателя, госслужащего. В общем рейтинге профессий врач занимает 4 место. Хотя у медиков хороший кредит доверия от населения — большинство опрошенных хотели бы, чтобы их дети или внуки в будущем стали медицинскими работниками. Так ответили 67% респондентов. Однако у самих медицинских работников — противоположное мнение: только 26% опрошенных врачей хотели бы, чтобы дети пошли по их стопам. Причин для этого много, и главные — неудовлетворенность материальным

и социальным положением, отсутствием профессиональной защиты.

Вместе с тем, известный журналист и телеведущая, член жюри премии **Светлана Сорокина** считает: «Врач — профессия массовая. И не всем им быть Боткиными. Но очень хотелось бы, чтобы все врачи были грамотными и внимательными. Поэтому предлагаю, чтобы в качестве приза лауреатам премии была предложена возможность пройти стажировку или обучение в профильных медцентрах». Также Сорокина обратила внимание на особую роль в информационной политике главных редакторов изданий, которые ориентируются на публикацию порой скандальной информации.

По словам вице-президента НМП, председателя Союза педиатров России **Александра Баранова**, в ближайшие годы здравоохранению предстоят непростые времена: «Уровень финансирования отрасли снижается, особого развития ждать не приходится, в лучшем случае нас ожидает стагнация. Поэтому любая инициатива, направленная на повышение уровня доверия к врачам, должна только приветствоваться».

В пресс-конференции также приняли участие народный артист России **Эммануил Виторган** и председатель правления Межрегиональной общественной организации «Российское респираторное общество», академик РАН **Александр Чучалин**.



НАШИ НОМИНАЦИИ

НОМИНАЦИИ ДЛЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СМИ

Престиж врачебной профессии во многом зависит от общественного мнения. А формирует его «четвертая власть» — средства массовой информации. Поэтому мы благодарны тем, кто публикует объективные материалы о деятельности врачей, и считаем этих людей достойными награды.

НОМИНАЦИЯ «ВРАЧ ПОД ЗАЩИТОЙ»

Здесь будет оцениваться журналистский материал, направленный на защиту медицинского работника в спорной, неоднозначной ситуации. Главное — объективность, а также предоставленная врачу возможность донести свою точку зрения до общественности.

НОМИНАЦИЯ «ПРОФЕССИЯ — ВРАЧ»

Слишком много сюжетов и публикаций посвящается героям сегодняшнего дня — представителям органов власти, шоу-бизнеса. Мы же, напротив, хотим видеть материалы о людях, которые вопреки всему продолжают лечить и спасать жизни, потому что выбрали когда-то такую профессию.

НОМИНАЦИЯ «ДИАГНОЗ»

Написать о проблеме — поддела. Важно не только дать объективную информацию, представить разные точки зрения, но и предложить вариант решения или хотя бы указать, в какую сторону для этого двинуться. Не «кто виноват?», а «что делать?!» Эта номинация — для редакторов СМИ, которые определяют информационную политику и создают условия для публикации всесторонних и объективных материалов.

НОМИНАЦИИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Молодые и опытные, столичные и провинциальные, педиатры и геронтологи — нас всех объединяет любовь к профессии и чувство долга. Сейчас у нас есть возможность выбрать самых лучших и поблагодарить за то, что они делают для всех нас!

НОМИНАЦИЯ «ЗЕМСКИЙ ДОКТОР»

Традиции земских врачей живы в России и поныне. Сегодня сельским медикам очень сложно работать — и морально, и материально. Неважное состояние материально-технической базы, маленькие зарплаты, отсутствие бытового комфорта и возможности для профессионального роста. Но, несмотря ни на что, вы работаете и спасаете жизни!

НОМИНАЦИЯ «КАРЬЕРА»

Молодой человек, поступивший в медвуз, да еще его окончивший, уже достоин уважения. Эта номинация для тех, кто не боится трудностей, любит свое дело и добивается успеха в любой ситуации!

НОМИНАЦИЯ «МОЙ НАСТАВНИК»

У каждого врача в среднем было не менее 100 преподавателей. Но кого из них мы помним? Кто стал для нас не просто скучным наставником, но Учителем с большой буквы? Мы выбираем тех, у кого не только опыт и знания, но и талант, помноженный на душевную чуткость!

НОМИНАЦИИ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В каждом регионе нашей страны зарегистрировано огромное количество профессиональных общественных медицинских объединений. Одни существуют лишь на бумаге, а другие реально работают для того, чтобы хоть немного изменить ситуацию в лучшую сторону.

НОМИНАЦИЯ «ПРАВО НА ЗАЩИТУ»

В последнее время участились случаи необоснованных обвинений в адрес врачей.

Но мы сами не учились на адвокатов и защитников. Эта номинация для тех, кто приходит врачам на помощь в сложных, а порой и безвыходных ситуациях!

НОМИНАЦИЯ «ТЕРРИТОРИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ»

Не секрет, что в рамках даже одной поликлиники врачи могут быть разобщены, разделены административными барьерами. Что уж говорить о согласованной работе между различными ведомствами в пределах города или области? Но порой активные, неравнодушные люди, объединившись между собой, помогают устранить такие барьеры, наладить взаимодействие и — самое главное — представить нашу точку зрения на различных уровнях управления здравоохранением. Общественно-государственное партнерство — это сложный путь управления отраслью. Но мы можем и должны сделать так, чтобы нас слышали и учитывали наше мнение. В этой номинации мы оцениваем самые удачные и результативные проекты в общественной сфере.

НОМИНАЦИЯ «НАШ МАЯК»

Этот конкурс — для профессиональной медицинской организации, динамично развивающейся и успешно реализующей отраслевые проекты.

ПРЕМИЯ НМП

- Первая премия, инициатива учреждения которой принадлежит медицинским работникам.
- Демократическая процедура выбора лауреатов: медицинские работники определяют лучших из лучших по всей стране, независимо от специальности, должности и места работы.
- Независимые эксперты принимают решение о выборе самых достойных кандидатов.

- Премия НМП — это насущная потребность российских врачей, которые сегодня, как никто, нуждаются в признании своих заслуг и в повышении уважения к своей профессии.
- Премия НМП — это публичное признание достижений медицинских работников, общественных организаций и средств массовой информации, работающих на благо развития российского здравоохранения.

Приглашаем принять участие в выдвижении номинантов!

Срок подачи заявок — до 25 марта 2014 г.

Подробности на сайте: www.premianmp.ru