



Новая система повышения квалификации – новая роль профессиональных обществ

Стр. 2–3



Участники Национальной медицинской палаты делятся своим опытом

Стр. 5–7



Правовые аспекты защиты профессиональной чести, достоинства медицинских работников

Стр. 7–8



НЕОБХОДИМО БЫТЬ ВМЕСТЕ, ЧТОБЫ РЕШАТЬ ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Защитить, помочь, поддержать – кто бы отказался от того, чтобы рядом всегда находились люди, способные сделать это? Конечно, если речь идет о частной жизни, то, в первую очередь, рядом оказываются близкие и друзья. Но и в профессиональной деятельности помощь, защита и поддержка не менее важны. Столь знакомый многим с детства девиз «Один – за всех, и все – за одного» как нельзя лучше отражает идею объединения разных, но связанных общим делом людей. Профессиональные общественные организации существуют во многих отраслях деятельности. А иногда – даже несколько в одной отрасли. Но, увы, многие из декларируемых ими принципов остаются лишь декларациями – похвастать реальными делами могут далеко не все. Национальная медицинская палата – крупнейшая общественная организация медиков в России – следует нехитрому правилу: «Меньше слов – больше дела».

ЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ

Разглагольствования тех, кто не понимает, что ему может дать профессиональное общественное объединение медицинских работников, несерьезны. Беда зачастую приходит совершенно неожиданно, и тогда – кто защитит? Цеховая солидарность – не пустые слова. И не стоит связывать ее с известным выражением «рука руку моет». НМП убеждена, что более 90% врачей – это самоотверженные труженики, которые честно работают в тех условиях, в которые они поставлены.

«Я не знаю, где еще могут трудиться в таких условиях. Без социальной поддержки, без мощной защиты, на фоне недофинансирования здравоохранения. Многих из врачей надо благодарить за ту работу, которую они делают. У Национальной медицинской палаты простая логика: с одной стороны, надо

защитить пациента от некачественного лечения и врачебных ошибок. С другой – встать на защиту медицинских работников по профессиональной деятельности и социальным вопросам», – убежден Леонид Рошаль.

Количество обращений за помощью в Национальную медицинскую палату очень большое. Сам по себе этот факт говорит не только о том, что люди знают, куда обращаться в случае проблем и где им могут оказать помощь, но и том, насколько «больна» сама отрасль, насколько беззащитными иногда оказываются медицинские работники. Спектр вопросов, с которыми обращаются люди – огромен. Недавно НМП довелось отстаивать интересы одной врачебной семьи, которая долгие годы добивалась от городской администрации г. Люберцы получения квартиры, положенной ей по трем федеральным программам. Алла Данько, врач с 40-летним стажем, отстаивала интересы своих родных: тяжелобольных матери и

сына. Ее мать – инвалид-колясочник, ветеран Великой Отечественной войны и МВД СССР, брат – бывший шахтер, инвалид первой группы. Почти десять лет они жили на квартире внуков в условиях, которые не соответствовали социальным, санитарным и техническим нормам. Несмотря на медицинские заключения и акты Люберецкого комплексного центра социального обслуживания населения и Управления социальной защиты, по которым семье полагалось отдельное жилое помещение, администрация города не находила правовых оснований для улучшения их жилищных условий. И тогда Алла Данько обратилась в НМП с просьбой об экспертной оценке состояния здоровья ее родных (по представленной медицинской документации) и оценке обоснованности получения социальных льгот.

Именно заключение Национальной медицинской палаты было положено в основу судебного иска к администрации городского посе-

ления Люберцы. Люберецкий городской суд в августе прошлого года удовлетворил исковые требования семьи. Решение суда подлежало немедленному исполнению, однако администрация не торопилась с выделением жилплощади. Палате снова пришлось вмешаться и отстаивать законное право семьи инвалидов на реализацию своих прав. Сегодня семье уже выделена квартира.

Кто-то может сказать: «частный случай» и отмахнуться. Но этот действительно частный случай демонстрирует и степень доверия врачей к НМП, и реальную возможность влиять на ситуацию и решать проблемы. Конкретно в этом примере речь идет о защите одной семьи, но, защищая законные интересы одного, мы создаем прецедент для защиты интересов всех членов сообщества.

Сегодня с помощью экспертов Национальной медицинской палаты совершается множество таких «частных» дел, направленных на защиту врачей. Показательна и работа Палаты в регионах. В частности, при участии Палаты Смоленской области в этом регионе была создана социальная аптека только для медицинских работников. Она пока всего одна, но в ней нет наценок на лекарства, они продаются по оптовой цене (в то время как в обычных аптеках наценка может достигать до 50%). Тоже частный случай, но какое подспорье медработникам, многие из которых, как это ни парадоксально звучит, по уровню своих зарплат относятся к социально незащищенным слоям населения.

Безусловно, как крупнейшее врачебное объединение, НМП смотрит на проблемы шире. В прошлом году был разработан социальный пакет для медицинских работников, который представили на рассмотрение правительства. Туда входит целый комплекс мер социальной поддержки. По мнению экспертов НМП, сегодня, в условиях кадрового голода, такой пакет просто необходим медикам. Эксперты признают, что он отнюдь не решит всех проблем кадрового кризиса в здравоохранении, однако является необходимой мерой, которая способна создать более привлекательные условия для работы и для молодых, и для опытных врачей.

Другая важная проблема, которая волнует всех без исключения – правовая защищенность врача. Сегодня в НМП идет работа в этом направлении. О том, что защищать врачей надо, говорят многие. Но кто защищает их на практике? За годы работы НМП накопился весьма внушительный список конкретных примеров, которые показывают, как эта защита работает в реальности. Буквально в декабре прошлого года Палата встала на защиту обратившегося за помощью врача-анестезиолога Люберецкой районной больницы № 1, которому предъявлено обвинение в причинении смерти по неосторожности и грозит лишение свободы до трех лет. Он осуществлял обезболивание во время гинекологической операции. Выводы экспертов Национальной медицинской палаты однозначны: у пациентки было острое и молниеносное течение токсического септического шока, которое не могло быть заранее предотвращено или скорректировано ни ручной, ни аппаратной ИВЛ, ни применением введенных пациентке лекарственных препаратов.

Окончание см. на стр. 2

Начало см. на стр. 1

Наработан большой опыт и в регионах. В частности, показателен случай, когда врачу-хирургу, который проводил трепанацию черепа пациенту, пострадавшему в аварии, вменили в вину причинение смерти по неосторожности (в ходе операции в руках хирурга разломались щипцы, кусочек металла ударил в артерию пациенту, последовала мгновенная смерть от сильного кровотечения). Прокурор просил назначить 8 лет реального срока лишения свободы. Тогда, уже на стадии судебного разбирательства, по ходатайству одного из членов НМП в дело вмешались представители Третьей инстанции. Суд принял ходатайство экспертов Палаты – исследовать фрагмент металла щипцов в специальной лаборатории научного центра «Сколково». Заключение повергло в шок и судью, и прокуратуру: металл имел износ возрастом более 25 лет в виду коррозионных изменений. Выпуск его относился к 50-м годам прошлого века. В результате доктор был освобожден из-под стражи в зале суда, и обвинение с него полностью снято. Да, это тоже так называемый «частный случай». Но он – из повседневной практики, и случиться подобное может с любым врачом и в любое время.

Поэтому Национальная медицинская палата и работает над построением системы защиты врачей от необоснованных обвинений. В нее входит и работа Третьей инстанции, и развитие процесса медиации в здравоохранении, и создание комиссии независимых экспертов, что сегодня очень важно.

«Когда нас кто-то от бывшего Минздравсоцразвития спрашивал, от кого экспертиза «независимая», мы говорили им: от вас», – рассказывают в НМП. Такие системы созданы в мире: происходит обезличенная оценка документов. Экспертная комиссия, принимая заключение, не знает, о каком конкретном пациенте идет речь. Она отправляет документы абсолютно независимым экспертам. Те дают на обезличенный документ свое заключение, а комиссия принимает решение. Это придумано не нами, это придумано в мире. И НМП хочет выстроить в России аналогичную систему.

Сегодня в ведении Палаты – множество практических вопросов, которые необходимо решать. Допуск к профессии, к квалификационным категориям, заработная плата, «хромающая» тарифная политика – все это касает-

ся каждого конкретного доктора, где бы он ни работал. А разве не касается каждого врача и медицинского учреждения поднятый недавно НМП вопрос о необходимости пересмотра взаимоотношений со страховыми компаниями и недопустимости штрафных санкций?

НА ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ

Между тем, решая повседневные проблемы врачей, нельзя обойти вниманием и вектор государственной политики в сфере здравоохранения. Эксперты Палаты убеждены, что сейчас гораздо важнее решить хотя бы малую часть проблем в отрасли, чем отстаивать интересы «предпринимателей от медицины» и проводить «гигантскую работу» в сфере международных отношений.

«Сегодня, на фоне недофинансирования здравоохранения, надо выбирать точки, которые могут привести к положительным результатам в нашей работе, и заниматься этими задачами», – считает Президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль.

Взять хотя бы вопросы законодательства – те законодательные акты и инициативы, которые порой все проблемы в российской действительности и порождают. Сегодня НМП готова к конкретным формам взаимодействия с Минздравом России. И уже удалось добиться конкретных результатов. В частности, по инициативе НМП приказ о введении нового порядка оказания скорой помощи, который должен был вступить в силу на всей территории России с 1 января 2014 года, будет изменен. Над ним работали два года, обсуждали, в том числе и на сайте Минздрава. Но после того, как этот приказ вышел в свет, специалисты по скорой помощи увидели: многого из того, о чем они говорили, в нем нет. Их послушали-послушали, а потом сделали так, как захотели. Поэтому Национальная медицинская палата поставила вопрос о повторном рассмотрении этого приказа в рамках созданного Координационного совета министерства и Национальной медицинской палаты. Необходимо четко уточнить, например, что такое «угрожающее состояние», по которому нужно определить, какую машину «скорой» направлять. Отсутствие ясности в этом вопросе может привести и к смерти пациента.

Ни у кого не вызывает сомнения целесообразность создания отделений скорой помощи при больницах. Но при этом есть уверенность, что в большинстве больниц сделать это практически невозможно. А роль приемных покоев с созданием в них выносных противошоковых палат, функционально отнесенных к отделениям реанимации, не прописана. В некоторых регионах убеждены, что кардиологические бригады сегодня необходимы. Зачем их запрещать?

НМП предложила Министерству здравоохранения совместную работу над документами, которые относятся к профессиональной деятельности. И Минздрав принял это предложение. Таким образом, НМП возьмет на себя и ответственность за качество документов, проведя их обсуждение на своих экспертных площадках до подписания их министром.

Совместно с Минздравом НМП провела обсуждение проекта приказа 302н, касающегося периодических медицинских осмотров и порядка их проведения при вредных и опасных производственных факторах и работах. НМП ставит вопросы о пересмотре подходов к диспансеризации населения и резком уменьшении отчетности и увеличении оплаты за нее. Кроме того, НМП внесла конкретные предложения в законопроект «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств», в проект приказа Минздрава России «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» и т.д.

Это важная работа, которая консолидирует усилия всего медицинского сообщества.

В настоящее время нашла серьезную поддержку инициатива НМП провести эксперимент по внедрению для участковых педиатров, врачей общей практики и терапевтов системы дистанционной последиplomной подготовки, облегчающей получение знаний и освобождающей врачей от дополнительных материальных затрат, отрыва от дома и работы.

Национальная медицинская палата также включилась в работу по профессиональным стандартам. Конкурс на разработку стандартов выиграла организация, в которой нет ни одного доктора. Неудивительно, что стандарты, по

которым будет оцениваться работа каждого конкретного врача, вызвала резкую критику представителей медицинского сообщества. НМП фактически вернула ситуацию на исходную точку, и еще только предстоит серьезная работа по созданию этих стандартов. Сейчас правительство официально обратилось к Национальной медицинской палате, чтобы она участвовала в разработке профессиональных стандартов медиков. То есть, НМП набрала такую силу, что ей доверяют проведение очень серьезной и ответственной работы.

Все приказы и постановления влияют на работу каждого конкретного специалиста. Отметим, что добиться их изменения удалось именно общественной организации (включая работу над Законом «Об основах охраны здоровья», что произошло впервые в истории российского здравоохранения). Добиться такого влияния было задачей не одного года. На это ушло много сил, но результат себя оправдывает. Если не давать жизнь нежизнеспособным (и даже «вредным» и для пациентов, и для врачей) постановлениям и приказам, то улучшить можно многое.

Неумение сотрудничать, договариваться и объединяться – извечная российская беда. Палата отмечает, что сейчас, как никогда, необходимо быть вместе.

«Мы – только за единство врачебного сообщества. Только вместе можно что-то сделать для того, чтобы изменить ситуацию. Национальная медицинская палата ничего не выдумывает и знает, чем живут люди. Когда было у нас такое, чтобы участковые врачи бастовали, устраивали «итальянскую» забастовку? Можно предположить, что какая-то политическая партия «накрутила» их. Но подумайте: если люди устраивали голодовку, можно ли сказать, что они ничего не понимают и враги страны? Это не так. Это – нормальные люди. Они хотят работать на одну нормальную ставку и получать нормальную зарплату. Если работать на две ставки, то пускай платят за две ставки, а не какие-то там проценты. Возьмите любого человека, работающего на любом заводе, заставьте работать в два раза больше при той же зарплате – будет революция. А врачи терпят. И когда одна нагрузка, другая нагрузка, третья – люди просто выдыхаются», – говорят в Палате.

Призыв Палаты к объединению очевиден – ведь делить нам, кроме проблем российского здравоохранения, нечего.

ТЕРРИТОРИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

НОВАЯ СИСТЕМА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ – НОВАЯ РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЩЕСТВ

Существующая сегодня система повышения квалификации медицинских работников, к сожалению, имеет ряд недостатков. Самый главный из них – она зачастую не обеспечивает доступ медицинских работников к новейшим знаниям. В регионах признают, что получение сертификата – это иногда формальный процесс, его можно получить, даже не проходя цикл обучения.

А врачи выражают недовольство тем, что образовательные программы регионального уровня не всегда обеспечивают качество знаний, которое можно получить в Москве, у ведущих специалистов. Кроме того, в условиях стремительного развития медицинских технологий и обновления информации образовательный процесс врача не может происходить один раз в пять лет – медик должен учиться постоянно, ежегодно, еженедельно. Несомненно, те, кто очень хочет учиться, находят такие возможности. Но и на уровне государства должна быть создана система, которая обеспечивала бы высокий уровень квалификации всех без исключения врачей.

Именно поэтому было принято решение создать систему, которая могла бы учесть все особенности образовательного процесса для врачей, в том числе и междуна-

родный опыт. В ее основу легли принципы непрерывности образовательного процесса, элементы дистанционного образования и – главное – партнерство с профессиональными (научно-практическими) обществами.

Благодаря совместной активной работе НМП и учебно-методического объединения по медицинскому и фармацевтическому образованию был разработан проект концепции непрерывного профессионального медицинского и фармацевтического образования. Этот документ был представлен и одобрен на общем собрании Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России в Санкт-Петербурге в феврале 2013 года.

В конце прошлого года были подписаны также приказ Минздрава (11 ноября 2013 года № 837) и положение о модели отработки основных принципов непрерывного меди-



Гузель Улумбекова

цинского образования для участковых врачей-терапевтов и педиатров, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций. Кроме того, Минздравом России и НМП был создан и начал активную работу Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России.

Сейчас пилотный проект внедрения систе-

мы непрерывного медицинского образования (НМО) уже находится в активной стадии реализации: 735 врачей в 11 субъектах Российской Федерации приступили к обучению. Его первые результаты можно будет обсуждать осенью этого года.

О том, как развивается проект, мы попросили рассказать председателя правления Ассоциации медицинских обществ по качеству (АСМОК) **Гузель Улумбекову**. На сегодняшний день АСМОК, представляя интересы Национальной медицинской палаты, выступает в качестве оператора пилотного проекта. Эта ассоциация обеспечивает работу платформы для электронного обучения врачей, а также взаимодействие с профессиональными обществами – участниками проекта.

– Гузель Эрнстовна, чувствуете ли вы заинтересованность регионов в реализации пилотных проектов?

– Да, безусловно. Профессиональные общества привнесли в образовательный процесс живую струю. Они участвуют в разработке образовательных программ как полноправные участники. Руководители обществ – академик РАМН Анатолий Мартынов,

ПРЕЗИДЕНТ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ ЛЕОНИД РОШАЛЬ О ЦЕЛЯХ И ЗАДАЧАХ ПРОЕКТА:

– В мире уже давно отработаны технологии, которые позволяют не просто давать знания, но и давать их более эффективно. Реализация пилотного проекта – создание и отработка системы непрерывной дистанционной профессиональной подготовки для участковых врачей, педиатров и врачей общей практики – очень важная задача. Смысл – облегчить получение знаний путем использования персонифицированных дистанционных методов обучения. Мы знаем, в каком состоянии находится первичное звено. Мы знаем, что врачи первичного звена перегружены работой. Повышать профессиональный уровень необходимо, но это не должно стать для медика каторгой. Потому что если он работает на две ставки, с утра до ночи, то у него просто нет времени. Необходимо создать такую систему, чтобы она не усложняла, а наоборот, облегчала их жизнь.

Приведу простой пример. Я был в Липецкой области, в одном районном городке заехал в ФАП. У врача общей практики на столе стоят монитор и компьютер. Она осматривает урологического больного и одновременно получает консультацию из областной больницы. И говорит: «Я бы с удовольствием получала знания с помощью онлайн-технологий. Вместо этого я должна ехать куда-то, платить 8 тысяч рублей, а денег нет. Так что эта система позволит нам облегчить получение новых знаний».

академик РАМН Александр Баранов, академик РАМН Игорь Денисов и многие другие – принимают участие в разработке образовательных материалов и электронных модулей для НМО. Выбраны самые актуальные темы – те, где врачи испытывают затруднения в принятии клинических решений, а также где необходимо обновить тактику лечения пациентов. С помощью дистанционных форм каждый врач, который участвует в проекте, может получить доступ к знаниям ведущих специалистов страны.

Конечно, образовательные учреждения сами привлекают ведущих специалистов и создают программы дистанционного образования, но, согласитесь, что на сегодняшний день именно в научно-практических обществах сконцентрированы не только передовые знания и опыт – они находятся на пике последних достижений медицинской науки и практики.

Сейчас выстраивается совместная работа между образовательными учреждениями и профессиональными обществами. От этого выигрывают врачи – появляется возможность повысить свою квалификацию, получить доступ к передовым знаниям (в том числе, и без отрыва от работы).

Именно благодаря этому регионы активно включились в реализацию пилотного проекта.

– Как формируются «модернизированные» образовательные программы? Что в них входит?

Образовательные организации в рамках реализации новой модели НМО разрабатывают образовательные программы, в том числе, с использованием дистанционных обучающих технологий, электронного и симуляционного обучения. По согласованию с другими разработчиками этой программы они формируют график обучения; обеспечивают проведение сертификационного экзамена для слушателей в соответствии с действующими нормативными правовыми актами Российской Федерации. Образовательные организации представлены: РМАПО, Первым МГМУ им. И.М. Сеченова, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, СПбГМУ им. И.П. Павлова, Северо-западным ГМУ им. И.И. Мечникова, Казанскими ГМА и ГМУ, Воронежской ГМА и другими.

Общественные профессиональные организации (медицинские общества по специальностям), принимающие участие в реализации модели, разрабатывают компоненты образовательной программы, включающие, в том числе, перечень общенациональных и региональных конференций, круглых столов, мастер-классов, тренингов, семинаров. Общества также принимают участие в проведении государственными образовательными организациями сертификационного экзамена для слушателей.

В проекте участвуют 12 профессиональных обществ. Среди них Российское общество терапевтов, Союз педиатров России, Общероссийская ассоциация врачей общей практики, Российское общество организаторов здравоохранения, Национальная ассоциация отоларингологов и другие. Направления совместной работы обществ и образовательных организаций определяются соответствующими договорами между ними.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья представляют предложения по формированию регионального компонента в образовательной программе; формируют реестр слушателей (врачей); обеспечивают материально-технические условия для дистанционного и электронного обучения. В их задачу также входит обеспечение обучающихся врачей выходом в Интернет на рабочих местах, доступом к обязательным для обучения электронным и печатным информационно-образовательным ресурсам и пр.

В пилотном проекте принимают участие 11 регионов: Москва, Санкт-Петербург, Республика Татарстан, Липецкая, Московская, Свердловская и Ульяновская области, Хабаровский край и другие.

Что касается врачей (слушателей), то участие в пилотном проекте является для них добровольным и бесплатным. Слушатели зачисляются в образовательную организацию по направлению работодателя. В настоящее время в проекте участвуют 735 врачей трех специальностей: участковые врачи-терапевты, участковые врачи-педиатры, врачи общей практики (семейные врачи).

– Сегодня, по Закону 273-ФЗ «Об образовании в РФ», Минздрав должен утверждать примерные программы повышения квалификации в стране. Далее – каждый вуз формирует программы сам. Участие профессиональных обществ в формировании программ обучения позволило сделать их более актуальными и приблизить к нуждам практического здравоохранения. Между вузами и профессиональными обществами заключены соглашения, которые подразумевают расширение возможностей образовательных организаций в реализации образовательных услуг. Общая трудоемкость образовательной программы составляет не менее 144 часов (зачетных единиц), в том числе компоненты программы, рекомендуемые общественными профессиональными организациями, – это не менее 36 зачетных единиц. В эти 36 часов обычно входят: 20 часов самостоятельной работы с электронно-образовательными ресурсами (в том числе, электронными образовательными модулями), а 16 часов – посещение мероприятий: конференций, семинаров, научно-практических школ.

Такая программа согласовывается тремя сторонами: образовательной организацией, профессиональным обществом и территориальным органом управления здравоохранением, который имеет право вносить в программу изменения в соответствии с потребностями региона (до 15% ее объема).

– А как организован процесс взаимодействия с самым главным участником проекта – врачом?

– Все очень просто. Врач заключает с образовательным учреждением соглашение, подтверждающее его готовность и согласие учиться по новой программе. По проекту, это те врачи, которым через год надо продлить свой сертификат специалиста, и только по трем специальностям – «Педиатрия», «Терапия», «Общая врачебная практика».

Вуз передает им код участника – пароль для входа на специально созданный портал Sovetnmo.ru. Его поддерживают Минздрав России и Национальная медицинская палата вместе с АСМОК.

После подписания соглашения врач с помощью кода участника регистрируется на портале. Затем он составляет свой индивидуальный план обучения, где записывает, что планирует пройти и что уже прошел. Для изучения образовательных материалов обществ медик по специальным ссылкам переходит на другие порталы: Библиомед, порталы вузов и обществ. Врач может также выбирать образовательные мероприятия для посещения, которые проводятся профессиональными обществами и одобрены Координационным советом по развитию НМО для повышения квалификации врачей. После посещения мероприятия или прохождения модуля на портале врачу зачисляется необходимое количество кредитов или зачетных единиц. В проекте 1 час равен 1 кредиту.

По окончании обучения он проходит итоговую аттестацию и сдает сертификационный экзамен. Все это происходит в вузе при участии профессиональных обществ.

В дальнейшем, после обсуждения результатов пилотного проекта, необходимо будет сформировать новую систему непрерывного медицинского образования (повышения квалификации). Главным в этой системе – врач обязан обучаться ежегодно. Обучение будет персонифицировано, а это означает, что каждый может самостоятельно составить свой индивидуальный план на предстоящий год, выбирая из программы наиболее значимые для него темы. Вся информация, накопленная врачом за 5 лет, будет отражаться в его персональном отчете об исполнении индивидуального плана обучения. Благодаря информационным технологиям такой отчет будет создан не только на бумаге, но и в сети Интернет.

– Как вы считаете, сможет ли данная модель способствовать повышению качества медицинской помощи?

– Конечно, да. Но для этого еще необходимо много работать. Во-первых, за круглым столом Координационного совета Минздрава представители НМП, образовательных учреждений, Совета ректоров, профессиональных обществ по специальностям должны определить (в том числе, с учетом результатов пилотного проекта), какой будет новая система повышения квалификации, как будет проходить процедура аккредитации медицинских работников (она приходит на смену сертификации) и что делать с процедурой аттестации (присвоения категорий). Во-вторых, профессиональным обществам необходимо продолжить выполнение своей миссии. Это разработка и регулярное обновление клинических рекомендаций, национальных руководств, электронных образовательных модулей, проведение конференций и семинаров.

В-третьих, необходимо окончательно определить процедуру и требования к качеству образовательных материалов и мероприятий, предоставляемых участниками новой системы.

Работы, конечно, много, но дорогу осилит идущий.

КРАТКО О ГЛАВНОМ

ОПРЕДЕЛЕН РЕГЛАМЕНТ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ МИНЗДРАВА РОССИИ И НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ

С 15 марта 2014 года все проекты нормативных правовых актов, касающиеся профессиональной деятельности медицинских работников, которые разрабатывает Минздрав, будут обсуждаться с Национальной медицинской палатой.

Соответствующий приказ «О взаимодействии Министерства здравоохранения Российской Федерации с Некоммерческим партнерством «Национальная медицинская палата» при подготовке нормативных правовых актов, касающихся профессиональной деятельности медицинских работников» был подписан министром здравоохранения РФ.

«В какой-то степени это событие можно назвать историческим. Мы много говорим о необходимости создания общественно-государственного управления профессиональной деятельностью. Теперь созданы условия для реализации этого на практике, – говорит Леонид Рошаль, президент Национальной медицинской палаты. – Сегодня Национальная медицинская палата – крупнейшее общественное объединение в России и, в соответствии с нормативными актами, может представлять врачебное сообщество официально».

Приказ определяет регламент взаимодействия между министерством и НМП на всех стадиях обсуждения и утверждения проектов нормативных актов.

Так, за 30 дней до широкого общественного обсуждения проекта нормативного акта разработчики направляют его копию с пояснительной запиской в НМП. Палата организует его рассмотрение с привлечением соответствующих специалистов, формирует заключение (с приложением предложений, замечаний – при их наличии); в случае необходимости проводит переговоры с разработчиками в рамках работы Координационного совета между Минздравом России и НМП. При наличии неурегулированных разногласий на этом этапе согласования окончательное решение о необходимости доработки нормативного правового акта или учета предложений принимает соответствующий заместитель министра здравоохранения Российской Федерации.

Затем доработанный проект нормативного правового акта размещается разработчиком на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (<http://regulation.gov.ru/>) для общественного обсуждения. Также проект нормативного правового акта размещается на официальном сайте НМП (www.nacmedpalata.ru).

После общественного обсуждения разработчик с профильной рабочей группой Координационного совета рассматривает все замечания и предложения по проекту и направляет в НМП окончательный вариант проекта нормативного правового акта с сопроводительной запиской, содержащей информацию о ходе его разработки и обсуждения, а также обоснование неучтенных предложений. Затем НМП осуществляет рассмотрение проекта в срок до 5 рабочих дней. В случае согласия НМП с содержанием проекта он визируется руководством организации и направляется в министерство. При наличии же замечаний направляется советующее заключение НМП. На заключительной стадии согласования окончательное решение по проекту нормативного правового акта принимает министр.

«Национальная медицинская палата создает условия для более уверенной работы ведомства, чтобы на свет появлялись проработанные документы. В последнее время, к сожалению, они зачастую выходили без достаточной проработки», – отмечает Рошаль.

Таким образом, Национальная медицинская палата берет на себя ответственность за принимаемые Минздравом России решения, касающиеся профессиональной деятельности.

КРАТКО О ГЛАВНОМ

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА И НЕМЕЦКАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПАЛАТА ПОДПИСАЛИ СОГЛАШЕНИЕ О СОТРУДНИЧЕСТВЕ

Соглашение о сотрудничестве между Национальной медицинской палатой и Врачебной палатой Германии было подписано в марте. Предметом соглашения стало налаживание связей между Палатами с целью обмена опытом по повышению роли профессиональных врачебных обществ в процессе улучшения качества оказания медицинской помощи в стране. Первым шагом сотрудничества станет реализация пилотных проектов по внедрению в России лучших элементов деятельности Немецкой врачебной палаты.

Президент Национальной медицинской палаты **Леонид Рошаль** подчеркнул: «Для нас важны, например, система последипломной подготовки, система независимой профессиональной экспертизы и система контроля качества оказания медицинской помощи, которые реализуются в Германии».

Франка Монтгомери, Президент Врачебной палаты Германии, отметил успехи в становлении единой врачебной палаты в России. «Это наиболее действенный путь становления государственно-общественной формы управления профессионалов врачебной деятельностью», – убежден он.

В рамках рабочего визита немецкой делегации перед подписанием соглашения состоялась встреча министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой с представителями врачебных Палат двух стран. На ней обсуждалась их роль в совершенствовании здравоохранения России и Германии. Была отмечена необходимость дальнейшего тесного взаимодействия этих стран в сфере развития здравоохранения и решения отраслевых проблем.

Представителей Немецкой врачебной палаты также принял председатель Комитета по охране здоровья С. Калашников. Был продолжен разговор о проведении в ряде регионов России пилотных проектов по внедрению лучших форм саморегуляции профессиональной деятельности.

Профессор Ф. Монтгомери во время своего визита также выступил с докладом на форуме медицинских работников Московской области, организованном Врачебной палатой Московской области, Министерством здравоохранения и профсоюзом медицинских работников Московской области.

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА ВЫСТУПАЕТ ЗА ПЕРЕСМОТР СИСТЕМЫ ЗАЩИТЫ ИНТЕРЕСОВ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ В СЛУЧАЯХ ОКАЗАНИЯ НЕКАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Возможность интеграции медицинского сообщества в системы оценки качества медицинской помощи и досудебного урегулирования конфликтов между врачом и пациентом стала основной темой конференции «Медицина и право», прошедшей в Москве по инициативе Координационного совета Врачебных палат и Ассоциаций Центрального федерального округа.

Леонид Рошаль, президент Национальной медицинской палаты считает, что сегодня «на уровне государства до сих пор не созданы структуры, которые защищали бы врачей. В системе отсутствуют какие-либо инструменты, позволяющие решать конфликты между врачом и пациентом, а медицинским организациям, в случае их вины, компенсировать пациентам ущерб. Объем претензий растет, как снежный ком, и среди них – множество несправедливых. Возникают ситуации, когда ни простым врачам, ни медицинским учреждениям в случаях судебных исков расплачиваться нечем».

Отсутствие эффективных механизмов защиты как врачей, так и пациентов, зачастую необъективная работа института судебно-медицинской экспертизы, противоречия в нормативно-правовой базе, приводящие к неоднозначности трактовки действий врачей, неразвитость инструментов досудебного урегулирования конфликтов – это те проблемы, которые были указаны в качестве основных.

«Сегодня алгоритм досудебного разбирательства, в принципе, представлен только тем, что в законодательстве есть такое понятие как экспертиза качества медицинской помощи. Но это только в рамках системы обязательного медицинского страхования. Сегодня страховые компании, безусловно, должны защищать застрахованных. Но могу сказать, что, по нашим данным, пациенты почему-то мало обращаются в страховые компании, и это не работает так широко», – отметила **Ирина Серегина**, заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. – Росздравнадзор готов содействовать в пределах своих полномочий в разработке алгоритма досудебного разбирательства».

Ирина Андреева, помощник министра здравоохранения РФ, обратила внимание на невысокий уровень правовой грамотности врачей в сравнении с пациентами и подчеркнула, что «нужно создавать такую систему, в которой будет удобно работать и врачу, и пациенту. Главное – чтобы оценка качества медицинской

помощи, само качество медицинской деятельности осталось абсолютной прерогативой медицинского сообщества», – сказала она.

За рубежом, в частности, в Германии в досудебном порядке решается 80% всех спорных ситуаций, а их рассмотрение строится на обезличенной независимой профессиональной экспертизе качества оказания медицинской помощи, которую проводят представители Врачебных палат. Как отметил **Леонид Рошаль**, именно такая система должна лечь в основу реализации пилотных проектов в регионах: «Мы будем говорить о реализации пилотных проектов досудебного разбирательства». На сегодняшний день в Национальной медицинской палате существуют определенные наработки в сфере развития элементов системы досудебного урегулирования конфликтов. В качестве основы может быть использован опыт Врачебной палаты Смоленской области.

«Врачебная палата Смоленской области существует 5 лет. За этот период рассмотрено более 700 случаев жалоб по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи и проблем дополнительного лекарственного обеспечения инвалидов. Всего два случая были рассмотрены на Третейском суде, а остальные урегулированы на досудебном уровне», – рассказывает **Наталья Аксенова**, председатель Врачебной палаты Смоленской области. – Врачебная палата заключила соглашения с департаментом здравоохранения области и с Росздравнадзором по области о том, что поток жалоб может регулироваться в досудебном порядке. Пациенты имеют возможность обратиться в Палату, так как во всех медицинских организациях Смоленской области имеется ссылка на наш адрес и телефон. Также в договорах с медицинскими организациями и пациентами при оказании платных услуг указывается, что в случае конфликта дело может быть рассмотрено в Третейском суде. Такая ситуация выгодна для врача и для пациента. Решение третейского суда является окончательным и не подлежит обжалованию», – отметила **Аксенова**.

Одним из элементов системы досудебного урегулирования конфликтов может стать также и процесс медиации. «Сегодня пришло время для официального введения в структуры здравоохранения медиаторов. Медиация важна как метод досудебного урегулирования споров. В случае, если стороны не приходят к мировому соглашению, тогда они уже обращаются в Третейский суд, – подчеркнул», – подчеркивает **Юрий Ушанов**, проректор Института развития дополнительного профессионального образования.

Однако чтобы все это работало, необходима объективная система независимой экспертизы качества медицинской помощи. «Невозможна никакая медиация и невозможно никакое решение Третейского суда, если в основе его не лежит справедливое и компетентное экспертное решение. С этим у нас в стране у нас в стране есть проблемы, справедливых экспертных решений очень и очень мало», – говорит **Алексей Старченко**, сопредседатель Комитета по независимой экспертизе качества НМП. «Национальной медицинской палате удалось переломить судопроизводство в случаях несправедливых заключений судебной медицинской экспертизы. На сегодняшний день мы вынуждены констатировать, что серьезного и справедливого судопроизводства по вопросам медицины в нашей стране практически нет».

Наряду с проблемами неразвитости системы защиты врачей и пациентов, а также системы досудебного урегулирования конфликтов важную роль играют и противоречия, заложенные в системе здравоохранения. Именно они стимулируют возникновение конфликтов и неоднозначность трактовки действий врача.

«Действительно, эти проблемы есть, и представители медицинской сферы, совершая какие-то, может быть, с юридической точки зрения, неправомерные или даже противоправные действия, не виновны в этом, потому что есть разночтения в нормативно-правовых актах», – отметила **Анна Филатова**, заместитель директора Научно-исследовательского института Российской правовой академии при Министрстве юстиции Российской Федерации.

Алексей Старченко отметил также и неоднозначность содержания и понимания стандартов оказания медицинской помощи. «В законе указано, что качество медицинской помощи определяется, в том числе, исполнением стандартов медицинской помощи на основе исполнения порядков оказания медицинской помощи. Фразу «на основе стандартов» каждый читает, как хочет. В результате не понятно – нужно ли соблюдать стандарты оказания медицинской помощи? Модная тема в Минздраве: стандарты не нужно использовать для оказания и контроля медицинской помощи. Они нужны, чтобы посчитать тариф. Если взять стандарт гемодиализа, то обработка фистулы, ее установка и сам процесс гемодиализа – все это должно быть включено в этот стандарт. Но в стандарте по перитонеальному гемодиализу отсутствует сама эта услуга, установление катетера и, что самое страшное, отсутствуют растворы, которые необходимы для этой манипуляции. Растворы для этого стоят очень дорого. Например, один комплект стоит 90-100 тысяч рублей. Как считается такой тариф, если в стандарте нет работы нефролога по установлению катетера, контролю за ним, сама процедура и раствор для нее отсутствуют? И какой мы тогда получим тариф?», – сказал эксперт.

Ликвидировать правовые противоречия поможет включение в процесс аудита нормативно-правовых актов, готовящихся к подписанию со стороны Министерства здравоохранения РФ и представителей профессионального сообщества. Национальная медицинская палата ставит перед собой задачу создать в стране эффективную систему защиты медицинских работников.

НАШИ В РЕГИОНАХ

МЕДИКИ ВЗЯЛИ ВОПРОСЫ ПО СТРАХОВАНИЮ В СВОИ РУКИ

В Тюмени с недавнего времени существует медицинское общество взаимного страхования. Этот проект уникален для России. Он призван уравновесить интересы и врачей, и пациентов: защитить пациентов и дать врачам уверенность в защите при возникновении профессиональных рисков, связанных с оказанием медицинской помощи. Каким образом? Об этом рассказал Евгений Чесноков, председатель правления НП «Тюменское региональное медицинское общество».

– В чем смысл общества взаимного страхования, которое создано в Тюмени?

– Вопросы финансовой ответственности перед пациентами сегодня актуальны как никогда. В геометрической прогрессии возрастают не только юридическая грамотность пациентов, но и суммы исков. Если в начале 2000-х годов максимальные суммы компенсаций на основании судебных решений составляли 200 тыс. рублей выплаты родственнику в случае смерти пациента в результате врачебной ошибки, то современный размер выплаты достигает 7 млн рублей. К сожалению, приходится признавать, что нынешняя система компенсации исков пациенту не выдерживает никакой критики. Вспомним случай с арестом счетов Калининградской больницы. Или случай ареста одного из зданий Нагайбакской центральной районной больницы в Челябинской области с целью его продажи и возмещения таким образом иска, предъявленного больнице.

Медленно, но верно российское медицинское сообщество движется к общемировому образчику функционирования системы здравоохранения, где субъектом юридического права является медработник, а не стены, в которых он работает.

Министерство здравоохранения РФ планирует, что уже в 2016 году начнется переходный период, в котором врачи начнут получать лицензии на свою деятельность. Какие права при этом появятся у врача, пока еще никому не понятно. Другое дело – обязанности, тут осознание полное. Один из самых весомых компонентов – финансовая ответственность медицинского работника за ошибки, возникающие в ходе его профессиональной деятельности. Сегодня основным плательщиком по данному искам является лечебное учреждение. Вполне вероятно, что скоро ноша финансового возмещения ляжет на самого врача, и

это – повод задуматься о защите своих интересов. Если сегодня не предпринять охранные меры, не создать реально работающую систему страхования медицинского работника, в 2016 году нас может ожидать массовый исход врачей из уже и так небогатой кадрами отрасли здравоохранения. Для защиты врачей и создано Тюменское медицинское общество взаимного страхования (ТМОВС).

– Как же будет работать эта система?

– Уже больше трех лет НП «ТМО» обеспечивает страховую защиту медиков. Мы выступали страхователем (заклучали договоры страхования в интересах медицинских организаций), а страховщиком были коммерческие страховые компании. Оказалось, такой подход имеет недостатки. Большинство претензий пациентов было связано с удовлетворением морального вреда, который страховые компании категорически отказывались компенсировать. Зачастую медицинские учреждения оказывались в роли заложника условий и требований страховщика, не имея возможности хоть каким-то образом влиять на условия договора. Ну, и самый больной для застрахованного лица вопрос: ежегодные выплаты оставались на счетах страховых компаний, зачисляясь им как прибыль.

Теперь мы используем принципиально иную модель. По законодательству, общество взаимного страхования (ОВС) – это некоммерческая организация, образуемая на базе профессионального или территориального единства его членов. Это своеобразный кооператив, в рамках которого создается денежный фонд из взносов участников ОВС, и уже из него в случае наступления страхового случая пациенту компенсируется нанесенный ущерб. В рамках сегодняшнего законодательства полноправными членами общества могут быть как медицинские организации (причем, и государствен-

ные, и частные), так и собственно сами врачи. Причем, врач вносит ежегодный взнос независимо от того, в скольких учреждениях он работает. При наступлении страхового случая на любом из мест его работы ему обеспечена защита. Решение о наступлении страхового случая принимает независимая экспертная комиссия.

И еще одно принципиальное отличие от действовавшей ранее модели – возможность выплат компенсаций морального вреда по решению суда. Именно эти суммы подчас ложатся тяжелым бременем на ЛПУ.

Одно дело, когда речь идет о десятках тысяч рублей, другое – когда о нескольких миллионах. Без такой структуры, как общество взаимного страхования, не обойтись. Страховые компании могут страховать профессиональную ответственность, но никто не страхует моральный ущерб.

– А каков размер взносов для ЛПУ и порядок выплат?

– Взносы дифференцированные: рассчитываются для каждого учреждения исходя из количества сотрудников и вида деятельности. Планируется, что учреждения будут уплачивать взносы один раз в год. Коммерческие страховые компании неизрасходованные средства зачисляют себе в прибыль. ОВС же, при благоприятном течении обстоятельств, имеет возможность накапливать средства, а следовательно, снижать размер страховых взносов. По итогам года (если страховых выплат не было) решением общего собрания все неизрасходованные средства будут оставаться в страховом фонде, и следующего взноса или не будет совсем, или он будет значительно меньше предыдущего.

– Какие в этой модели есть риски?

– Несомненно, здесь есть риски, связанные с зависимостью финансовой составляющей от роста



Евгений Чесноков

убытков, солидарной ответственностью. Но все-таки преимущественно больше. НП «ТМОВС» носит некоммерческий характер, и это – главное отличие от коммерческих страховых компаний. Для лечебных учреждений должно быть экономически более выгодно страховаться в ОВС, чем в коммерческой страховой компании.

Во-первых, это более дешевое страхование. Во-вторых, общество, его члены получают возможность контролировать выплаты, расходы и накапливать средства в благоприятные годы. И самое главное: благодаря такой системе страхования медицинское общество получит стимул к формированию системного подхода к решению проблемы, к формированию идеологии оценки профессиональной ошибки – как медицинского учреждения, так и медицинского работника.

Решение о допущенной профессиональной ошибке принимается экспертной комиссией. Поэтому при такой схеме страхования мы развиваем и институт независимой экспертизы качества медицинской помощи, и систему досудебного урегулирования.

– Модель уже начала работать. Каковы первые показатели?

– По такой схеме мы работаем всего несколько месяцев, и на начало апреля членами ТМОВС являются 15 медицинских учреждений юга Тюменской области. Среди них крупные учреждения: областной онкологический диспансер, областной офтальмологический диспансер, консультативно-диагностический центр. До конца 2014 года планируется принять в НП «ТМОВС» еще 59 медицинских учреждений области. Страховых выплат у нас пока не было.

КРАТКО О ГЛАВНОМ

НАЗНАЧЕН ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ РУКОВОДИТЕЛЯ АППАРАТА НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ

Им стал Владимир Юрьевич Семенов, д.м.н., профессор, главный врач Института коронарной и сосудистой хирургии в НИЦ сердечнососудистой хирургии им. А.Н. Бакулева.

В.Ю. Семенов имеет опыт практической работы в системе органов исполнительной власти и научно-педагогической работы.

В 1979 году он с отличием окончил лечебный факультет 1-го ММИ им. И.М. Сеченова, в 2000 г. – Российскую экономическую академию им. Г.В. Плеханова по специальности «Финансы и кредит». Трудовую деятельность Владимир Семенов начал в 1979 году в Институте медико-биологических проблем МЗ СССР. В 1986 г. начал работать во ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения имени Н.А. Семашко. В рамках этой работы принимал участие в разработке условий, оценке результатов экономических экспериментов в здравоохранении по интенсификации использования коечного фонда и расширению прав главных врачей больницы.

С 1993 года, с введением в России обязательного медицинского страхования граждан, В. Семенов продолжил работу в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования (начальником управления, затем – заместителем директора ФФОМС). Владимир Юрьевич является одним из разработчиков системы ОМС в России. При его непосредственном участии разработана большая часть нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность системы.

С марта 1999 г. Владимир Семенов перешел на работу в Главное Управление здравоохранения Московской области, а с 2001 по 2012 год занимал должность министра здравоохранения правительства Московской области. Под его непосредственным руководством в Московской области была разработана и внедрена система «медицинских округов» – качественно новая система оказания медицинской помощи, позволяющая приблизить специализированную медицинскую помощь к месту жительства и максимально реализовать государственные гарантии обеспечения населения медпомощью.

С 2002 года Владимир Семенов являлся представителем Минздрава РФ в ЦФО – председателем координационного совета по здравоохранению в ЦФО.

Имеет правительственные награды, является автором многих научных трудов, в т.ч. монографий и учебных пособий.

Таким образом, в Нацмедпалате появился еще один руководитель-профессионал, непосредственно знакомый с медицинской работой и разбирающийся в тонкостях организационной и законодательской деятельности в сфере здравоохранения.

ИЗБЕЖАТЬ «ПЛАТНЫХ» ЛОВУШЕК

Оказание платных медицинских услуг в государственных медучреждениях – это реальность наших дней. Прошло уже больше года с тех пор, как вступили в силу новые правила предоставления платных медицинских услуг, а разговоры о них не стихают.

Причем, этот вопрос волнует не только пациентов, но и медиков. Когда НП «Медицинская палата Ульяновской области» рассылало по районным больницам вопросы о том, какие проблемы врачи этих больниц в первую очередь хотели

бы обсудить с экспертами Палаты, многие захотели проконсультироваться именно по поводу оказания платных услуг. Почему? Да потому, что малейшее нарушение в пунктах этих правил влечет за собой штрафы при проверках кон-



Татьяна Губарева

тролирующих органов, которыми и так уже измучены больницы и поликлиники. Так что за платную услугу порой приходится расплачиваться самой медицинской организацией. А иногда дело доходит и до суда. Медицинская палата Ульяновской области помогает врачам разобраться в этом вопросе.

«У нас же все, как обычно – врачи очень мало знают о своих правах, – рассказывает Татьяна Губарева, представитель НП «Медицинская палата Ульяновской

области» (до недавнего времени – председатель Палаты, досрочно сложивший с себя полномочия в связи с большим объемом практической работы врача). – Они порой и понятия не имеют, что должно входить в договор, что должен знать пациент, на что он имеет право, а на что – не имеет. Что можно предложить пациенту, и как это правильно оформить. Поэтому мы собрались, привлекли юриста и поехали по районным больницам – проводить выездные семинары по теме «Управленческие, правовые и экономические аспекты деятельности учреждений здравоохранения в сфере оказания платных услуг». Пока провели всего три таких семинара, но обязательно будем продолжать, интерес у врачей к этой теме огромный».

Что же изменилось в правилах оказания платных услуг? Как утверждают эксперты, в новых правилах оказания платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ №1006, по сравнению с прежними, более четко регулируются правоотношения между учреждениями и пациентами.

Наконец-то определено, какие медицинские услуги могут быть платными. Ранее отсутствие прямого нормативного регулирования приводило к столкновениям с проверяющими органами. Медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги, но только такие как не входят в программу госгарантий. Это, например, установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара. Или применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень. Это применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи. Плата может взиматься при предоставлении медицинских услуг анонимно, или с не граждан РФ, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации и т.п., – говорит Татьяна Губарева.

Однако вопросов меньше не становится. Это только на бумаге все выглядит более или менее гладко, а на практике врачи сталкиваются с проблемами. Зачастую просто не понимая, что они могут предложить пациенту. Что интересует врачей в первую очередь?

«Очень много поступало к нам вопросов о том, насколько информирован должен быть пациент, – рассказывает Татьяна Губарева. – Ведь претензии от пациентов идут не только о том, что пришлось заплатить за что-то, что должно было предоставляться бесплатно. Но и наоборот, пациенты жалуются, что врачи не информируют их о возможности платных мероприятий».

Реальный случай из практики. Пациентка обратилась в суд с иском к медицинскому учреждению, где она находилась на стационарном лечении, с требованием о возмещении морального вреда. Женщине были назначены лекарства, но последствием их применения стала патология печени. По утверждению пациентки, лечащий врач центра не озвучил ей перечень лекарственных препаратов с тем же лечебным эффектом, но без тяжелых побочных эффектов, которые она могла купить сама, а назначил то, что было в распоряжении учреждения. ЛПУ претензий не признало, но дело проиграло.

Представитель ЛПУ в суде пояснил, что назначал препараты из списка – те, которые входят в программу госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Но суд удовлетворил иск пациентки. Одной из причин такого решения стало отсутствие письменного информированного согласия на медицинское вмешательство.

Казалось бы, этого было просто избежать. Но выездные консультанты Медицинской палаты Ульяновской области столкнулись с тем, что в медицинской организации порой просто не могут составить правильный договор.

«Учим врачей обращать внимание на нюансы, даем конкретные рекомендации, – рассказывает Татьяна Губарева. – Например, для того, чтобы избежать случая, который описан выше, целесообразно в тексте договора указать примерно следующее: «Потребитель предупрежден о том, что услуга, указанная в пункте таком-то настоящего договора, входит в территориальную программу государственных гарантий бесплатного

оказания гражданам медицинской помощи. Но она оказывается по желанию потребителя (заказчика) сверх планового объема государственного задания». Таким образом, подписав договор, пациент в письменном виде подтверждает, что он предупрежден о возможности бесплатного получения услуги и информирован о платном».

Экспертам необходимо объяснять врачам, что всю медицинскую документацию нужно вести очень тщательно. В любой момент проверяющим органам придется предъявить добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство. Грамотно составленный договор об оказании платных медицинских услуг является не только правовой гарантией для пациента, но и правовой защитой врача.

Не менее важно, что если после подписания договора пациент отказывается от медицинских услуг, то такой договор расторгается с формулировкой «по инициативе потребителя», а потребитель оплачивает понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

К тому же, если ранее данную информацию доводили до пациента только в договоре на оказание платных медицинских услуг, то теперь информация и согласие пациента должны быть отражены также в медицинской документации. Медпалата Ульяновской области направила запрос в региональный Минздрав о возможности отражать данную информацию только в договоре оказания платных медицинских услуг. Ведь врачи и так заполняют огромное количество документации.

«Пока подобных семинаров мы провели не много. Но убедились, что врачи порой не обращают внимания на совершенно элементарные вещи, указанные в новых правилах, – делится Татьяна Губарева. – Например, во многих медицинских организациях нет стендов с нужной информацией или содержится не вся нужная информация. В новых правилах четко определено, что информация размещается на информационных стендах и на сайте медицинской организации в Интернете. Если этого не будет сделано, то ЛПУ может быть оштрафовано».

По данному вопросу тоже есть прецеденты судебного разбирательства.

Пациент узнает о том, что ему положено бесплатно, а что платно, получая информацию с этих стендов, где опубликован порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой. К тому же, в новых правилах четко определено, что информация размещается и на сайте медорганизации в Интернете.

В последнее время список медуслуг, входящих в программу, постоянно расширяется. Мы в нашей области практически все делаем бесплатно. Однако порой возникают ситуации, когда на оказание той или иной услуги, на определенные виды обследования в местных центрах – большая очередь. И если пациент не хочет ждать, он может обратиться в частную клинику, чтобы обследование ему сделали быстрее.

За такие семинары врачи благодарят ульяновскую Палату: помогает избежать ошибок – нет штрафов – лучше пациентам (так как ЛПУ не штрафуются, а значит, остается больше средств на оказание помощи). Такова нехитрая, но ясная логика этих мероприятий.

Положение о платных медуслугах есть – с ним надо работать. Иначе путь в суды будет открыт по любой жалобе. При этом она может быть совершенно формальной, не иметь никакого отношения к качеству медпомощи. Но иск будет выигран только по той причине, что на стенде не был указан какой-то телефон, или пациент оказался недостаточно проинформированным о возможностях, или договор был составлен неправильно.

В новых правилах – масса нюансов, которые необходимо объяснять врачам (особенно главным врачам медицинских учреждений). Поэтому семинары необходимы, считают в Нацмедпалате Ульяновской области.

«Я, в принципе, против платных услуг в госучреждениях. Но мы работаем с теми нормативами и законами, которые есть. Конечно, новшества прибавят медикам бумажной работы, зато наличие документов защитит их в случае споров о качестве, сроках оказания медицинских услуг и исполнения гарантийных обязательств. Ведь в судах доказательством станут не слова, а содержание договоров и медицинской документации», – пояснила Татьяна Губарева.

НЕ ДАТЬ КОНФЛИКТУ РАЗГОРЕТЬСЯ

Конфликты между пациентом и врачом – тема, которая так хорошо знакома любому врачу, что уже набилась оскомину. Сегодня медицинское сообщество озабочено и вопросами защиты врача в суде, и поиском эффективных путей для урегулирования конфликтов на досудебном уровне.



Ринат Гильмутдинов

Статистика подтверждает, что в большинстве своем судебные иски вызваны конфликтными ситуациями во взаимоотношениях с пациентом. Жалобы, как правило, возникают не на качество медицинской помощи, а на бездушные, на формализм медиков. И ведь подобная ситуация складывается не только в нашей стране. Ассоциация американских медицинских колледжей провела среди пациентов опрос, выясняя, какими критериями они руководствовались бы, выбирая себе врача. На первом месте оказались коммуникабельность и умение разъяснить пациенту сущность сложных медицинских процедур. То, что врач вышел из стен престижного учебного заведения, было на последнем месте. За тысячелетия существования медицины искусство общения врача и пациента по-прежнему актуально, значимо, первостепенно. Врач должен уметь не только слушать, но и слышать пациента.

К сожалению, сегодня ситуация складывается так, что медработники и сами буквально провоцируют пациентов к искам. Ну, что может быть хорошего, когда при приеме пациента, пришедшего из другого ЛПУ, врач смотрит в медицинскую документацию и при пациенте говорит: «Что они здесь понаписали? Ерунду какую-то. Совсем ничего не понимают». А такие случаи бывают. И как при таком отношении можно говорить о том, что пациенты будут уважительно относиться к врачам?

В целях профилактики конфликтных ситуаций был разработан новый образовательный проект, в основу которого легли высокие показатели обращаемости граждан в министерство

здравоохранения Оренбургской области. Мы уверены, что программа профилактики и разрешения конфликтных ситуаций в медицинских организациях позволит коренным образом изменить существующее положение дел.

Совместно с психологами Оренбургской государственной медицинской академии были предложены методологические подходы к обучению медицинских работников конфликтологии. На данный момент начата работа по подготовке образовательной программы по конфликтологии для руководителей медицинских учреждений. На середину апреля запланирован первый семинар для руководителей. Размер группы – около 20 человек, то есть, руководители будут приглашаться небольшими группами для повышения эффективности и результативности курса. Специальные тренинговые программы призваны научить врачей не создавать конфликтные ситуации, а в случае их возникновения – гасить на месте. Тренинги носят сугубо практический характер, все ситуации «отрабатываются». Например, один из пунктов тренинга гласит: «Идите на уступки. Делая уступки в начале встречи, побуждайте этим своего партнера к ответным услугам». Или: «В разговоре старайтесь выяснить, является ли высказанная вашим партнером проблема истинным мотивом». Вроде бы, простые истины, но у медицинских работников отсутствуют навыки по профилактике и урегулированию конфликтных ситуаций.

В итоге такой «курс» поможет нашим врачам решать проблемы с пациентами. Мы опре-

делили несколько уровней реализации программы. На первом конфликты разрешаются «на месте». Медиатором выступает непосредственно доктор или обученный специалист (клинический психолог, врач-психиатр с необходимыми навыками).

В случае безуспешного разрешения конфликта «на месте» в эпицентр события будет направлена группа специалистов по урегулированию возникшей ситуации. Те люди, которые являются разработчиками и авторами этой программы, имеют уже довольно большой опыт урегулирования конфликтов. Механизм простой – если конфликт не удалось решить на месте, то врач ЛПУ звонит к нам в ассоциацию, рассказывает суть конфликта, мы сами формируем группу из наших экспертов при Ассоциации, и она выезжает «в горячую точку». Далее связываемся с пациентом, приглашаем его для беседы, ищем компромиссные решения, в общем, действовать будем по ситуации. Пока таких прецедентов не было.

В случае же конфликтов, доведенных до судебного разбирательства, к процессу будут подключены инструменты по разбору конфликтной ситуации и юридическая защита медицинских работников, разработанные ОРО ООО «РМА».

Уже сейчас мы определили медицинские организации, на базе которых будет проводиться обучение всех категорий персонала. В данный момент готовится соглашение о сотрудничестве «пилотных» медицинских организаций и ОРО «РМА».

Есть конкретные этапы, которые мы прошли перед запуском проекта и во время его реализации, которые можно использовать и в других регионах.

Был проведен анализ жалоб, поступающих в различные ведомственные учреждения министерства здравоохранения Оренбургской области. Выделены наиболее проблемные учреждения. Кроме того, разработаны образовательные программы по обучению медицинского персонала (в том числе, студентов) профилактике и разрешению конфликтных ситуаций с пациентами. Затем эти образовательные программы внедряются в пилотные учреждения области.

Далее следует анализ результатов внедрения проекта с последующей коррекцией и доработкой. В дальнейшем мы планируем реали-

зовать этот проект во всех медицинских организациях области.

Конечно, если конфликт не удастся погасить, мы выступаем на защите докторов и в суде. Уже заключили соглашения о правовой защите медицинских работников с Торгово-промышленной палатой Оренбургской области и областной коллегией адвокатов. Совместными усилиями были оправданы 2 врача, которым грозила уголовная ответственность. Это были уже, если определить медицинским термином, «запущенные случаи». Оба врача (педиатр и нефролог) участвовали на различных этапах в процессе оказания медицинской помощи пациентам. В первом случае это была девочка 15 лет, самостоятельно пришедшая на амбулаторный прием и не закрепленная территориально за данным участковым педиатром. Пациентке было назначено обследо-

вание, установлен предварительный диагноз, даны рекомендации по лечению и дообследованию. После чего больная на прием не явилась, а через 3 недели в экстренном порядке была госпитализирована в реанимационное отделение стационара, где, несмотря на проводимое лечение, скончалась. Но педиатр был невиновен. Мы провели замену адвоката, заявили ходатайства в поддержку нашего врача о проведении дополнительных судебно-медицинских экспертиз, собрали характеристики на доктора, представили ходатайство ОРО ООО «РМА» с положительными характеристиками специалиста. В результате доктор с более чем 20-летним стажем работы была полностью оправдана в инкриминируемом ей деянии.

Второй случай – из этой же категории «запущенных». Пациент – инвалид первой

группы, длительное время находившийся на заместительной почечной терапии, умер в диализном отделении стационара от осложнений. Обвинение лечащему врачу формировалось без учета множества имевшихся у пациента сопутствующих заболеваний. Для защиты доктора ассоциацией были привлечены адвокаты, которые заявили ходатайства в поддержку медика о проведении дополнительных судебно-медицинских экспертиз. По результатам экспертиз были получены заключения об отсутствии в действиях врача состава преступления. В результате молодая доктор была полностью оправдана.

Все эти случаи доказывают, насколько нам важна поддержка друг друга, насколько важно объединяться. Ведь только объединившись, мы сможем решать проблемы.

Нужна ли мотивация в медицине?

Нужна ли мотивация в медицине? Вопрос риторический и не совсем однозначный, учитывая специфику профессии врача.

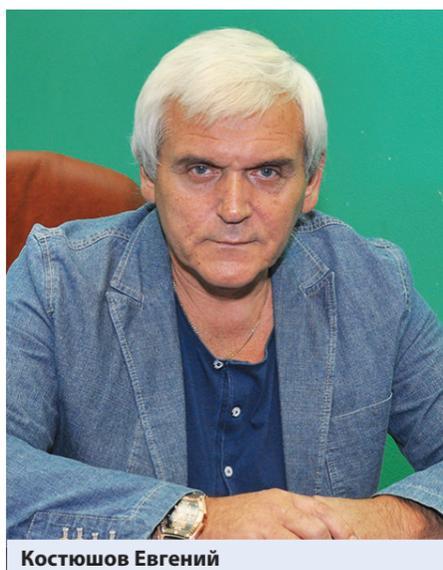
Что движет человеком, выбирающим профессию врача? Прежде всего, это самая гуманная профессия, направленная на сохранение здоровья человека и спасение его жизни; на то, что не имеет цены.

Уже со школьной скамьи тот, кто мечтает стать доктором, должен понимать, что медицина – строгая дама. Она не терпит невежества, узости мышления, не терпит измены, лжи, ибо ложь в медицине – хуже незнания и даже лени. Медицина забирает тебя всего без остатка, не оставляя времени на выходные, отпуска, праздники, требует большой самоотдачи и терпения.

Не может быть деления врачей на хороших и плохих. Доктор должен быть профессионалом – и этим все сказано. Профессионализм, по моему разумению, это, прежде всего, надежность и эффективность в работе, основанная на знаниях, умениях и навыках. Эта триада формирует профессиональное сознание, следовательно, и ответственность за то, что не имеет цены – здоровье и жизнь пациента.

Я глубоко убежден, что в медицине кого-то чему-то научить не представляется возможным. А вот научиться у кого-то, и многому, и стать профессионалом можно, но при одном условии – желании обучающегося.

Врач, пожалуй, одна из немногих специальностей, которая требует повседневной работы над собой, как в теоретическом, так и в практическом плане! Молодые люди, которые ста-



Костюшов Евгений

новятся на путь познания медицины, должны четко представлять, что это серьезный шаг.

В настоящее время, к великому сожалению, в медицине экономические аспекты начали превалировать над профессиональными. Для многих молодых докторов экономическое стимулирование становится задачей первоочередной важности и в конечном итоге превращает доктора в «стяжателя».

Простой пример: раньше великий Боткин смотрел на пациента, который входил к нему в кабинет, с порога обращая внимание на его походку, движение, мимику, стараясь определить наличие той или иной патологии. Сейчас же многие доктора, не в обиду им, смотрят на входящего пациента и по внешнему виду оценивают толщину его кошелька, сколько можно с него взять. Это – деградация профессии и медицинской отрасли!

Представляется, что врач, осматривая пациента, не должен думать об экономическом

стимулировании своего труда. Он должен думать о правильной постановке диагноза и адекватности лечения. Но я далек от обывательской мысли, что врач должен работать за клятву Гипократа. Врач, прежде всего, обычный человек, который имеет семью и который должен обеспечивать себя и свою семью.

Возникает вопрос: а кто же должен позаботиться об экономической составляющей? Ответ однозначен – государство, но никак не страховые компании. Последние не только не стимулируют доктора, а, напротив, забирают в виде штрафов даже то, что он заработал.

Ситуация со страховой медициной в нашей стране абсурдная! Те средства, которые выделяет государство на здравоохранение, доходят до ЛПУ в размере не более 30-40%. Остальная часть средств изымается под эгидой необоснованных штрафов – частными дочерними структурами и прочими фондами. Это как раз те средства, которые не доходят в виде зарплат врачам и медицинским работникам, а также в виде лекарств, параклинических исследований, питания, белья, комфортных условий пребывания пациентов в лечебных учреждениях.

В конкретном ЛПУ ответственность за экономическое стимулирование медицинских работников возлагается на представителя государства – главного врача. Вывод прост: за экономическое стимулирование в учреждении отвечает главный врач, с которого и нужно спрашивать, но объективно, исходя из объемов финансирования или недофинансирования. В каждом учреждении должно быть «прозрачное» для всех сотрудников Положение об оплате труда. Заработную плату нужно заработать, а не просто получить «за здорово живешь».

Представляется, что тот, кто работает добросовестно, выполняет функцию врачебной должности, обеспечивает доступность и качество медицинской помощи, вносит свои

предложения по улучшению организации лечебного процесса, по диагностике и лечению той или иной патологии – должен, согласно разработанному Положению об оплате труда в любом ЛПУ, получать не нищенское материальное вознаграждение.

Для пополнения багажа знаний, овладения нанотехнологиями, методами лечения руководитель учреждения должен быть заинтересован в своевременной переподготовке докторов не только за счет бюджетных средств, но и за счет средств учреждения. Думаю, это мощный стимул, который способствует повышению профессионального уровня. Один из мощных стимулов – социальные гарантии: выделение квартир, комнат, земельных участков и т.д.

Нужно ли поощрять активных сотрудников? Нужно, но в рамках разумного, исходя из экономических возможностей ЛПУ. На мой взгляд, материально-техническая база должна опережать возможности профессионального роста, освоения новых методик, нанотехнологий по лечению тех или иных нозологий и, тем самым, дать возможность доктору заниматься научно-исследовательской работой и через нее побудить больший интерес к своей профессии. Вот это – один из самых важнейших элементов мотивации профессиональной деятельности.

Медицина, образно говоря, это мастерская. Тот, кто попал в нее по велению сердца, должен отдавать себя без остатка. Врач должен быть профессионалом – и это самая главная мотивация нашей отрасли. Именно профессионализм изменит статус нашей медицины, она перестанет быть «падчерицей» и превратится в Ее Величество «королеву», эффективную для пациентов и интересную в творческом плане для докторов. Лично я, по крайней мере, в это верю! Ибо давно известно, что «свита делает короля, а не король – свиту!».

ВАШ ПЕРСОНАЛЬНЫЙ ЮРИСТ

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЗАЩИТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЧЕСТИ, ДОСТОИНСТВА, РЕПУТАЦИИ И ДОБРОГО ИМЕНИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

ИВАН ПЕЧЕРЕЙ, доцент кафедры судебной медицины и правоведения МГМСУ им. А.И. Евдокимова, редактор-эксперт объединенной редакции «Здравоохранение» ИД МЦФЭР, кандидат медицинских наук:

– В настоящее время значительно увеличилось число случаев умаления чести и достоинства медицинских работников. При этом в подавляющем большинстве подобных ситуаций медицинские работники не пытаются реализовывать свои права на защиту чести, достоинства и профессио-



Иван Печерей

нальной репутации, что связано с низким уровнем правовой грамотности и нежеланием тратить время на подобного рода разбирательства.

Это грозит значительным снижением уважения со стороны общества к медицинским работникам, их разочарованием в собственной профессии, ростом конфликтных ситуаций в системе «врач-пациент».

Чтобы избежать этого, необходимо инициировать судебные разбирательства, связанные с защитой чести, достоинства, профессиональной репутации и доброго имени медицинских работников.

НЕКОРРЕКТНОЕ ОТНОШЕНИЕ СО СТОРОНЫ ПАЦИЕНТОВ

Врач по долгу службы много и часто общается с пациентами. К сожалению, со стороны пациента часто наблюдаются различные правонарушения: хамство по отношению к медицинскому работнику, агрессия, проявление неуважения.

В подавляющем большинстве медработники считают, что у них нет прав, а если они даже есть, то их невозможно реализовать. С позиции юристов – это миф, и мы попытаемся его развенчать.

Окончание см. на стр. 8

Начало см. на стр. 7

Медработник не имеет особого правового статуса, он – лишь субъект трудового права. Но он (так же, как и его пациенты) является гражданином РФ. Следовательно, на него распространяется действие Конституции РФ (документа, обладающего наибольшей юридической силой), где говорится, что достоинство личности охраняется государством, ничто не может быть основанием для его умаления. Под этим стоит понимать, прежде всего, нематериальные блага (ст. 150 ГК РФ), к которым и относятся честь, достоинство, доброе имя, деловая репутация медработника и деловая репутация медицинской организации как юридического лица.

Также на медработника, как на гражданина РФ, прямо распространяется ст. 152 ГК РФ. Ее первая часть гласит: «Гражданин вправе требовать по суду опровержения порочащих его честь, достоинство или деловую репутацию сведений, если распространивший такие сведения не докажет, что они соответствуют действительности».

Это означает, что если медицинский работник хочет через суд защитить свое право на честь и достоинство, ему нужно всего лишь в качестве истца доказать то, что распространение этих сведений имело место.

Пациент, совершивший подобное правонарушение, становится ответчиком, и ему предстоит доказать, что распространенные им сведения соответствуют действительности. Если он этого не сделает, победа, условно говоря, остается за медицинским работником.

ЧТО ТАКОЕ КЛЕВЕТА

Согласно ст. 128.1 УК РФ, клевета представляет собой распространение заведомо ложных сведений, порочащих честь и достоинство другого лица или подрывающих его репутацию. Например, известный адвокат в телевизионной программе в лицо назвал медицинского работника убийцей, хотя в отношении того даже не было возбуждено уголовное дело, и, видимо, приговора не было. Мы имеем дело фактически с составом преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 128.1 УК РФ – «клевета, содержащаяся в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой информации», а также «соединенная с обвинением лица в совершении тяжкого или особо тяжкого преступления» (ч. 5 ст. 128.1 УК РФ).

РАСПРОСТРАНЕНИЕ КЛЕВЕТНИЧЕСКИХ СВЕДЕНИЙ ПОСРЕДСТВОМ ЖАЛОБЫ

С особенностью защиты чести и достоинства медицинского работника в правоприменительной практике связан дополнительный документ – Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 24.02.2005 № 3 «О судебной практике по делам о защите чести и достоинства граждан, а также деловой репутации граждан и юридических лиц». В нем обозначено, что распространение клеветнических сведений возможно в заявлениях, адресованных должностным лицам, или в сообщении в той или иной устной форме хотя бы одному лицу.

Что такое заявление, адресованное должностному лицу? Это стандартное обращение пациента, жалоба. Позиция Пленума ВС однозначна – находящиеся в жалобах сведения, которые порочат честь и достоинство (при условии, что такая жалоба передается какому-то должностному лицу), уже считаются распространенными.

Единственный нюанс заключается в том, что в п. 10 данного Постановления Пленума говорится: когда гражданин обращается с жалобой (заявлением) к должностным лицам, он реализует свое конституционное право на обращение в правоохранительные органы или органы местного самоуправления. Соответственно, это не может считаться распространением сведений, порочащих честь и достоинство, если он сообщает о правонарушении.

Позиция судов по этому вопросу различна.

Например, в г. Орел пациент в жалобе, адресованной главному врачу, обвинил одного хирурга в вымогательстве и назвал его взяточником. Хирург обратился в суд и выиграл дело в первой инстанции. Пациент подал апелляционную жалобу, где указал на то, что судом при вынесении решения не был принят во внимание п. 10 Постановления Пленума Верховного Суда РФ, и уверял, что реализовывал свое конституционное право на подачу обращения и просто пытался разобраться в ситуации.

В ответ суд указал, что данное обращение было направлено не в соответствующие правоохранительные органы (полицию, прокуратуру), в чью компетенцию входит рассмотрение подобных обращений от граждан, а главному врачу. Суд признал факт распространения сведений, порочащих достоинство, и оставил решение суда первой инстанции в силе.

СВЕДЕНИЯ, ПОРОЧАЩИЕ ЧЕСТЬ, ДОСТОИНСТВО И ДЕЛОВУЮ РЕПУТАЦИЮ, РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ В СМИ

В этом случае сведения должны быть опровергнуты в тех же СМИ. Когда в Интернете публикуется очередная новость о враче-убийце, она довольно быстро распространяется по другим информационным ресурсам. Соответственно, если медицинский работник инициирует процесс о защите чести и достоинства, он вправе требовать от всех СМИ (а надо сказать, что очень многие интернет-источники зарегистрированы как СМИ) опровержения этих сведений.

Еще один момент связан с тем, что медработник, в отношении которого СМИ опубликовали сведения, ущемляющие его права и охраняемые законом интересы, имеет право самостоятельно обратиться в СМИ с заявлением. СМИ обязаны это заявление опубликовать (ч. 3 ст. 152 ГК РФ), если будет доказано, что эти сведения являлись порочащими его честь и достоинство и клеветническими.

Кроме того, каждый гражданин имеет право наряду с опровержением таких сведений требовать возмещения убытков и компенсации морального вреда, причиненных их распространением. Моральный (неимущественный) вред – это причиненные в результате противоправных действий физические и (или) нравственные страдания (ст. 151, 1099-1101 ГК РФ). Он подлежит возмещению в денежной или иной материальной форме в размере, определенном судом.

Например, около года назад в Московской области главный врач одной из городских больниц выиграл в суде 50 тыс. руб. у общественного деятеля в качестве компенсации морального вреда за то, что тот в публичном выступлении назвал врача «убийцей детей».

К сожалению, анализ публикаций в СМИ в целом по стране показывает, что примерно на 40-50 публикаций нелицеприятных новостей о врачах приходится лишь одна о том, что врач реализовал свои права в той или иной сфере. Случаев, когда медицинские работники отстаивают свои права, гораздо больше, но, видимо, пресса не считает нужным писать об этом.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ КЛЕВЕТНИЧЕСКИХ СВЕДЕНИЙ ИНЫМИ СПОСОБАМИ

Публикация в сети Интернет. В настоящее время в сети достаточно много пациентских сайтов, форумов защиты прав потребителей. Обычно на них называются полные ФИО врачей, пишутся названия клиник и высказываются отнюдь не лестные отзывы.

КАК ЗАЩИТИТЬСЯ ОТ КЛЕВЕТЫ?

Защититься от клеветы можно тремя основными путями.

1. Сбор доказательств.
2. Подача заявления в прокуратуру.
3. Подача заявления в суд (наиболее действенный метод, по нашему мнению).

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА

В качестве доказательств могут быть предоставлены статьи из печатных изданий, видеозаписи ТВ-программ, публикации в Интернете (скриншот, заверенный нотариусом, или прямо в зале суда можно открыть сайт с такой информацией), текст жалобы пациента (копия).

Каким образом медработник может доказать, что данные сведения являются клеветой? Основное доказательство того, что врач оказывал помощь по всем правилам и в соответствии со стандартами – медицинская документация.

Другое доказательство – свидетельские показания. К сожалению, судьи по-разному оценивают свидетельств. Отдельные судьи утверждают, что медицинские работники организации не относятся к тем свидетелям, к мнению которых судья прислушивается.

Документы, подтверждающие квалификацию доктора и стаж работы по специальности, также могут являться доказательством. В нашей практике был случай, когда врача прямо в зале суда обвинили в некомпетентности, непрофессионализме. Были предъявлены диплом кандидата наук, диссертация и инициировано встречное дело о защите чести и достоинства. Распространение порочащих сведений в суде отчасти является нарушением закона, поскольку присутствовали третьи лица.

Мнение других лиц, известных специалистов в своей области: данный медицинский работник является профессионалом.

ЗАЯВЛЕНИЕ В ПРОКУРАТУРУ

При обращении в прокуратуру врачу следует верно и правдиво изложить все факты. Правда – его главное оружие. Необходимо приложить к заявлению доказательства того, что распространение клеветнических сведений имело место, и убедиться, что заявление зарегистрировано. А потом в течение 30 дней ждать рассмотрения заявления согласно Закону № 59 «Об обращении граждан».

ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ В СУД

1. В исковом заявлении подобно отразить все обстоятельства и факты.
2. Приложить к исковому заявлению доказательства распространения клеветнических сведений.
3. Начать сбор доказательств того, что распространенные сведения являются клеветой.

КАК ЗАЩИТИТЬСЯ ОТ ОСКОРБЛЕНИЯ

Оскорбление – унижение чести и достоинства другого лица, выраженное в неприличной форме. Алгоритм действий медицинского работника в этой ситуации может выглядеть следующим образом.

1. Позвать в свой кабинет как можно большее число свидетелей. Свидетелями могут являться охрана, коллеги, обслуживающий вспомогательный персонал, другие пациенты. Последнее особенно важно. Мы уже упоминали о кулуарном мнении судей, что свидетелем может быть любой, но мнение не каждого свидетеля судом будет принято во внимание. Очень часто судьи говорят, что некоторые свидетели являются заинтересованными лицами. А вот другие пациенты из очереди заинтересованными лицами не могут быть по определению, поэтому их очень важно звать в свой кабинет.
2. Сделать диктофонную запись происходящего. Когда в отношении врача совершается правонарушение (например, оскорбление), пользование диктофоном вполне легитимно. Но пользоваться им надо грамотно. Следует достать диктофон и, включая, сказать: «Я, доктор такой-то, веду запись разговора с пациентом таким-то с целью защиты своих прав и сбора доказательств. Иван Иванович, вам слово!». В любом случае такая запись может возыметь действие в суде, потом она будет являться вещественным доказательством. Судьи, как правило, удовлетворяют ходатайство о приобщении таких записей к делу.
3. Вызвать правоохранительные органы. Даже в судебных заседаниях первый вопрос, который задает судья: а вы в полицию обращались? Если ответ отрицательный, судья сразу же теряет интерес к происходящему.
4. После того, как все случилось (пациента в кабинете уже нет, он все осознал и понял, что ему будет нехорошо), необходимо внести запись в медицинскую документацию – прямой источник доказательств в суде – и информировать об инциденте своего руководителя.
5. Осведомиться о местонахождении районной прокуратуры, чтобы впоследствии, если придется, подать заявление.

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПУТАЦИИ

ПРИМЕР 1. Врача-женщину обвиняют в убийстве. На ее дежурстве умер пациент. Арест, имя в прессе, позор... Но суд установил, что врач в смерти пациента не виновна и вынес оправдательное решение. Как отстоять свое доброе имя?

УПК РФ предусмотрено право на реабилитацию (ст. 133 УПК РФ), то есть, право на возмещение имущественного вреда, устранение последствий морального вреда и восстановление в трудовых, пенсионных, жилищных и иных правах. СМИ, освещающие такой процесс, в течение 30 суток обязаны сделать сообщение о реабилитации (ст. 136 УПК РФ).

ПРИМЕР 2. Доктора по заявлению гражданки обвинили в изнасиловании. Его помещают в СИЗО, а имя, должность, место работы попадают в прессу. При дальнейшем разбирательстве установлено, что заявление гражданки – клевета. Но врач провел в СИЗО какое-то время, а на его страничке в социальной сети уже появились неприятные записи. Реабилитация в этом случае производится по причине отказа государственного обвинителя от обвинения.