



**СИСТЕМНЫЙ
ПОДХОД В РАЗВИТИИ
ОБЩЕСТВЕННОГО
ДВИЖЕНИЯ МЕДИКОВ**

Стр. 3



**СОСТОЯНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИИ – УСПЕХИ
И ОШИБКИ**

Стр. 4-5



**ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ
ЗАЩИТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ЧЕСТИ И ДОСТОИНСТВА
МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА**

Стр. 7-8

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ

НАЧАЛО ПОЛОЖЕНО. ЧТО ДАЛЬШЕ?

Немногим более года прошло с момента создания Региональной общественной организации «Ассоциация врачей Костромской области». Она была учреждена для решения очень непростой задачи – создание такой системы управления региональным здравоохранением, где обязательно учитывается мнение практикующих врачей, чтобы мы могли влиять на принятие решений, а не только принимать их к исполнению, чтобы на основе прозрачных и понятных принципов врачи имели возможность управлять профессиональной деятельностью.



цинского пространства с широким внедрением интернет-коммуникационных технологий.

Чрезвычайно актуальной в работе РОО «АВКО» является организация юридической защиты врачей. Данное направление находится в неразрывной связи с формированием института независимой экспертизы качества медицинской помощи. Для того чтобы врач перестал быть заложником системы, необходимо, чтобы само медицинское сообщество формировало требования к квалификации и механизмам оценки уровня знаний и навыков. Именно профессиональные объединения способны встать на защиту своего члена в случае необоснованного обвинения. Каждый врач, который является нашим членом, вправе рассчитывать на юридическую поддержку в решении сложных ситуаций и получении объективной оценки своих действий.

Кроме того, практикующий врач, интегрированный в профессиональное сообщество, получает помимо информационной, научно-методической, образовательной, юридической помощи в лице коллег по избранной врачебной специальности и строгих судей, так как организация отвечает за каждого своего члена, а каждый специалист в своем лице представляет организацию.

Мы стремимся к тому, чтобы профессиональное объединение врачей было объединением не слов, а дела. Только совместными усилиями мы сможем сделать так, чтобы профессия врача вновь стала уважаемой, доктора жили достойно, имели возможность чувствовать себя профессионалами, полноценно работать и развиваться, а наши дети считали бы за честь выбор профессии врача. Считаю, что мы способны восстановить взаимное доверие между пациентом и врачом. Важно чтобы люди ценили и уважали самоотверженный и очень тяжелый труд врача.

Эти цели возможно реализовать при конструктивном взаимодействии с органами власти, тем более что и Президент РФ и региональная власть продекларировали и сделали первые шаги навстречу гражданскому обществу.



**Игорь ЛЮЛИН, председатель
Совета региональной
общественной организации
«Ассоциация врачей
Костромской области»:**

Уважаемые коллеги!

Прошедший год был временем создания инфраструктуры организации, понимания главных направлений деятельности профессионального объединения врачей. За это время проведен значительный объем организационной работы: заключено соглашение с департаментом здравоохранения Костромской области,

представители РОО «АВКО» включены в состав тарифной комиссии ТФОМС, общественные советы департамента здравоохранения Костромской области, Росздравнадзора, аттестационную комиссию ДЗО КО, получен грант администрации Костромской области на создание «Ресурсного центра РОО «АВКО». Представители РОО «АВКО» приняли участие в съезде Национальной медицинской палаты, съезде «Пироговское движение врачей», конференции «Медицина и право», вступили в Координационный Совет Врачебных Палат и Медицинских Ассоциаций Центрального федерального округа, участвовали в работе «круглого стола» Комитета Государственной Думы по охране здоровья.

Полученный опыт позволяет нам сформулировать ответ на, пожалуй, наиболее часто возникающий во врачебном сообществе вопрос – «Зачем мне нужна региональная Ассоциация врачей?»

Прежде всего, одной из своих главных целей РОО «АВКО» ставит возрождение и поддержку деятельности профессиональных сообществ. Именно профессиональные объединения, такие как общества терапевтов, хирургов, педиатров, инфекционистов, психиатров-наркологов и т.д., должны, по нашему мнению, формулировать основные проблемы оказания медицинской помощи, предлагать

варианты решения и направления совершенствования регионального здравоохранения. Именно сформулированную позицию профессионалов Ассоциация способна представлять и защищать в органах управления здравоохранением, администрации Костромской области, Законодательном собрании, тарифной комиссии ТФОМС.

Именно опираясь на профессиональные объединения – «Российское научное общество терапевтов», «Российское общество хирургов», «Союз педиатров России» и др., необходимо совершенствовать систему непрерывного медицинского образования, обеспечить доступ каждого врача, независимо от места его работы, к современным справочным и образовательным ресурсам, возможность получить компетентную консультативную помощь. В регионе необходима организация крупных ежегодных многопрофильных медицинских форумов с участием ведущих российских и зарубежных специалистов. Это позволит перейти от «бутибродно-ресторанного» подхода к более цивилизованной практике проведения медицинских семинаров, в том числе и за счет свободного и равного участия представителей медицинского бизнеса по презентации инновационных медицинских продуктов и технологий. Назрела острая необходимость создания информационного меди-

ЗАСУЧИТЬ РУКАВА И РАБОТАТЬ



Почему медицинские работники сегодня все активнее включаются в разработку законопроектов в сфере здравоохранения? Каким должно быть современное здравоохранение и что для его совершенствования может предложить Национальная медицинская палата? Как развивается общественное движение медиков в регионах? На эти вопросы ответил президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошалев.

– Леонид Михайлович, можно сегодня, уже после нескольких лет работы Нацмедпалаты, сказать: «Национальная медицинская палата состоялась?»

– Да. Сегодня уже мало кто будет спорить с тем, что Национальная медицинская палата – это самостоятельная и профессиональная организация, с которой начали считаться и прислушиваться на всех уровнях: международном, федеральном, региональном. Что это значит? Это означает, что Министерство здравоохранения готово вести с нами диалог на принципах общественно-государственного партнерства. Работает Координационный совет между Минздравом России и Национальной медицинской палатой. Вступил в силу приказ «О взаимодействии Министерства здравоохранения Российской Федерации с Некоммерческим партнерством «Национальная медицинская палата», который регламентирует подготовку нормативных правовых актов, касающихся профессиональной деятельности медицинских работников. Если нам Минздрав доверяет, то это значит, что мы несем ответственность, когда ставим свою подпись под выпускаемыми документами, за решения, которые относятся к профессиональной деятельности. Если после нашей визы медицинское сообщество будет критиковать приказ, то в этом уже будет и наша вина. Скажу больше: решения третьего съезда Национальной медицинской палаты поддержаны руководством страны. Мы предлагаем и Правительству, и Госдуме рассмотреть жизненно важные для нашей отрасли предложения – от масштабных, например, о принятии меры по обеспечению государственного финансирования здравоохранения в объеме не менее 5% валового внутреннего продукта, до касающихся конкретных программ в нашей области – например, установить базовую ставку заработной платы медицинских работников на уровне, составляющем не менее 70% заработной платы медицинского работника.

– У нас огромная страна, сейчас идет реформа здравоохранения, сокращаются места в больницах и персонал, в ряде регионов бастуют медики. Почему так происходит и может ли НМП что-то изменить?

– У нас еще ни одной нормальной реформы не было проведено, потому что людям ничего не объясняют. Возможно, что руководители региональных органов власти имеют серьезные основания проводить такую оптимизацию. Но у медсообщества

приводимые доводы вызывают недоумение и расцениваются как желание чиновников от медицины за счет сокращаемых медиков выполнить поручение Президента страны о повышении заработной платы. Мы настаиваем на том, что в ходе реформы здравоохранения социальные интересы медицинских работников не должны быть ущемлены – мы должны иметь гарантии, что в случае сокращения они пройдут по своему выбору необходимую профессиональную переподготовку и будут трудоустроены. Мы в свою очередь готовы стать переговорной площадкой и организовать публичное обсуждение шагов реформы. Недавно это предложение было поддержано представителями власти. Национальная медицинская палата, как профессиональное объединение всего медицинского сообщества, стало площадкой для конкретного обсуждения по всем пунктам разногласий.

– Реформа идет по всей стране, в силах ли Нацмедпалата разбираться в том, что нужно делать в каждом регионе России?

– У нас в настоящее время сформированы предпосылки для структурирования профессионального медицинского сообщества. Так, в большинстве регионов созданы территориальные организации, входящие в состав Национальной медицинской палаты. Структуру мы уже создали, но для полноценной работы надо обобщить опыт в регионах – в целом ряде территорий уже запущены наши пилотные проекты по разным направлениям деятельности. И надо засучить рукава и работать, тогда у нас все получится – вместе мы сила.

– Давайте поговорим об опыте регионов. На уровне государства до сих пор нет механизма, который бы защищал врачей в случаях конфликтных ситуаций между врачами и пациентами. Как этот вопрос решается в НМП, есть успехи в регионах в этом вопросе?

– Сегодня мы отработаем систему досудебного урегулирования конфликтов между врачом и пациентом на пилотных проектах в нескольких регионах. И результаты говорят сами за себя. В Смоленской области при Врачебной палате существует система досудебного урегулирования конфликтов, создан третейский суд. За 5 лет рассмотрено более 700 жалоб по поводу некачественного оказания медицинской помощи. Из них только два случая привели к третейскому разбирательству, остальные случаи были рассмотрены и урегулированы во внесудебном порядке. По опыту

коллег создан комитет досудебного урегулирования споров и конфликтов при НМП в Республике Башкортостан.

Постепенно медиация (внесудебное урегулирование конфликтов) приходит и в сферу здравоохранения. При судебном процессе все ресурсы мобилизуются для победы над оппонентом, а не на решении конфликтной ситуации и устранении ее последствий. Для развития медиации в сфере здравоохранения созданы все предпосылки. Одним из направлений может стать создание этого института на базе Нацмедпалаты и определение в договорах между пациентами с медицинскими организациями «медиативной оговорки».

– Есть у НМП механизмы, которые позволяют врачам разобраться в юридических тонкостях конфликта на досудебном этапе?

– У нас создан On-line центр консультационной юридической поддержки медицинских работников на сайте НМП. При конфликтах врачи оказываются один на один со своими проблемами. Сейчас юристы НМП готовы оказывать бесплатную юридическую помощь на досудебном этапе врачам по различным аспектам медико-правовой специализации. На площадке прошло уже несколько онлайн-семинаров по правовым вопросам, пишут нам врачи, советуются, будем развивать это дальше.

– Еще один вопрос, который всех волнует: как НМП может участвовать в развитии системы непрерывного образования врачей? Есть ли у регионов опыт в этой сфере?

– НМП сейчас работает над системой непрерывной дистанционной профессиональной переподготовки. Мы считаем очень важным проведение пилотного образовательного проекта. Смысл проекта – облегчить получение знаний с помощью использования дистанционных методов обучения, причем персонализированных. Мы знаем, что врачи перегружены работой. Повышать профессиональный уровень необходимо, но это не должно стать каторгой, если врач работает на две ставки с утра до ночи. Необходимо создать такую систему, чтобы она не усложняла, а, наоборот, облегчала их жизнь. Сейчас уже реализуется пилотный проект в 12 регионах нашей страны.

Важный момент: НМП в рамках заключенного ранее соглашения о взаимодействии с Минздравом начинает проведение общественной аккредитации образовательных организаций и профессионально-общественной аккредитации программ среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального образования (программ профессионального обучения) в сфере здравоохранения. По сути это признание профессионалами востребованности этих программ и образовательных учреждений.

– Но как при загруженности врачей мотивировать их учиться? Что-то может предложить НМП в этом аспекте?

– Необходимо еще разработать такие профессиональные стандарты деятельности врача, которые бы его мотивировали к постоянному повышению квалификации. Эффективный контракт в здравоохранении без профстандартов, основанных на мотивированных квалификационных категориях, – глупость. У нас тоже уже нарабатывается такой опыт, мы делаем профессиональные стандар-

ты работы по некоторым специальным вопросам. Не каждый доктор, который окончил ординатуру, например педиатр или хирург, может стать врачом. Надо показать, что он может сделать в зависимости от своей квалификационной категории. Это новый подход, он нуждается в совершенствовании, и та работа для нас очень важна.

– Что может предложить НМП в вопросе страхования профессиональной ответственности самих врачей?

– Мы выходим на реализацию пилотного проекта по созданию обществ взаимного страхования в конкретных регионах, чтобы посмотреть, как эта форма будет развиваться. Так, например, в Тюменской области реализуется пилотный проект по внедрению института взаимного страхования профессиональной ответственности.

Цель создания Общества взаимного страхования – сформировать механизмы компенсации вреда пациентам, которые пострадали от профессиональных ошибок медицинских работников. Мы сами должны страховать себя, как это делается в нормальных развитых странах. Сами создаем некий компенсационный фонд, проводим экспертизы в спорных случаях. Эта страховая модель поможет разделить риски между лечебными учреждениями и медицинскими работниками и в случае необходимости защитить интересы каждой из сторон.

– Насколько государство позволяет Палате вмешиваться в регулирование отрасли на сегодня?

– В этом году принято беспрецедентное решение для отрасли – привлечь профессиональное сообщество к аудиту выпускаемых Минздравом России нормативно-правовых актов. О первых результатах этой работы можно говорить уже сегодня. Например, Нацмедпалата внесла изменения в проект приказа Минздрава, регулирующего порядок прохождения несовершеннолетних медицинских осмотров. В результате из 29 предложенных экспертов Палаты Минздрав принял 12 дополнительных поправок в проект приказа.

Другой пример – поправки в приказ, регламентирующий порядок оказания скорой медицинской помощи. Хочу отметить, все эти поправки – не нами придуманы. Мы этот проект приказа разослали по станциям скорой помощи и с ними его обсудили. Идеология поправок ведет к тому, чтобы тщательно проработать наиболее сложные места в приказе, например – о регламенте вызовов. И, конечно, дать больше полномочий субъектам РФ в реализации порядка оказания скорой медицинской помощи. Сейчас наши поправки обсуждаются в Минздраве России. Еще один важный приказ – это диспансеризация. Сейчас мы работаем над поправками.

Регионы вообще должны активнее включаться в работу – участвовать в аттестации, разработке региональных программ по привлечению и сохранению кадров в здравоохранении, отстаиванию интересов и защите врачей и многим другим. Но мы только в самом начале пути. Мало консолидировать медицинское сообщество. Нужно сделать так, чтобы Национальная медицинская палата стала полезной для каждого врача. Это может решить многие наши проблемы. Мы на верном пути. И многое зависит от нас самих, от территориальных профессиональных организаций.

АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ. ВЕКТОР ДВИЖЕНИЯ



Проблемы системы здравоохранения в стране и регионах год от года становятся все острее. Постоянное обсуждение проводимых реформ и их жесткая критика в СМИ, социальных сетях, профессиональных объединениях медицинских работников и в ассоциациях пациентов показывает, что в процессе реформирования были допущены серьезные просчеты.

Не претендуя на какой-либо глубокий системный анализ, тем не менее хотелось бы высказать некоторые соображения на тему развития здравоохранения региона. Прекрасно понимая, что существующее федеральное законодательство мы не изменим, предлагаю подумать, что может сделать ассоциация врачей области для улучшения оказания медицинской помощи нашим пациентам.

Вопросы повышения материального благосостояния врачей, достойной защиты, взаимодействия со страховыми компаниями и надзорными органами не будут затрагиваться в данной публикации.

Финансы

Надо быть реалистом. Скорее всего, значительного прироста финансирования здравоохранения в ближайшие годы не будет. Серьезные финансовые вливания в рамках реализации федеральных проектов в течение нескольких последних лет немного улучшили ситуацию по техническому оснащению больницы, однако, как мне кажется, в обозримом будущем дополнительных централизованных поступлений медицинской техники не будет. Имеющееся оборудование со временем станет выходить из строя, в полном объеме обновлять его из средств ОМС или бюджета вряд ли удастся. Единственная возможность в этой ситуации сохранить приемлемый уровень оказания качественной медицинской помощи – централизация сил и средств.

Для того чтобы не снизить доступность медицинской помощи в отдаленных районах, необходимо, во-первых, тщательно, не формально организовать потоки пациентов, во-вторых, активизировать выездную работу. Ассоциация врачей должна активно участвовать в разработке и текущей корректировке порядка оказания медицинской помощи по различным направлениям (терапия, хирургия, кардиология и т.д.). Постоянный анализ потоков пациентов, направляемых на консультативные приемы и госпитализацию, поможет оптимизировать эту работу и, с одной стороны, не допустить ненужных, пустых консультаций «для галочки», а с другой – обеспечить пациентам необходимую специализированную консультативную и лечебную помощь. Организация выездной работы должна осуществляться в тесном взаимодействии с главными специалистами департамента здравоохранения и главными врачами больниц.

Кадры

Беда Костромской области – отсутствие медицинской академии. У нас

ших соседей ярославцев, ивановцев кадровые проблемы не столь остры. В связи с этим каждый врач, работающий в регионе, должен цениться, как говорится, «на вес золота». За последние три года в Костромской области сделано очень много для привлечения врачебных кадров. Уже видны первые результаты этих усилий. Каким образом ассоциация врачей может помочь в решении кадровой проблемы?

Важнейшая задача ассоциации – постоянно, систематически, настойчиво и неуклонно проводить работу по повышению имиджа, социального статуса врача. Все члены ассоциации в своих выступлениях перед пациентами, интервью, статьях обязательно должны упомянуть о высочайшей социальной роли врачей, сложности и значимости профессии, недопустимости нападков на медицинских работников, их дискредитации. Нас будут уважать и считаться с нами лишь в том случае, если мы сами будем относиться к себе соответствующим образом.

К большому сожалению, за последние годы в медицине разрушена система наставничества, преемственность поколений. Все врачи, профессионально состоявшиеся до 90-х годов прошлого века, помнят отлично работавшую систему передачи знаний от старшего поколения к младшему. Впоследствии кадровый дефицит, коммерциализация медицины и прежде всего изменившиеся нравственно-этические принципы нашей жизни разрушили институт наставничества. Конечно, не везде. Безусловно, огромное количество опытных врачей и сейчас находят время и силы, чтобы свой опыт и знание передавать молодежи. И все-таки системы нет. И возродить эти лучшие традиции российского здравоохранения как раз и должна ассоциация врачей. Это сложная и кропотливая работа. Это стратегия, результат своих усилий мы увидим не сегодня и не завтра. Однако без возрождения лучших корпоративных врачебных принципов невозможно решить кадровые проблемы региона, удержать молодых специалистов в больницах области.

Внутрикорпоративная этика

Больно смотреть, как за последние годы меняется отношение врачей друг к другу. Массовый характер приобрели негативные комментарии перед пациентами качества работы, назначений, консультаций своих коллег. Непуханое поле деятельности для этического комитета ассоциации. Подобные факты должны выявляться и активно пресекаться, вплоть до исключения врачей,

нарушающих профессиональную этику, из рядов ассоциации.

Аккредитация врачей

Система профессиональной подготовки врачей в ближайшие годы претерпит серьезные изменения. К этому надо готовиться заранее. В ряде регионов России проходит пилотный проект, после реализации которого будут вырабатываться федеральные рекомендации, изданы соответствующие нормативные документы. Роль профессиональных медицинских объединений значительно возрастет. Готовы ли мы к этому? Боюсь, не вполне.

Безусловно, работать придется в рамках федерального правового поля. В то же время на уровне области, внутри ассоциации вполне возможно организовать систему профессионального совершенствования, публикации в закрытой части сайта коротких информационных сообщений о посещенных конференциях, съездах, научных обществах. По электронной почте можно рассылать актуальные нормативные документы, анонсы бесплатных веб-конференций (вебинаров), презентации и лекции (с разрешением авторов).

Вопросы информационного взаимодействия членов ассоциации – отдельная большая проблема. Она должна быть решена незамедлительно, приоритетно. Сайт с открытым и закрытым разделами, банк федеральных и региональных документов, тематические форумы, рассылки по e-mail, возможность получения консультаций от коллег. Без быстрого решения этих задач, я глубоко в этом убежден, ассоциация нежизнеспособна.

Ассоциация и департамент здравоохранения

Хорошо зная специфику работы департамента здравоохранения, с уверенностью могу сказать: мы в одной лодке. Стратегические цели одни и те же. Проблемы общие. В то же время подходы к их решению у департамента и ассоциации могут быть различными. Представляется важным наладить постоянное конструктивное взаимодействие со специалистами ДЗО, участвовать в разработке нормативных документов, входящих в сферу интересов ассоциации врачей. Безусловно, вопросы аккредитации также должны решаться совместно со специалистами департамента.

Развитие системы ОМС

Существуют разные точки зрения на систему ОМС в стране – от жесткой критики и полного неприятия страховых принципов работы, требований

вернуться к государственному здравоохранению, до идеи реформирования, улучшения системы ОМС. Думаю, не стоит залезать в теоретические дебри. Мы здесь и сейчас работаем в системе ОМС, следовательно, ассоциация врачей области должна организовать конструктивную работу с территориальным фондом. Как мне кажется, наши коллеги из фонда будут только рады, если врачи ассоциации свои профессиональные знания и опыт используют для решения очень непростых задач, которые решает ТФОМС.

Частные медицинские центры

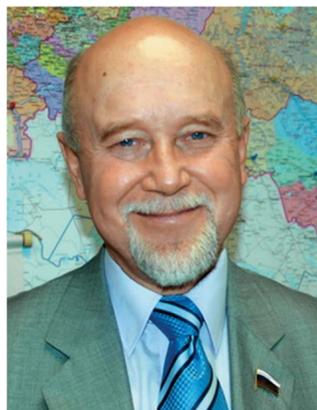
Цитата из ленты новостей от 24.11.2014 г.: «Министерство здравоохранения выступает за создание национальной системы здравоохранения с государственным и частным сегментом. Об этом рассказала Вероника Скворцова на заседании Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека (СПЧ): «Наша позиция: должна быть национальная система здравоохранения с государственным и негосударственным сегментом, но работать вся эта система должна по единым правилам». Все точки над «i» расставлены. Позиция правительства ясна. Считаю важным к работе в ассоциации активнее привлекать врачей из негосударственных медицинских структур. Частный медицинский бизнес прошел непростой путь развития и становления. Я, конечно, не имею в виду неприемлемые формы работы, связанные с желанием получить прибыль любой ценой. Время и рынок все расставит по местам. Но мы все видим, как из года в год возрастают объемы медицинской помощи, оказываемой в частных медицинских центрах, выполняются все более и более сложные операции, внедряются новые технологии. Давайте активнее привлекать к решению проблем здравоохранения области частный капитал.

Уважаемые коллеги! Прошел год с момента создания ассоциации врачей области. Сделаны первые, очень важные шаги. Закончен организационный этап. Дальнейшую работу надо резко форсировать. Не терять темп. Задачи перед ассоциацией стоят большие. И они могут быть выполнены только при массовом вовлечении в работу значительного числа врачей. Руководящий аппарат ассоциации прежде всего должен организовать и скоординировать работу на местах. Надо опираться на инициативных, неравнодушных людей в каждой больнице, тех, кто хочет и может что-то сделать для изменения ситуации к лучшему. Значительная территориальная разобщенность членов врачебной ассоциации не позволит нам часто встречаться для решения оперативных задач. Врачам одной больницы, являющимися членами первичной ячейки, легче найти возможность собраться и обменяться мнениями по различным вопросам, а затем довести свои предложения и замечания до председателя ассоциации. Очень хочется избежать всем давно надоевшей и нежизнеспособной схемы работы, когда не продуманное, не обсужденное специалистами решение «спускается сверху», игнорируется, забывается.

Я с оптимизмом смотрю в будущее и считаю такую точку зрения единственно правильной.

Александр СТРОКИН, главный врач ООО «Мир здоровья»

СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ – УСПЕХИ И ОШИБКИ



Система здравоохранения – универсальная система, затрагивающая интересы 100% граждан и влияющая на социальное самочувствие общества и электоральные предпочтения. В основном права граждан закреплены в 7-й и 41-й статьях Конституции России, которые, к сожалению, соблюдаются лишь частично.

Сергей КОЛЕСНИКОВ, академик РАН, сопредседатель ООД «За сбережение народа», доверенное лицо В.В. Путина на выборах 2000 и 2012 гг., МЕЛЬГУНОВ А.П.

Взаимоотношения секторов в современном развитом обществе определяются следующей схемой (рис. 1)



Рис. 1

В российских реалиях взаимоотношения секторов построены несколько иначе, и сформировалась (причем еще при царизме) система так называемого ручного управления, когда центр принятия решений сосредоточен в руках одного человека или узкого круга лиц, часть из которых обществу неизвестна (рис. 2 и 3).



Рис. 2

Такое управление приводит как к успехам при принятии решений, так и к явным ошибкам.

По ряду универсальных критериев эффективность системы здравоохранения России отнесена ВОЗ во вторую сотню стран мира, на 130-е место, в то время как по финансированию на душу населения Россия занимает 65-70-е место, что свидетельствует как о низком финансировании, так и неэффективном использовании имеющихся небольших средств.

Согласно анализу агентства Блумберг Россия впервые за многие годы вышла в 2014 г. на последнее, 51-е место среди развитых стран. Правда, и США не блещет в этом ряду, находясь на 44-м месте при финансировании около 9 тыс. долларов на человека в год.

В структуре российской экономики здравоохранение занимает очень небольшую долю - 3,3%, в отличие от развитых стран, где эта доля выше 8-10%.

Система и структура российского здравоохранения начала складываться с 1864 г., с развитием земской реформы и земской медицины. Сложилась трехзвенная структура врачебной помощи сельскому населению: врачебный участок — уездная больница — губернская больница.

Количество врачебных участков и фельдшерских пунктов быстро увеличилось в разы.

Это был переворот в организа-

ции медицинской помощи. Впервые в истории была внедрена территориальная участковость, которая сохранилась до настоящего времени, несмотря на пережитые четыре революции и две мировые войны.

Это обусловлено социальной и экономической эффективностью такой системы, которая была рекомендована в 1934 г. Гигиенической комиссией Лиги Наций другим странам для организации медпомощи сельскому населению.

В 1978 г. на Алма-Атинской конференции и в официальных документах ВОЗ организация первичной медицинской помощи вновь была признана образцовой. Неслучайно многие страны, в т.ч. Великобритания, взяли ее за основу в организации своих систем.

В начале XXI в., видя серьезный кризис здравоохранения, руководство России предприняло ряд серьезных шагов по укреплению этого сектора экономики.

Были приняты следующие важные решения по преодолению кризиса в здравоохранении (2004-2012):

1. Введение дополнительного лекарственного обеспечения, включая редкие болезни. Этот раздел ежегодно рос и достиг почти 100 млрд. руб.

2. Монетизация льгот.

3. Национальный проект «Здоровье», когда более 1,5 триллиона рублей направлено преимущественно

Показатели земского здравоохранения в 1870-1910 гг.

	1870	1910	Изм. %
Число врачей в земских губерниях	610	3082	505%
В т.ч. в сельской местности	243	2335	961%
Число врачебных участков	530	2686	507%
Количество населения на 1 участок (в тыс.)	95	28	-339%
Число больничных коек на 10 000 населения	1,5	4,8	320%
Число фельдшерских пунктов	1350	2620	194%



Рис. 3



в муниципальное звено здравоохранения и в учреждения других уровней.

4. С 2011 г. повышены страховые платежи в ФОМС (с 3,1 до 5,1% от фонда заработной платы) и запущен двухлетний проект модернизации здравоохранения, направленный на переоснащение и реконструкцию государственного звена здравоохранения, стандарты медпомощи (в т.ч. повышение зарплаты), информатизацию.

5. В 2009 г. разработана ФЦП «Развитие фарм- и медицинской промышленности до 2025 г.», ставшая впоследствии государственной программой.

6. С 2009 г. начинается реформа устаревшей нормативно-правовой базы.

7. Президент России В.В. Путин 07.05.2012 издает ряд указов, посвященных развитию здравоохранения. Но исполнение указов наталкивается на сопротивление либерального звена Правительства России, считающего, что основные затраты на медпомощь должен нести гражданин.

Такая политика Правительства укладывается в концепции, разрабатываемые идеологами МВФ, участниками Гайдаровского форума и др. Этот либеральный подход встречает наибольшее сопротивление населения, покупательная способность которого в нашей стране очень низка. Но мнение экспертов других «ориентаций», как правило, не рассматривается.

Причем Правительство сокращение реальных затрат на здравоохранение обосновывает необходимостью повышения эффективности здравоохранения, но использует ошибочные подходы. Особенно прискорбно, что Правительство старается без особого анализа копировать опыт развитых экономик, которые заявляют о необходимости снижения социальных трат, но, тем не менее, не претворяют его в действительности.

Неверные подходы Правительства России к развитию системы здравоохранения

Ошибка 1. Система здравоохранения - это рыночная система.

Но согласно всем канонам политологии, и социальной политики в частности, это система социального выравнивания, компонент социальной защиты.

Ошибка 2. Система здравоохранения в России должна быть дешевле, чем в развитых странах.

В условиях глобализации цен на медицинские услуги, оборудование и лекарства это в принципе невозможно. ВОЗ считает, что стабильная рабо-

количества высокотехнологических услуг и операций, а также торможение разработки и внедрения новых технологий в здравоохранение.

Ошибка 4. Кризис в социальной сфере России имеет те же особенности, что и в государствах западного мира.

Западное «общество всеобщего благоденствия» достигло очень высоких социальных стандартов для большинства населения, включая безработных, и поэтому в период кризиса вынуждено стабилизировать социальные затраты. Однако эта стабилизация находится на таком уровне, которого мы не только не достигли, но и, как это ни печально, в обозримом будущем едва ли достигнем. «Запад» тратит на здравоохранение 3-6 тыс. долл. на душу населения в год, а у нас - с 700 долл.

Ошибка 5. Ликвидация муниципального звена здравоохранения экономически и организационно обоснованна.

Такая мера ликвидирует ответственность местного самоуправления за систему здравоохранения. Отрицание трёхзвенного уровня медпомощи, созданного земской реформой, приводит к снижению доступности медицины, поскольку решать вопросы местного здравоохранения с регионального и федерального уровня невозможно при существующей низкой плотности населения.

Ошибка 6. Значение систем социального выравнивания, таких как здравоохранение, для сохранения стабильности в России может быть преигнорировано и это ничем не грозит.

Это грубая ошибка, которая уже сказывается на настроениях населения. Начались протестные движения, забастовки, митинги, многочисленные письма протеста и резолюции в адрес Правительства и Президента от Союза пациентских

Интерференция новых и перспективных актов



Число больничных организаций в России в 2000-2012 гг. по данным Росстата

	2000	2005	2010	2011	2012
Всего					
Число больничных организаций	10704	9479	6308	6343	6172
из них негосударственные	87	293	224	220	225
Число участковых больниц	3310	2631	400	301	237
В сельской местности					
Число больничных организаций	4378	3659	1349	1295	1216
из них негосударственные	-	7	8	5	5
из них частной формы собственности	-	-	5	3	3
Число коек всего, тыс.	232	209	153	149	143
из них в негосударственных организациях	-	0,3	1,6	0,6	1,3
из них частной формы собственности	-	-	0,68	0,46	0,46
на 10 000 человек населения	60,4	55,6	40,9	39,9	38,5
Число районных больниц	118	119	79	76	68
Число участковых больниц	3280	2591	382	290	228

Амбулаторно-поликлинические учреждения в России по данным Росстата

	2000	2005	2010	2011	2012
Амбулаторно-поликлин. организаций	21254	21783	15732	16262	16537
Женских консультаций, детских поликлиник, отделений, тыс.	16,0	15,0	17,0	16,3	18,4
Число ФАП, тыс.	44,6	43,1	37,8	35,0	34,8
В сельской местности					
Амбулаторно-поликлин. организаций	8389	7495	2979	2989	2853
Мощность, посещений в смену:					
всего, тыс.	494,3	496	436	439	434
на 10 000 сельск. населения	128,1	131,8	116,4	117,6	116,5

организаций, Союза онкологов, Общества врачей России, руководства Пироговского съезда врачей и т.д.

Совершенно очевидно, что политические решения в системе здравоохранения должны приниматься на основе общественного договора: населения, в том числе пациентских организаций, представляющих больных; медицинского сообщества; в перспективе саморегулируемого; предпринимателей и органов власти, как представительной, так и исполнительной; с учетом мнения и прогнозов политологов и экономистов, желательных работающих в социальной сфере.

К сожалению, пока такой системы общественного договора не создано и большая часть решений в сфере здравоохранения носит либо вынужденный, либо спонтанный характер с последующим таким же успешным обоснованием уже принятых решений.

В то же время наиболее правильный подход - это прогнозирование и социальное конструирование возможных социальных последствий принимаемых решений.

Это тем более важно, что предстоящие десятилетия будут проходить при интерференции различных новых и старых законов, резко усложняющих взаимоотношения общества и государственных институтов.

Центр независимой медицинской экспертизы начинает работу при Смоленской врачебной палате



Ситуация, когда необходимо получить полную и всестороннюю информацию о качестве оказанной медицинской помощи, может случиться в жизни каждого человека. В том числе и при досудебном урегулировании конфликта между врачом и пациентом. Самую значимую роль в этом процессе могут сыграть эксперты, которые всесторонне рассмотрят медицинскую документацию и каждый конкретный случай. На сегодняшний день в Национальной медицинской палате существуют отдельные наработки в сфере развития элементов и самой системы досудебного урегулирования конфликтов. В качестве основы может быть использован опыт Центра независимой медицинской экспертизы, существующего при Смоленской региональной общественной организации «Врачебная палата».

Врачебная палата в Смоленской области существует уже 5 лет. «Когда мы начали свою работу, то поняли, что главная наша задача – защита врача и пациента», – отметила Наталья АКСЕНОВА, председатель СРОО «Врачебная палата» и вице-президент Национальной медицинской палаты. При Смоленской врачебной палате был создан третейский суд, создана коллегия досудебного спора. Но это было лишь началом пути. За годы работы в досудебном порядке коллегией была разрешена не одна сотня конфликтов – сохранены немалые средства в копилке бюджетных медицинских организаций, которые можно направить на лечение пациентов.

Неудивительно, что когда врачебные палаты различных областей стали создавать Координационные советы по округам, богатым опытом досудебного урегулирования конфликтов в Смоленской области заинтересовались и другие регионы, которые желали работать по той же схеме. Для Координационного совета медицинских палат и ассоциаций Центрального федерального округа вопрос о наиболее эффективном пути решения конфликтных ситуаций является одним из основных.

«Первый шаг, который необходимо сделать, – нужно создать комиссии досудебного урегулирования споров», – отмечает Наталья Аксенова. Для чего сегодня нужно создавать третейские суды? Как говорит председатель Смоленской врачебной палаты, третейский суд сегодня, как таковой, необходим при общественной организации, каковыми и являются врачебные палаты. «Но самый оптимальный путь – это досудебное урегулирование, на уровне которого можно решать спор и уходить от всяких третейских разбирательств. А для досудебного урегулирования конфликтов необходимо проведение экспертиз качества оказания медицинской помощи», – говорит Наталья Аксенова.

Невозможно отрицать, что сегодня существуют проблемы, связанные с проведением судебно-медицинских экспертиз, объективность которых

нередко вызывает сомнения и у пациентов, и у врачей. Еще на самом первом заседании Координационного совета врачебных палат Центрального федерального округа Наталья Аксенова сказала в своем выступлении: «Сейчас один из важнейших вопросов – формирование Совета медицинских экспертов ЦФО. Работа третейского суда при Смоленской региональной общественной организации «Врачебная палата», комиссия досудебного и внесудебного урегулирования споров поставила перед членами Врачебной палаты важнейшую задачу – необходима качественная медицинская экспертиза».

В течение года была проделана огромная работа и разработан механизм проведения независимой экспертизы. И вот наконец СРОО «Врачебная палата» открыла Центр независимой медицинской экспертизы. Более 124 экспертов качества медицинской помощи сотрудничают с созданным Центром, 34 из них представляют Смоленскую область. Все эксперты аккредитованы в Росздравнадзоре. Руководителем Центра на заседании Координационного Совета медицинских ассоциаций и врачебных палат ЦФО избрана Елена Анатольевна Косарева, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ со стажем работы в сфере организации здравоохранения более 40 лет. **Осуществлять свою работу Центр будет на основании лицензии, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения.** «Право на получение лицензии оказания качества медицинской помощи и организации здравоохранения имеют и общественные медицинские организации», – отмечает Наталья Аксенова, – и очень важно иметь такую лицензию, иначе мы можем столкнуться с целым рядом проблем».

Что же дает такая лицензия? Прежде всего – и это главное – возможность знакомиться с медицинской документацией. Поэтому необходимо, чтобы в Центр Независимой экспертизы входили специалисты, которые уже имеют аккредитацию в Росздравнадзоре на территории области.

Наталья Аксенова разъяснила, почему такая аккредитация необходима и только она может помочь получить Центру независимой экспертизы медицинской помощи лицензию: «Дело в том, что по закону «Об аккредитации», аккредитация должна быть пройдена только теми экспертами, которые будут работать в сфере государственного контроля. Общественные организации не осуществляют государственного контроля, но доступ к медицинской документации вы сможете получить только в случае наличия лицензии на право медицинской деятельности, а именно контроля качества оказания медицинской помощи. Ее отсутствие будет препойкой в дальнейшем разрешении спора. Заключение Центра будет принято в суде».

Эксперты Центра будут проводить экспертизу качества оказанной медицинской помощи на основании лицензии, будут иметь возможность осуществлять регламентированную процедуру оценки медицинской документации пациента и давать оценку качества оказанной медицинской помощи с привлечением широкого круга медицинских специалистов, прошедших государственную аттестацию.

Наталья Аксенова отметила, что создание таких полноценно действующих Центров независимой экспертизы и получение лицензии – дело непростое: «Самый первый шаг на пути к созданию таких Центров достаточно сложный. Поэтому мы готовы двигаться мелкими шагами и каждому из регионов помогать, если будут какие-то сложности. Как я уже говорила, начинать надо с создания комиссии досудебного урегулирования споров. Было бы правильно создавать их при министерствах и департаментах здравоохранения РФ в регионах. С тем, чтобы они получили официальный статус, но при этом важно, чтобы в них работало большее количество общественников».

Что еще необходимо для того, чтобы Центр независимой медицинской экспертизы успешно функциониро-

вал? Конечно, тесное сотрудничество с органами государственной власти. Оно возможно только в том случае, если общественная организация имеет реальный вес. Сегодня с членами Национальной Медицинской Палаты считаются во всех государственных учреждениях, она и общественно значимый статус и влияние. Это позволяет заключать договоры с департаментами здравоохранения. Так, например, Смоленской врачебной палатой заключен договор с департаментом здравоохранения области и с Росздравнадзором по области о том, что поток жалоб может регулироваться в досудебном порядке. Поэтому весь поток жалоб и заявлений от граждан, который поступает во Врачебную палату, рассматривается с участием представителей этих ведомств. И, конечно, здесь самое широкое поле для деятельности экспертов из лицензированного Центра независимой медицинской экспертизы, которые будут выносить свое решение.

«Итогом проведения медицинской экспертизы является заключение, в котором содержатся ответы на все поставленные вопросы, подкрепленные обоснованием изложенной точки зрения», – отмечает Наталья Аксенова.

Конечно, не всегда удается урегулировать конфликт, не доводя его до суда общей юрисдикции. «А суд разговаривает только с теми экспертами, которые имеют какой-то статус. И когда мы, как организация, входящая в НМП, получили лицензию на контроль качества медпомощи, организацию здравоохранения и общественное здоровье – это дало нам возможность прийти в областной суд, провести переговоры и заключить соглашение с областным судом о привлечении группы экспертов, на которых распространяется лицензия. Мы участвуем в защите врача не как адвокаты, а как эксперты».

Наталья Аксенова отметила, что члены Врачебной палаты сегодня надеются, что будет подготовлено отдельное постановление Правительства РФ, регламентирующее работу независимой медицинской экспертизы. Сейчас независимая медицинская экспертиза прописана в рамках 323 Федерального закона, но планируется отдельное постановление, которое, как надеются эксперты, даст еще больше полномочий аналогичным центрам. «Впереди большая работа, мы будем помогать регионам, информировать суды о возможности сотрудничества с нами – с НМП и Центром независимой медицинской экспертизы», – отметила Наталья Аксенова. В ближайшей перспективе институт последипломного медицинского образования, учреждением которого является Врачебная палата Смоленской области, также начнет обучение медиаторов в сфере здравоохранения.

Повышение качества медицинской помощи – основная задача системы здравоохранения



Владимир НИКОЛАЕВ,
директор ТФОМС
Костромской области

Приоритетным направлением любой программы развития системы здравоохранения является повышение качества медицинской помощи (КМП), которое обуславливается всеми элементами системы – материально-техническим обеспечением медицинских организаций, квалифицированными кадрами, организационными, финансовыми, правовыми и информационными ресурсами, а также затрагивает интересы всех ее участников – государства и населения, департамента здравоохранения и медицинских организаций, главных врачей медицинских организаций и медицинских работников, врачей и пациентов.

В настоящее время выделяют три модели управления качеством медицинской помощи.

Профессиональная модель предусматривает высокий квалификационный уровень врача-профессионала, отвечающий принятым требованиям, как единственный гарант качества оказываемой этим врачом медицинской помощи. При этом администрация медицинской организации не несет ответственности за последствия лечения. Ее задача – создать врачу необ-

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

Это грозит значительным снижением уважения со стороны общества к медицинским работникам, разочарованием медицинских работников 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.

Совершенствование системы здравоохранения – одно из важнейших условий успешной реализации социальной политики государства. В свою очередь, обеспечение доступной и качественной медицинской помощи для широких слоев населения, подразумевающей оптимальность лечения, достаточность, безопасность и удовлетворенность пациента – важнейшая задача здравоохранения.

ходимые условия для работы. Оценка КМП проводится с помощью профессиональной экспертизы, подразумевающей проверку соответствия стандартам и анализ случаев врачебных ошибок. Данная модель широко использовалась в медицине СССР.

Административная (бюрократическая) модель базируется на аудиторском принципе, когда от каждой медицинской организации на законодательном уровне требуются сертификат и лицензия государственного образца, а вышестоящие учреждения организуют регулярные проверки с применением методов статистического наблюдения. Показателями качества служат оптимальное достижение результата, медицинская обоснованность, соответствие стандартам, низкие значения показателей летальности, повторной госпитализации и др. Современная система здравоохранения во многом основана на этой модели управления качеством – стандартизация объема и характера медицинских услуг с последующей экспертизой результата.

Индустриальная модель предусматривает использование адаптированной модели непрерывного повышения качества. То есть в этом случае качественная помощь – это результат качественного процесса, при котором ответственный гарант качества оказания услуги профессионально, они эффективны, доступны и удовлетворяют пациента. В основе данной модели лежат несколько основных принципов: процессный подход, непрерывное повышение качества, участие в управле-

нии качеством всего персонала и самоконтроль ключевых этапов процесса. В итоге – достижение лучшего результата, который есть объективная оценка и анализ работы всей медицинской организации, взаимодействия со страховыми медицинскими организациями, состояния здоровья конкретного пациента и эффективность применяемых методов диагностики, лечения и реабилитации.

К сожалению, индустриальная модель управления качеством медицинской помощи, свойственная здравоохранению зарубежных стран, в России не нашла широкого применения. Дефицит кадров, отсутствие подготовки по вопросам управления КМП у руководителей медицинских организаций, недопонимание между главными врачами медицинских организаций и медицинским персоналом – все эти проблемы во многом затормаживают переход на инновационные методы управления качеством медицинской помощи.

Немаловажную роль в этом процессе играет отсутствие в здравоохранении общепринятых подходов к формированию мотивации медицинского персонала к качественному выполнению своей работы и активному участию в процессах управления качеством медицинской помощи.

Важно отметить, что повышение качества медицинской помощи – это наша общая задача, и мы все ответственны за ее осуществление. Обеспечить качество медицинской помощи возможно, реализовав три основных элемента – новые формы организации и управления, методы контроля и совершенство-

вание материально-технической базы медицинских организаций. При этом особо хотелось бы подчеркнуть, что высокий уровень качества медицинской помощи может быть достигнут только за счет личного контроля КМП непосредственным исполнителем, то есть за счет развития самоконтроля у врачей и медицинских сестер. Поэтому так важно развитие у сотрудников медицинских организаций корпоративной культуры и соблюдение Кодекса профессиональной этики медицинского работника.

Деятельность медицинских организаций должна формироваться нуждами и спросом ее потребителей, то есть основной акцент в деятельности учреждений здравоохранения должен быть поставлен на то, что получит пациент. Осознание этого позволит улучшить организацию оказания медицинской помощи и ее доступность, и как результат – повышение КМП, эффективность и удовлетворенность граждан. Совершенствование работы по оказанию медицинской помощи предполагает умение каждого участника процесса ответить на главные вопросы: как мы это делаем? зачем мы это делаем? как нам делать это лучше? Итогом такой работы будет удовлетворение потребностей всех заинтересованных лиц – пациента, медицинского персонала, страховой компании и государства в целом.

Таким образом, проблема качества медицинской помощи является стратегической для здравоохранения, она важна во всех аспектах ее оказания: как для профилактики заболеваний и увеличения продолжительности жизни, так и для улучшения ее качества при заболевании, инвалидности, а также при летальном исходе. Для решения задач по повышению качества медицинской помощи необходим комплексный подход, позволяющий задействовать все имеющиеся ресурсы, с обязательным активным вовлечением в процесс повышения КМП всего персонала медицинской организации, переходом к самоконтролю и самоуправлению качеством.

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

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

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 не-

возможно реализовать. С позиции юристов – это миф, и мы попытаемся его развеять.

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, 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, что распространение этих сведений имело место.

Окончание см. на стр. 8

Начало см. на стр. 7

Пациент, совершивший подобное правонарушение, становится ответчиком, и ему предстоит доказать, что распространенные им сведения соответствуют действительности.

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 него даже не было возбуждено уголовное дело. 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 общении 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 разобрататься 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, 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 со всех СМИ (кстати, очень многие интернет-источники зарегистрированы как СМИ) опровержения этих сведений.

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 и клеветническими.

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».

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 можно доказать, что эти 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 свидетелей. Отдельные судьи утверждают, что медицинские работники организации не относятся к тем свидетелям, к мнению которых судья прислушается.

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. В ответ были предъявлены диплом кандидата наук, диссертация и инициировано встречное дело о защите чести и достоинства.

ЗАЯВЛЕНИЕ В ПРОКУРАТУРУ

При обращении в прокуратуру врачу следует достоверно и правдиво изложить все факты. Необходимо приложить к заявлению доказательства того, что распространение клеветнических сведений имело место, и убедиться, что заявление зарегистрировано. Согласно закону № 59 «Об обращении граждан» срок рассмотрения заявления - 30 дней.

ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ В СУД

1. В исковом заявлении подробно 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.

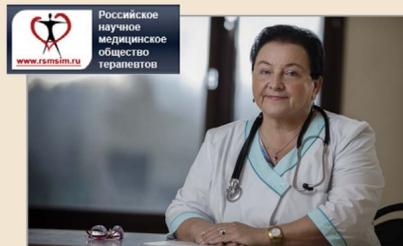
1. Пригласить в свой кабинет как можно большее число свидетелей. Свидетелями могут быть охрана, коллеги, обслуживающий вспомогательный персонал, другие пациенты. Последняя категория свидетелей особенно важна. Пациенты из очереди по определению не могут быть заинтересованными лицами, что защитит их от обвинений в предвзятости.
2. Сделать диктофонную запись происходящего. Когда в отношении врача совершается правонарушение (например, оскорбление), пользование диктофоном вполне легитимно. Но пользоваться им надо грамотно. Запись следует производить открыто, предупредив об этом своих оппонентов. Например: «Я, доктор такой-то, веду запись разговора с пациентом таким-то с целью защиты своих прав и сбора доказательств». Такая запись будет являться вещественным доказательством. Судьи, как правило, удовлетворяют ходатайство об ее приобщении к делу.
3. Вызвать правоохранительные органы. Даже в судебных заседаниях первый вопрос, который задает судья: вы обращались в полицию? Если ответ отрицательный, судья сразу же теряет интерес к происходящему.
4. После инцидента необходимо внести запись в медицинскую документацию – прямой источник доказательств в суде – и информировать о случившемся своего руководителя.
5. Осведомиться о местонахождении районной прокуратуры, чтобы впоследствии, при необходимости, подать заявление.

НАШИ ПАРТНЕРЫ:

Главная опора Ассоциации врачей Костромской области – профессиональные объединения врачей



Костромское общество педиатров
Председатель МУРАВЬЕВА АННА НИКОЛАЕВНА



Костромское областное научно-медицинское общество терапевтов
Председатель БАСКАКОВА АЛЕКСАНДРА ЕГОРОВНА,
заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук



Костромское общество хирургов
Председатель ТИТОВ СЕРГЕЙ ПАВЛОВИЧ