

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ:

01/2010

ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

ПОЧТИ ОФИЦИАЛЬНО

О.В.Леонтьев О ПРОЕКТЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ГАРМОНИЗАЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВ ГОСУДАРСТВ – ЧЛЕНОВ ЕВРАЗЭС В ОБЛАСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ	2
А.В.Тихомиров ЗАСЕДАНИЕ СОВЕТА РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО ВОПРОСАМ МАЛОГО И СРЕДНЕГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА	5
С.С.Мисюлин КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ КАК КАТЕГОРИЯ ЧАСТНЫХ (ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ) ПРЕДПОЧТЕНИЙ	8
А.В.Тихомиров КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ РЫНОЧНОЙ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	11

ОБЗОР

УСТАВ НЕКОММЕРЧЕСКОГО ПАРТНЕРСТВА «Национальная Медицинская Палата»	18
С.В.Лазарев, Д.С.Мирсяфов, А.В.Тихомиров ПЕРСПЕКТИВА САМОРЕГУЛИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	25
С.А.Ануфриев КЛЮЧЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕНЕДЖМЕНТА В МЕДИЦИНСКИХ КЛИНИКАХ	33
С.В.Лазарев МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЙСТВУЮЩЕЙ РАЗРЕШИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ	36
С.В.Лазарев, С.А.Мамонтов, А.В.Тихомиров ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ	44

В следующих номерах:

Стандарты медицинских саморегулируемых организаций

Анализ специализирующихся в организации здравоохранения СМИ

Проблемы совершенствования надзора в здравоохранении

Законодательное регулирование охраны здоровья

Последствия лицензирования деятельности практических врачей

Уважаемый Председатель!
Уважаемые члены Постоянной
комиссии!

В соответствии с Программой законодательской деятельности Межпарламентской Ассамблеи Евразийского экономического сообщества на 2009 и последующие годы проведен сравнительно-правовой анализ и подготовлены Рекомендации по гармонизации законодательств государств – членов ЕврАзЭС в области регулирования рынка медицинской техники и изделий медицинского назначения.

Практически во всех странах осуществляется контроль за медицинскими изделиями. Регулирование оборота медицинских изделий в Европе, Америке, Азиатско-тихоокеанском регионе, ЕврАзЭС, включает обязательную оценку соответствия, которая имеет особое значение для обеспечения необходимой уверенности в том, что продукция, попадающая в клинические учреждения и специализированные магазины, не представляет опасности для здоровья пациентов, обслуживающего персонала и общества в целом.

Общепринятое в мире понятие, объединяющее все многообразие медицинских изделий, под медицинскими изделиями определяет приборы, аппараты, оборудование, программное обеспечение, инструменты, имплантаты и любые виды материалов, которые предназначены для диагностики, лечения, реабилитации врожденных или приобретенных увечий, контроля над зачатием.

Однако из-за отсутствия взаимного признания процедур подтверждения соответствия между государствами ЕврАзЭС при пересечении границ необходимо все работы проводить заново. Каждое отдельное предприятие, планирующее расширить сферы своего бизнеса, должно самостоятельно пройти весь сложный путь, который предшествует выходу на рынки государств Сообщества. Необоснованные барьеры в торговле приводят к неизбежному удорожанию продукции.

¹ Выступление на заседании Постоянной комиссии Парламентской ассамблеи ЕврАзЭС по социальной политике (к п.7 повестки дня), 01 декабря 2009 года, Санкт-Петербург.

О ПРОЕКТЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ГАРМОНИЗАЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВ ГОСУДАРСТВ – ЧЛЕНОВ ЕВРАЗЭС В ОБЛАСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ¹

Возможности выхода на иностранные рынки требуют признания процедур подтверждения соответствия медицинских товаров при пересечении границ

Ключевые слова: регулирование отраслевого экономического оборота, межгосударственная гармонизация законодательства, рынок медицинских товаров

Сегодня существует объективная необходимость преобразований в сфере законодательного регулирования обращения изделий медицинского назначения и медицинской техники.

Необходимость кардинальных преобразований в сфере законодательного регулирования обращения изделий медицинского назначения и медицинской техники обусловлена отсутствием в ряде государств ЕврАзЭС национальных законов о медицинских изделиях, которые бы создали правовую основу деятельности субъектов обращения медицинских изделий, установили систему государственных органов, осуществляющих издание нормативных правовых актов, правоприменительную практику в соответствии с ними, распределили полномочия органов исполнительной власти в сфере обращения медицинских изделий.

Регулирование на рынке медицинской техники существенно отстает от правовой проработанности регулирования рынка лекарственных средств. Это создает целый ряд трудностей, как для производителей, так и для государств-участников в целом. Существуют противоречия между различными подведомственными приказами и инструкциями по вопросам регулирования отрасли, отсутствуют официальная единая терминология, надлежащие классификации меди-

цинских изделий, в том числе по степени риска причинения вреда, критерии допуска медицинских изделий к применению.

Отсутствуют технические регламенты, которые определяют требования к безопасности медицинских изделий, необходимые для обеспечения промышленной, экологической безопасности.

Целью настоящей работы является подготовка предложений по совершенствованию и унификации законодательства государств – членов ЕврАзЭС в сфере правового регулирования рынка изделий медицинского назначения и медицинской техники согласования, подходов к регулированию указанной сферы, разработки единых правовых принципов для государств – членов ЕврАзЭС с учетом общепризнанных международных стандартов.

Гармонизация законодательства в настоящем проекте Рекомендаций проводилась исходя из следующих принципов:

- Разумной достаточности в проведении экспертизы;
- Рыночного механизма ценообразования;
- Отсутствия преград для распространения на территории стран-участниц (единая регистрация, таможенные льготы, упрощенная схема перерегистрации на территории стран-участниц, отсутствие дополнительных разрешений на торговую

деятельность и рекламу медицинских изделий);

- Безопасности для пациентов, обслуживающего персонала и окружающей среды при производстве и использовании медицинских изделий.

Продукция государств – Сообщества должна иметь возможности выхода на иностранные рынки. Для этого нужны гармонизированные процедуры оценки соответствия и стандарты в странах ЕврАзЭС. Кроме того, необходимо иметь аккредитованные в международных системах испытательные лаборатории и органы по сертификации.

Проведенный сравнительно-правовой анализ конкретных норм и положений национального отраслевого законодательства государств-членов ЕврАзЭС позволил сформировать Рекомендации по гармонизации совместного нормативного регулирования в этой сфере.

Предлагается одобрить в основном представленные рекомендации по гармонизации законодательств государств – членов ЕврАзЭС в области регулирования рынка медицинской техники и изделий медицинского назначения и направить их на согласование в парламенты государств Сообщества и Совет по здравоохранению при Интеграционном Комитете ЕврАзЭС.

Круглый стол

Посвященный 5-летию создания курса медицинского права
15.03.10

«Актуальные проблемы законодательства о здравоохранении»

Уважаемые коллеги!

Круглый стол организуемый на базе кафедры педагогики, философии и права факультета общественного здоровья МАПО состоится 15.03.10. с 10.00 по адресу 191015 С.-Петербург Заневский пр. 1/82 кафедра педагогики, философии и права.

В работе примут участие ученые и преподаватели ВУЗов, НИИ, практикующие врачи и юристы.

Предлагается рассмотрение следующих вопросов:

1. Законодательная проблема реформирования законодательства о здравоохранении.
2. Актуальные вопросы законодательства о санитарно-эпидемиологическом благополучии.
3. Юридические проблемы при оказании психиатрической помощи

Оргкомитет: д.м.н. Плавинский В.Л., проф. Леонтьев О.В

Требования к тезисам докладов до 2 печатных страниц Microsoft Word 12 шрифт.
(выслать материалы для их опубликования на эл.почту lov63@inbox.ru)

Оно состоялось 15 декабря 2009 г. и было посвящено вопросам контроля за использованием новых медицинских технологий и контроля качества оказываемой медицинской помощи.

Вела заседание Ирина Федоровна Серегина, зам. руководителя Росздравнадзора. Собственно, она своим выступлением и начала мероприятие. Не со всем можно согласиться. Например, с перспективной идеей выдавать лицензии врачам как физически лицам. Как известно, Министр Т.А.Голикова подняла вопрос о необходимости выдавать лицензию выпускникам медицинских вузов вместе с дипломом. Но лицензия выдается хозяйствующему субъекту. Пока врач - работник. Чтобы он стал хозяйствующим субъектом, он должен обрести статус предпринимателя без образования юридического лица или приравненный (подобно адвокатам, нотариусам, оценщикам, арбитражным управляющим). А для этого, по меньшей мере, нужно провести реформу. А такая реформа потребует охвата не только практического звена, но и финансовых институтов, создания инфраструктуры и т.д., и т.п.

Затем выступил заместитель начальника Управления контроля социальной сферы и торговли ФАС России Федоренко Михаил Владимирович - как всегда, кратко и по делу.

После этого доклад сделал Начальник управления лицензирования и правового обеспечения Росздравнадзора Максимов Сергей Васильевич. От комментариев воздержусь. Приведу только обоснование высказанной необходимости ужесточения требований по медицинским технологиям - увеличение числа жалоб в Росздравнадзор. По этой причине ВСЕ медицинские технологии, по его представлениям, подлежат регистрации и разрешению, в том числе и те, которые, уже будучи разрешенными, связываются в новые технологические цепочки (например, разрешенный препарат и разрешенная методология его использования, но по новому назначению, для лечения других нозологий и т.п.).

ЗАСЕДАНИЕ СОВЕТА РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО ВОПРОСАМ МАЛОГО И СРЕДНЕГО ПРЕДПРИНИМА- ТЕЛЬСТВА

Представлен обзор мероприятия в Росздравнадзоре

Ключевые слова: Росздравнадзор, Совет по вопросам малого и среднего предпринимательства, новые медицинские технологии, качество медицинской помощи

Принял эстафету Пилипенко Павел Иванович - начальник отдела регистрации медицинских технологий Росздравнадзора. Он упирал на заботу о гражданах и потому - необходимость регистрации всего и вся, что касается медицинской деятельности. Рефреном звучала ссылка на то, что за рубежом предмет интереса государства - это эффективность и безопасность медицинских услуг.

После доклад сделал Борисов

Дмитрий Александрович, гендиректор ООО «Компания Реднор». Четко и конкретно было сказано, что понятие «медицинские технологии» и тем более «новые» не имеет правового определения.

Потом дело дошло до меня. Не готовился, поэтому экспромтом сказал следующее. Право - это категория формальной определенности. И применение права заканчивается не в кабинетах исполнительной вла-

сти, в том числе, Росздравнадзора. Конечный пункт правоприменения - суд. Поэтому рост числа жалоб в Росздравнадзор - это не показатель. Ничто не мешает жалобщикам обращаться в суд.

Медицинские технологии никак не раскрыты в федеральном законе. Если так, то что тут можно обсуждать?

Если даже пойти по привычному для России пути целесообразности, а не права, то все равно возникает не меньше вопросов. Это, по меньшей мере, три блока проблем.

Первый блок. Какие это технологии?

Во-первых, это могут быть технологии производства товаров (лекарств, медтехники, изделий медицинского назначения), выполнения работ, оказания услуг.

Во-вторых, это могут быть технологии лечебно-диагностические, профессиональные последовательности медицинской помощи.

В-третьих, это могут быть вариации того и другого: рецептурные, технические, процессные.

А где в законе разведены различия технологий исполнения услуг, выполнения работ, производства товаров? А как они сочетаются в лечебно-диагностическом процессе?

Все-таки: технологии чего - медицинских услуг или медицинской помощи? Или всего того, что за пределами лечебно-диагностического процесса? Ведь производство средств производства медицинских услуг находится за его пределами.

Если связывать лечебно-диагностические технологии поведения врача с применением машинизированных средств диагностики и лечения, то встает вопрос о технологических аспектах медицинских технологий - того, что в праве называется источником повышенной опасности.

То же касается новых технологий. Новые - для кого? Для профессионала это могут быть совсем обычные, а для его ученика - абсолютно новые. То же - для разных организаций, для разных регионов. А дальше - по списку - для разных аппаратов, оборудования, инструментария, для разного назначения, при разных нозологиях и пр. А использование старых, забытых технологий? Например, в акушерстве - поворот плода

по Брэкстон-Гиксу? Эту технологию не используют лет сто. Но она существует. Это - новая технология?

Ведь забывается самое главное. Медицина - это искусство возможного. Искусство, а не голое ремесло. Это трудно понять тем, кто вне медицины, кто не занимался никогда практическими диагностикой и лечением, реабилитацией. А коль скоро это искусство, должно быть место профессиональному маневру, усмотрению врача, что в прокрустово ложе «технологий» не впишешь.

Прописи технологий выгодны плохим врачам, без клинического мышления и без интереса к судьбе пациента. А для хорошего они - путы.

Второй блок. Новая технология - это вопрос права ее создателя. Именно он является правообладателем. А если его нет? А если он неизвестен? «Музыка народная, слова тоже - народные». А если технология - времен Царя Гороха?

А каково правовое положение тех, кто использует эти технологии впоследствии? И почему эти последние должны регистрировать эти технологии, если не являются их разработчиками и правообладателями? Они лишь используют эти технологии и поэтому поражаются в правах? А почему они должны страдать?

Наконец, третий блок. Какие правовые последствия наступают за использование соответствующих технологий? Вот профессионал использует некую технологию, к которой он привык с незапамятных советских, например, времен. Но она не является разрешенной, точнее, на нее не получено разрешение. Какую ответственность он за это несет?

А какую ответственность несет Росздравнадзор за выдачу разрешения на соответствующую технологию? За все время адвокатской практики, а она уже немалая, я не видел в процессе представителей Росздравнадзора. А почему бы в этом случае - если выдано разрешение на технологию, при надлежащем использовании которой наступили неблагоприятные последствия - Росздравнадзору не нести солидарную ответственность с причинителем?

Представляется, что забота о гражданах, которую исповедует Росздравнадзор, должна иметь логическое продолжение. В противном случае

это вероятностные предположения типа «а если бы он вез патроны». Вместо обоснования своих актов возможными негативными проявлениями чего бы то ни было в действиях хозяйствующих субъектов Росздравнадзор должен обрести реальную ответственность за эти акты перед субъектами своей заботы - гражданами-потребителями наряду с хозяйствующими субъектами.

Затем получил слово Мисюлин Сергей Сергеевич, президент НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник». Он обобщил и подытожил сказанное и высказал пожелание, чтобы обсужденное на предшествующих заседаниях Совета находило воплощение в конкретных изменениях практики деятельности Росздравнадзора.

Ему вторил Николай Михайлович Ананьченко, директор НП «Организация частной системы здравоохранения Ставропольского края» - чтобы начинать последующие заседания Совета с отчета о таких изменениях.

Выступил также представитель пермских стоматологов Дмитрий Юрьевич Карпинский (приехавший на мероприятие вместе с представителем регионального лицензирующего органа, проявившим живой интерес к обсуждаемой проблематике) - по поводу регистрирующего органа для целей саморегулирования в здравоохранении, предложив наделить этими функциями Росздравнадзор (взамен излишних - по медицинским технологиям). Эта идея не встретила отрицания со стороны И.Ф.Серегинной, а С.С.Мисюлин сообщил, что с утра встречался с депутатом ГД В.С.Плескачевским, с которым был разговор на эту тему и который обещал на тему регистрирующего органа поговорить с Министром Т.А.Голиковой.

Затем во второй части заседания Совета, посвященной вопросам качества медицинской помощи, выступил Бойченко Юрий Яковлевич, начальник отдела организации лицензирования медицинской деятельности, озвучив важность установленных требований.

После этого доклад сделал Лазарев Сергей Владимирович, член Правления НП «Содействие...». Основной мыслью доклада стало различие понятий медицинской услу-

ги и медицинской помощи, чтобы говорить о качестве в едином к ним отношении. Действительно, если по сообщению Филиппенко Павла Ивановича весь мир занимается вопросами эффективности и безопасности медицинских услуг, то почему мы занимаемся вопросами их качества? А если медицинская услуга - это форма товара, товарная оболочка медицинской формы, то как можно понятие качества применять к медицинской помощи, товаром не являю-

граждан Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, дальнейшему развитию системы здравоохранения в стране.

3. Общественные медицинские организации (ассоциации, лиги, палаты) выполняют ряд полезных функций, но они разобщены, не отвечают за качество оказания медицинской и лекарственной помощи в стране и не обеспечивают должной защиты медицинских работников и пациентов. Вместе с тем, государ-

буллетию)».

Бесперспективность таких предложений в существующих правовых реалиях объясняется следующими обстоятельствами.

Первое. Формальная неопределенность понятия качества применительно к медицинской деятельности попросту не позволяет его использовать, как и интерпретировать, развивать и (или) изменять на подзаконном уровне.

Относится ли понятие качества к медицинской помощи? Нет, поскольку медицинская помощь категория, не являющаяся товарной, потребительской. Либо медицинская помощь оказывается надлежащим, либо ненадлежащим образом. В последнем случае она влечет неблагоприятные последствия для здоровья пациента и проявляется пороками не качества, а безопасности.

Относится ли понятие качества к медицинской услуге? Безусловно. Но только к тому в ее составе, что медицинской помощью не является. Медицинская услуга – это товарная оболочка медицинской помощи. Соответственно, только к товарным составляющим медицинской услуги применимо понятие качества, а это сервис, ресурсы, бренд, т.е. то, что определяет потребительские предпочтения и создает конкурентные преимущества субъекту медицинской деятельности.

Ответственность наступает не за «качество лечебно-диагностического процесса», а за причинение материального, физического и (или) морального ущерба пострадавшему.

Что касается качества товара (в том числе, и медицинских услуг), то это – категория потребительских предпочтений. За пороки качества наступает ответственность хозяйствующего субъекта перед приобретателем товара по договору – это мера их взаимоотношений, в которых нет места ни иным третьим лицам, ни органам государственного надзора и контроля. При возникновении спора стороны договора обращаются в суд.

Отсюда «разработка и принятие полного пакета нормативных актов по вопросам качества медицинской помощи, в том числе отраслевых программ по данному направлению и системы мониторинга доступности

Формальная неопределенность понятия качества применительно к медицинской деятельности попросту не позволяет его использовать, как и интерпретировать, развивать и (или) изменять на подзаконном уровне.

щейся?

Последним выступил Дмитрий Сергеевич Мирсаяфов, управляющий ООО «Доктор Линз». Его доклад был посвящен различиям понятия стандартов и превратностям их понимания применительно к категории качества.

На этом повестка была исчерпана.

Конечно, недоумение вызвал проект решения мероприятия: обсужденные вопросы отклика в нем не получили, в то время как все пункты посвящены тому, что не обсуждалось:

«1. Врач и пациент должны быть признаны полноценным субъектом правоотношений медицинской деятельности, необходимо установление четкого разделения их прав и ответственности за качество лечебно-диагностического процесса.

2. Отсутствие правовых механизмов, регулирующих вопросы обеспечения и контроля качества медицинской помощи, страхование профессиональных рисков и ответственности врачей и среднего медицинского персонала, ответственность работодателей за оснащение рабочих мест медицинского персонала и обеспечение надлежащих условий для оказания качественной медицинской и лекарственной помощи ограничивает реализацию принимаемых на федеральном уровне и на уровне субъектов Российской Федерации мер по защите законных прав и интересов

ственные рычаги управления качеством медицинской помощи должны быть дополнены действенными механизмами общественного управления на основе принципов саморегулирования.

4. Необходимы разработка и принятие полного пакета нормативных актов по вопросам качества медицинской помощи, в том числе отраслевых программ по данному направлению и системы мониторинга доступности и качества медицинской и лекарственной помощи на всей территории Российской Федерации, а также регулирующих вопросы лицензирования медицинского персонала.

5. Необходимо создание государственной медицинской информационной корпорации, обеспечивающей медицинскую общественность своевременной, надежной, достоверной, объективной и бесплатной информацией о лекарственных средствах, дающих побочные реакции и осложнения, о наличии вакансий на занятие должностей на всей территории Российской Федерации, о тендерах на закупку лекарственных препаратов и медицинского оборудования у зарубежных и отечественных производителей, о государственных грантах на разработку новых лекарственных средств, оборудования, технологий в мультимедийном формате (Интернет, бумажные носители – газеты, журналы, информационные

и качества медицинской и лекарственной помощи на всей территории Российской Федерации» не является основательным.

Второе. Субъектом медицинской деятельности является обладатель регистрационного и разрешительного статуса.

Это, прежде всего, зарегистрированный в корпоративном (юридическое лицо в форме коммерческой или некоммерческой организации) или некорпоративном (предприниматель без образования юридического лица) качестве хозяйствующий субъект. В качестве работодателя он отвечает за действия своих работников в части выполнения его договорных (ст.402 ГК) и за возникновение внедоговорных (ст.1068 ГК) обязательств.

Помимо этого хозяйствующий субъект должен быть обладателем лицензии на подлежащие лицензированию виды деятельности. Таковой является и медицинская деятельность.

Врач в качестве работника медицинской организации или частнопрактикующего врача не обладает ни регистрационным, ни разрешительным статусом, чтобы нести ответственность хозяйствующего субъекта. Он не является субъектом гражданско-правовой ответственности.

Отсюда, во-первых, «полноценным субъектом правоотношений медицинской деятельности» является работодатель, а не врач в качестве работника, а разделение его прав и обязанностей с пациентом определяется условиями договора о возмездном оказании услуг (гл.39 ГК) в качестве исполнителя и заказчика (а также ст.430 ГК, если находится любой иной плательщик в пользу пациента). Также гражданским законодательством и законодательством о защите прав потребителей установлено, что иных, кроме оплаты услуг, обязанностей (а отсюда и ответственности) заказчик (потребитель) не имеет. Отсюда «установление четкого разделения их прав и ответственности за качество лечебно-диагностического процесса» не является правоммерным.

Во-вторых, врач не может быть субъектом страхования (гражданское законодательство допускает

страхование гражданской, а не профессиональной ответственности и рисков – ст.929 ГК).

В-третьих, невозможна «разработка и принятие полного пакета нормативных актов, ...регулирующих вопросы лицензирования медицинской персонала».

Третье. Существование каждого института должно быть обусловлено его предназначением и реалиями функционирования и развития.

«Общественные медицинские организации (ассоциации, лиги, палаты) выполняют ряд полезных функций» (кстати, перечисленные организации не являются общественными – по крайней мере, в установленных законом формах), но почему они должны отвечать «за качество оказания медицинской и лекарственной помощи в стране»? Отвечать за состояние соответствующей сферы общественной жизни – это функция публичных, государственных и муниципальных органов, но никак не тех или иных частных, в том числе общественных, организаций. Попытка же переложить на профессиональную общественность функции, на осуществление которых соответствующие публичные органы (Росздравнадзор) не уполномочены (в части качества оказания медицинской помощи в стране), тем более обречена, поскольку это – заведомо не дело отдельных, даже общероссийских организаций, не уполномоченных законом, по существу, ограничивать права хозяйствующих субъектов – субъектов медицинской деятельности.

А почему такие организации должны обеспечивать должной защитой медицинских работников и пациентов?

Допустимо, если в уставе организации, объединяющей медицинских работников, устанавливается цель или задача защиты интересов своих членов.

Допустимо, если в уставе организации, объединяющей пациентов, устанавливается цель или задача защиты их прав потребителей.

Но если организация, объединяющая медицинских работников, декларирует защиту прав пациентов, то очевидный конфликт встречных интересов медицинских работников и пациентов просто не позволит ей

осуществлять эту функцию.

Создание же государственной медицинской информационной корпорации, бесплатно обеспечивающей медицинскую общественность информацией, представляется совсем безнадежным делом.

Мало того, что государство разочаровалось в государственных корпорациях, и стоит вопрос об их акционировании, но здесь предлагается, очевидно, и финансирование деятельности создаваемой госкорпорации из государственной казны, поскольку ее деятельность – бесплатна для медицинской общественности, да еще «в мультивариантном формате».

Таким образом, проект решения Совета Росздравнадзора по вопросам малого и среднего предпринимательства в целом явно не только не соответствовал освоенной повестке, но и носил поверхностный характер в поднимаемой проблематике.

И если еще полгода-год назад Совет собирался как мероприятие статистов, решение которого никак не сопоставлялось с их мнением, то сейчас в Росздравнадзоре прозвучали мысли, которые не могут быть услышаны.

Ситуация для Росздравнадзора изменилась, это первое. Государственный надзор переживает кризис. Не случайно в 2007 году вступил в действие закон «О саморегулируемых организациях» и начал последовательно внедряться в разных отраслях как альтернатива неповоротливому и коррупциогенному государственному надзору. Дошло дело и до здравоохранения. Не случайно возник разговор о Национальной врачебной (медицинской) палате.

Глубоко осведомленные активисты Совета обрели сплоченность, чего не было - это второе. Каждое их выступление было в подтверждение и развитие других и являлось элементом единой картины.

И третье - замалчивать сказанное ими уже не получается - слишком широко представлены их консолидированные мысли. Подобные доклады в завершение года делались на многочисленных мероприятиях, освещались в научно-практических публикациях и в текущей прессе.

Общество становится слышным для государства.

Хотелось бы предположить, что некоторые непреложные истины.

Истина первая. Закон у нас НИКАК не определяет понятие «медицинская услуга». Из этого вытекает ряд следствий. Медицинская услуга может отождествляться с медицинской помощью. Медицинская услуга может рассматриваться как койко-день, посещение или исследование, т.е. подменяться платёжной характеристикой, как это происходит в системе ОМС. Медицинской может считаться услуга, в которой медицинского – чуть.

Истина вторая. Закон у нас НИКАК не определяет понятие «качество медицинских услуг». Это означает, что каждый волен по-своему это понимать.

Истина третья. Закон у нас НИКАК не определяет понятие «надзор и контроль за качеством медицинских услуг». И если бы это понятие было потребностью гражданского оборота, оно быстро было бы приведено к мере взаимной справедливости в отношениях между заказчиком и исполнителем медицинских услуг. Но это понятие относится к сфере публичной, там, где разрешено только то, что прямо предписано. И формальная неопределённость понятий попросту не позволяет их использовать, как и интерпретировать, развивать и (или) изменять на подзаконном уровне.

В парадигме этих истин только и возможно говорить о потребительских предпочтениях в получении качественных медицинских услуг.

В сущностном значении качество объекта – это та определенность, благодаря которой он является именно этим, а не иным объектом; это совокупность свойств, обуславливающих его способность удовлетворять определенные потребности субъектов в соответствии с его назначением.

Таким объектом является и медицинская услуга. Это – товар. Товар потребительского назначения. За который платят – будь то потре-

¹ Доклад на V Всероссийской научно-практической конференции «Медицина и качество 2009» 11-12 декабря 2009 года на площадке Росздравнадзора.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ КАК КАТЕГОРИЯ ЧАСТНЫХ (ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ) ПРЕДПОЧТЕНИЙ¹

Показано, что качеством обладает не медицинская помощь, а медицинская услуга как товар, что не подлежит публичному администрированию, а является категорией потребительских предпочтений

Ключевые слова: качество медицинских услуг, конъюнктура рынка, потребительские предпочтения

битель или иной платательщик в их пользу, в том числе государство.

За качество товара покупатель голосует рублем. Товар хорошего качества покупают, плохого – нет. Так есть повсеместно в мире. И у нас

на рынке.

Государство при этом выполняет две основные функции. Во-первых, оно вырабатывает регулятивные правила для рынка. Во-вторых, выступая платательщиком в поль-

зу граждан, устанавливает, за что готово платить оно. Но нигде в мире государство не создает публичных требований по качеству товара для частных отношений между продавцом и покупателями. И надзору и контролю государство повсеместно подвергает вовсе не качество товара, а его безопасность для потребителя, обычно – в соответствии с законодательством о техническом регулировании.

У нас же предметом публичного внимания почему-то стало качество медицинских услуг. И это, возможно, не стало бы проблемой, не возникни здесь ряда упущений.

Во-первых, качество медицинских услуг остается категорией, не раскрытой ни в федеральном законе, ни в подзаконных актах. Между тем гражданские права могут быть ограничены только федеральным законом (п.3 ст.55 Конституции РФ и п.2 ст.1 Гражданского кодекса РФ). И в той мере, в какой качество медицинских услуг содержательно не легализовано в федеральном законе, связанные с ним подзаконные требования не являются правомерными.

Во-вторых, качество медицинских услуг служит удобной ссылкой для расширения подзаконного нормотворчества якобы в интересах общества. Между тем рынок – не для требований государства в понимаемых им интересах общества, а для действительного благополучия общества. От избыточной бюрократической активности потребитель не стал больше доволен государственным и муниципальным здравоохранением или меньше обращаться в частную медицину.

В-третьих, необходимостью повышения качества медицинских услуг обосновываются многочисленные подзаконные инициативы в отношении субъектов медицинской деятельности. Этим можно объяснить что угодно – и разрешительный режим, в частности, по новым и существующим медицинским технологиям, и бесконечной митоз врачебных специальностей, и т.д. Между тем логика подзаконного нормотворчества совсем иная: надзор должен мотивировать, стимулировать субъектов медицинской деятельности к лучшему качеству

медицинского обслуживания граждан, а не «строить» их. От того, что государство расширяет и ужесточает требования к субъектам медицинской деятельности, перед ними появляются лишь новые административные барьеры, не способствующие или, точнее, препятствующие развитию и совершенствованию деятельности.

Вместо дополнительного нелегкого и все утяжеляющегося ярма субъектам медицинской деятельности нужны аргументы в пользу улучшения и расширения этой деятельности. Существующая практика никак этому не способствует. Ровно напротив, пока все делается с точностью до наоборот тому, что может поощрять тех, кто оказывает медицинские услуги, оказывать их лучше в интересах тех, кто их получает. Вместо этого им предлагается лишь соответствовать тем публичным требованиям, которые далеки и от реальности, и от права, и от экономики, и уж тем более – от действительных интересов потребителей.

А кто-нибудь считал, сколько в России стоит введение новой медицинской специальности? А знает ли Председатель Правительства Российской Федерации, во что может предпринимателям и государству обойтись введение дополнительного обучения и переподготовка уже готовых специалистов, которых с введением новой специальности назвали по-другому?

Противоречия, возникающие между высшей школой, Федеральными НИИ и предпринимательской средой, связаны с желанием первой создать институт главных специалистов и узаконить институт главных экспертов, основное желание которых контролировать и управлять рядовыми специалистами-врачами того или иного медицинского профиля, создавая тем самым новую разрешительную систему, второй бюрократический вал, которому не место в рыночном государстве. Но так как высшая школа в медицине копирует все пороки государственной и муниципальной системы здравоохранения, вот и хочется учебно-научной среде, точнее конечно ее руководителям, диктовать условия среде предпринимательской через попытки придумывания нового вида

трат для государства и реального рынка, открывая пути к созданию новых барьеров для тех, кто платит налоги государству, открывает рабочие места, формирует реальный рынок, при котором может идти речь о конкурентном снижении цен на медицинские услуги. Часто это происходит под лозунгами глубокой заботы о пациентах, об улучшении ухудшенного за предыдущие годы. И никто ни разу честно не сказал, что давно пора в 4-5-7 раз сократить число специальностей в медицине. Порядка будет больше, а коррупции меньше.

Именно занимая главные позиции в той или иной медицинской специальности, несущие знания делают попытки диктовать условия на товарном рынке, к которому прямые отношения не имеют.

Несомненно, без науки нет движения вперед, но она не должна использоваться научно-ассоциативные барьеры для вмешательства в дела предпринимателей и тормозить развитие частной медицины.

Создаваемые требования к последипломному образованию не должны позволять науке и высшей школе превращать государственное имущество в доходный, но глубоко аморальный бизнес.

Все выше сказанное относится, к появившимся новым специальностям «врач-косметолог» и «врач-пластический хирург» и огромному числу иных новых специальностей, введенных Минздравсоцразвития в последние 3-4 года.

В Москве в двух уважаемых учебных заведениях цены за 504 часовую подготовку составляют 65-80 тыс. рублей.

Так как в России лишь один НИИ «Пластической хирургии и косметологии» в Москве и одна кафедра косметологии в Санкт-Петербурге можно предположить, что туда поедет обучаться вся страна, а раз дефицит источников знаний, то цены могут быть и выше. В России не менее 10000 специалистов, которые работают косметологами и пластическими хирургами. Простая арифметика позволяет оценить, сколько денег должен будет отдать малый бизнес на поддержку науки и высшей школы. А сколько поте-

ряет государство? Этого пока никто не считал.

В таких условиях, понятно, вопрос о (цитирую) «нормативно-методических подходах к формированию потребительских предпочтений в получении медицинских услуг регламентированного качества» стоять не может. Ни методические подходы к формированию потребительских предпочтений нормироваться не могут, ни качество меди-

цинских услуг регламентированию не подлежит. А вот необходимость в методических подходах к формированию качества медицинских услуг как категории частных (потребительских) предпочтений, безусловно, есть. И это не простой вопрос.

В настоящее время в медицинском обороте преобладает товароориентированный маркетинг-подход, т.е. продавать то, что производится. Весь мир уже сравнитель-

но давно перешел на потребительско-ориентированный подход: производить то, что покупается. Мы же движемся к неведомому за рубежом государство-ориентированному подходу: продавать то, что нормативно регламентируется. Так мы и частную медицину разрушим, и здравоохранение не восстановим.

Мораль: не пора ли перейти к логике здравомыслия?

Спасибо за внимание.

ПОДПИСКА

Журнал «МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА И ПРАВО» - научно-практическое издание для судебно-медицинских и медико-социальных экспертов, экспертов страховых организаций, юристов, специализирующихся в медицине, а также для широкого круга интересующихся вопросами утраты общей и профессиональной трудоспособности, безопасности медицинских услуг, применения и реализации материального и процессуального права при причинении вреда при их оказании.

Назначение издания – создание единого общего информационного поля для всех заинтересованных в проблематике специалистов.

Основные разделы журнала: методические рекомендации; новые экспертные и юридические технологии; ретроспективный анализ медицинских экспертиз, в том числе по отдельным медицинским специальностям; медицинские критерии определения ущерба здоровью, в том числе по отдельным нозологиям; профессиональные, организационные, правовые и экономические проблемы медицинской экспертизы и проблемы правовой процедуры с ее применением; реферативно-рецензионный анализ библиографических и диссертационных материалов; переводные публикации; рейтинги надежности субъектов медицинской, экспертной и юридической деятельности; интервью с авторитетными специалистами; обратная связь с читателями.

Главный редактор А.В.Тихомиров, адвокат, д.м.н., к.ю.н. (г. Москва)

Редакционную коллегию представляют ведущие юристы, судебно-медицинские, медико-социальные и страховые эксперты страны.

Издатель – Некоммерческое партнерство Информационно-правовой центр «ЮрИнфоЗдрав».

Выходит 6 раз в год. Тираж 2000 экземпляров.

Стоимость подписки на 2010 год - 4500 рублей.

Оформить подписку на журнал

“Медицинская экспертиза и право”

можно через редакцию,

а также через подписные каталоги “Роспечать. Газеты и журналы” и “Пресса России” на любом почтовом отделении связи.

Адрес редакции: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д.16, к.2

Тел./факс (495) 618-00-81

E-mail: jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru

Уважаемый Президиум!
Уважаемые коллеги!

Страна и мир в кризисе – год, здравоохранение – два десятилетия.

Экономика от кризиса оправится самостоятельно, социальная сфера – нет. Пока она остается социалистическим анклавом в капиталистическом окружении. Общество содержит здравоохранение советского образца в современной России двойным-тройным бюджетом, не получая ничего взамен оплаченного.

Социальную сферу обошла дикая приватизация 90-х. Но именно отсутствие разгосударствления обуславливает ее нынешнее плачевное состояние.

Ровно в этом отличие отечественного здравоохранения от других стран мира. Повсеместно практическое здравоохранение – частное. В нем различают коммерческую и некоммерческую медицину. Государственным может быть финансирование здравоохранения.

У нас же противопоставляется государственное и частное притом, что бюджетные учреждения здравоохранения осуществляют ту же деятельность, что и частные медицинские организации, а не политическую, т.е. государственную.

У нас государственное и муниципальное здравоохранение – и финансирование, и сеть органов и учреждений здравоохранения – противопоставляется частной медицине. Достаточно обратиться к 12, 13, 14 статьям Основ законодательства об охране здоровья граждан, в которых система здравоохранения в России разделена на государственную, муниципальную и частную. Практическое здравоохранение расколото на «своих» и «чужих». Но ведь частная медицина к нам не с Марса прилетела и не ветром с Запада занесена (рис.1).

Более того, у нас частная медицина прозрачна для государства. Оно

¹ Доклады на Саммите руководителей здравоохранения 24 ноября 2009 г., Москва, ВВЦ; Межрегиональная научно-практическая конференция врачей-организаторов здравоохранения и представителей СМИ «Актуальные вопросы формирования новой здравоохранительной политики (НЗП) в сфере охраны здоровья граждан и организации здравоохранения. Роль и место СМИ в зарождении и развитии новой здравоохранительной политики», 10-11 декабря 2009 года на площадке Общественной палаты РФ - Москва, Миусская площадь, дом 7, стр.1.

КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНО – ОРИЕНТИРОВАННОЙ РЫНОЧНОЙ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ¹

Показано, что единственным путем реформы практического здравоохранения является партикуляризация бюджетных учреждений здравоохранения при условии сопутствующей трансформации публичных, в том числе финансовых институтов

Ключевые слова: индустриальная трансформация практического здравоохранения, реинституционализация рынка медицинских услуг, саморегулирование

предпочитает ее не замечать. Отсутствует законодательное регулирование специфического медицинского рынка. Поэтому отечественная частная медицина – не такая, как за рубежом. Много временщиков с интересами лишь быстрого обогащения.

Но обороты частной медицины – мелочь по сравнению с затратностью для государства и общества публичного здравоохранения. Средства из казны вкладываются большие, а до практического звена доходят крохи. Лечить нечем. Содержание бюджет-

Системообразование здравоохранения (ст.ст.12, 13, 14 Основ):

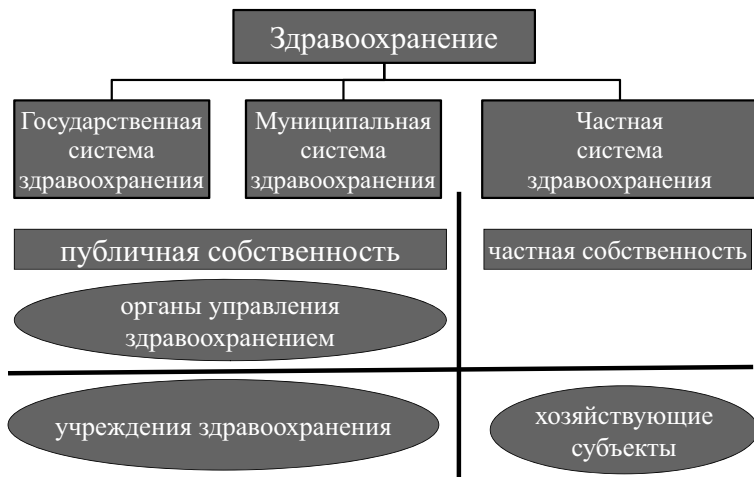


Рисунок 1.



Рисунок 2.

Договор в пользу третьего лица (ст.430 ГК РФ):



Рисунок 3.

ников – нищенское. Врачебное мздоимство – не от сытости завелось. В практическом здравоохранении возник дефицит мотивации, свирепствует синдром эмоционального выгорания, вследствие чего медицина стала калечащей. Жирует лишь бюрократия от здравоохранения – казнокрады и коррупционеры.

Отечественное здравоохранение надо менять радикально. И кризис для этого – самое время.

Вместе с тем нельзя допустить революции. В социальной сфере революционные изменения чреваты непрогнозируемыми последствиями.

В идеале реформа должна пройти так, чтобы, проснувшись назавтра, одни пошли лечить, другие – лечиться в измененных реалиях.

Вызовы современности – не в частной медицине и приватизации в здравоохранении и утрате бесплатности и доступности медицинской помощи.

Вызовы современности – в том, что организация здравоохранения должна соответствовать окружающим реалиям товарной организации общества.

Есть значимые причины, почему здравоохранение, как и социальная сфера в целом, в существующем виде не соответствует общественному устройству, и потому будущего не имеет. Вот основные из них.

В социальной сфере происходит круговорот средств государственной казны между распорядителями и получателями бюджетных средств. Государство продает самому себе и покупает у самого себя. Не происходит смены собственности, перехода права на встречные предоставления. И производимые медицинские услуги, и их оплата остаются в единой публичной принадлежности. В этом круговороте нет места медицине и пациентам. В нем нет места и товарообмену (рис.2).

Государство позиционируется на стороне принадлежащих ему бюджетных учреждений здравоохранения, а не на стороне граждан, в пользу которых платит за предоставляемые им медицинские услуги. Государство озабочено своей собственностью, а не интересами общества, не социальным эффектом (рис.3).

Создание ВВП, воспроизводство налогооблагаемой базы обеспечивается предпринимательством, т.е. реальным сектором экономики, а в здравоохранении – частной медици-

ной. А бюджетные учреждения здравоохранения вместо граждан занимают место потребителей в расходовании социального бюджета государства, использовании ВВП (рис.4).

Теневая же экономика, разрастающаяся в бюджетной сфере, создает коллатеральный оборот, минусуя ВВП. Порочная расстановка интересов в отсутствие воспроизводства делают здравоохранение непривлекательным для инвестирования и препятствуют инновациям (рис.5).

Что же у нас есть такого, чего нет в развитых странах с вменяемым здравоохранением? Или, напротив, чего у нас нет того, что есть там?

Нет у нас в здравоохранении товарообмена, а есть – бюджетные учреждения здравоохранения, неведомые вонне постсоветского пространства. Имеются в виду организации, основанные на несобственном имуществе, да еще – медицинские. Ликвидация института бюджетных учреждений – есть необходимое условие реформы социальной сферы в целом.

Преобразование же бюджетных учреждений здравоохранения в формы частных организаций связано с проблемой приватизации государственного и муниципального имущества, на котором они основаны. Но опыта приватизации бюджетных учреждений здравоохранения мир не имеет. Как показал отечественный опыт приватизации в промышленности, очень скоро приватизированные объекты меняют свое назначение. Но тогда зачем нужна приватизация в здравоохранении?

Разгосударствление же практического здравоохранения – насущно. Представленная на стороне хозяйствующих субъектов частная, как за рубежом, принадлежность медицинских организаций позволяет формироваться товарообмену, замещая порочный круговорот средств государственной казны.

Достигнуть бесприватизационного разгосударствления бюджетных учреждений здравоохранения позволяет их партикуляризация.

Партикуляризация состоит в преобразовании бюджетных учреждений в формы частных организаций без приватизации государственного или муниципального имущества, на котором они основаны. Она включает предварительное изъятие имуще-

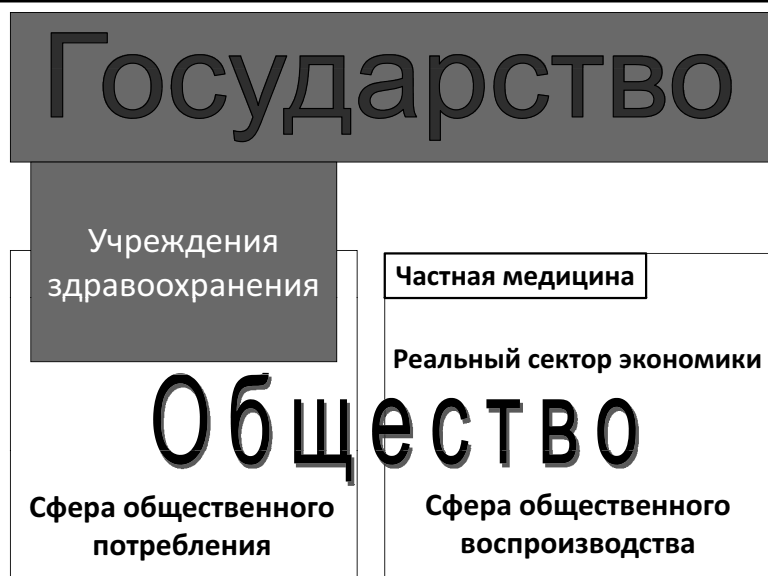


Рисунок 4.

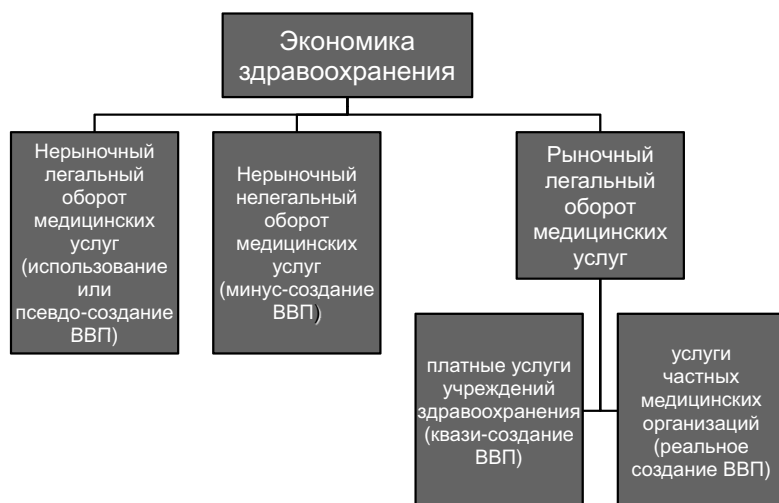


Рисунок 5.



Рисунок 6..

Структура участников экономических отношений в здравоохранении

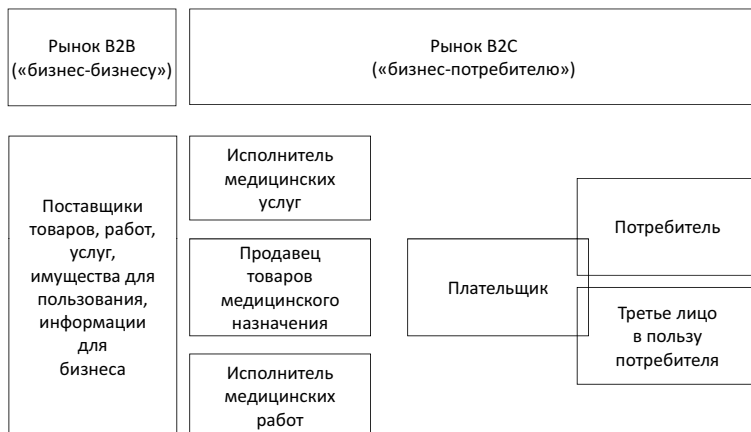


Рисунок 7.

Экономическая организация практического здравоохранения



Рисунок 8.

Объектное управление здравоохранением

Объекты	Цель управления
Средства финансирования	Оплата медицинских услуг
Объекты размещения (аренды)	Управление себестоимостью (ценой) оплачиваемых из казны медицинских услуг
Налоги, компенсации, льготы	

Рисунок 9.

ства его собственником и наделение вновь образующихся хозяйствующих субъектов денежными средствами на создание уставного (паевого, складочного) капитала в зависимости от избранной организационно-правовой формы (рис.6).

В последующем ведение ими хозяйственной деятельности осуществляется исключительно на договорных основаниях. Тем самым практическое здравоохранение становится единым по своей имущественной принадлежности – равно для созданных в порядке партикуляризации и изначально частных, в единых стартовых условиях вхождения на рынок и функционирования в обороте (рис.7).

Изъятые же имущество остается в публичной принадлежности и передается в аренду медицинским организациям на общих и единых для всех условиях – ведь все они для государства становятся равноудаленными. Разумеется, понадобится создание специализированных управляющих организаций по содержанию этих имущественных объектов (рис.8).

В результате партикуляризации бюджетных учреждений здравоохранения практическое звено становится единообразно частным и ведомым экономическими интересами. Теми же интересами – и уже в пользу общества – начинает руководствоваться государство, единственной функцией которого останется управление финансовыми и другими имущественными объектами, т.е. объектное управление как инструмент социальной политики.

Тем самым, во-первых, воссоздается системность здравоохранения – уже на объектной, а не на субъектной основе. Во-вторых, государство полностью избавляется от забот по содержанию бюджетных учреждений здравоохранения в качестве субъектов и в качестве объектов. В-третьих, государство получает инструмент рыночного влияния, в частности, на цену оплачиваемых из казны медицинских услуг (через величину арендной платы).

Другим инструментом рыночного влияния на цену оплачиваемых из казны медицинских услуг являются налоги. В налогообложении государство не делает различий между бизнесом в реальном секторе экономики и в социальной сфере. Но ведь в реальном секторе экономики бизнес лишь платит налоги, опосредованно идущие

на финансирование здравоохранения. А предпринимательство в социальной сфере своей экономической деятельностью напрямую создает социальный эффект. Социальная сфера – не для пополнения казны. Необходимость дифференциации уже напрашивается. А поскольку налоги наряду с арендной платой составляют большую долю в себестоимости медицинских услуг, их минимизация ведет к уменьшению цены медицинских услуг, оплачиваемых из казны. Вместо того чтобы, как на западе, увеличивать административные расходы на верификацию цены медицинских услуг, создается механизм минимизации на путях ее формирования (рис.9).

Наряду с институтом практического здравоохранения необходимым изменениям должны подвергнуться и финансовые, прежде всего, публичные институты. Ведь медицинское страхование в отечественном варианте потерпело полное фиаско.

Для этих целей, во-первых, вместо множества внебюджетных фондов в качестве субъектов и в качестве объектов нужен один централизованный фонд. Подобную идею высказывал академик Стародубов В.И., называя его социальным казначейством. Это может быть специализированное подразделение Минздравсоцразвития, назначением которого является бюджетное распределение такого фонда.

А вот платежная функция государства должна осуществляться в гражданском обороте, и не по публичным, бюджетным, а по частным, гражданским правилам. Для этих целей, во-вторых, необходимо создание специализированного банка, принадлежащего исключительно или на условиях «золотой акции» государству. Широкая филиальная сеть этого банка медико-социального развития по всей стране обеспечит расчеты между государством в качестве плательщика и субъектами медицинской деятельности. Попутно этот банк может обеспечивать обслуживание самих субъектов медицинской деятельности, и тогда оборот социальной сферы будет почти полностью отражаться в его расчетных операциях (рис.10).

Однако всего этого будет недостаточно для целей реформы здравоохранения, пока пациент не будет интегрирован в платежный механизм, пока он не будет голосовать госу-

Размещение государственных средств финансирования социальной сферы

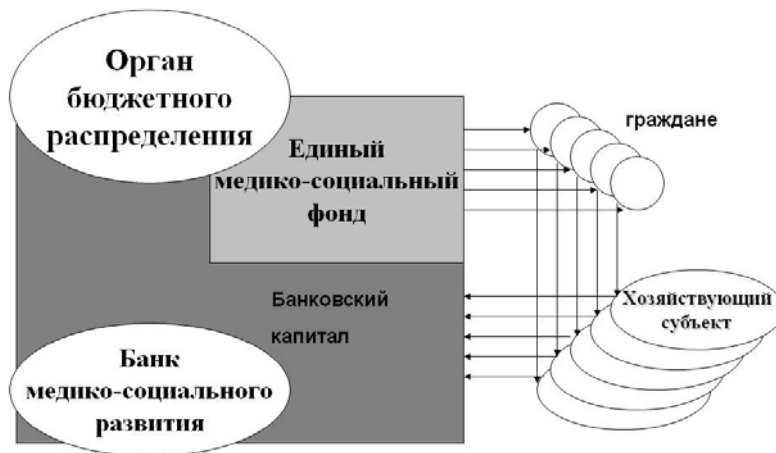


Рисунок 10.

Механизм оплаты медицинских услуг

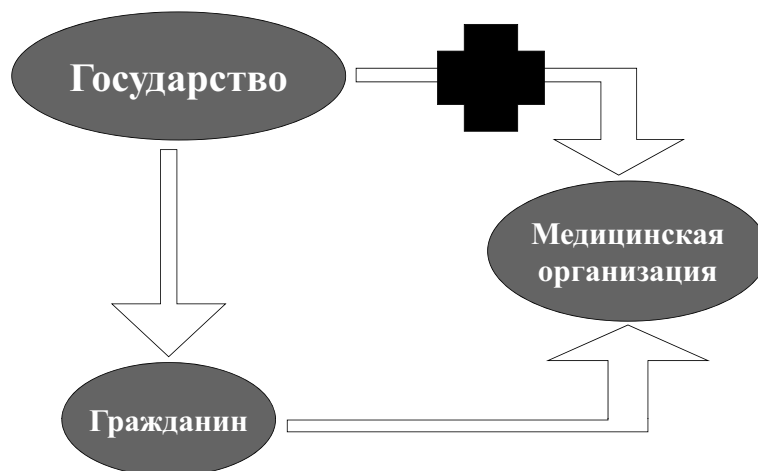


Рисунок 11.

Реформа здравоохранения возможна, если разграничены:

1. государство и общество;
2. государство и экономика;
3. сфера общественного потребления (использования ВВП) и сфера общественного воспроизводства (создания ВВП);
4. расходы казны в пользу государства и в пользу общества;
5. положение сторон в договоре об оказании медицинских услуг;
6. сфера практического здравоохранения и сфера его финансирования;
7. рынки в отрасли.

Рисунок 12.

Механизм упорядочения оборота медицинских услуг

Публично-правовой	Частноправовой
Государственный надзор	Саморегулирование
Правила власти для подвластных	Правила равных для самих себя
Безответственность власти и разобщенная незащищенность медицинского сообщества	Консолидированная ответственность медицинского сообщества перед государством и обществом

Рисунок 13.

дарственным рублем за свой выбор медицинской организации. Этому не помогут никакие тендеры, социальные заказы и прочее, когда за пациента, вместо пациента принимает решение кто угодно, но не он сам, а плательщик, в том числе государство, платит напрямую медицинской организации, минуя пациента.

А ведь для решения вопроса, в-третьих, достаточно наделение граждан дебетовой картой Банка медико-социального развития, которая в персонализированных пределах наполняется государством и которой с субъектами медицинской деятельности расплачивается сам пациент. Сходные мысли высказывал и профессор Гришин В.В. (рис.11).

Такова в весьма общем виде концепция оздоровления отрасли, т.е. социально-ориентированной рыночной реформы здравоохранения. Эта концепция выработана в рамках научной школы академика Стародубова В.И. Она осуществима, жизне- и работоспособна. Однако требует построения соответствующего ей понятийного и логического аппарата и теории последовательного развития, т.е. новой идеологии здравоохранения. Вместо этого продолжается реанимация административного здравоохранения в условиях невозможности его существования. Вот почему Концепция 2020 обречена на неудачу и обрекает здравоохранение на дальнейшую стагнацию. И вот почему социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения имеет перспективу

адаптации отрасли к окружающим реалиям. Будущее здравоохранения зависит от того, возобладают ли здравомыслие (рис.12).

От меры здравомыслия зависит также будущее Росздравнадзора. Пока – это вещь в себе. Надзор ради надзора. Лицензия – для соответствия требованиям государства. Но не в интересах общества. Интересы общества – лишь как обоснование ползучей интервенции за пределы и так весьма смутной компетенции. В части все большего административного зажима бизнеса. И полная безответственность.

Необходимость реформы Росздравнадзора назрела, как и реформы здравоохранения. Строго говоря, сама необходимость существования Росздравнадзора стоит под вопросом. Потому что единственная действительно нужная функция надзора в здравоохранении – это допуск субъектов и объектов медицинской и фармацевтической деятельности в оборот, и ее с успехом могут выполнять и Минздравсоцразвития, и ФАС, и даже торгово-промышленные палаты. И единственное условие целесообразности сохранения Росздравнадзора – это солидарная с лицензиатом ответственность за причиненный потребителям вред здоровью.

Частной альтернативой публичному надзору в здравоохранении является саморегулирование. Это способ самоупорядочения медицинского профессионального и бизнес-сообщества изнутри, его отношений с государством и потребительской частью общества.

В развитых странах давно существуют саморегулируемые медицинские сообщества, членство в которых налаживает соответствующие ограничения, но и дает множество преимуществ.

Ценность саморегулирования в здравоохранении – в создании системы ответственной медицины, способной отстаивать свои интересы перед государством, но и не допускать нарушения интересов остального общества.

Особенностью института саморегулирования является способность его формирования только снизу вверх. Это – выигрыш для российского медицинского сообщества, возглавить которое сверху находится много желающих. Уже сейчас существует множество всевозможных, созданных под конкретные персоналии, а не под объединяющую идею, и потому мертворожденных медицинских ассоциаций, и продолжают плодиться новые. Саморегулирование может начинаться только с объединительных инициатив низов, которые выстраивают вертикаль под удобство удовлетворения общих потребностей. Верхи формируются так и тогда, как и когда это нужно низам (рис.13).

Таким образом, необходимым условием оздоровления отрасли является переход к ее товарной организации – такой же, как окружающего общества. Государство в этом случае позиционируется на стороне гражданина, интегрируя его в платежный механизм так, что субъекты медицинской деятельности денежно зависят от его выбора. Надзор, как и государство в целом, не противопоставляется рынку, а стимулирует его работать на благо общества.

Необходимым условием оздоровления отрасли является преобразование бюджетных учреждений здравоохранения в частные медицинские организации. Это создает однородность среды практического здравоохранения, в которой только и возможно развитие саморегулирования как одного из способов упорядочения этой среды. Без этого развитие саморегулирования возможно только в частной медицине, с чем она, безусловно, справится и чего, однако, будет явно недостаточно для изменения ситуации в здравоохранении в целом.

Благодарю за внимание.

За год-два Украина будет иметь модернизированную систему здравоохранения¹.

В течение одного-двух ближайших лет в Украине будет полностью модернизирована система здравоохранения. Об этом Премьер-министр Юлия Тимошенко заявила, общаясь с жителями Могилев-Подольского в ходе рабочей поездки в Винницкой области.

«Мы можем поставить систему здравоохранения на крепкие ноги, причем для этого не нужны десятилетия. За год-два мы будем иметь ожидаемый результат», - заявила глава правительства.

Премьер-министр сообщила, что Правительство начало реализацию ширококомасштабной программы переоснащения всей системы здравоохранения новейшей техникой, в частности, как сообщила Юлия Тимошенко, сегодня Винниччина получит от Правительства современные автомобили скорой помощи, благодаря чему сельские больницы области смогут предоставлять людям неотложную медицинскую помощь.

В 2010 году медики будут получать доплату за стаж².

С 1 января работники системы здравоохранения будут получать доплату за стаж работы. Об этом заявила Премьер-министр Юлия Тимошенко.

Как сообщает Управление по связям со СМИ Секретариата Кабмина, глава правительства назвала введение доплаты за стаж для отечественных медиков чрезвычайно существенным шагом для наведения порядка в системе здравоохранения.

Напомним, ранее Ю.Тимошенко заявила, что правительство обещает доплаты учителям и медработникам в 2010 году в среднем на 20%.

Количество игроков на украинском рынке частной медицины неуклонно растет. И неудивительно, ведь их привлекает рентабельность в 30% и гарантия стабильного заработка³.

Весной журнал Forbes опубликовал ежегодный рейтинг самых высоко-

кооплачиваемых профессий в США. И неудивительно, что в который раз пятнадцать первых позиций в нем заняли врачи различных специализаций. При этом не важно, является ли доктор сотрудником государственной клиники или частного медицинского центра.

В Украине профессию врача, так же, как и профессию учителя, принято считать самой низкооплачиваемой. Если не учитывать получение докторами дополнительного заработка в виде «благодарности» от пациентов, то так оно и было, пока медицина всецело находилась под крылом государства. Появление частной медицины постепенно разрушает стереотип о бедности врача. В последнее время в нашей стране открывается все больше многопрофильных клиник и узкоспециализированных кабинетов, предоставляющих платные медицинские услуги. Их рентабельность даже в трудные времена не опускается ниже 25%, а многообещающий потенциал разрешает прогнозировать активное развитие отрасли в будущем.

Зарождение рынка частной медицины датируется началом 1990-х. «Первыми были частные кабинеты таких врачей, как стоматологи, урологи, гинекологи, венерологи. Затем стали появляться узкопрофильные медицинские центры и лишь после них – многофункциональные клиники», - вспоминает Татьяна Тимошенко, председатель правления медицинской сети «Добробут». Такая услуга, как стоматология, относилась к разряду платных еще в советские времена. Именно поэтому приватных дантистов называют первыми представителями частной медицины в независимой Украине. На начало 90-х приходится и формирование крупных многопрофильных центров, таких как «Медиком» и «Борис», которые сегодня считаются визитной карточкой украинской частной медицины. Их история начиналась с предоставления услуг скорой помощи, затем – комплексных поликлинических услуг. Привлекать деньги для развития было неоткуда, поэтому основатели вкладывали в бизнес собственные средства, арендовали помещения, закупили подержанные автомобили и «не первой свежести» аппаратуру. Кроме стоматологии и скорой помощи, в начале 90-х стала активно развиваться и частная гинекология. Первой клиникой стала

«Исида», открытая в 1995 году в одном из корпусов столичной детской больницы «Охматдет».

Помимо реально работающих предприятий на рынке присутствовало большое количество спекулятивных игроков, получивших лицензию, однако реально не занимавшихся медицинской деятельностью. К нынешнему времени их число существенно сократилось. Несмотря на появление солидных частных медучреждений, даже сейчас рынок нельзя назвать цивилизованным и до конца сформировавшимся. По словам Михаила Радучкого, совладельца и президента клиники «Борис», он находится в зародышевом состоянии. «Можно наблюдать ситуации, когда кабинет гинеколога находится неподалеку от барной стойки. Мне сложно назвать такое медицинской компанией», - говорит глава «Бориса».

Врачам нужно обеспечить достойную жизнь⁴.

- Какие первоочередные шаги предлагаете предпринять для улучшения ситуации в медицинской отрасли?

- Прежде всего нужно создать условия, чтобы человек любил и хотел работать в медицинской сфере. Например, ехать в то же село молодые специалисты не хотят. Потому что не престижно. Жилья нет, зарплата мизерная, аппаратуры нет, транспорта нет, в лучшем случае - велосипед. Зато есть круглосуточная ответственность за округ с 2-3 тысячами людей. В таких условиях, конечно, работать сложно. Поэтому нужно заинтересовать людей возможностью получить, например, автомобиль, или льготный кредит на жилье, или земельный надел из земель запаса - и тогда желающие поехать на работу в село появились бы.

Разумеется, и достаток медиков должен быть соответствующий, должны быть гарантии. Зарплата врачей - это ставка на государственные победы в будущем. Кстати, еще в 2008 году Блок Литвина в парламенте инициировал законопроект, которым предлагается предоставить статус государственных служащих медикам и работникам сферы образования. Я исхожу из того, что они выполняют важную государственную функцию, а потому должны быть соответствующим образом оценены.

1 <http://chaspik.pp.ua/content/za-god-dva-ukraina-budet-imet-modernizirovannuyu-sistemu-zdravookhraneniya>

2 <http://news.liga.net/news/N1000112.html>

3 <http://delo.ua/biznes/rynki/medicinskij-biznes-v-ukraine-iz-samyh-135738/>

4 <http://kp.ua/daily/050110/209064/>

Проект
Утвержден
Учредительным съездом
« ____ » _____ 200_ г

УСТАВ
Некоммерческого партнерства
«Национальная Медицинская
Палата»
г. Москва 2009 г.

РАЗДЕЛ 1 «ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ»

1.1. Некоммерческое партнерство «Национальная Медицинская Палата», далее именуемое «Палата», является некоммерческой организацией, основанной на членстве и объединяющей физических и юридических лиц любой формы собственности, некоммерческие и общественные объединения юридических и физических лиц, осуществляющих свою деятельность в области здравоохранения.

Учредителями Палаты являются:

1.2. Палата руководствуется в своей деятельности Конституцией Российской Федерации, Гражданским Кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях», Федеральным законом «Об общественных объединениях», «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан» (в ред. Указа Президента РФ от 24.12.1993 № 2288; Федеральных законов от 02.03.1998 № 30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ. 01.12.2004 № 151-ФЗ.) и иным действующим законодательством Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права, международными договорами Российской Федерации и настоящим Уставом.

1.3. Палата действует на принципах равноправия ее членов, законности и гласности, не допуская дискриминации политического, профессионального, расового и религиозного характера.

1.4. Палата свободна в определении своей внутренней структуры, целей, форм и методов своей деятельности.

1.5. Палата имеет полное наименование на русском языке: Некоммерческое «Национальная Медицинская Палата»,

а также сокращенное наименова-

ние на русском языке: «НП «НМП».

Палата имеет полное наименование на английском языке:

Non-Profit Partnership «National Medical Chamber», а также сокращенное наименование на английском языке: NP "NMC"

1.6. Палата является юридическим лицом Российской Федерации с момента государственной регистрации, обладает обособленным имуществом, имеет самостоятельный баланс, вправе от своего имени приобретать имущественные и неимущественные права и нести обязанности, заключать договоры, быть истцом и ответчиком арбитражном и третейском суде, имеет расчетные и иные счета в учреждениях банков, имеет круглую печать со своим наименованием, бланки, эмблему и иную символику, утвержденную и зарегистрированную в установленном законом порядке.

1.7. Палата не отвечает по обязательствам государства, его органов и организаций. Государство и его органы не отвечают по обязательствам Палаты и ее членов.

1.8. Палата вправе осуществлять предпринимательскую деятельность для достижения уставных целей и задач Палаты. Члены Палаты не сохраняют прав на переданное ими в собственность Палаты имущество.

1.9. Палата не отвечает по обязательствам своих членов, а члены Палаты не отвечают по обязательствам Палаты.

1.10. Деятельность Палаты является гласной, а информация о ее учредительных и программных документах - общедоступной.

1.11. Местом нахождения Палаты является местонахождение Исполнительной дирекции Палаты: г. Москва, Российская Федерация

1.12. Адрес официальной страницы Палаты в сети Интернет: www.nmc.ru

РАЗДЕЛ 2 «ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ И ПРЕДМЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАЛАТЫ»

2.1. Основной целью Палаты является объединение всего медицинского сообщества для:

2.1.1 введения системы саморегулирования в профессиональной и предпринимательской деятельности на принципах обязательного членства в медицинских объединениях, управления профессиональной дея-

тельностью врачей, фельдшеров и медицинских сестер, подготовке и переподготовке медицинских кадров с целью улучшения качества оказания медицинской помощи;

2.1.2. создания системы правовой и юридической защиты медицинских работников и медицинских организаций;

2.1.3. представления интересов медицинского сообщества перед государством и обществом;

2.1.4. содействия совершенствованию системы охраны здоровья населения.

2.2. Предметом деятельности Палаты является:

2.2.1. на основе действующего законодательства добровольное объединение существующих и создание новых профессиональных (специализированных) и региональных (районных, городских, областных, краевых, республиканских, окружных) медицинских некоммерческих и общественных объединений разной формы собственности, действующих как самостоятельные юридические лица;

2.2.2. объединение медицинских сообществ, действующих как юридические лица, в «Национальную медицинскую Палату» на региональном и федеральном уровнях;

2.2.3. инициатива в подготовке законодательной базы для обеспечения деятельности Палаты как саморегулируемой организации с обязательным членством.

2.2.4. объединение профессиональных (специализированных) и региональных медицинских сообществ в саморегулируемые организации на условиях обязательного членства;

2.2.5. прием новых членов Палаты.

2.3. Цель деятельности Палаты :

2.3.1. На первом этапе, при действующем законодательстве до принятия новой законодательной базы по созданию в здравоохранении саморегулируемых организаций, цель деятельности Палаты достигается путем решения следующих основных задач:

2.3.1.1. участие в проведении аттестации, сертификации, лицензирования и аккредитации в сфере здравоохранения;

2.3.1.2. экспертиза качества додипломного и последипломного меди-

цинского образования на основе современных стандартов образования и прогрессивной системы последипломного образования;

2.3.1.3. участие в оценке профессиональной подготовки специалистов учебных и клинических баз в сфере здравоохранения, в том числе, лечебно-профилактических учреждений;

2.3.1.4. создание и ведение единого регистра медицинских работников членов Палаты;

2.3.1.5. содействие в формировании перечня медицинских специальностей;

2.3.1.6. участие в установлении тарифов на медицинские услуги;

2.3.1.7. участие в разработке и принятии на единой методологической основе общероссийских стандартов и протоколов оказания медицинской помощи и системы пересмотра их;

2.3.1.8. участие в проведении контроля использования стандартов и протоколов и их совершенствования;

2.3.1.9. участие в разработке и внедрение системы профессиональных медицинских наставников в последипломную подготовку медицинских работников;

2.3.1.10. поддержки фундаментальных и прикладных научных исследований;

2.3.1.11. обмена опытом и внедрения современных технологий в здравоохранение.

2.3.2. На втором этапе, после разработки и принятия новой законодательной базы по созданию в здравоохранении саморегулируемых организаций, цель достигается путем решения следующих основных задач:

2.3.2.1. введение системы профессионального саморегулирования подготовки и переподготовки медицинских кадров;

2.3.2.2. введение обязательного членства в медицинских ассоциациях;

2.3.2.3. введение института наставничества и ответственности профессиональных медицинских ассоциаций за уровень подготовки и переподготовки медицинских кадров;

2.3.2.4. создание и ведение единого регистра медицинских работников-членов Палаты;

2.3.2.5. содействие в формирова-

нии перечня медицинских специальностей;

2.3.2.6. участие в установлении тарифов на медицинские услуги;

2.3.2.7. постепенная передача Палате и медицинским ассоциациям следующих государственных функций:

2.3.2.7.1. разработка стандартов и протоколов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, внедрение их совместно с исполнительной властью в практическое здравоохранение и системы пересмотра их;

2.3.2.7.2. осуществление контроля за использованием стандартов и протоколов медицинскими ассоциациями и системы совершенствования контроля;

2.3.2.7.3. оценка профессиональной подготовки специалистов учебных и клинических баз в сфере здравоохранения, в том числе, лечебно-профилактических учреждений;

2.3.2.7.4. Проведение аттестации и сертификации медицинских кадров;

2.3.2.7.5. Подготовка материалов по лицензированию и аккредитации в сфере здравоохранения для представления их в уполномоченные на то органы.

2.4. Цель деятельности Палаты по созданию системы правовой и юридической защиты медицинских работников достигается путем решения следующих основных задач:

2.4.1. содействие созданию необходимых условий для осуществления медицинскими работниками своего профессионального служения, в соответствии со своим призванием, нравственным и моральным долгом перед обществом и пациентами и повышения престижа своей специальности;

2.4.2. представление и защита прав, законных интересов своих членов и пациентов в органах государственной власти, местного самоуправления и общественных объединениях;

2.4.3. создание единого информационного пространства и бесплатного доступа к нему;

2.4.4. создание третейского суда медицинского страхования и здравоохранения;

2.4.5. организация примирительных процедур, проведение независимой и негосударственной медицинской экспертизы на досудебном уровне или по решению суда при возникновении страхового случая;

2.4.6. организация страхования профессиональной ответственности медицинских работников-членов Палаты на льготных условиях;

2.4.7. создание медицинской юридической службы, адвокатуры и юридических бюро;

2.4.8. совместно с профсоюзными организациями отстаивание интересов медицинских работников при составлении тарифных и договорных соглашений, определении стоимости медицинских услуг, порядка и размера оплаты труда и участие в социальной поддержке медицинских работников-членов Палаты.

2.4.9. организация помощи медицинским работникам-членам Палаты в трудоустройстве;

2.4.10. взаимодействие с организациями по защите прав пациентов;

2.4.11. защита интеллектуальной собственности членов Палаты;

2.4.12. создание системы стимулов и поощрения медицинских работников-членов Палаты.

2.5. Цель деятельности Палаты по представлению интересов медицинского сообщества перед государством и обществом достигается путем решения следующих основных задач:

2.5.1. в порядке и в объеме, предусмотренном законодательством, участие в выработке решений органов государственной власти, местного самоуправления, в разработке и в реализации программ, направленных на защиту конституционных прав, свобод и интересов граждан и объединений в сфере здравоохранения.

2.5.2. взаимодействие с органами государственной, муниципальной, законодательной и исполнительной власти по вопросам обеспечения прав специалистов, осуществляющих свою деятельность в сфере здравоохранения;

2.5.3. учреждение средств массовой информации, организации рекламно-издательской, просветительской, информационной, экспертно-консультационной деятельности;

2.6. Цель деятельности Палаты по содействию совершенствованию системы охраны здоровья населения кроме того достигается путем решения следующих основных задач:

2.6.1. содействие обеспечению

населения качественной и доступной медицинской помощи;

2.6.2. содействие в развитии инфраструктуры и модернизации здравоохранения для эффективного оказания медицинской помощи;

2.6.3. создание, координация и упорядочение правил профессионального поведения, укрепление духа товарищества у медицинских работников и медицинских коллективов, посредством создания этического и дисциплинарного кодекса

2.6.4. участие в обеспечении контроля за лекарственным рынком и за побочным действием лекарств, в их экспертизе;

2.7. иные функции, обеспечивающие достижение целей Палаты.

РАЗДЕЛ 3 «ЧЛЕНСТВО В ПАЛАТЕ»

3.1. Членами Палаты являются физические лица (действительные члены) и некоммерческие и общественные медицинские организации (юридические лица), входящие в «Национальную медицинскую Палату».

3.2. Каждое физическое лицо, принятое в медицинскую региональную или профессиональную организацию, входящую в Палату как юридическое лицо, автоматически становится действительным членом Палаты.

3.3. Членство в Палате до принятия закона о саморегулируемых организациях в здравоохранении является добровольным, после принятия Закона – обязательным..

3.4. Действительные Члены Палаты – физические лица имеют равные права и обязанности в соответствии с Уставами медицинских некоммерческих и общественных организаций, входящих в Палату.

3.5. Юридические лица, входящие в состав «Национальной медицинской Палаты» также имеют равные права и обязанности.

3.6. Уставы некоммерческих и общественных медицинских организаций, входящих в Палату, не должны противоречить Уставу «Национальной медицинской Палаты»

3.7. Прием действительных членов Палаты (физических лиц) в медицинские некоммерческие и общественные медицинские организации относится к компетенции этих организации в соответствии с их Уставами.

3.8. Прием некоммерческих и общественных медицинских организаций (юридических лиц) в Палату осуществляется на основании их заявления о вступлении в Палату, в соответствии с Положением о членстве, утвержденным Советом Палаты.

3.9. Решение о приеме медицинских некоммерческих и общественных организации в члены Палаты принимается Советом Палаты простым большинством голосов присутствующих на заседании. Решение Совета об отказе в приеме нового члена может быть обжаловано в судебном порядке.

3.10. Решение о приеме медицинских некоммерческих и общественных организации в члены Палаты вступает в силу с момента оплаты вступительного взноса в порядке, установленном настоящим Уставом и Положением о членстве в Палате.

3.11. Члены Палаты имеют право в порядке, предусмотренном настоящим Уставом, участвовать в управлении делами Палаты, безвозмездно пользоваться ее услугами.

3.12. Члены Палаты имеют право:

3.12.1. принимать участие в работе Палаты, в том числе, избирать и быть избранными в органы управления Палаты и специализированные и функциональные органы, выступать с предложениями и запросами по вопросам, связанным с деятельностью Палаты;

3.12.2. получать информацию о деятельности в порядке, установленном внутренними документами Палаты;

3.12.3.. по своему усмотрению и с соблюдением требований настоящего Устава выйти из Палаты по окончании финансового года;

3.12.4. обращаться в органы управления Палаты по любым вопросам, связанным с её деятельностью;

3.12.5. обращаться в соответствующие подразделения Палаты за оказанием правовой и иной помощи;

3.12.6. использовать принадлежность к Палате в целях рекламы своей деятельности в порядке, установленном Советом Палаты.

3.13. Член Палаты обязан:

3.13.1. выполнять требования Устава и внутренних документов Палаты, а также соблюдать профессиональные стандарты Палаты;

3.13.2. выполнять решения органов управления Палаты;

3.13.3. воздерживаться от всякого действия (бездействия), могущего нанести вред деятельности Палаты.

3.13.4. активно участвовать в достижении целей и осуществлении задач Палаты, в реализации решений ее руководящих органов;

3.13.5. своевременно уплачивать членские и иные взносы в Палату;

3.13.6. предоставлять информацию, необходимую для работы органов Палаты;

3.13.7. не разглашать конфиденциальную информацию о деятельности Палаты.

3.14. Члены Палаты прекращают свое членство в Палате путем подачи заявления в Совет Палаты.

Некоммерческие и общественные медицинские организации, входящие в Палату, считаются выбывшим из состава Палаты с момента принятия Советом Палаты решения о прекращении их членства в Палате.

3.15. Члены Палаты могут быть исключены из Палаты в случаях:

3.15.1. совершения действий, порочащих деловую репутацию Палаты либо повлекших причинение Палате убытков, установленных решением суда;

3.15.2. неуплаты в течение одного квартала периодического членского взноса или целевых взносов;

3.15.3. невыполнения решений, принятых органами управления Палаты в пределах их компетенции, установленной настоящим Уставом.

3.16. Исключение члена Палаты за неуплату членских и целевых взносов может быть заменено Советом Палаты на приостановку членства в Палате до полной оплаты взносов. Правовые последствия приостановки членства в Палате определяются Положением о членстве в Палате.

3.17. Решение об исключении некоммерческих и общественных медицинских организаций из Палаты принимается Советом Палаты по представлению Президента Палаты.

Решение об исключении из членов Палаты подлежит опубликованию в порядке, установленном Положением о членстве в Палате. Решение об исключении считается принятым оставшимися членами Палаты в случае, если в течение двух недель с даты опубликования решения об исключе-

нии более половины от числа остающихся членов Палаты не представили в Совет Палаты возражений.

3.18. Исключенные члены имеют право обжаловать это решение на Съезде Палаты.

РАЗДЕЛ 4 «УПРАВЛЕНИЕ ПАЛАТОЙ»

4.1. В состав органов управления Палатой входит:

- 1) Съезд Палаты (общее собрание);
- 2) Совет Палаты;
- 3) Президиум совета Палаты;
- 4) Президент Палаты.
- 5) Управляющий директор (единоличный исполнительный орган)

4.2. Съезд (общее собрание Палаты)

4.2.1. Высшим органом управления Палаты является Съезд представителей некоммерческих и общественных медицинских организаций, входящих в Палату (общее собрание). Очередной Съезд созывается Советом Палаты простым большинством голосов членов Совета, присутствующих на заседании, не реже чем один раз в два года,

Съезд считается правомочным, если в его работе принимают участие не менее половины некоммерческих и общественных медицинских организаций, входящих в Палату.

4.2.2. Некоммерческие и общественные медицинские организации, входящие в Палату, имеют равные права и равное представительство на Съезде. Каждая некоммерческая и общественная медицинская организация, входящая в Палату, независимо от количества ее представителей, при принятии решений имеет один голос.

Некоммерческие и общественные медицинские организации, входящие в Палату, на Съезде представляют руководители постоянно действующих коллегиальных органов управления этих организаций или назначенные ими доверенные лица. Полномочия руководителей организаций - членов Палаты подтверждаются выписками из Единого государственного реестра юридических лиц.

4.2.3. Реализуя свою исключительную компетенцию, Съезд:

1) принимает Устав Палаты и утверждает внесение в него дополнений и изменений, с последующей

регистрацией в установленном законом порядке;

2) определяет приоритетные направления деятельности Палаты, принципы формирования и использования имущества Палаты;

3) избирает Президента Палаты

4) определяет численность и формирует состав Совета Палаты сроком на 4 года, в том числе, избирает новых членов Совета и прекращает полномочия членов Совета в соответствии с процедурой обновления (ротации) Совета, принимает решения о досрочном прекращении полномочий членов Совета;

5) определяет численность и избирает членов ревизионной комиссии Палаты сроком на 4 года и утверждает отчет этой ревизионной комиссии о результатах финансово-хозяйственной деятельности Палаты;

6) утверждает регламент Съезда Палаты;

7) рассматривает и утверждает отчеты органов управления Палаты;

8) принимает решения о реорганизации и ликвидации Палаты;

9) создает филиалы и открывает представительства Палаты;

10) принимает решение об участии Палаты в других некоммерческих организациях;

11) осуществляет иные, предусмотренные настоящим Уставом Палаты, функции;

12) определяет размер и порядок уплаты вступительных и членских взносов членами Палаты.

4.2.4. вопросы, отнесенные к исключительной компетенции Съезда Палаты, не могут быть переданы на решение другим органам управления Палаты. Вопросы компетенции Совета Палаты и иных органов управления и специализированных органов Палаты могут быть приняты решением Съезда к своему рассмотрению.

4.2.5 Сообщение о проведении Съезда должно быть сделано Правлением не позднее, чем за 20 календарных дней до проведения, и содержать повестку вопросов Съезда. В указанные сроки сообщение о проведении Съезда направляется каждому члену Палаты заказным письмом с уведомлением о вручении, если Советом не предусмотрен иной способ направления этого сообщения в письменной или электронной форме,

или вручено каждому из указанных лиц под роспись, либо, если это предусмотрено Советом, опубликовано в доступном для всех членов Палаты печатном издании, официальном сайте Палаты в сети «Интернет» и ином месте, определенном решением Совета.

4.2.6. В сообщении о проведении Съезда должны быть указаны:

1) полное наименование и местонахождения Палаты;

2) дата, место, время проведения Съезда;

3) повестка дня Съезда;

4) порядок ознакомления с информацией (материалами), подлежащей предоставлению при подготовке к проведению Съезда, и адрес (адреса), по которому с ней можно ознакомиться.

4.2.7. Информация (материалы), предусмотренная пунктом 4.2.5. Устава, в течение 20 дней до даты проведения Съезда должна быть доступна членам Палаты для ознакомления на сайте Палаты и в помещении Палаты и/или иных местах, адреса которых указаны в сообщении о проведении Съезда. Указанная информация (материалы) должна быть доступна лицам, принимающим участие в Съезде, во время его проведения.

4.2.8. Организация обязана по требованию лица, имеющего право на участие в Съезде, предоставить ему копии указанных документов. Плата, взимаемая Палатой за предоставление данных копий, не может превышать затраты на их изготовление.

4.2.9. Если иное не предусмотрено настоящим Уставом, решения Съезда принимаются по вопросам исключительной компетенции квалифицированным большинством голосов – 2/3 голосов членов Палаты, присутствующих на Съезде, а по остальным вопросам – простым большинством голосов членов Палаты, присутствующих на Съезде.

4.2.10. Съезд обсуждает вопросы, включенные в повестку дня, и принимает по ним решения. Председательствует на Съезде Президент Палаты, а в случае, если он не имеет возможности выполнять функции председательствующего – один из вице-президентов Палаты по решению Съезда. Под его руководством Съезд обсуждает и принимает повестку дня, устанавливает порядок работы,

избирает секретаря Съезда и счетную комиссию,

Председательствующий:

- 1) открывает и закрывает заседание;
- 2) предоставляет слово для докладов и выступлений;
- 3) организует обсуждение рассматриваемых вопросов;
- 4) ставит на голосование проекты решений, предложения участвующих в заседании лиц;
- 5) обеспечивает порядок ведения Съезда.

Протокол Съезда и принятые им решения оформляются и подписываются председательствующим и секретарем Съезда.

4.2.11. Порядок организации и проведения внеочередных Съездов (общих собраний) Палаты устанавливается Регламентом Съезда Палаты, принятым с учетом норм раздела 4 настоящего Устава. С инициативой проведения внеочередного Съезда Палаты вправе выступить:

- 1) не менее 1/3 членов Палаты;
- 2) не менее половины всех членов Совета Палаты;

4.3. Совет Палаты

4.3.1. Совет Палаты является постоянно действующим коллегиальным органом управления Палаты и подотчетен Съезду (общему собранию) Палаты.

4.3.2. Численность и персональный состав Совета утверждается на Съезде сроком на четыре года.

4.3.3. К компетенции Совета относится решение любых вопросов деятельности Палаты, кроме вопросов, отнесенных к исключительной компетенции Съезда Палаты.

К исключительной компетенции Совета относятся:

- 1) принятие плана мероприятий, направленных на решение задач, определенных настоящим Уставом;
- 2) принятие правил деятельности Палаты и внутренних документов, определяющих условия членства в Палате;
- 3) определение численности и избрание Президиума Совета Палаты,
- 4) по предложению Президента утверждает первого вице-президента, вице-президентов по направлениям их деятельности и ответственного секретаря Палаты;
- 5) утверждение порядка своей

работы (Положение о Совете);

6) утверждение финансового плана Палаты и внесение в них изменений;

7) утверждение положений о специализированных, функциональных, экспертных и иных органах Палаты (комитетах, советах, рабочих группах), в компетенцию которых входит рассмотрение вопросов, относящихся к предмету деятельности Палаты;

8) разработка внутренних документов Палаты, подготовка обращений к медицинскому сообществу, к обществу и государству, выработка и принятие экспертного мнения по вопросам, относящимся к предмету деятельности Палаты;

9) осуществление определенных представительских функций от имени Палаты;

10) утверждение персонального состава специализированных, функциональных, экспертных и иных органов Палаты (комитетов, советов, рабочих групп), в компетенцию которых входит рассмотрение вопросов, относящихся к предмету деятельности Палаты;

11) принятие решений по иным вопросам, отнесенным к компетенции Совета Положением о Совете;

12) утверждение кандидатуры Управляющего директора Палаты по представлению Президента Палаты, согласованного с Президиумом Совета, сроком на 4 года, а также досрочное прекращение его полномочия при наличии оснований.

13) По предложению Президиума Палаты утверждает штатное расписание Исполнительной Дирекции Палаты и Фонд заработной платы Исполнительной Дирекции.

4.3.4. Заседание Совета правомочно, если на нем присутствует более половины его членов, каждый член Совета при голосовании имеет один голос.

4.3.5. Все решения Совета принимаются большинством от присутствующих на заседании членов Совета.

4.3.6. Заседания Совета созываются Президентом по мере необходимости, но не реже чем один раз в шесть месяцев. Также Совет может быть создан Президентом по письменному требованию не менее чем двух третей состава Совета.

4.3.7. Члены Совета обязаны не допускать случаев злоупотребления принадлежностью к Палате, в том

числе, недобросовестной рекламы.

4.3.8. Председателем Совета является Президент Палаты.

4.3.9. Персональное распределение полномочий между Президентом и другими членами Совета осуществляется на основании решения Совета, принимаемого на первом заседании Совета в текущем календарном году. Ответственность за подготовку проекта этого решения несет Президент.

4.3.10. Совет вправе принимать свои решения без совместного присутствия членов Совета при наличии технических средств, позволяющих обеспечить возможность обмена информацией о позиции членов Совета – участников заседания, и принятия решения с их учетом. Совет также вправе принимать свои решения без совместного присутствия членов Совета, путем проведения голосования по повестке дня заседания Совета в заочной форме.

4.3.11. Порядок решения Совета без совместного присутствия членов Совета, а также принятия решений Совета Палаты в форме заочного голосования определяется Положением о Совете.

4.4. Президент и Вице-президенты Палаты

4.4.1. Высшим должностным лицом Палаты является Президент.

4.4.2. Президент Палаты избирается Съездом из числа членов Палаты сроком на 4 года и может быть переизбран на новый срок.

4.4.3. Президент является единоличным исполнительным органом палаты и действует от имени Палаты в отношениях с третьими лицами, осуществляет контроль за текущей финансово – хозяйственной деятельностью Палаты, организует независимую аудиторскую проверку деятельности Палаты. Отчет о результатах проверки финансово-хозяйственной и организационной деятельности Палаты Президент Палаты представляет на Съезде.

4.4.4. Президент Палаты представляет Палату без доверенности в пределах своих полномочий.

4.4.5. На период своего временного отсутствия Президент назначает исполняющего обязанности Президента Палаты из числа вице-президентов Палаты, одобрения Совета Палаты при этом не требуется.

В случае, если Президент не назначил исполняющего обязанности, его функцию исполняет Первый вице-президент Палаты.

4.4.6. Первый вице-президент и вице-президенты Палаты избираются по представлению Президента Советом Палаты сроком на 4 года.

4.5. Президиум Совета Палаты

4.5.1. Совет Палаты определяет численный состав и формирует Президиум Совета Палаты.

4.5.2. Председателем Президиума Совета палаты является Президент Палаты.

4.5.3. К компетенции Президиума Совета Палаты относится:

1) разработка предложений по идеологии и стратегии развития Палаты для обсуждения на заседании Совета и Съезде Палаты;

2) взаимодействие с органами власти и средствами массовой информации;

3) формирование повестки дня к заседанию Совета Палаты, рассылаемой ее членам в предусмотренные настоящим Уставом сроки;

4) подготовка предложений по созданию совещательных органов Палаты и выдвижение кандидатур в данные органы для обсуждения на Совете Палаты;

5) текущий контроль за финансово-хозяйственной и прочей деятельностью, осуществляемой Управляющим директором в соответствии с делегированными ему полномочиями:

б) принятие решений по текущим вопросам деятельности Палаты, не относящихся к компетенции Управляющего директора.

4.5.4. Президиум Совета вправе принимать свои решения без совместного присутствия членов Президиума при наличии технических средств, позволяющих обеспечить возможность обмена информацией о позиции членов Президиума – участников заседания, и принятия решения с их учетом.

Президиум также вправе принимать свои решения без совместного присутствия членов Совета, путем проведения голосования по повестке дня заседания Президиума в заочной форме.

4.5.5. Президиум Совета Палаты осуществляет права юридического лица от имени Палаты и исполняет ее обязанности в соответствии с

Уставом.

4.6. Управляющий директор Палаты

4.6.1. Управляющий директор Палаты по представлению Президента Палаты, согласованному с Президиумом Совета Палаты, утверждает Советом Палаты и представляется на съезде Палаты, подотчетен Совету Палаты, Президиуму Совета и Президенту Палаты.

4.6.2. Управляющий директор:

1. на основании указаний Президента осуществляет руководство текущей финансово-хозяйственной деятельностью и исполняет решения, принимаемые Советом Палаты и Президиумом Совета, в соответствии с трудовым контрактом, заключенным с Палатой;

2. действует от имени Палаты на основании доверенности выданной Президентом;

3. формирует Дирекцию Палаты согласно штатному расписанию, обсужденному на Президиуме Совета Палаты и утвержденному Советом Палаты;

4. выносит предложения по текущей деятельности Дирекции Палаты на рассмотрение Президиума и Совета Палаты;

5. предоставляет регулярную отчетность о финансово-хозяйственной деятельности Президенту, Президиуму Совета и Совету Палаты;

6. некоторые функции Дирекции Палаты могут быть переданы на аутсорсинг.

РАЗДЕЛ 5 «Учет и отчетность. Информация о Палате» (опущен)

РАЗДЕЛ 6 «Контроль за финансово-хозяйственной деятельностью Палаты» (опущен)

РАЗДЕЛ 7 «Порядок внесения изменений в Устав» (опущен)

РАЗДЕЛ 8 «Реорганизация и ликвидация Палаты» (опущен)

РАЗДЕЛ 9. Источники формирования денежных средств и имущества Палаты, права Палаты по управлению имуществом

9.1. Палата может иметь в собственности земельные участки, здания, строения, сооружения, жилищный фонд, транспорт, оборудование,

инвентарь, имущество культурно-просветительского, оздоровительного и медицинского назначения, денежные средства, акции, другие ценные бумаги и иное имущество, необходимое для материального обеспечения деятельности Фонда.

В собственности Палаты могут также находиться учреждения, издательства, средства массовой информации, создаваемые и приобретаемые за счет средств Палаты в соответствии с ее уставными целями.

9.2. Имущество Палаты формируется в денежной и иной форме за счет:

- регулярных и единовременных поступлений от членов Палаты (членских, целевых и разовых взносов);

- добровольных имущественных взносов и пожертвований;

- дивидендов (доходов, процентов), получаемых по акциям, облигациям, другим ценным бумагам икладам;

- других не запрещенных законом поступлений.

9.3. При ликвидации Палаты имущество, оставшееся после расчетов с кредиторами, направляется для использования в целях, предусмотренных настоящим Уставом, в порядке, установленном Съездом при принятии решения о ликвидации Палаты.

9.4. Собственностью Палаты являются созданные им, приобретенные или переданные гражданами, государственными, общественными, акционерными, кооперативными и частными предприятиями (организациями), фондами, ассоциациями, международными и региональными организациями здания, объекты социально-культурного назначения, денежные средства, акции, другие ценные бумаги и иное имущество. Все имущество Палаты, доходы от предпринимательской и иной хозяйственной деятельности являются его собственностью и не могут перераспределяться между членами Палаты.

9.5. Палата осуществляет владение, пользование и распоряжение своим имуществом в соответствии с его назначением и для выполнения уставных целей и задач. Палата отвечает по своим обязательствам всем своим имуществом.

Подписи учредителей Палаты:

14 12 09

Нужна ли в России Национальная медицинская палата?

Опрос - http://community.livejournal.com/doktor_killer/931617.html

По состоянию на 12.30 08.01.10

Опрос #1507598 Нужна ли в России Национальная медицинская палата

Участников: 104

Ответы:

Да - 46 (44.2%)

Нет - 32 (30.8%)

Мне все равно - 26 (25.0%)

Аудитория распалась строго на три части: приверженцы, противники и болото - ни абсолютного, ни даже подавляющего большинства нет.

kave_doc 2010-01-05

Вы бы нам рассказали для чего? а то пока мне это все видится как очередной бюрократический орган, который будет кормить своих членов...

Честно, я не вникал пока еще.

Если расскажете конкретно его задачи, с интересом ознакомлюсь.

samoshkin_alex 2010-01-05

<http://oprf.ru/structure/comissions2008/112/materials/3936>
Там и цели и задачи

supergad 2010-01-05

чѐ-та мне сдаѐтся, что это будет

а. очередная кормушка для своих выскочек

б. будут они на ура приветствовать всевозможные нововведения дорогих руководителей и помогать гнобить недовольных.

Типа профсоюза, который пишет постановление с просьбой к главврачу, лишить молока, даваемого за вредность службы, его получающие

kondrian 2010-01-05

Цели вполне благовидные, но с поправкой на российские реалии все это, скорее всего, выльется в еще одну кучку нужных людей, собравшихся с целью попила бюджета. Именно поэтому - нет.

idicratia 2010-01-05

Спасибо, не надо еще одно руководящее образование над медициной.

samoshkin_alex 2010-01-05 А кто и как, по Вашему, должен защищать врачей?

idicratia 2010-01-05

Профсоюз, который может защищать, если будет независим от влияния чиновников.

samoshkin_alex 2010-01-05

создайте!

yegor_k 2010-01-05

«2.3.1.1. участие в проведении аттестации, сертификации, лицензирования и аккредитации в сфере здравоохранения;

2.3.1.2. экспертиза качества додипломного и последипломного медицинского образования на основе современных стандартов образования и прогрессивной системы последипломного образования;

2.3.1.3. участие в оценке профессиональной подготовки специалистов учебных и клинических баз в сфере здравоохранения, в том числе, лечебно-профилактических учреждений;»

вижу бабки

pavelru 2010-01-06

не только деньги, а подмена функций Минздрава (называйте его Национальными институтами или других гос учреждений) общественной и некоммерческой организацией

pavelru 2010-01-06

И чем больше - тем лучше

Антимикробная палата

Противотуберкулёзная

Онкологическая

Педиатрическая

Психоневрологическая и Психиатри-

ческая палаты

и другие....

vitaly_nasennik 2010-01-06

Сейчас наблюдается клановость и цеховая солидарность врачей - безумно сложно доказать в суде врачебную ошибку, а безнаказанность поощряет безалаберность. Для доказательства же врачебной ошибки нужен эксперт (очевидно - опытный врач), который вынес бы заключение об ошибке другого врача. А где такого взять? Правильный ответ - в конкурирующем клане!

Нынешний сплочѐнный врачебный клан нужно расколоть на два враждебных клана. Скажем, на национальную медицинскую палату (НМП) и профессиональную медицинскую ассоциацию (ПМА). Поделить между ними бюджетирование, больницы и ВУЗы примерно поровну. Накосячит эскулап из НМП - эксперта привлечут из ПМА. И наоборот.

Конкуренция нужна, что ни говори!

А знаете ли Вы, что...

...недобросовестная конкуренция - любые действия хозяйствующих субъектов (группы лиц), которые направлены на получение преимуществ при осуществлении предпринимательской деятельности, противоречат законодательству Российской Федерации, обычаям делового оборота, требованиям добропорядочности, разумности и справедливости и причинили или могут причинить убытки другим хозяйствующим субъектам - конкурентам либо нанесли или могут нанести вред их деловой репутации.

С.В.Лазарев, эксперт Некоммерческого партнерства «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», к.м.н

Д.С.Мирсяяфов, Председатель Совета директоров группы компаний «Доктор Линз», член правления НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник»

А.В.Тихомиров, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», адвокат (МОКА), д.м.н, к.ю.н.

В настоящее время разворачивается достаточно широкая полемика по поводу саморегулирования в здравоохранении¹. Явных противников этого пока не обнаруживается. Однако среди сторонников наблюдается отсутствие единства и даже серьезное идеологическое противоборство.

Можно выделить несколько аспектов проблемы.

Первый – непонимание сути саморегулирования. Саморегулирование – это самостоятельная и инициативная деятельность, которая осуществляется субъектами предпринимательской или профессиональной деятельности и содержанием которой являются разработка и установление стандартов и правил указанной деятельности, а также контроль за соблюдением требований указанных стандартов и правил (п.1 ст.2 Федерального закона «О саморегулируемых организациях», далее ЗоСРО).

Иными словами, вопрос о создании саморегулируемой организации инициируется самими субъектами соответствующей деятельности. Не кто-то решает, создавать или не создавать такую организацию, разрабатывать и устанавливать в ней стандарты и правила осуществляемой деятельности или нет, контролировать ли их соблюдение ее членами или нет, а это делают сами ее участники – учредители и те, кто вступил позднее. Каждый – решает своей волей и в своем интересе (п.1 ст.1 ГК РФ).

Это означает, прежде всего, что вся страна должна покрыться сетью саморегулируемых организаций прежде, чем может быть создана централизирующая и объединяющая их структура – когда и если она им понадобится. Соответственно, если централизирующая структура субъектам саморегулирования ни к чему, они ее и не создают. Если

¹ Здесь не приводятся многочисленные ссылки на источники – ознакомиться с содержанием полемики во всем ее многообразии можно в Интернете, в Живом журнале, в авторских блогах - <http://selasik.livejournal.com/>; <http://aquareus.livejournal.com/>

ПЕРСПЕКТИВА САМОРЕГУЛИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Показано, что объединение медицинского сообщества может происходить только через механизм саморегулирования, а не через простое создание верховной структуры, такой как Национальная медицинская палата

Ключевые слова: здравоохранение, Национальная медицинская палата, саморегулирование

же помимо них создается некая организация, притязающая на роль структуры, централизующей саморегулируемые организации, а им она не нужна, эта структура так и остается невостребованной – если им понадобится подобная структура, они создадут ее сами. Для развития саморегулирования это принципиально важно, поскольку выхолостить идею можно легко, просто следуя традициям советской кампании. Напротив, чтобы придать жизнеспособность такой организации, обеспечить ей более длительный жизненный цикл, нужно оградить ее от влияния всевозможных факторов деградации, среди которых бездумное окормление – один из ведущих.

В аспекте этой проблемы и стол-

кнулись две основные точки зрения.

Представителем первой стал Л.М.Рошаль, который покинул Общественную палату РФ ради построения Национальной медицинской палаты (далее – Палаты). К нему примкнули представители ОПОРы России, Первой ассоциации врачей частной практики, ряд общественных объединений, как Союз педиатров России и др. Идея Л.М.Рошаля состоит в предварительном создании централизующей структуры (Палаты) сверху, чтобы подтягивать к членству в ней врачей: на первом этапе – добровольно, на втором – в обязательном порядке.

Как это делается на практике – известно: «У нас в области созда-

валясь врачебная палата. Собирали добровольно-принудительно заявления и взносы. Даже фотографии. Говорили, что будет связь с зарубежными организациями. Руководители ЗО с энтузиазмом готовились к массовому выезду в Европу «за опытом». Когда узнали, что материальной помощи с дикого запада не будет, то быстро потеряли интерес. Куда делись тогдашние 200 р. с носа, неизвестно. Такое вот маленькое МММ. О защите врачей даже не заикались»².

Предполагается, что Палата будет вбирать в себя и существующие медицинские ассоциации, и клинические общества, и другие объединения медиков. Это не вызвало полного понимания – по крайней мере, на первом этапе – например, у представителей Российского медицинского общества, Новосибирской областной ассоциации врачей и др. И вообще неизвестно, сколько из 183 ассоциаций в России (подсчеты Л.М.Рошала) поддерживают идею создания Палаты.

Равным образом, несмотря на уверения Л.М.Рошала, что врачи поддерживают эту идею, нет никаких подтверждений, что ее поддержал хотя бы один практический врач.

Представителями второй точки зрения стали авторы этих строк. С этих позиций нужно заниматься формированием самого института саморегулирования в стране, а соз-

разработка и установление стандартов и правил соответствующей деятельности, а также контроль за соблюдением требований указанных стандартов и правил в саморегулируемом сообществе, они должны быть применимы ко всем его членам. Не может быть так, чтобы разная мера применялась для оценки элементов единой общности – либо это не единая и не общность, а совокупность разнородных элементов, конгломерат.

Закон допускает объединение в саморегулируемую организацию по профессиональному или предпринимательскому признакам. Понятно, что это – либо однородность носителей профессии, либо однородность хозяйствующих субъектов.

Как следует из рабочего варианта устава, некоммерческое партнерство «Российская Медицинская Палата» – это некоммерческая организация, основанная на членстве физических и юридических лиц любой формы собственности, некоммерческие и общественные объединения юридических и физических лиц, осуществляющих свою деятельность в области здравоохранения. Иными словами, к членству в объединении допускаются одновременно и носители профессии, и хозяйствующие субъекты, и не только: не все некоммерческие организации вправе осуществлять предпринимательскую

отвечающих всей своей собственностью, бюджетные учреждения здравоохранения отвечают по таким обязательствам только находящимися в их распоряжении денежными средствами, при недостаточности которых их долги в порядке дополнительной ответственности возмещаются из казны (п.2 ст.120 ГК). А тогда зачем их руководству думать об ответственности, о компенсационном фонде, о третейском суде, о стандартах и пр.? Помимо этого, бюджетные учреждения здравоохранения, будучи стеснены в расходах величиной не доходов, извлекаемых на свой риск в гражданском обороте, как частные медицинские организации, а поступлений в бюджетном процессе, из-за ответственности по обязательствам не лишаются поступлений будущих периодов, не подлежат банкротству и ликвидации (кроме как по решению собственника). У бюджетных учреждений здравоохранения имущество – не собственное, чтобы заботиться об экономичности затрат и экономической эффективности деятельности, как это необходимо частным медицинским организациям.

Носители медицинской профессии как медицинские работники имеют интересы, противоположные интересам работодателей – организаций, в которых работают, т.е. интересам предпринимательских структур и бюджетных учреждений здравоохранения.

Кроме того, подсчитанные Л.М.Рошалам 183 ассоциации – точнее, организации медицинской общественности – обладают самостоятельными интересами, даже если декларируют, что представляют интересы своих членов – тех же медицинских работников. Примеры – от профсоюза медицинских работников или клинических обществ, возглавляемых главными специалистами федерального или региональных министерств или Росздравнадзора, до Российской медицинской ассоциации или Российского медицинского общества (если вообще имеют реальных, а не просто учтенных на бумаге членов).

Не надо также забывать об институте бюрократии от здравоохранения. И это не только должностные

Как следует из рабочего варианта устава, некоммерческое партнерство «Российская Медицинская Палата» – это некоммерческая организация, основанная на членстве физических и юридических лиц любой формы собственности, некоммерческие и общественные объединения юридических и физических лиц, осуществляющих свою деятельность в области здравоохранения.

данием централизующей структуры (и вовсе не обязательно Палаты) не начинать, а завершать этот процесс, если это будет необходимо саморегулируемому медицинскому сообществу. Эту точку зрения поддерживает, в частности, НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник».

Другой аспект проблемы – это однородность среды саморегулирования. Ведь чтобы стали возможны

деятельность – например, ассоциации. И какая же в этом случае достигается однородность?

Хозяйствующими субъектами не являются также бюджетные учреждения здравоохранения, хотя и осуществляющие приносящую доходы деятельность, но подверженные административному, а не корпоративному, т.е. в интересах самой организации, управлению. В отличие от частных медицинских организаций, по своим обязательствам

² <http://www.medscape.ru/index.php?showtopic=1476&mode=threaded&pid=12997>

лица органов управления здравоохранением. Это равно многочисленные работники учреждений при органах управления здравоохранением. Это и администрация учреждений здравоохранения, относящаяся к номенклатуре должностей органов управления здравоохранением. Институт бюрократии декларирует защиту интересов государства, в действительности в подавляющем большинстве преследуя свои разрозненные приватные меркантильные интересы. Понятно, с интересами общества и медицинского сообщества эти интересы не связаны.

Иными словами, есть медицинское профессиональное сообщество (пока как аморфная совокупность носителей медицинской профессии), есть медицинское бизнес-сообщество (интеллектуальная часть которого начала консолидироваться), есть сообщество организаций медицинской общественности (зачастую противоборствующих насмерть) и есть бюрократическое сообщество, сплоченное административной соподчиненностью.

Очевидно, что бюрократическое сообщество, имеющее жесткую публичную организацию в механизме государства или местного самоуправления, не может быть представлено в организациях медицинской общественности – хотя бы потому, что оно призвано блюсти публичные интересы, в то время как медицинское сообщество призвано отстаивать свои внутрицеховые интересы, в том числе перед государством и местным самоуправлением. В ином случае получается, как во Врачебной палате Южного федерального округа, где ответственным секретарем является министр здравоохранения Астраханской области Виктор Акишкин – ратуя за передачу части государственных функций под общественный контроль (аттестации медицинского персонала, стандартизации образования в сфере здравоохранения, стандартизации медицинской помощи)³, он и с одной стороны такой передачи, и с другой.

У организаций медицинской общественности силен соблазн выступать, как в советское время –

«от имени и по поручению» своих членов, зачастую одних и тех же, что особенно демонстративно, когда такие организации выражают противоположные позиции. В таких организациях различаются интересы (и выражающие их мнения) верхушки и остальных членов. Но только консолидированные мнения последних являются репрезентативными для общественного звучания. Тем самым организации медицинской общественности – это условно-

ства за действия другой его части?

Доктор Рошаль полагает, что Палата – это коллективное хозяйство: «Скажем, ассоциация хирургов отвечает за всех хирургов страны, где бы они ни были... За одного плохого специалиста рассчитывается все», «Представим, что у пациента возникло осложнение. У нас люди пишут жалобы в Департамент здравоохранения, там собираются комиссии из людей, часто являющихся не профессиональными вра-

У организаций медицинской общественности силен соблазн выступать, как в советское время – «от имени и по поручению» своих членов, зачастую одних и тех же, что особенно демонстративно, когда такие организации выражают противоположные позиции.

пригодная для целей саморегулирования категория, производная от волеобразования членства в них.

Фактически только профессиональное и предпринимательское сообщество является а priori однородным и оформленным по интересам каждое. Медицинское профессиональное сообщество представляет собой разрозненную совокупность не выражающих своих интересов индивидов, которых в существующих реалиях ограничивает множество внешних условностей – от врачебной клятвы до низкой зарплаты – и которые в подавляющем большинстве предпочитают не выходить за рамки профессии, занимая пассивную жизненную позицию. Напротив, медицинское предпринимательское сообщество состоит из людей с активной жизненной позицией, способных к компромиссу в целенаправленном и экономически оправданном движении.

Вместе с тем, встает большой вопрос, как соотносятся эти две части медицинского сообщества в контексте саморегулирования, если задачей является разработка и установление соответствующих стандартов и правил и ответственности за их соблюдение. Может ли одна часть медицинского сообщества вырабатывать стандарты и правила для другой? Несет ли ответственность одна часть медицинского сообще-

чами, а чиновниками... Если палата выяснила, что врач выполнил свою работу нормально, по стандартам, она встает на его защиту. Компенсацию больному и судебные издержки за этого врача выплачивают сообща. Если выяснится, что он отошел от стандартов, палата ему не помогает»⁴.

На наш взгляд, каждый может и должен отвечать только за себя – в рамках действующего законодательства, а не в рамках членства в Палате. Соответственно, медицинское предпринимательское сообщество может вырабатывать и устанавливать правила и стандарты – для себя, а медицинское профессиональное сообщество – для себя. Что же касается ответственности, то она наступает не за соблюдение или несоблюдение стандартов, а за причинение ущерба, и является разной для физических лиц и хозяйствующих субъектов. Носитель медицинской профессии может быть привлечен к уголовной ответственности, если в его действиях обнаруживается состав соответствующего преступления. Хозяйствующий субъект несет имущественную ответственность за действия своих работников по договорным (ст.402 ГК) и внедоговорным (ст.1068 ГК)

⁴ Леонид Рошаль меняет Общественную палату на Медицинскую. У врачей появится новый орган - <http://www.sro.ru/branch/medic/644-leonid-roshal-menyaet-obshhestvennyuyu-palatu.html>

³ <http://v102.ru/astrahan/10472.html>

обязательствам.

Что же касается реализации ответственности, то, действительно, бывают ситуации, когда тот, кто ее несет, не в состоянии возместить (компенсировать) всю сумму причиненного ущерба, и его имущества для этого недостаточно. Компенсационный фонд саморегулируемой организации создается именно на такой случай: каждый ее член, участвуя в его создании, вправе на расходование этого фонда вместо себя в пользу лица, понесшего ущерб, пострадавшего (это своего рода касса взаимопомощи целевого назначения). Но это отнюдь не означает, что саморегулируемая организация несет ответственность перед пострадавшим от деятельности ее члена.

Третейский суд при саморегулируемой организации – это орган согласительного разрешения споров: стороны спора должны согласиться с тем, чтобы этот спор разрешал третейский суд. Третейский суд широко применяется в экономических спорах хозяйствующих субъектов – например, третейские суды при торгово-промышленных палатах. Саморегулируемая организация образует третейские суды для разрешения споров, возникающих между членами саморегулируемой организации, а также между ними и потребителями произведенных членами саморегулируемой орга-

саморегулируемой организации. Но предположить, что пострадавшие в связи с причинением вреда станут обращаться в третейский суд той организации, в которой состоит причинитель, можно едва ли. Выход есть. Несомненно, что такой суд должен быть специализированным. Однако это вовсе не означает, что он должен быть создан в качестве подразделения медицинской саморегулируемой организации. Закон не запрещает аутсорсинг, а потому третейский суд может быть создан и как самостоятельная организация, привлекаемая медицинской саморегулируемой организацией по договору, и как подразделение, например, торгово-промышленной палаты.

Понятно, что если физическое лицо как носитель медицинской профессии не подвержено имущественной ответственности, то не его деятельность подлежит страхованию гражданской ответственности, а деятельность хозяйствующего субъекта, а потому и участие в формировании компенсационного фонда – не его обязанность, а обязанность его работодателя, т.е. хозяйствующего субъекта. Понятно, что не деятельность физического лица как носителя медицинской профессии подлежит оценке судом, в том числе третейским, а деятельность его работодателя, хозяйствующего субъекта, на которого только и

Значит ли это, что целесообразно создать отдельные саморегулируемые организации для носителей медицинской профессии и для представителей медицинского бизнес-сообщества?

Доктор Рошаль именно это и предлагает: создать Палату для медицинских профессионалов с представительством их в ней наряду с организациями медицинской общественности или через них. Однако такая организация, в его видении, создается для оппонирования власти и медицинскому бизнес-сообществу в качестве работодателя членов этой организации. Иными словами, Палата создается для выражения консолидированного мнения медицинского профессионального сообщества вовне, а не исключительно с целью достижения и поддержания единства и однородности своей внутренней среды.

На наш взгляд, во-первых, лоббирование интересов профессионалов – членов организации не есть главное для саморегулируемой организации. По существу, тем самым она дублирует функции профсоюза. Главное не в звучании вовне, а во внутренней содержательности, которая заставляет внешнюю среду считаться с организацией.

Поэтому, во-вторых, именно достижение и поддержание единства и однородности своей внутренней среды саморегулируемой организации и является для нее главным, создавая такую внутреннюю содержательность. Ровно на эти цели и направлены установления (правила и стандарты) саморегулируемой организации, которые ею принимаются для себя, для своих членов, а не для тех, кто так или иначе связан с членами организации в своей повседневной деятельности (работодателей, пациентов, власти).

В-третьих, внутриорганизационное отгораживание и противопоставление членов профессионального сообщества, объединяемых Палатой, предпринимательскому сообществу не является продуктивным. Несмотря на противоположность интересов работников и работодателей, есть общее, что их объединяет: медицинская деятельность как профессиональная актив-

Саморегулируемая организация образует третейские суды для разрешения споров, возникающих между членами саморегулируемой организации, а также между ними и потребителями произведенных членами саморегулируемой организации товаров (работ, услуг), иными лицами, в соответствии с законодательством о третейских судах (п/п.3 п.1 ст.6 ЗоСРО).

низации товаров (работ, услуг), иными лицами, в соответствии с законодательством о третейских судах (п/п.3 п.1 ст.6 ЗоСРО). Возможно, по вопросам неисполнения или ненадлежащего исполнения договорных обязательств (по очень узкому кругу оснований, например, из недостатков сервиса или из оказания услуги не тем врачом, который был определен договором и т.д.) потребители еще будут обращаться в третейский суд медицинской

может быть возложена соответствующая имущественная ответственность. Иными словами, участие в формировании компенсационного фонда саморегулируемой организации, а также подчинение созданному ей третейскому суду может быть обязательной для ее члена – хозяйствующего субъекта, но неприменимо к его работникам – физическим лицам – носителям медицинской профессии как к членам саморегулируемой организации.

ность для первых является методом хозяйственной организации для вторых.

В этой связи по отдельности объединения носителей медицинской профессии и медицинских предпринимательских структур не будут эффективны так, как вместе. И это – не вопрос простого сложения однонаправленных усилий тех и других. Если профсоюзы оппонировать работодателям, то в саморегулируемой организации вектор интересов тех и других в качестве ее членов является однонаправленным, обращенным к взаимной пользе. Создавая правила и стандарты для себя, носители медицинской профессии при участии в единой с работодателями саморегулируемой организации делают их обязательными для применения в деятельности медицинских предпринимательских структур, которым это помогает в их экономической деятельности, дополняя мерой профессиональных установлений установления хозяйственного характера. Отсюда сама саморегулируемая организация становится инструментом помощи ее членам – равно носителям медицинской профессии и медицинским предпринимательским структурам как их работодателям – как способ принятый теми и другими порядка осуществления их деятельности, не противоречащего интересам общества и признаваемого государством.

При этом объединение медицинских предпринимательских структур способно стать саморегулируемой организацией и без объединения носителей медицинской профессии: оно в состоянии выработать для себя правила и стандарты, организовать страхование гражданской ответственности своих членов, создав компенсационный фонд, и образовать третейский суд.

Объединение же носителей медицинской профессии отдельно от объединения медицинских предпринимательских структур может лишь установить стандарты и правила для себя, для своих членов, которые не станут обязательными для медицинского бизнес-сообщества.

Отсюда лишь в единстве медицинского профессионального и предпринимательского сообщества

объединение приобретает необходимую эффективность саморегулируемой организации, вырабатывая и устанавливая единые и обязательные для всех членов стандарты и правила и соблюдая их действие.

Участие в таком объединении организаций медицинской общественности не возбраняется. Однако их роль в нем – наблюдательно-рекомендательная, поскольку их члены, являясь членами саморегулируемой организации, без опосре-

но быть и чего не может не быть в составе медицинской помощи. Бизнес-стандарты нужны для того, чтобы деятельность хозяйствующих субъектов соответствовала запросам потребителей – это прекратит развернутую кампанию по поводу «качества медицинской помощи», формируя системы соответствия цены и ценности или цены и полезности медицинских услуг⁵. Наконец, корпоративные стандарты определяют основы внутриорганизацион-

Организации медицинской общественности призваны быть представителями территориальных (например, региональных медицинских палат) или групповых (например, клинических обществ) медицинских сообществ для выражения и поддержки их консолидированных интересов.

дования, сами представляют в ней себя и свои интересы.

Организации медицинской общественности призваны быть представителями территориальных (например, региональных медицинских палат) или групповых (например, клинических обществ) медицинских сообществ для выражения и поддержки их консолидированных интересов.

В контексте различий между профессиональным и предпринимательским сообществом при членстве в саморегулируемой организации, мы распределили бы вырабатываемые ею стандарты по адресу применения на три основные группы. В одну группу могут быть отнесены вырабатываемые профессиональным сообществом для себя (профессиональные стандарты), в другую – вырабатываемые предпринимательским сообществом для себя (предпринимательские или бизнес-стандарты), а в третью – стандарты и правила членства в саморегулируемой организации (корпоративные стандарты). Профессиональные стандарты было бы неправильно вырабатывать для унификации медицинских технологий, памятуя о том, что медицина – это искусство возможного. Они нужны для предупреждения причинения вреда здоровью пациента и отсюда – для определения не того, что должно быть, а того, чего не долж-

ной жизнедеятельности медицинской саморегулируемой организации (далее СРО).

Общий функционал стандартов саморегулируемой организации достаточно широк. Их – не в закрытом, исчерпывающем перечне – можно, на наш взгляд, разделить на 9 основных групп.

Первая группа – это правила вступления в СРО: квалификационные (по секциям), финансовые и процедурные требования

Вторая группа – это правила выхода из СРО: основания, финансовые и процедурные требования;

Третья группа – это правила пребывания в СРО: финансовые и дисциплинарные правила членства, правила самоуправления в СРО.

Четвертая группа – это правила карьерного роста членов СРО в СРО: замещения высших и выборных должностей, должностей в администрации СРО.

Пятая группа – это правила поддержки СРО своих членов: корпоративной, политической, материальной.

Шестая группа – это правила дея-

⁵ При всех различных подходах к качеству оно может либо присутствовать, либо отсутствовать. «Слегка качественным» продукт быть не может. Для конечного потребителя продукта оно не бывает «достаточным» или «недостаточным» для такой цены. Если качество «недостаточное» – сделки просто не происходит. Корректнее – оптимальное соотношение не «цены и качества», а «цены и ценности» или «цены и полезности». Сергей Славинский. Оптимальное соотношение цены и качества - <http://slavinsky.livejournal.com/>

тельности членов СРО: профессии (проф-стандарты), предоставления информации (информ-стандарты), обслуживания (сервис-стандарты), расчетов (экзаунт-стандарты), безопасности (сейф-стандарты), разрешения конфликтов (конфликт-стандарты).

Седьмая группа – это правила контроля СРО за соблюдением правил пребывания в СРО: финансовых, дисциплинарных, внутриорганизационного самоуправления

Восьмая группа – это правила контроля СРО за соблюдением правил деятельности членов СРО: проф-, информ-, сервис-, экзаунт-, конфликт-стандартов.

Наконец, девятая группа – это правила наложения взысканий и поощрений СРО на своих членов: установления оснований и наложения взысканий, установления оснований и наложения поощрений, награждения членов СРО знаками отличия СРО.

Перечень возможных правил и стандартов СРО может дополняться по мере возникновения необходимости.

Таким образом, в целом имеется множество уже существующих возможностей для внедрения саморегулирования в здравоохранение.

1. Саморегулирование характеризуется следующими основными признаками (общие требования к саморегулируемой организации):

ности определенного вида (п.1 ст.3 Федерального закона «О саморегулируемых организациях»);

- объединение по профессиональному или предпринимательскому признаку: Для целей настоящего Федерального закона под субъектами предпринимательской деятельности понимаются индивидуальные предприниматели и юридические лица, зарегистрированные в установленном порядке на территории Российской Федерации и осуществляющие определяемую в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации предпринимательскую деятельность, а под субъектами профессиональной деятельности - физические лица, осуществляющие профессиональную деятельность, регулируемую в соответствии с федеральными законами (п.3 ст.2 Федерального закона «О саморегулируемых организациях»);

- стандарты и правила: Под саморегулированием понимается самостоятельная и инициативная деятельность, которая осуществляется субъектами предпринимательской или профессиональной деятельности и содержанием которой являются разработка и установление стандартов и правил указанной деятельности, а также контроль за соблюдением требований указанных стандартов и правил (п.1 ст.2 Федерального закона «О саморегу-

тельности сообщества клиницистов является оказание медицинской помощи. Отличается предметом деятельности сообщество медицинских экспертов, патологоанатомов, лабораторных врачей и т.д.

2.2. В здравоохранении саморегулирование профессиональной и предпринимательской среды неразделимо и неотделимо друг от друга. В отличие от тех отраслей деятельности, где профессиональная деятельность не связана с прямым воздействием на здоровье и где профессиональная составляющая не детерминирует хозяйственную деятельность, в медицинской деятельности профессиональные требования безопасности интегрированы в экономический механизм медицинского предпринимательства.

2.3. Стандарты и правила саморегулируемой организации формируются дифференцированно по профессиональному и предпринимательскому признакам в соответствии с различиями правовых последствий. Понятно, что мерой профессиональных стандартов и правил нельзя мерить предпринимательскую деятельность, и наоборот. Значит, предпринимательские стандарты и правила должно вырабатывать медицинское предпринимательское сообщество - для себя, а медицинское профессиональное сообщество - профессиональные стандарты - для профессиональной деятельности.

Поскольку гражданскую ответственность несут хозяйствующие субъекты, третейские суды и компенсационные фонды - это дело медицинского предпринимательского сообщества. Поскольку для профессиональной деятельности, не являющейся оборотной, вопрос качества стоять не может (качество - это категория предпринимательских и потребительских отношений), профессиональные стандарты нуждаются в приведении к вопросам вредообразования, т.е. безопасности.

Носители медицинской профессии несут персональную (уголовную) ответственность за квалифицированные законом последствия своей профессиональной деятельности. Поскольку такая деятельность своим предметом имеет

Перечень возможных правил и стандартов СРО может дополняться по мере возникновения необходимости.

- единство, однородность саморегулируемой среды: Саморегулируемыми организациями признаются некоммерческие организации, созданные в целях саморегулирования, основанные на членстве, объединяющие субъектов предпринимательской деятельности исходя из единства отрасли производства товаров (работ, услуг) или рынка произведенных товаров (работ, услуг) либо объединяющие субъектов профессиональной деятель-

лируемых организациях»).

2. Понимание сути саморегулирования приводит к следующим возможностям его использования в здравоохранении (специальные требования к медицинским саморегулируемым организациям):

2.1. Единство саморегулируемой среды достигается общностью предмета деятельности, осуществляемой ее членами. Предмет такой деятельности также и разделяет медицинское сообщество. Предметом дея-

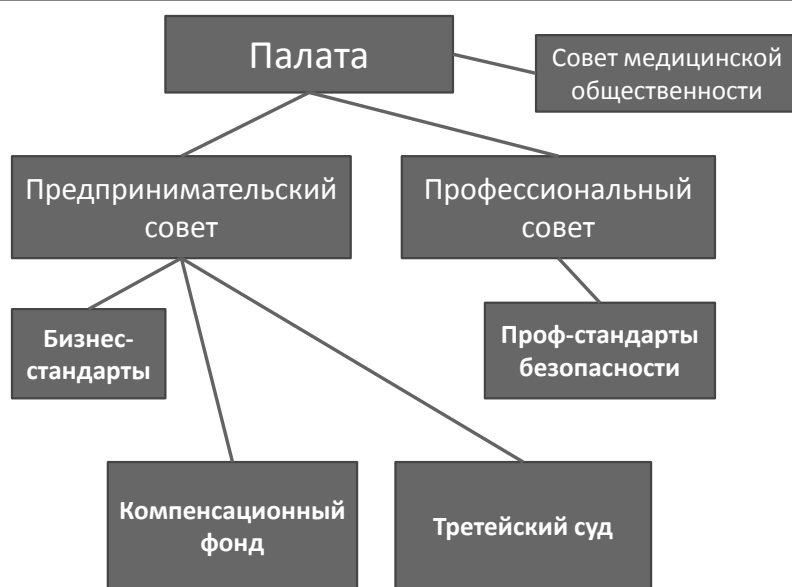


Рисунок 1.

воздействие на здоровье, а часто отделить ее пользу от вреда затруднительно, выработка стандартов, которые такое разделение проводят, является актуальной.

Понятно, что это не те стандарты, о которых говорит Л.М.Рошаль. Это не технологические стандарты, если помнить, что медицина – это искусство возможного, а врач лечит больного, а не болезнь, и каждый – по своему, чем врачи и различаются. Это не платежные (экономические) стандарты, по которым плательщик (государство, страховщик и т.д.) производит оплату медицинских услуг – это дело сторон договора. Это – стандарты, позволяющие отличить в действиях носителя медицинской профессии благо от вреда, поскольку неразличение этого делает профессию опасной для ее носителя, если равно за благо может быть принято то, что осуществляется во вред для здоровья, а за вред – то, что предпринимается во благо.

Профессиональному сообществу нужны стандарты, работая в соответствии с которыми они не могли бы нанести вред (ущерб) здоровью, обладая при этом возможностью самостоятельного выбора методов диагностики и лечения в силу своего профессионализма и учитывая индивидуальные особенности организма каждого пациента.

3. Основанной на принципах саморегулирования может быть и

Национальная медицинская палата, уже в настоящее время, если сможет соответствовать вышеуказанным общим и специальным требованиям.

Палата должна охватывать равно профессиональное (в том числе трудоустроенное в бюджетных учреждениях здравоохранения) и предпринимательское (т.е. частную медицину) сообщество, а также медицинскую общественность (ассоциации, клинические общества, региональные врачебные палаты). Соответственно этому в структуре Палаты необходимо предусмотреть три Совета (рис.1).

Предпринимательский Совет Палаты призван заниматься вопросами организации медицинского предпринимательства в рамках саморегулирования.

Профессиональный Совет Палаты призван заниматься вопросами позиционирования в профессии.

Совет медицинской общественности Палаты призван заниматься вопросами интеграции на всем пространстве страны.

Тем самым охватываются все аспекты деятельности в саморегулируемой среде: предпринимательские, профессиональные и географические. Палата становится действительным центром консолидации единого в рамках предмета деятельности медицинского сообщества. По образу и подобию Палаты могут быть организованы

сообщества неклинических медицинских специальностей.

В целом, если в настоящее время создание Палаты сверху и только для носителей медицинской профессии без дифференциации по предмету деятельности отдаляет медицинское сообщество от саморегулирования, то использование и развитие общих и специальных требований к саморегулируемым организациям применительно к создаваемой Палате придает ей свойства такой организации, делающей устойчивой, жизне- и работоспособной.

Палата – не единственно возможный вариант объединения медицинского сообщества, и, разумеется, не всего.

Палата в интерпретации Л.М.Рошаль как объединение носителей медицинской профессии, которых в ней представляют организации медицинской общественности либо членство которых в ней администрируется такими организациями в руководстве Палаты, по существу, собирает все недостатки существующих медицинских ассоциаций, обществ, региональных врачебных палат и профсоюзов, ничего не добавляя к тому, что позволяет преодолеть присущие им деградиционные процессы, и не внося то новое, что может адаптировать такое объединение к политическим, экономическим и правовым реалиям в стране.

Палата в значении саморегулируемой организации как объединение взаимозависимых и взаимодополняющих – предпринимательской и профессиональной – частей медицинского сообщества, когда каждая усиливает конструктивную и функциональную прочность другой, получает устойчивую основу такого объединения, исключающую внутреннюю противоречивость, обеспечивающую институциональную состоятельность и формирующую условия для развития и совершенствования в современной социальной среде, в гражданском обороте.

Палата – не альтернатива саморегулируемой организации. Саморегулируемая организация может являться Палатой, но может и не являться таковой. Саморегулируемая организация может и не иметь формы, значения или характера

Палаты. Она может формироваться наряду с Палатой, может включать только медицинские предпринимательские структуры или также объединять и носителей медицинской профессии, в том числе, состоящих в Палате. Механизмом является саморегулирование, и приобретет он форму Палаты или нет – это его не меняет. А вот основана или нет Палата на механизме саморегулирования – это значение имеет.

Таким образом, вопрос объединения медицинского сообщества – не вопрос создания Национальной медицинской палаты. Это – вопрос саморегулирования. Будет саморегулирование – будет будущее консолидации медицинского сообщества, и наоборот. Создание Палаты будущего консолидации медицинского сообщества не определяет. Консолидация медицинского сообщества требует вдумчивого предварительного планирования, конструирования, моделирования конфигурации и ожидаемого функционала создаваемого объединения. Бездумное объединение под персоналии, а не под идею лишает его будущего, а медицинское сообщество – перспективы консолидации.

Одним, а может и основным аспектом при этом является фактор именно объединения, а не соединения. Изначально медицинское сообщество объединяется на местах в профессиональные общества, а затем Палата уже соединять их в единое целое.

Процесс должен идти эволюци-

онным путём, а не путём революции, когда кто-то сверху решает, что остальным нужно жить лучше. В Германии, на которую, так любят ссылаться организаторы Палаты и модель Палаты которой они берут за основу, эволюционный путь от медицинского сообщества в виде Немецкого медицинского союза до образования Немецкой врачебной палаты занял 74 года. Основную практическую роль в Германии играют земельные врачебные палаты, а «Федеральная врачебная палата в отличие от земельных врачебных палат не является корпорацией общественного права и возникла для обеспечения рабочего содружества земельных врачебных палат, для систематического обмена опытом между ними, согласования и координации общих целей и действий»⁶.

В первую очередь должно быть изменено сознание врачей в России в сторону необходимости объединения. После стольких лет Советской власти создание любой структуры сверху, в которой предписано находиться всем поголовно, вызывает психологическое отторжение, какие бы прекрасные цели она не декларировала.

В России, где процесс консолидации не охватывает всех врачей и в настоящее время практически сошел на нет, в первую очередь необходимо реанимировать работу медицинских ассоциаций, а затем уже пытаться соединить их в еди-

ное целое. А попытка – наряду с умирающими медицинскими ассоциациями и обществами, на деле демонстрирующими свою нежизнеспособность – создать такую же нежизнеспособную Палату, умирание которой predetermined, хотя и отсрочено, заведомо обречена на неуспех.

В отличие от профессионального сообщества, предпринимательское сообщество в своей постоянной борьбе за выживание вынуждено находить поддержку именно в объединении по предпринимательским интересам. Проблемы, способствующие объединению предпринимательского сообщества, многочисленны. Это борьба и с административными барьерами, с попытками бюрократии вмешиваться в хозяйственную деятельность предпринимателей, и с потребительским экстремизмом, и с расквашиванием оборота крупным капиталом, пытающимся войти на рынок медицинских услуг, и с демпингом квазирынка платных медицинских услуг бюджетных учреждений здравоохранения.

На сегодняшний день, в отличие от врачей, большинство которых не состоит в профессиональных сообществах и не понимает, зачем нужна Палата, именно предпринимательское сообщество созрело для объединения в саморегулируемые организации. Оно идет на это сознательно и понимает, какие преимущества дает такое объединение.

⁶ <http://www.vrpalata.ru/about/history.php>

А знаете ли Вы, что...

...признаки ограничения конкуренции - сокращение числа хозяйствующих субъектов, не входящих в одну группу лиц, на товарном рынке, рост или снижение цены товара, не связанные с соответствующими изменениями иных общих условий обращения товара на товарном рынке, отказ хозяйствующих субъектов, не входящих в одну группу лиц, от самостоятельных действий на товарном рынке, определение общих условий обращения товара на товарном рынке соглашением между хозяйствующими субъектами или в соответствии с обязательными для исполнения ими указаниями иного лица либо в результате согласования хозяйствующими субъектами, не входящими в одну группу лиц, своих действий на товарном рынке, а также иные обстоятельства, создающие возможность для хозяйствующего субъекта или нескольких хозяйствующих субъектов в одностороннем порядке воздействовать на общие условия обращения товара на товарном рынке

В течение последних пяти лет на фоне мифа о бесплатности и нищете медицинских клиник стало приходить понимание, что медицинский бизнес (даже платные услуги в государственной больнице) дело прибыльное, а рентабельность минимум в 14%, оказалась выше, чем в соседнем супермаркете, даже несмотря на экономический кризис. И для многих предпринимателей наступил момент, когда медицинские клиники стали объектом инвестиционного анализа, изучения всех особенностей данного бизнеса и в первую очередь профессионального управления. И тут мнения инвесторов, менеджеров, экспертов разделились. Часть из них считает, что законы управления едины для предприятий любой отрасли (и с этим трудно поспорить, особенно после того как в 1912 году Ф.Тейлор в докладе Конгрессу США в качестве примера «научного управления» привел медицинскую клинику), и о каких-либо принципиальных особенностях в управлении медицинской организацией говорить смысла нет. Другие считают, наоборот, что здравоохранение – столь специфическая сфера услуг, что наравне с традиционным менеджментом нужно знать также хорошо само врачевание и систему здравоохранения.

Мой опыт более чем 15 летней работы в здравоохранении и частной медицине позволяет сказать, что ни один другой вид предпринимательской деятельности так глубоко не вплетает в один неразделимый клубок профессиональные (т.е. медицинские), психологические, этические принципы и принципы менеджмента, рождая новый специфический вид управления, который «окрестили» как «медицинский менеджмент». От уровня этого менеджмента, который фактически обеспечивает не только сервис, но и качество медицинских услуг зависит подчас не только наше здоровье, но и жизнь.

Так в чем же состоят ключевые особенности управления медицинской организацией?

ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ФИГУРА ВРАЧА КАК ОСНОВНОГО СОТРУДНИКА ПРЕДПРИЯТИЯ

Задача менеджмента обеспечить

КЛЮЧЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕНЕДЖМЕНТА В МЕДИЦИНСКИХ КЛИНИКАХ

В статье раскрываются особенности менеджмента в российских медицинских клиниках на современном этапе. Отмечается, что рентабельность медицинского бизнеса остается высокой и сохраняется его привлекательность для инвесторов. Однако отсутствие понимания особенностей управления данными предприятиями, на фоне дефицита квалифицированных менеджеров отрицательно влияет на темпы развития рынка медицинских услуг. Отмечается важность понимания профессии врача, ее этических, психологических, экономических, юридических аспектов, лежащих в основе системы управления персоналом в клиниках и его мотивации. Обосновывается важность создания миссии организации, как важного элемента системы оказания медицинских услуг высокого качества. Формулируются требования к руководителю необходимые для управления клиникой и ее устойчивого развития. Рассматриваются важные составляющие системы управления – инновационный менеджмент и внедрение система контроля качества медицинской услуги

Ключевые слова: клиника, врачи, медицинский менеджмент

совместную и эффективную работу врачей. Что может быть проще? Вот тут и начинаются испытания для менеджера. Врач, и об этом писал Мишель Фуко в своей работе «Рождение клиники», это представитель свободной профессии, которая подразумевает, что он исторически «работал» только на самого себя, оказывая помощь страждущим. Плохо вписывается психология и самоидентификация врача (и даже современного) в статус наемного, подневольного работника, работающего на собственника. Вот почему и сегодня на рынке труда мы видим шокирующее традиционных менеджеров поведение врачей: постоянная миграция в поисках идеальной клиники, страх врачей академий и университетов перейти на постоянную работу в новую, хорошо оснащенную частную клинику, желание врачей за дверьми кабинета решать вопросы вознаграждения за свою консультацию напрямую с пациентом, минуя кассу, или бесплатные обследования своих родственников на дорогостоящем оборудовании, «звездная» болезнь, отказ от принятых традиционных форм контракта и пр. Во многих клиниках врачи открыто говорят о нахлебниках – бухгалтерии, исполнительной дирекции, специалистах IT, - они искренне не понимают, куда уходят ими заработанные деньги и почему они получают зарплату не более 30% от полученных за консультацию денег. Как учитывая эти «врожденные черты» современного доктора, построить прибыльный медицинский бизнес? Руководители – поборники жесткой дисциплины, слежки и стукачества терпят фиаско – врачи, получив от них знания, сертификаты и базу пациентов бегут в другую медицинскую организацию, на их место на 2-4 месяца приходят другие, и так по кругу. Другие – уже отчаялись бороться, и особенно в стоматологии, где нарастает тенденция сдачи в аренду помещения клиники медицинскому персоналу. И только редкие руководители пытаются строить действительно клиники новой формации, где качество лечения соответствует лучшим мировым стандартам. Не секрет, что в большинстве организаций господствует дух соперничества между сотрудниками, а неформальная атмосфера стимулирует индивидуализм. Все это

может двигать развитие предприятия другой сферы, но губительно для медицинской организации, где задача менеджера выстроить систему обмена информацией и сотрудничества. Не случайно в медицинской традиции есть такой институт как консиллиум, подразумевающий обсуждение несколькими врачами сложной ситуации и поиск оптимального решения. Да и пациент имеет право потребовать его проведения, что закреплено в Основах законодательства об охране здоровья граждан РФ (ст.30.). При всех негативных чертах доктора Хауса - героя одноименного американского медицинского сериала - его неоспоримым достоинством было то, что он смог обеспечить совместную и эффективную работу врачей своего диагностического отделения, давая им возможность реализовать в максимальной степени свои сильные стороны и нейтрализуя их недостатки. Результат – одно из лучших отделений диагностики в США.

Очень часто меня как консультанта по менеджменту частных клиник спрашивают – в чем ключ к коммерческому успеху медицинского предприятия. И я всегда свой ответ иллюстрирую примером одной клиники, где боролись за коммерческую тайну, создав положение, в котором тайной назвалось все, от оборудования до преискуранта. К сожалению там не понимали, что самая большая тайна в здравоохранении кроется в другой плоскости, в том, как доктор умеет общаться с пациентом и оказывать качественные современные медицинские услуги. Ключ к коммерческому успеху всей клиники хранится в кабинете врача, в том «тайнстве», которое происходит между врачом и пациентом, на нем и стоит весь медицинский бизнес со времен царя Хаммурапи.

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ РОЛЬ МИССИИ КЛИНИКИ В МЕДИЦИНСКОМ БИЗНЕСЕ

В медицинской клинике остро и подъявольски искусительно сталкиваются вопросы финансовой прибыли и качественной медицинской помощи. Информационная асимметрия, в которой пребывает пациент на приеме у доктора, делает его легкой добычей врачей, не отягощенных этическими и профессиональными принципами и желающими заработать. Кто хочет стать жертвой врача скорой, который

везет в тот стационар, который ему платит за каждого «привезенного», или получить рецепт на абсолютно ненужное лекарство, но назначенное доктором, спонсируемым фармкомпанией? В медицинском бизнесе предприятие становится заложником врача и подчас потеря доверия к врачу – это потеря доверия ко всей, даже идеальной, клинике, к ее репутации. А медицинский бизнес – это, прежде всего, доверие, и сегодняшний экономический кризис вывел эту социально-психологическую и экономическую категорию, характеризующуюся высокой нравственностью, ответственностью и профессионализмом в разряд приоритетных.

Поэтому столь важна роль менеджмента, который несет ответственность не только перед акционерами, но и перед своими пациентами и который должен создать еще на стадии проектирования нового медицинского бизнеса главное – идеологию клиники и сформулировать четкую, понятную и емкую миссию. Для магазина или ресторана отсутствие миссии плохо, но отсутствие миссии у клиники – это превращение ее в сборище врачей-совместителей, желающих подработать на платных пациентах. А это уже опасно для нашего здоровья. Многие пациенты, побывав в хорошо оснащенных, отремонтированных, отрекламированных клиниках, убедились, что там нет соблюдения прав пациентов, нет качественных медицинских услуг, нет уверенности, что тебе назначат только нужные тебе исследования, а за красивыми стенами скрывается обычный «совок».

ОСОБЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К РУКОВОДИТЕЛЮ КЛИНИКИ

Существуют несколько сложившихся в нашей практике моделей руководства. В первой, всем руководит генеральный директор, не имеющий медицинского образования, и в его подчинении находится главный врач, отвечающий за всю медицину. На мой взгляд, это не самая лучшая ситуация, т.к. лицо, ответственное за все предприятие, не в полной мере знает всю специфику того бизнеса, которым руководит, что увеличивает риск принятия неверных решений, попадание под влияние и зависимость своего медицинского окружения и главного врача, фактически курирующего основную деятельность и опреде-

ляющего спектр оказываемых услуг. Известный пример, когда директорское кресло Михайловского театра занял один из самых богатых людей России - бизнесмен Владимир Кехман, до этого работающий в сфере оптовой продажи фруктов. Он в первую очередь поступил на курс факультета театроведения Санкт-Петербургской театральной академии по специальности «театральный менеджмент». Вряд ли для столь занятого человека это только имиджевый шаг, скорее понимание того, что есть объективная необходимость классического и серьезного изучения театрального дела и возможность лучше понимать театр и его артистов. Примеров, когда бы кто-то из руководителей клиник пошел получать медицинское образование, я не знаю, во многом, наверно, потому что у них уже есть ощущение, что они все знают.

На заре появления частного бизнеса, когда медиков, знающих основы менеджмента было единицы, этот вариант назначения руководителем менеджера-«не медика» был самым распространенным. Но сейчас ситуация меняется. Все больше врачей приобретают дополнительное профессиональное образование в области менеджмента, получают степень MBA. Руководитель, имеющий два образования, более системно видит свое предприятие, и в городе есть позитивные примеры, как получение главным врачом знаний по менеджменту позволяло качественно изменить клинику. Но объективно оценивая рынок труда, можно с сожалением сказать, что менеджеров, которые могут успешно руководить клиникой 21 века и понимающих особенности менеджмента в здравоохранении – единицы. У нас нет серьезной и профессиональной школы специализирующейся в этой сфере, а краткосрочные курсы по медицинскому менеджменту могут только обозначить направления для самостоятельного и глубокого изучения предмета.

У руководителя клиники существует еще одна сложная задача - взаимодействие с акционерами, инвесторами, которые вложили деньги для получения прибыли, и подчас их не интересует, как она получается. И здесь очень легко перейти грань, когда с целью максимизации прибыли будет снижаться качество меди-

цинских услуг, не будет обновляться и должным образом обслуживаться оборудование, будут использоваться многообразный инструментарий, нарушать технологические циклы, упрощать схемы лечения. В странах, где существует прозрачность и жесткий контроль, в т.ч. и со стороны самого медицинского сообщества объединенного в ассоциации, такое поведение клиники быстро приведет к ее закрытию. А в нашей стране нам стоит уповать в большей степени на порядочность менеджеров и репутацию клиники, чем на контролирующие органы и Росздравнадзор.

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ – ОСНОВА РАЗВИТИЯ КЛИНИКИ

Менеджмент в клинике должен давать возможность роста и развития как самому предприятию, так и его врачам и медицинским сестрам. В медицине, где научно-технический прогресс внедряется в практику быстрее, чем где-либо, и меняет технологии диагностики, лечения, реабилитации, важно быть в курсе всего и быстрее применять на практике самое современное и совершенное. Уже стал реальностью робот-хирург Da Vinci работающий за рубежом и оперирующий предстательную железу, сердечные пороки, выполняющий гинекологические операции, с потрясающей точностью выделяя опухоли, обеспечивая малую травматичность. В медицинском бизнесе следование за передовыми технологиями - это один из самых важных факторов конкурентного преимущества, ведь пациент ищет и выбирает лучшее, что есть в области диагностики, лечения. Непрерывное обучение врачей требует создать самообучающую организацию в клинике, при этом это не стратегическая задача менеджера (как в предприятиях другой сферы), это задача сегодняшнего дня.

ЮРИДИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В МЕНЕДЖМЕНТЕ КЛИНИКИ

Медицинская деятельность это лицензируемый вид деятельности и один из самых «зарегулированных» видов бизнеса, где жесткие требования по пожарным нормам, санитарно-эпидемиологическому режиму, хранению лекарств, сертификации персонала, оборудования и технологий. Не случайно ряд многопрофильных клиник выделяет специалистов, которые занимаются только этими вопро-

сами ввиду их большой значимости и «забюрократизированности». Медицинская деятельность - это еще и колоссальная ответственность перед пациентами. В соответствии с нашим законодательством ответственность за оказание медицинских услуг несет юридическое лицо, а это значит, что за все «грехи» своих врачей материально отвечает клиника, которую к тому же могут лишиться лицензии на занятие медицинской деятельностью. Пациенты сейчас знают свои права и настаивают на их соблюдении, что требует от каждого врача, а не только от руководителя, знания и соблюдения всех юридических норм при оказании медицинских услуг.

СЛОЖНОСТЬ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ

Эффективность работы клиники сложно измерить. И особенность медицинских предприятий в том, что в них крайне важно выбрать правильные критерии эффективной работы и оценку качества оказываемой медицинской помощи. Создать систему контроля качества и мотивации персонала в клинике сложно не столько в силу организационных моментов, сколько в силу специфики медицинской деятельности. Внедрение во всем мире принципов доказательной медицины, стандартов позволяет более объективно оценивать работу врачей в части оказания медицинских услуг. Существующие стандарты диагностики и лечения позволяют выбирать оптимальный с точки зрения результата и финансовых затрат метод. Кроме того, качество медицинских услуг тесно связано с качеством менеджмента, поэтому неслучайно некоторые клиники в стране уже прошли сертификацию своего менеджмента по ISO 9001.

Завершая краткий обзор ключевых особенностей менеджмента в медицинских клиниках хочется еще раз подчеркнуть, что многие инвесторы начинают понимать, что построить и оснастить клинику – это самое простое, а вот сделать так, чтобы клиника оказывала медицинские услуги соответствующие самым высоким стандартам, успешно использовала самые современные технологии диагностики, лечения, реабилитации, и в ней работали врачи, как одна команда – сложнейшая задача.

Постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. N 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» предписано соблюдать лицензионное требование и условие - «соблюдение лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации».

Нарушение данного лицензионного требования и условия относится к грубым нарушениям и влечет за собой административную ответственность в виде штрафа, а при неоднократном нарушении можно и лишиться лицензии на медицинскую деятельность в судебном порядке.

Что такое «медицинские технологии» и какой порядок их разрешения к применению установило законодательство РФ?

На законодательном уровне отсутствует определение термина «медицинская технология».

На законодательном уровне не установлен порядок разрешения к применению медицинских технологий.

Упоминание о медицинских технологиях имеется только в Федеральном законе «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. N 5487-1 [1].

В статье 5 к полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан относятся:

- «формирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в медицинских организациях в порядке, определяемом уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти»;

- «выдача разрешений на применение новых медицинских технологий, включая новые методы профилактики, диагностики и лечения».

В статье 43 о медицинских технологиях говорится только в общем контексте - «в практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке».

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЙСТВУЮЩЕЙ РАЗРЕШИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

Показано, что в отсутствие законодательной определенности медицинских технологий подзаконная деятельность Росздравнадзора в этой части не является правомерной

Ключевые слова: медицинские технологии, разрешительная система, Росздравнадзор

ранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке».

Понятие «медицинская технология» в различных документах трактуется по-своему, в связи с этим, что, какие именно правила нужно соблюдать, не совсем ясно.

Исторически понятие «технология» возникло в связи с техническим прогрессом и согласно словарным толкованиям (teche - искусство, ремесло, наука + logos - понятие, учение) есть совокупность знаний

о способах и средствах обработки материалов[2].

Термин «технология» впервые употреблен в 1772 году Беркманом в Германии.

Назаренко Г.И. и Осипов Г.С. в своей книге «Основы теории медицинских технологических процессов» приводят 28 определений термина «технология»[3].

Технология - в широком смысле - объем знаний, которые можно использовать для производства товаров и услуг из экономических ресурсов.

Технология - в узком смысле - способ преобразования вещества, энергии, информации в процессе изготовления продукции, обра-

ботки и переработки материалов, сборки готовых изделий, контроля качества, управления.

Технология включает в себе методы, приемы, режим работы, последовательность операций и процедур, она тесно связана с применяемыми средствами, оборудованием, инструментами, используемыми материалами.

Технология включает также и искусство владения процессом. Технологический процесс всегда предусматривает определенную последовательность операций с использованием определенных средств (материалов, инструментов) и условий. Технология в процессуальном смысле отвечает на вопрос: «Как сделать (из чего и какими средствами)?»

К числу существенных признаков технологии относят стандартизацию, унификацию процесса и возможность его воспроизводства применительно к заданным условиям[5].

Цель технологии заключается в том, чтобы разложить на составляющие элементы процесс достижения какого-либо результата.

Достижения научно-технического прогресса являются основой современных технологий.

Технология - по методологии ООН - делится на:

- технология в чистом виде, охватывающая методы и технику производства товаров и услуг (dissembled technology);

- воплощенная технология, охватывающая машины, оборудование сооружения, целые производственные системы и продукцию с высокими технико-экономическими параметрами (embodied technology)[6].

Если говорить о медицинской технологии, то для нее подходит определение технологии в чистом виде по методологии ООН.

Воплощенная технология в медицине – это фармпроизводство и производство медицинской техники.

Иными словами, понятие «медицинская технология» можно определить как метод применения технических средств при оказании медицинской услуги.

В законодательстве с понятием «медицинская технология» связаны

«новая медицинская технология» и «высокотехнологичная медицинская помощь»

Показателен процесс формирования словосочетания «высокотехнологичная медицинская помощь». Термином это словосочетание назвать никак нельзя, так как до настоящего времени ни на законодательном, ни на подзаконном уровне ему не дано определение.

Изначально, на основании распоряжения Президента РФ от 29

сентября 2006 г. N 220[12].

При этом в 2006 году перечень предусматривал уже 272 вида высокотехнологической медицинской помощи, финансируемой за счет федерального бюджета, а в 2008 году – только 143.

В Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан виды медицинской помощи определены только как первичная медико-

Показателен процесс формирования словосочетания «высокотехнологичная медицинская помощь». Термином это словосочетание назвать никак нельзя, так как до настоящего времени ни на законодательном, ни на подзаконном уровне ему не дано определение.

декабря 1997 г. N 536-рп[7] была разработана и принята федеральная Программа «Медицина высоких технологий» (Постановление Правительства РФ от 25 ноября 1998 г. N 1391)[8].

Программой было предусмотрено внедрение в повседневную практику головных лечебно-профилактических учреждений регионов высокотехнологичных методов диагностики и лечения;

Приказом Минздрава РФ и Российской академии медицинских наук от 14 мая 2001 г. N 147/43 «Об организации оказания высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения» был издан перечень из 111 высокотехнологичных видов медицинской помощи, финансируемых за счет федерального бюджета[9].

Через полтора года, благодаря Указу Президента Российской Федерации от 26.09.1992 г. N 1137 «О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации», эта медицинская помощь стала называться просто дорогостоящей[10].

С 2004 – дорогостоящей (высокотехнологичной) - Приказ Минздрава РФ и Российской академии медицинских наук от 19 марта 2004 г. N 125/13[11].

С 2006 года и по сей день – высокотехнологичной - Приказ Мини-

стерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 марта 2006 г. N 220[12].

Однако с 1 января 2007 года в статье 37.1 Основ раздел специализированной медицинской помощи дополнен фразой «в том числе высокотехнологичная»

Отличие этого вида медицинской помощи от просто специализированной помощи законодательством не дано. При оказании и специализированной, и высокотехнологичной медицинской помощи одинаково используются «сложные, уникальные или ресурсоемкие медицинские технологии» (статья 37.1).

Возникает закономерный вопрос – что означает в этом случае термин «высокотехнологичная медицинская помощь»? Исходя из формирования понятия на подзаконном уровне, получается, что высокотехнологичная медицинская помощь – это дорогостоящая помощь.

На сайте Совета при Президенте России по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике имеется определение – «высокотехнологичная медицинская помощь – это медицинская помощь, выполняемая с использованием сложных и уникальных медицинских технологий, основанных на современных достижениях науки и техники, высококвалифицированными медицинскими кадрами»[14].

До какой степени медицинская

технология должна быть сложной и уникальной, чтобы стать высокотехнологичной?

Если высокотехнологичная медицинская помощь оказывается высококвалифицированными специалистами, то вся остальная медицинская помощь оказывается низкоквалифицированными специалистами?

При этом не следует забывать, что на оказание высокотехнологичной медицинской помощи следует получать отдельную лицензию, выдаваемую Росздравнадзором. Хотя в каком случае необходимо получать эту лицензию, тоже не ясно.

Единого списка сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий, относящихся к высокотехнологичной медицинской помощи, нет. Имеется только список таковых, финансируемых из федерального бюджета.

Но если в 2006 году высокотехнологичных видов было определено 272[15], то в 2008 году – 143[16], а в 2009 году – 131[17]. Означает ли это, что остальные виды за 3 года перестали быть высокотехнологичными и на них не нужно теперь получать лицензию? А если завтра в список включают вид медицинской помощи, который уже оказывается в больнице, а там и не знают, что стали оказывать высокотехнологичную помощь? При этом получается, что больница ведет безлицензионную деятельность.

надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий, утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 июля 2007 г. N 488 - «к новым медицинским технологиям относятся впервые предлагаемые к использованию на территории Российской Федерации или усовершенствованные совокупности методов (приемов, способов) лечения, диагностики, профилактики, реабилитации (далее - метод), средств, с помощью которых данные методы осуществляются, а в некоторых случаях и способ получения средства, применяемого в данной технологии». [18]

То, что законом не дано определение термина «новые медицинские технологии», авторов Регламента ничуть не смутило.

В преамбуле Регламента зафиксировано, что он разработан на основании части 12 статьи 5 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, утвержденных Верховным Советом Российской Федерации 22.07.93 г. N 5487-1.

На момент принятия Регламента полномочия федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан в части 12 статьи 5 были изложены следую-

и услуг; выдача разрешений на применение новых медицинских технологий;»

Однако на тот момент одновременно действовала еще и часть 22 статьи 5 Основ:

- «выдача разрешений на применение на территориях субъектов Российской Федерации новых методов профилактики, диагностики и лечения, новых медицинских технологий». [19]

Авторы Регламента сочли нужным сослаться только на часть 12 статьи 5.

Рассматривая в этом случае технологию по методологии ООН, можно сказать, что в части 12 технология рассматривалась, как воплощенная, а в части 22 – как технология в чистом виде.

Часть 22 статьи 5 в Законе в полной мере согласовывалась с терминологией и порядком статьи 43 - «в практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке. Разрешением на тот момент считалось утверждение Минздравом методических рекомендаций и методических указаний. Никаких красивых бланков с надписью «Разрешение» не требовалось.

Получается, что изначально законодатель рассматривал новые медицинские технологии в тесной связи с производством лекарственных средств и изделий медицинского назначения (часть 12 статьи 5).

В названии 43-й статьи Основ («Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований») вообще не звучит такое понятие, как «медицинские технологии». А в тексте статьи появляется термин «медицинские технологии», но он четко отделен от понятия «методы профилактики, диагностики и лечения». С какой стати в определении, данном Регламентом, медицинская технология стала основополагающим определением?

Как вообще можно лицензировать высокотехнологичную медицинскую помощь при отсутствии определения, что это такое, при отсутствии списков этих технологий, при отсутствии понятия «медицинская технология»?

Как вообще можно лицензировать высокотехнологичную медицинскую помощь при отсутствии определения, что это такое, при отсутствии списков этих технологий, при отсутствии понятия «медицинская технология»?

Аналогично обстоит дело и с понятием «новые медицинские технологии».

Определение данному термину имеется только в Административном регламенте Федеральной службы по

щим образом:

- «подтверждение соответствия (регистрация, испытание и разрешение применения) лекарственных и дезинфекционных средств, иммунобиологических препаратов и изделий медицинского назначения, сильнодействующих и ядовитых веществ, наркотических, психотропных средств, оборотом и порядком их использования; подтверждение соответствия продукции, работ

Далее в статье 43 указано, что «не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия». В данном разделе вообще нет речи о медицинских технологиях. А ведь если исходить из определения, данного в Регламенте, методы диагностики и лечения не могут существовать отдельно от медицинской технологии. Но в законе ведь существуют. Значит, с определением в Регламенте получается что-то не так.

Если разложить по составным частям определение новых медицинских технологий, данное в Регламенте, то получается, что новые медицинские технологии это:

1. совокупности методов лечения, диагностики, профилактики, реабилитации;

2. средства для осуществления данного метода (лекарственные средства и изделия медицинского назначения – приложение 3 Регламента)

3. способ получения средства, применяемого в данной технологии

В этом случае данное определение явно противоречит понятию аппарату статьи 43 Основ. При чем здесь способ получения средства? Это производственный вопрос и никакого отношения к оказанию медицинской помощи не имеет.

Постановка термина «медицинские технологии» после термина «метод профилактики, диагностики и лечения» в статье 43 согласуется с выводом о том, что медицинская технология – этот метод применения технических средств, используемый в методах профилактики, диагностики и лечения.

В законе говорится не о «технологии медицинского процесса», а именно о «медицинской технологии».

Для примера можно привести несколько медицинских технологий, используемых в методах профилактики, диагностики и лечения:

- ультразвуковая – применяется как для диагностики (аппарат УЗИ), так и для лечения (аппарат ЭСМА

и др.);

- рентгенологическая – широко используется как для диагностики заболеваний, так и для проведения лучевой терапии;

- эндоскопическая – применяется широко как для диагностики, биопсии, так и для терапевтического и хирургического лечения заболеваний;

- лазерная – терапевтический лазер и лазерный нож широко применяются в медицине;

кером по стеклу? Какая квалификация должна быть у медицинского работника, доставляющего сданную на анализ мочу из туалета в лабораторию и каков при этом должен быть порядок передачи этой мочи на анализ от туалетного курьера фельдшеру-лаборанту?

А ведь Регламент еще требует прописать и «способ получения средства, используемого в технологии». Средство – моча, способ – свободный.

Постановка термина «медицинские технологии» после термина «метод профилактики, диагностики и лечения» в статье 43 согласуется с выводом о том, что медицинская технология – этот метод применения технических средств, используемый в методах профилактики, диагностики и лечения.

- нано и биотехнологии – расширяют возможности для постановки диагноза на клеточном и субклеточном уровне;

- клеточные технологии;

- магнитотерапия;

- озонотерапия и др.

Метод определения беременности с применением ультразвуковой технологии – это и есть действительность, которая изначально была заложена в законе и отвечает здравому смыслу.

Метод диагностики заболеваний желудка (кишечника, легких и т.д.) с применением эндоскопической технологии – разве можно возразить, что метод эндоскопии с применением эндоскопа не является медицинской технологией? А у нас сейчас любую медицинскую услугу называют медицинской технологией.

Тогда как в таком случае рассматривать, например, услугу взятия мочи на анализ? Где и кем утверждена эта медицинская технология? Где прописано оборудование для взятия анализа – эта несчастная баночка из-под майонеза? Каким разрешением прописаны параметры помещения для взятия анализа – туалет при лаборатории? Где и каким образом прописан порядок маркировки посуды для сбора предполагаемой для анализа мочи (баночек из-под майонеза) – липким пластырем или цветным мар-

Может все-таки правильнее в этом случае говорить о «медицинском технологическом процессе», а не о «медицинской технологии»?

С точки зрения Назаренко Г.И. и Осипова Г.С. «медицинский технологический процесс – это система взаимосвязанных необходимых и достаточных научно обоснованных лечебно-диагностических мероприятий, выполнение которых позволяет наиболее рациональным образом провести лечение и обеспечить достижение максимального соответствия научно прогнозируемых результатов реальным при минимизации затрат»[20]. Это определение более объективно описывает процесс, о котором все говорят, но называют по-разному.

Если рассматривать данный Административный регламент Росздравнадзора пристальней, то вопросов возникает еще больше.

Одна из административных процедур, описанных в Регламенте, предполагает «осуществление контроля за порядком проведения клинических и биомедицинских исследований новой медицинской технологии, а также ее использованием». Основанием для этой функции указаны п/п. 5.1.3.7, п. 5.8 «Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 г.

N 323»[21].

Здесь стоит вспомнить, что полномочия федеральных органов власти в Основах законодательства определены только как «выдача разрешений на применение новых медицинских технологий, включая новые методы профилактики, диагностики и лечения»[22].

Контрольные функции при выдаче разрешений на новые медицинские технологии никому не делегированы. Кроме того никакими

исследования, проводимые без участия человека в качестве субъекта»[26].

Получается, что, предполагая осуществлять контроль за биомедицинскими исследованиями новой медицинской технологией, Росздравнадзор предлагает новую медицинскую технологию, допустим «лечение пневмонии», вначале отработать без человека? Вылечим мышей, а потом уже и на человеке можно испытать. Но если это можно

использоваться без ограничений всеми лицами, осуществляющими медицинскую деятельность»[27].

Получается, что контроль за использованием медицинской технологии является двойным, так как проверяется и в ходе лицензионного контроля, и дополнительно в соответствии с Регламентом. Не слишком ли много для одного ведомства?

Самое удивительное, что заявитель новой медицинской технологии в соответствии с Регламентом (п. 3,3,3) несет ответственность за «возможные негативные последствия правильного применения новой медицинской технологии, за нарушения прав иных лиц при использовании новой медицинской технологии на территории Российской Федерации»[28].

Росздравнадзор здесь ни при чем. А какой смысл получать разрешение от власти, если оно ничего не дает, только дополнительно прибавляет забот? Ведь теперь придется бросить свою работу, чтобы следить по всей стране за правильностью применения технологии. Росздравнадзор проверяет, выявляет недостатки, а заявитель за все отвечает. Это в каком законе такой порядок прописан?

Возвращаясь к высокотехнологичной медицинской помощи хочется отметить, что Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития провела в 2007 году анализ видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств федерального бюджета, и официально разрешенных к применению медицинских технологий, соответствующих данным профилям медицинской помощи, который выявил, что более 80% видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств федерального бюджета, не имеют соответствующих разрешений на применение[29].

Кто-то запретил оказание этих видов помощи? Кто-то наказан или федеральные средства перестали выделять?

Из числа грубо нарушающих таким образом лицензионные требования и условия ни одно государственное учреждение не было привлечено

Контрольные функции при выдаче разрешений на новые медицинские технологии никому не делегированы.

законодательными или нормативными документами не определен порядок проведения клинических и биомедицинских исследований новой медицинской технологии, как и необходимость проведения данного мероприятия. Этот порядок законодательно определен только для лекарственных средств[23].

Согласно п/п. 5.1.3.7, 5.8, на который ссылаются авторы Регламента, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития осуществляет «контроль за проведением доклинических и клинических исследований лекарственных средств, а также выполнением правил лабораторной и клинической практики»[24]. О медицинских технологиях речи здесь нет.

В приказе Минздрава РФ от 19 июня 2003 г. N 266 «Об утверждении Правил клинической практики в Российской Федерации» определено, что «настоящие Правила обязательны для выполнения всеми участниками клинических исследований лекарственных средств на территории Российской Федерации»[25]. И опять ни слова о медицинских технологиях.

Кроме того, в соответствии с Национальным стандартом РФ ГОСТ Р 52379-2005 «Надлежащая клиническая практика» определение термина «доклинические исследования» звучит как «биомедицинские

предположить, допустим, для применения нового лекарственного средства при лечении пневмонии, то невозможно представить для нового метода физиотерапевтического лечения.

Так что же Росздравнадзор в этом случае будет контролировать?

Или все-таки, с точки зрения Регламента, термин «новые медицинские технологии» относится к лекарственным средствам, а не к лечебно-диагностическому процессу?

Кроме того, соблюдение лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, является одним из лицензионных требований и условий, установленных постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. N 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности». И контроль в данном случае уже осуществляет лицензирующий орган.

После выдачи разрешения медицинская технология перестает быть новой. Об этом сказано в Регламенте и дополнительно разъяснено в письме Росздравнадзора – «Разрешенная Росздравнадзором медицинская технология перестает считаться новой с момента ее официального разрешения и может

к ответственности, а федеральные средства при этом направлялись на незаконную медицинскую деятельность.

Едва ли на всю медицинскую аппаратуру, поставляемую по Национальному проекту, также имеются утвержденные медицинские технологии. Так что – в этом случае приостановить всю работу, и ждать, пока Росздравнадзор в соответствии с Регламентом по полгода, а то и более, будет проверять эффективность и безопасность закупленного по Национальному проекту оборудования?

Наличие в Федеральном законе «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 положения о выдаче разрешения на новые медицинские технологии не только препятствует внедрению достижений научно-технического прогресса в практику медицинской деятельности, но и заставляет всех при этом осуществлять незаконную деятельность.

Какие технологии являются новыми, а какие старыми? Для кого они новые?

Настолько уж и новы так называемые «новые» медицинские технологии?

«Так, например, первый известный науке опыт по искусственному оплодотворению был произведен в 1780 году в христианском монастыре аббатом Спаланцани. А фрески XV века (музей святого Марка, Флоренция, Италия) свидетельствуют, что первыми трансплантологами были Косма и Дамиан, которые изображены на них в момент приживания дьякону Юстиниану ноги недавно умершего эфиопа»[30].

Какие правовые последствия наступают при несоблюдении медицинской технологии? Ежедневно, измеряя артериальное давление пациентам, сотни тысяч врачей во всей России нарушают закон. Кто за это понес ответственность? Или следует приостановить деятельность, пока кто-то инициативный не утвердит в Росздравнадзоре медицинскую технологию «измерения артериального давления с помощью изделия медицинского назначения».

Описание ртутного сфигмоманометра Рива-Роччи было дано в

1896–1897 гг., открытие тонов сердца было сделано Коротковым в 1905 г. Но по Регламенту получается, что необходимо утвердить медицинскую технологию измерения давления с применением мембранного и электронного сфигмоманометра, ведь это аппараты, отличные от ртутного.

Кто это будет делать? Регламент не предписывает, кто должен в обязательном порядке выступить заявителем. Общая фраза – разработчик новой медицинской технологии. Тогда получается, что разработчик мембранного сфигмоманометра должен утвердить и медицинскую технологию? Но он утверждает инструкцию по пользованию прибором в установленном порядке, а что он может еще дополнительно предложить? Обязан ли он провести доклинические и клинические исследования? Вначале всем мышам перемерить давление, а потом доказать на людях, что стрелка манометра работает правильно? Да при этом указать еще и средство для получения этой технологии – металл, ткань, воздух.

Начальник Отдела регистрации медицинских технологий Росздравнадзора П.И. Пилипенко в статье «К вопросу об истории регистрации медицинских технологий на территории РФ», опубликованной в первом номере Вестника Росздравнадзора за 2008 год отмечает: «Термин

редакции без даты, а вторая редакция составлена по состоянию на 10 февраля 2001 года) является официальным документом Министерства здравоохранения Российской Федерации и представляет собой аннотированный перечень 1218 утвержденных, зарегистрированных и разрешенных к применению в медицинской практике способов профилактики, диагностики, лечения и методов организационной формы работы»[32].

Правда, непонятно, какое отношение в этом случае имеют к новым медицинским технологиям, согласно определению, данному в Административном регламенте, зарегистрированные медицинские технологии под номерами 99/40 и №2000/114 «Методика расчетов по нормированию труда в системе центров профпатологии» и «Порядок рассмотрения, утверждения и реализации научных разработок».

Государственный реестр ведется с 1995 года – Административный регламент действует с 2007 года. Какой из двух документов противоречит понятию «новые медицинские технологии»?

Кроме того, на сайте Росздравнадзора опубликован перечень новых медицинских технологий, разрешенных к применению. Так разрешение ФС – 2005/034 дано на медицинскую технологию «электроэпиляция», а разрешение

Наличие в Федеральном законе «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 положения о выдаче разрешения на новые медицинские технологии не только препятствует внедрению достижений научно-технического прогресса в практику медицинской деятельности, но и заставляет всех при этом осуществлять незаконную деятельность.

«медицинская технология» появился в 2004 г. До этого времени новые и усовершенствованные методики утверждались и вводились в медицинскую практику в виде «методических рекомендаций» и «методических указаний»[31].

Однако Государственный реестр новых медицинских технологий ведется с 1995 года и содержит методические рекомендации и методические указания по различным дисциплинам. Данный Реестр (в тре-

ФС-2005/38 – на «ручной массаж кожи волосистой части головы». Данные технологии относятся в соответствии с классификатором услуг к косметическим процедурам и не имеют никакого отношения к лечению, диагностике, профилактике, реабилитации. То есть никоим образом не могут рассматриваться как медицинские технологии, тем более новые. На эти услуги даже НДС начисляется, так как они не считаются медицинскими.

Или в этом случае вопрос рассматривается так, что если работу выполняет медицинский работник, то это и есть медицинская технология. Но даже здесь следует учесть, что электропилиция применяется в России более 30 лет и новой она являться никак не может.

В 2002 году в Методических рекомендациях N 2002/140 «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений» (утв. Минздравом РФ 20 декабря 2002 г. N 2510/224-03-34) было не просто упоминание о медицинских технологиях, но и прописаны критерии оценки медицинских технологий:

«при проведении экспертизы качества лечебно-диагностического процесса проводится оценка выполняемых медицинских технологий по таким критериям, как: результативность, адекватность, своевременность, обоснованность в медицинской документации, соответствие необходимого объема, преемственность, назначение консультаций и др., без оценки экономических затрат (экономической эффективности) и удовлетворенности пациентов».

И далее по тексту прописан порядок оформления результатов оценки – «выявленные дефекты следует записывать кратко по алгоритмам технологий: обследование, диагно-

Таким образом,

В целом, изложенное приводит к следующим обобщениям:

1. В отсутствие законодательного определения термина «медицинские технологии» и порядка разрешения медицинских технологий к применению осуществляемая деятельность Росздравнадзора по выдаче разрешений на новые медицинские технологии и контролю за соблюдением медицинских технологий в процессе медицинской деятельности не является правомерной.

2. В Федеральном законе «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. N 5487-1 необходимо исключить часть 25 статьи 5 «выдача разрешений на применение новых медицинских технологий, включая новые методы профилактики, диагностики и лечения», так как данная разрешительная политика государства не оказывает никакого влияния на качество медицинских услуг и создает только дополнительные ограничения для развития медицинской науки и внедрения достижений научно-технического прогресса в медицинскую практику.

3. Исключить из постановления Правительства РФ от 22 января 2007 г. N 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» п/п. «Е» пункта 5 – «соблюдение лицензиатом меди-

регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий подлежит отмене, так как этим приказом Росздравнадзор наделяется полномочиями, не предоставленными законодательно.

Использованные источники:

1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1.

2. <http://ru.wikipedia.org/wiki/Портал:Технология>

3. Назаренко Г.И., Осипов Г.С. Основы теории медицинских технологических процессов. Ч. 1. – М.; ФИЗМАТЛИТ, 2005 г.

4. <http://www.finam.ru/dictionary/wordf0068E00024/default.asp?n=1>

5. <http://www.oim.ru/reader@nomer=212.asp>

6. <http://ru.wikipedia.org/wiki/Технология>

7. Распоряжения Президента РФ от 29 декабря 1997 г. N 536-рп;

8. Постановление Правительства РФ от 25 ноября 1998 г. N 1391 «О федеральной целевой программе «Медицина высоких технологий»;

9. Приказ Минздрава РФ и Российской академии медицинских наук от 14 мая 2001 г. N 147/43 «Об организации оказания высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения;

10. Указ Президента РФ от 26 сентября 1992 г. N 1137 «О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации»;

11. Приказ Минздрава РФ и Российской академии медицинских наук от 19 марта 2004 г. N 125/13 «Об организации оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения, подведомственных Минздраву России и РАМН, в 2004 году

12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 марта 2006 г. N 220 «Об оказании высокотехнологичных видов медицинской помощи за счет

В отсутствие законодательного определения термина «медицинские технологии» и порядка разрешения медицинских технологий к применению осуществляемая деятельность Росздравнадзора по выдаче разрешений на новые медицинские технологии и контролю за соблюдением медицинских технологий в процессе медицинской деятельности не является правомерной.

стика, лечение, контроль лечения, реабилитация».

Непорядок с терминологией, определяющей понятие «медицинская технология» был бы не столь заметен, если бы контрольно-надзорные органы в ходе проверок не требовали от каждого лицензиата разрешение на ту или иную применяемую медицинскую технологию, не выписывали штрафы и не грозили лишением лицензии на медицинскую деятельность.

цинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации», в связи с отсутствием установленного законодательством порядка разрешения медицинских технологий к применению.

4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 июля 2007 г. N 488 « Об утверждении Административного

средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях, подведомственных Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию, Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук, во II-IV кварталах 2006 г. и I квартале 2007 г.»

13. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1. Статья 37,1;

14. <http://www.rost.ru/projects/health/p03/p31/a31.shtml>

15. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 марта 2006 г. N 220 «Об оказании высокотехнологичных видов медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях, подведомственных Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию, Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук, во II-IV кварталах 2006 г. и I квартале 2007 г.»;

16. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 августа 2008 г. N 458н «О государственном задании на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет средств федерального бюджета в 2008 г.»;

17. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2008 г. N 786н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2009 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет ассигнований федерального бюджета»;

18. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 июля 2007 г. N 488 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий»;

19. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1. Статья 5;

20. Назаренко Г.И., Осипов Г.С. Основы теории медицинских технологических процессов. Ч. 1. – М.; ФИЗМАТЛИТ, 2005 г.

21. Постановление Правительства РФ от 30 июня 2004 г. N 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития»

22. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1. Статья 5

23. Федеральный закон от 22 июня 1998 г. N 86-ФЗ «О лекарственных средствах» Ст. 36-37

24. Постановление Правительства РФ от 30 июня 2004 г. N 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития»;

25. Приказ Минздрава РФ от 19 июня 2003 г. N 266 «Об утверждении Правил клинической практики в Российской Федерации»;

26. Национальный стандарт ГОСТ Р 52379-2005 «Надлежащая клиническая практика»

(утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27 сентября 2005 г. N 232-ст);

27. Письмо Федеральной службы

по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 24 февраля 2009 г. N 01И-98/09 «О порядке применения разрешенных Росздравнадзором медицинских технологий»;

28. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 июля 2007 г. N 488 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий» п. 3,3,3;

29. П.И.Пилипенко, К вопросу об истории регистрации медицинских технологий на территории РФ, Вестник Росздравнадзора, 2008, №1

30. И.В. Силуянова. Современная медицина и православие <http://blagoslovenie.su/izdat/books/sil1/3.php>

31. П.И.Пилипенко, К вопросу об истории регистрации медицинских технологий на территории РФ, Вестник Росздравнадзора, 2008, №1

32. Государственный реестр новых медицинских технологий. Официальное издание 3 выпуск

А знаете ли Вы, что...

... сертификат специалиста врачи или провизоры, а также работники со средним медицинским или фармацевтическим образованием могут получить на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан (статья 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1).

С.В.Лазарев, эксперт Некоммерческого партнерства «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», к.м.н

С.А.Мамонтов, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ

А.В.Тихомиров, член НП ИЦ «ЮринфоЗдрав», адвокат (МОКА), д.м.н, к.ю.н.

МОСКВА, 7 августа 2009 года - РИА Новости. Студенты-медики будут получать вместе с дипломом лицензию на работу¹.

Сейчас выпускники получают сертификаты на оказание медицинской помощи в той или иной области, но без конкретизации по видам.

«Мы перестраиваем систему медицинского образования таким образом, чтобы фактически вместе с дипломом студент получал пакетную лицензию с конкретным перечнем медицинской деятельности, которую он может выполнять», - сказала Скворцова в пятницу, выступая в эфире радиостанции «Эхо Москвы».

Она отметила, что вопросы лицензирования будут решаться самыми лучшими специалистами медицинского сообщества России.

Кроме того, по словам Скворцовой, врачи-специалисты, имеющие лицензию на определенный вид деятельности, получают возможность работать в смежных областях. Например, врач-нейрохирург, пройдя соответствующий курс обучения, сможет самостоятельно проводить своим пациентам ультразвуковое исследование.

«Таким образом, мы открываем огромные возможности для профессионального совершенствования», - сказала Скворцова.

Подведомственные Минздравсоцразвития РФ вузы в этом году выпустили более 30 тысяч медиков и фармацевтов. Дипломы, в частности, получили более 13,5 тысячи врачей-специалистов, около 5 тысяч педиатров, более 1,5 тысячи санитарных врачей, около 4 тысяч стоматологов, более 3,5 тысячи провизоров и около 2 тысяч медицинских сестер с высшим образованием.

Кроме того, в 2009 году за счет средств федерального бюджета продолжают обучение в интернатуре 8,8 тысячи человек, в клинической ординатуре - 5 тысяч врачей, в аспирантуре - около 2 тысяч.

В здравоохранении лицензируется медицинская деятельность бюджетных учреждений здра-

¹ http://rian.ru/edu_news/20090807/180076914.html

ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ

Чтобы подлежать лицензированию, деятельность практических врачей должна стать предпринимательской

Ключевые слова: правовой режим лицензирования, лицензирование медицинской деятельности, деятельность практических врачей

воохранения, частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей, но не деятельность их работников – практических врачей.

Из-за этого, в частности, в здравоохранении не развивается страхование соответствующей ответственности, поскольку профессиональная ответственность медицинских работников страхованию недоступна, а гражданской ответственности они не подлежат.

Идея лицензирования деятельности практических врачей насущна, но ее реализация связана с множеством препятствий и условий, при которых это станет возможно.

До настоящего времени эта идея

не подверглась должному научному изучению и не получила необходимого научного обоснования.

В соответствии с Основами законодательства об охране здоровья граждан (далее – Основы) право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности (абз.1 ст.54).

Такая формулировка правовой

нормы порождает ряд вопросов:

- деятельность какого характера признается медицинской;
- каковы содержание и объем правомочий, составляющих право на занятие соответствующей деятельностью;
- кто является субъектом права на занятие соответствующей деятельностью.

Наряду с фармацевтической деятельностью, производством лекарственных средств и медицинской техники, деятельностью по распространению лекарственных средств и изделий медицинского назначения, техническим обслуживанием медицинской техники (за исключением случая, если указанная деятельность осуществляется для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя), деятельностью по оказанию протезно-ортопедической помощи и пр. - лицензированию подлежит, в том числе, медицинская деятельность (п.1 ст.17 Закона о лицензировании), притом что понятие медицинской деятельности этим законом не раскрывается. Не раскрыто это понятие и в Основах, устанавливающих лишь, что лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации (ст.15), и использующих по преимуществу понятие медико-социальной помощи.

Помощь – это та ценность, которую получают пациенты в результате осуществления медицинской деятельности теми, кто эту помощь оказывает. Медицинскую деятельность осуществляют врачи и другие медицинские работники. Осуществляя свою профессиональную деятельность, они получают за это заработную плату. Ее выплату осуществляет их работодатель - бюджетное учреждение здравоохранения или частная медицинская организация (или предприниматель без образования юридического лица – частнопрактикующий врач). Работодатель выплачивает зарплату работникам из соответствующих поступлений по договорам с фондами обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями или с любыми другими лицами, оплачивающими медицинскую деятельность, результатом

которой является помощь пациентам. Тем самым средства, из которых выплачивается заработная плата врачам и другим медицинским работникам, поступают к их работодателю. Деятельность работодателя имеет экономический характер: он реализует продукцию, производимую работниками, тем, кому она нужна и кто готов ее оплатить. Пациенты являются приобретателями специфической продукции медицинских организаций – медицинских услуг. Оплачи-

го законодательства. Они работают по трудовому найму: товаром является их труд, а не вещи, изделия или услуги, которые производят работники для реализации работодателем потребителям.

Профессиональная деятельность, являющаяся содержанием их трудовой деятельности, не имеет самостоятельного экономического характера: она осуществляется либо в качестве субъекта трудового права в рамках деятельности по найму работодателя,

Медицинской является равно профессиональная, трудовая и экономическая деятельность – вопрос в том, что придает ей медицинский характер и кто ее осуществляет.

вать медицинские услуги, оказываемые пациентам, могут государство, страховщик или любое иное лицо в их пользу, либо сами пациенты в свою пользу. Деятельность экономического характера регулируется нормами гражданского законодательства.

Экономического характера деятельность работодателя и профессионального характера деятельность врачей и других медицинских работников опосредуются их трудовой деятельностью. Они продают свой труд работодателю. Организуя их труд, работодатель создает продукцию, реализуемую потребителям – пациентам. Находясь в трудовых отношениях с работодателем, работники не являются участниками легальных экономических отношений с приобретателями продукции, которую создают (а если вступают, то – в нелегальные). Чтобы стать участником легальных экономических отношений и иметь право реализовывать производимую продукцию (медицинские услуги) самостоятельно, врачи и другие медицинские работники должны приобрести право на хозяйственную деятельность, т.е. иметь возможность выступать в том качестве, в котором выступает их работодатель.

Именно потому, что находятся в трудовых отношениях с работодателем, врачи и другие медицинские работники вправе на получение заработной платы, социальные льготы и выплаты, гарантированные нормами трудово-

либо в рамках хозяйственной деятельности в качестве субъекта гражданского права.

Таким образом, медицинской является равно профессиональная, трудовая и экономическая деятельность – вопрос в том, что придает ей медицинский характер и кто ее осуществляет.

В соответствии с положениями Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее – Закон о лицензировании) к лицензируемым видам деятельности относятся виды деятельности, осуществление которых может повлечь за собой нанесение ущерба правам, законным интересам, здоровью граждан ...и регулирование которых не может осуществляться иными методами, кроме как лицензированием (ст.4).

Перечень работ и услуг, в частности, по медицинской деятельности устанавливается положениями о лицензировании этого вида деятельности (п.2 ст.17 Закона о лицензировании).

Отсюда лицензируется деятельность, во-первых, экономического характера (производство и реализация товара, выполнение работ, оказание услуг); во-вторых, потенциально вредообразующая; в-третьих, если она недоступна регулированию иным образом.

Медицинская деятельность, безусловно, является потенциально вре-

дообразующей. Медицинский характер профессиональной, трудовой и экономической деятельности придает то, что она осуществляется по поводу здоровья. По поводу здоровья могут предприниматься действия как во благо, так и во вред, как препятствующие развитию патологии, так и усугубляющие ее последствия. И вредные последствия могут происходить равно от медицинской профессиональной (или, точнее, от непрофессиональной), трудовой (неправильная организация рабочего процесса) и экономической (неправильная организация производства медицинских услуг) деятельности.

При этом если медицинской является равно профессиональная, трудовая и экономическая деятельность, то лицензированию подлежит только медицинская деятельность экономического характера, но не профессиональная и не трудовая.

Равным образом, если право на занятие медицинской деятельностью имеют лица, получившие соответствующее медицинское образование, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской деятельности (абз.1 ст.54 Основ), то, учитывая различия медицинской профессиональной, трудовой и экономической деятельности, приведенная норма в полной формулировке может относиться к числу требований только к последней.

ществления носителем медицинской профессии индивидуальной экономической деятельности.

Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» установил, что вид деятельности, на осуществление которого предоставлена лицензия, может выполняться только получившим лицензию юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем (п.1 ст.7 Закона о лицензировании).

Понятно, что в силу таких различий право на занятие медицинской профессиональной, трудовой и экономической деятельностью различается содержанием и объемом правомочий.

Кроме того, поскольку право всегда сочетается с корреспондирующей обязанностью (своей и/или третьих лиц), постольку вопрос о правомочиях приобретает смысл соответствия права корреспондирующей обязанности.

Право на занятие медицинской профессиональной деятельностью возникает с момента получения индивидом возможности легально осуществлять такую деятельность. Что является основанием получения такой возможности: медицинское образование, наличие диплома, специального звания или сертификата специалиста?

За рубежом принята простая схема: выпускник медицинского учебного заведения – еще не профессионал.

и повышение уровня профессионализма – задача самого носителя медицинской профессии как условие нахождения в соответствующей организации самоуправляемого медицинского сообщества, поскольку исключение из него (disbar) повсеместно означает фактически утрату профессии (или запрет на профессию).

Следует отметить, однако, что, несмотря на различие правовых систем, организации здравоохранения и пр., экзамен на медицинскую степень повсюду проводится с учетом экономического позиционирования в профессии, а потому содержит не только вопросы по медицинской профессии, но и вопросы экономики, права и организации медицинской деятельности.

В отечественной действительности соотношение диплома о медицинском образовании, диплома о послевузовском профессиональном образовании (аспирантура, ординатура), документа о дополнительном образовании и сертификата специалиста законодательно не установлено.

Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан (абз.2 ст.54 Основ).

Следует отметить, что кроме этого – единственного – упоминания в федеральном законе без дополнительного раскрытия его правового смысла понятие сертификата специалиста не употребляется больше нигде, в том числе и в законодательстве об образовании – в качестве документа об образовании. Но если это не документ об образовании, тогда что и на каком правовом основании он подтверждает? В чем состоит правовое значение этого документа?

Сравнительный анализ конструкции корреспондирующих норм права позволяет установить смысл, который преследовался законодателем.

Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в

Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» установил, что вид деятельности, на осуществление которого предоставлена лицензия, может выполняться только получившим лицензию юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем.

Соответствующее медицинское образование, наличие диплома и специального звания, а также сертификата специалиста позволяет осуществлять медицинскую профессиональную деятельность и является достаточным условием для осуществления медицинской трудовой и экономической деятельности. Чтобы осуществлять последнюю, необходима лицензия – и для работодателя медицинского работника, и для осу-

Он должен сдать серьезный экзамен на медицинскую степень (MD), чтобы приобрести право на осуществление практической медицинской деятельности. Этот экзамен сдают либо перед государственной комиссией, либо перед организацией самоуправляемого медицинского сообщества, либо в смешанном составе. Как правило, этому предшествует серьезная подготовка (например, на знаменитых каплановских курсах в США – три года). Последующее поддержание

Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности (абз.1 ст.54). Таким образом, образовательный статус (диплом) ассоциируется со специальным званием, полученным в силу этого диплома, а также с сомнительного происхождения документом, неизвестно что подтверждающим (сертификатом) и лицензией на осуществление соответствующей деятельности.

При этом лица, получившие медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, допускаются к медицинской или фармацевтической деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях Российской Федерации в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, а также после получения лицензии на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации (абз.7 ст.54 Основ). Тем самым с правом на получение лицензии ассоциируется не образовательный статус (и специальное звание, полученное за рубежом), и уж тем более не сертификат специалиста, а экзамен.

По словарному определению экзамен – это проверочное испытание по какому-либо учебному предмету (Ушаков), испытание учащихся в их познаниях (Брокгауз и Ефрон), форма итоговой проверки знаний обучающихся, а также поступающих в учебные заведения и оканчивающих их (БСЭ).

Именно с экзаменом (или проверочным испытанием) как с подтверждением квалификации связывают допуск к практической медицинской деятельности последующие нормы права.

Врачи или провизоры, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или

на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций (абз.5 ст.54 Основ).

Работники со средним медицинским или фармацевтическим образованием, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после подтверждения своей квалификации в соответствующем

наряду с экзаменом для врачей-резидентов она проводится только соответствующими учебными заведениями, а для врачей-нерезидентов предусмотрен экзамен только в них.

Таким образом, правовое значение имеет получение (подтверждение) квалификации по профессии. Не сертификат, не процесс профессиональной подготовки или переподготовки, а именно экзамен или проверочное испытание как подтверждение квалификации связывается законом с

Правовое значение имеет получение (подтверждение) квалификации по профессии.

в учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения либо на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций (абз.6 ст.54 Основ).

По словарному определению квалификация – это степень и вид профессиональной обученности работника, наличие у него знаний, умения и навыков, необходимых для выполнения им определенной работы (БСЭ), установление степени чье-либо подготовки, годности к какому-либо виду труда (Охрана труда), профессиональная зрелость работников, их подготовленность к качественному выполнению конкретных видов работ, определяемые наличием знаний, умений, профессиональных навыков, опыта (Экономический словарь).

Обращает внимание, что закон ассоциирует процесс переподготовки врачей-резидентов с учебными заведениями, притом что экзамен (проверочное испытание) альтернативно относит к функциям профессиональных объединений медицинского сообщества (медицинских ассоциаций). Кстати, интересно, что государственным экзаменам, по университетскому уставу 1884, подвергались лица, прослушавшие установленный курс университетских лекций, в особых испытательных комиссиях, стоящих вне университетов (Брокгауз и Ефрон). Что касается подготовки,

допуском к практической медицинской деятельности. Такой допуск обеспечивает документ о прохождении соответствующего экзамена или проверочного испытания. Следовательно, не право на занятие медицинской деятельностью, а допуск к осуществлению практической медицинской деятельности (и документ, его подтверждающий) является определяющим. Только в том случае, если закон прямо определяет сертификат специалиста в качестве такого документа, он получает соответствующую правовую силу. В настоящее время силой подобного документа сертификат специалиста не обладает.

Кроме того, с учетом ведомственной тенденции, заложенной Приказом Министерства здравоохранения РФ от 27.08.99 № 337, который ввел «Номенклатуру (классификатор) специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», врачебные специальности стали подвергаться последовательному дроблению, не находящему правовых оснований. Оправдать это чрезмерное и ненужное дробление, по существу, можно только различием в образовательных документах. Иначе трудно объяснить, почему врач проработал, например, стоматологом 15 лет, а потом должен получить дополнительный образовательный документ (на 500 часов), чтобы работать

им же, но в рамках новой, более узкой специальности.

Врач становится меньше врачом, если не обладает образовательными документами сверх свидетельствующих о его врачебном образовании и статусе врача? Почему, на каком правовом основании требованиями к квалификации врача подменяются требования к его врачебному статусу и врачебной специальности? Очевидно, что позиционирование в профессии и достижения в профессии – не

нию у него этого права;

- его обязанности по этой профессии;

- обязанности по отношению к нему неопределенного круга третьих лиц.

В настоящее время эти вопросы остаются без ответа. Тем самым не только право носителя медицинской профессии, но и корреспондирующие этому праву обязанности являются формально не определенными, из-за чего правомочия всех участников общественных отношений в связи

сультациях или на консилиуме в стационаре? А как сочетается положение оперирующего врача в операционной бригаде, а равно последней – с положением анестезиологической бригады? А как сочетается положение врача с положением среднего медперсонала – своего и других отделений? А как сочетается положение семейного врача (врача общей практики) с положением врача-специалиста? А может ли семейный врач быть лечащим врачом в стационаре?

Ответы на эти вопросы, в настоящее время не имеющие законодательного закрепления, находятся не в сфере формализации медико-технологического положения врача, а в сфере установления его ответственности.

Право на занятие медицинской трудовой деятельностью возникает с момента трудового найма медицинского работника в рамках действия Трудового кодекса РФ (далее ТК).

Как известно, основными задачами трудового законодательства являются создание необходимых правовых условий для достижения оптимального согласования интересов сторон трудовых отношений, интересов государства, а также правовое регулирование трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений по (ст.1 ТК):

- организации труда и управлению трудом;
- трудоустройству у данного работодателя;
- профессиональной подготовке, переподготовке и повышению квалификации работников непосредственно у данного работодателя;
- социальному партнерству, ведению коллективных переговоров, заключению коллективных договоров и соглашений;
- участию работников и профессиональных союзов в установлении условий труда и применении трудового законодательства в предусмотренных законом случаях;
- материальной ответственности работодателей и работников в сфере труда;
- надзору и контролю (в том числе профсоюзному контролю) за соблюдением трудового законодательства (включая законодательство об охране труда);
- разрешению трудовых споров.

Врачебный статус приобретает в силу диплома об окончании соответствующего факультета медицинского вуза.

одно и то же.

Врачебный статус приобретает в силу диплома об окончании соответствующего факультета медицинского вуза. Врачебная специальность приобретает с окончанием специализации – интернатуры или ординатуры. Это тот необходимый уровень, по достижении которого врач в состоянии работать самостоятельно и которого должно быть достаточно для допуска его к работе по врачебной специальности. Дальнейшее совершенствование в специальности или расширение числа врачебных специальностей – личное дело врача. Обратное, т.е. поражение его в правах считаться врачом соответствующей специальности иначе, чем при наличии документов об усовершенствовании или тем более – о дополнительном образовании, не имеет законных оснований.

Таким образом, правовое положение носителя медицинской профессии и соответствующей специальности в настоящее время не имеет той исчерпывающей формальной определенности, которая необходима для легального позиционирования в профессии.

Отсюда возникает целый ряд вопросов, каковы корреспондирующие праву носителя медицинской профессии:

- обязанности (и ответственность) тех, кто наделяет его этим правом, точнее, кто причастен к возникнове-

с осуществлением деятельности по медицинской профессии оказываются не охваченными действием закона, а сами эти отношения – им не урегулированными настолько, насколько того требуют существующие реалии.

Помимо этого Основы, по существу, разделяют профессиональное и медико-технологическое положение врача, выделяя понятия лечащего и семейного врача.

Лечащий врач - это врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении. Лечащим врачом не может быть врач, обучающийся в высшем медицинском учебном заведении или образовательном учреждении послевузовского профессионального образования (абз.1 ст.58 Основ).

Семейный врач - это врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста. Порядок деятельности семейного врача устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации (ст.59 Основ).

А каково положение врачей в цепочке лечебного процесса? А как сочетается положение врачей разных специальностей, например, при кон-

В отношении медицинских работников трудовым законодательством введены специальные ограничения:

1. Федеральным законом может устанавливаться сокращенная продолжительность рабочего времени, в частности, для медицинских работников (ст.92 ТК).

2. Особенности работы по совместительству, в частности, для медицинских работников определяются в порядке, установленном Правительством Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений (ст.282 ТК).

3. Для медицинских работников (ст.350 ТК) устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 39 часов в неделю. В зависимости от должности и (или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников определяется Правительством Российской Федерации. Медицинским работникам организаций здравоохранения, проживающим и работающим в сельской местности и в поселках городского типа, продолжительность работы по совместительству может увеличиваться по решению Правительства Российской Федерации, принятому с учетом мнения соответствующего общероссийского профессионального союза и объединения работодателей.

4. В соответствии со статьей 55 Конституции Российской Федерации являются незаконными и не допускаются забастовки (п. «а» ст.413 ТК) в периоды введения военного или чрезвычайного положения либо особых мер в соответствии с законодательством о чрезвычайном положении, в частности, на станциях скорой и неотложной медицинской помощи.

5. Если в случае задержки выплаты заработной платы на срок более 15 дней работник имеет право, известив работодателя в письменной форме, приостановить работу на весь период до выплаты задержанной суммы, то не допускается такая приостановка работы, в частности, на станциях скорой и неотложной медицинской помощи (ст.142 ТК).

Специальным законодательством для медицинских работников введены особенности оплаты труда и компенсации (ст.64 Основ):

1. Оплата труда медицинских работников, а также научных работников и профессорско-преподавательского состава высших и средних медицинских учебных заведений, медицинских факультетов университетов производится в соответствии с их квалификацией, стажем и выполняемыми ими обязанностями, что предусматривается трудовым договором (контрактом).

2. Медицинские работники имеют право на компенсационную выплату в процентах к должностным окладам за работу с вредными, тяжелыми и опасными условиями труда, а также иные льготы, предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

3. Перечень категорий работников, имеющих право на повышение заработной платы, надбавки и доплаты к заработной плате, а также на другие виды компенсаций и льгот, устанавливается Правительством Российской Федерации по согласованию с профессиональными союзами.

4. Порядок и условия выплаты компенсаций и предоставления льгот научным работникам государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также профессорско-преподавательскому составу высших и средних медицинских учебных

в соответствии с перечнем должностей, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью работников, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

6. В случае причинения вреда здоровью медицинских работников при исполнении ими трудовых обязанностей или профессионального долга им возмещается ущерб в объеме и порядке, устанавливаемых законодательством Российской Федерации.

7. В случае гибели работников государственной и муниципальной систем здравоохранения при исполнении ими трудовых обязанностей или профессионального долга во время оказания медицинской помощи или проведения научных исследований семьям погибших выплачивается единовременное денежное пособие в размере 120 месячных должностных окладов.

8. На выпускников медицинских высших и средних учебных заведений, прибывших на работу в сельские лечебно-профилактические учреждения по направлению, распространяются порядок и условия выдачи единовременного пособия на хозяйственное обустройство, устанавливаемые для специалистов, окончивших сельскохозяйственные учебные заведения.

Трудовое положение врача в государственной и муниципальной системах здравоохранения в значительной степени определяется его медико-

Трудовое положение врача в государственной и муниципальной системах здравоохранения в значительной степени определяется его медико-организационным положением.

заведений, медицинских факультетов университетов соответствуют порядку и условиям выплаты компенсаций и предоставления льгот медицинским работникам.

5. Для медицинских работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливается обязательное государственное личное страхование на сумму в размере 120 месячных должностных окладов

организационным положением.

Именно медико-организационное положение врача в бюджетных учреждениях здравоохранения характеризует описание в законе (Основах), по существу, функциональных обязанностей лечащего врача:

1. Лечащий врач назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (его подразделения). В случае требования пациента о замене лечащего врача последний должен содей-

ствовать выбору другого врача (абз.2 ст.58 Основ).

2. Лечащий врач организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию больного или его законного представителя приглашает консультантов и организует консилиум. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением экстренных случаев, угрожающих жизни больного (абз.3 ст.58 Основ).

3. Лечащий врач единолично выдает листок нетрудоспособности сроком до 30 дней (абз.4 ст.58 Основ).

4. Лечащий врач может отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения (абз.5 ст.58 Основ).

Наряду с положением лечащего врача тут положение и должностного лица, и консультанта, и члена консилиума – и гражданско-правовые, и трудовые, и ведомственно-административные, и профессиональные отношения все-в-одном. И положение лечащего врача – в профессиональном (при наблюдении и лечении пациента), организационном

бюджетных учреждениях здравоохранения определяется ведомственным нормотворчеством.

Подзаконное ведомственное нормативное определение медико-организационного положения врача в бюджетных учреждениях здравоохранения зачастую становится барьером во взаимоотношениях лечащего врача и пациента.

Так, на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 февраля 2007 г. N 110 на лечащего врача наложен ряд ограничений при выписывании лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания.

В амбулаторно-поликлиническом звене рецепты, выписанные лечащим врачом на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Список II дополнительно подписываются главным врачом лечебно-профилактического учреждения или его заместителем (заведующим отделением) и заверяются круглой печатью лечебно-профилактического учреждения, рецепты на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Список III и иные лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету; анаболические стероиды дополнительно заверяются печатью лечебно-профилактического учреждения «Для рецептов».

основании требований приказа обязан подписывать эти рецепты.

В стационаре лечащий врач также имеет ограничения при выписке лекарственных средств. Согласование с заведующим отделением, а в экстренных случаях - с ответственным дежурным врачом или другим лицом, уполномоченным приказом главного врача лечебно-профилактического учреждения, а также с клиническим фармакологом необходимо в случаях:

а) одномоментного назначения пяти и более лекарственных препаратов одному больному;

б) назначения наркотических средств, психотропных веществ, иных лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету, анаболических гормонов;

в) необходимости назначения лекарственных средств, не входящих в территориальный перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, при нетипичном течении болезни, наличии осложнений основного заболевания и/или сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных средств, а также при непереносимости лекарственных средств, входящих в территориальный перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.

Назначение лекарственных средств в этих случаях, фиксируется в медицинских документах больного и заверяется подписью лечащего врача (дежурного врача) и заведующего отделением (ответственного дежурного врача или другого уполномоченного лица).

Назначение стационарным больным лекарственных средств, зарегистрированных в установленном порядке в Российской Федерации и разрешенных к медицинскому применению, но не входящих в стандарты медицинской помощи и территориальный перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, производится только по решению врачебной комиссии, которое фиксируется в медицинских документах больного и журнале врачебной комиссии.

Выполнение всех этих предписаний приводит к коллективной ответственности за назначение лекарственных средств пациенту. Лечащий врач

Наряду с положением лечащего врача тут положение и должностного лица, и консультанта, и члена консилиума – и гражданско-правовые, и трудовые, и ведомственно-административные, и профессиональные отношения все-в-одном.

(в части консультантов и консилиума) или должностном (при выдаче льготных рецептов и листка временной нетрудоспособности) качестве – в государственном и муниципальном здравоохранении или в частной медицине, рознится, что этими правовыми нормами не учитывается и создает проблемы как при реализации, так и при применении права.

Наряду с предусмотренным Основами, подзаконное медико-организационное положение врача в

Рецепты при выписывании лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания, отпускаемых бесплатно или со скидкой также дополнительно заверяются печатью лечебно-профилактического учреждения «Для рецептов».

При этом ответственность лечащего врача за правильность и грамотность назначения лекарственного средства перекладывается на руководителя лечебного учреждения, который на

отступает на задний план перед администрированием в процессе лечения. Основами (абз.3 ст.58 Основ) определено, что «рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом», в то время как приказом определено, что целый ряд лекарственных средств лечащий врач может назначить только после «согласования с врачом-специалистом».

В то же время приказом разрешено, что «в лечебно-профилактических учреждениях, в которых работает один врач (участковая больница, родильный дом, расположенных в сельской местности и пр.), назначение лекарственных средств в случаях, указанных выше, осуществляется лечащим врачом единолично и фиксируется в медицинских документах больного».

Означает ли это, что квалификация лечащего врача в сельской местности выше, чем в стационарах городов и ему можно доверить самостоятельное лечение пациентов, или это показатель забюрокративания процесса лечения, который ничем не оправдан? Не оправдан ни организационно, ни экономически.

Многочисленными приказами регламентировано участие лечащего врача в различных комиссиях, создаваемых в бюджетных учреждениях здравоохранения.

Это, в первую очередь, приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 сентября 2008 г. N 513н «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации», членами которой являются врачи-специалисты. Лечащий врач в рабочее время должен заниматься организационными вопросами учреждения, а не непосредственно лечебно-диагностическим процес-

сом, а пациенты за дверью его кабинета – терпеливо дожидаться своей очереди.

Множество комиссий создается для выполнения требований приказа Минздрава РФ от 12 ноября 1997 г. N 330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ». Это комиссия по приему специальных рецептурных бланков, комиссия по проверке целесообразности назначения лечащими врачами наркотических средств и психотропных веществ, комиссия по проверке хранения, учета и расходования наркотических средств и психотропных веществ, комиссия по уничтожению использованных ампул и др.

Это – малая часть тех бюрократических требований, которые отвлекают лечащего врача от непосредственной деятельности, т.е. лечебно-диагностического процесса. В бюджетных учреждениях здравоохранения все делается комиссионно, так как это размывает степень ответственности непосредственных исполнителей процесса.

Испорченные бланки уничтожают комиссионно, решение вопроса о прерывании беременности по социальным показаниям – комиссия, предоставление послеродового отпуска при осложненных родах – комиссия. И везде должен участвовать лечащий врач.

Недоверие к врачу, к его компетентности, профессионализму – основной мотив создания многочисленных комиссий. Коллективизм и коллективная ответственность за пациента, доставшиеся в наследство от советской власти, не имеют никакого отношения к деятельности лечащего врача. Остающийся наедине с пациентом, именно врач знает

и понимает, что нужно этому больному, как и чем нужно его лечить. И если он в чем-то сомневается или не хватает профессиональных знаний и опыта, он обращается к помощи консилиума. Консилиум – единственная комиссия, которая нужна и на которой должен присутствовать лечащий врач. Остальные организационные вопросы не должны его отвлекать от практической медицинской профессиональной деятельности.

Таким образом, лечащий врач в качестве звена медико-организационного процесса причастен, но отстранен от выписки рецептов (аналогично – с листками временной нетрудоспособности), встраиваясь в иерархическую цепь комиссионного размывания ответственности, в отвлечении от непосредственной практической медицинской деятельности.

В целом, положение врача не является формально определенным, чтобы различать профессиональные и трудовые последствия врачебной деятельности, а значит – ответственность за эти последствия. Профессиональное и трудовое положение врача во многом подменяется его положением медико-технологического и медико-организационного характера.

(продолжение следует)

А знаете ли Вы, что...

... врачи или провизоры, врачи или провизоры, а также работники со средним медицинским или фармацевтическим образованием не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций (статья 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1).

Вступили в силу изменения в сфере медицинских услуг¹.

Новый порядок предусматривает снизить пациентский взнос при посещении специалиста в поликлинике (амбулаторное лечение) с 5 до 3 латов. В свою очередь, за каждый проведенный в больнице день — начиная со второго — придется платить уже не 12 латов, а 9,50 лата.

Уточнены также условия, когда пациент получает услуги в приемном отделении больниц. Они предусматривают, что если пациент обращается в приемное отделение по своей инициативе и его не оставляют в больнице на лечение, но у пациента травма, резкое ухудшение самочувствия или обострение хронического заболевания, требующее немедленного вмешательства врача, то оказанные амбулаторные услуги оплачивает государство.

В свою очередь, если у пациента не констатированы вышеупомянутые недуги, то он платит за оказанные услуги из своего кармана согласно прейскуранту больницы.

Уточнен и перечень услуг, оказываемых в травматологическом пункте, предусматривающих, что помощь специалиста (например, травматолога или хирурга) будет оказана не только в случае получения травмы, но и в случаях, когда недоступны услуги семейного или дежурного врача.

«Больницы часто жалуются на то, что особенно в пятницу вечером и в выходные наблюдается наплыв клиентов. Это касается не только травматологических пунктов. Например, если у ребенка неожиданно заболел живот, вызывать скорую все же нецелесообразно — а семейный врач доступен. В этом случае может помочь другой специалист. То есть изменения направлены на то, чтобы сделать услуги специалистов более доступными для населения», — пояснила Телеграфу.lv представительница Министерства здравоохранения Эгита Поле.

Оценив ситуацию, Министерство здравоохранения приняло решение не оплачивать из бюджетных средств определенные услуги начиная с 1 января 2010 года.

Из бюджетных средств Минздрав перестанет оплачивать, например,

диагностику для определения причин бесплодия, коррекцию врожденных аномалий половых органов, кроме того, перестанут оплачиваться отдельные услуги в хирургии и ортопедии.

Вместе с этими изменениями Минздрав планирует перераспределить пропорции финансирования для амбулаторной, стационарной и неотложной медпомощи, изменить порядок финансирования, а также уменьшить взнос пациента за визит к специалисту и за лечение в стационаре.

Предусмотрено, что за визит семейного врача на дом во время эпидемии гриппа больной гриппом заплатит 2 лата.

В Латвии больше нельзя будет застраховать здоровье в индивидуальном порядке².

Единственной страховой компанией, которая до сих пор предлагала медицинское страхование лиц (пенсионеров, студентов, безработных), полисы которым не покупал работодатель — это Рижская больничная касса (R gas slimokase). Учитывая финансовые трудности компании и возможную ликвидацию, в этом году, услуга индивидуального страхования здоровья больше предложена не будет. Освободившуюся нишу не горят желанием занять другие компании, уж больно она финансово не выгодна.

Опрос страховщиков, проведенных изданием Neatkrāj, показал, что частное страхование не предлагают и не хотят этим заниматься ни Ergo, ни Balta, ни БТА, ни Seesam, ни If. Единственная компания, которая утверждает, что планирует ввести медицинское страхование физических лиц — это страховое акционерное общество Balva, правда в ней не смогли назвать ни цену потенциальных полисов, ни спектр погашаемых услуг.

Если учесть, как дорожает здравоохранение, добровольное страхование жителей стало бы хорошим подспорьем. До сих пор треть издержек на лечение ложились на плечи либо пациента, либо страховой компании. По данным Министерства здравоохранения за предыдущие два года доля частного

финансирования составила 36,8%. Кроме того, отраслевые эксперты считают, что в настоящее время она может быть выше, потому что ситуация изменилась и снизился бюджет здравоохранения в целом.

Тем не менее, компании пояснили, что они не заинтересованы в предоставлении медицинского страхования физическим лицам, потому что люди покупают полисы только перед запланированной медицинской манипуляцией — операцией или обследованием, а не просто так. Это не позволяет страховщикам зарабатывать прибыль за счет людей, которые не используют купленные полисы вообще, как бывает с юридическими клиентами. Таким образом, большинство из них предлагают только страхование юридическим лицам. Это означает, что полис можно купить только команде, обычно не менее десяти человек.

Министерство здравоохранения не вмешивается в ситуацию, утверждая, что это частный бизнес. Тем более, что речь идет о добровольном страховании. «Минздрав не может диктовать частным компаниям, какие услуги предлагать. Потому что в таком случае нельзя говорить о добровольном страховании», — уверен пресс-секретарь Минздрава Оскар Шнейдерс. Но министерство понимает, почему этот бизнес для частных не выгоден.

Поэтому Минздрав сделал шаг, чтобы сделать медицинские услуги более доступными, с 1 января 2010 года сократив пациентский взнос за визит к врачу-специалисту с 5 до 3 латов и за стационарное лечение с 12 до 9,5 лата. Уже с 1 октября малоимущие освобождены от всяких взносов вообще. Также продолжаются переговоры со Всемирным банком о возможности расширить спектр медицинских услуг, которые бы оплачивались государством в рамках реализации проекта так называемой «социальной подушки безопасности».

Возможно, в будущем будут и другие существенные изменения в системе финансирования здравоохранения, поскольку по поручению премьера Валдиса Домбровскиса разработан национальный

¹ <http://www.telegraf.lv/news/vstupili-v-silu-izmeneniya-v-sfere-meditsinskih-uslug>

² <http://www.telegraf.lv/news/individualynozastrahovat-zdorovye-bolyshe-nelyza>

план медицинского страхования. По плану, доступность медуслуг будет зависеть от выплат по подоходному налогу с населения. Больше заплатил – большей скидкой на лечение можешь воспользоваться. Тем, кто неоправданно налоги не платил, в помощи за госсчет будет отказано. Если бы данную систему ввели уже сейчас, то без медицинской помощи остались бы 200 000 человек. Правда, в неотложной помощи не откажут никому, даже злым неплательщикам.

Госконтроль: Больницы рас- транжирили почти 3 миллиона латов³

Государственный контроль завершил большую ревизию в ряде крупнейших больниц Риги. Проверка шла по основному направлению – как используются бюджетные средства в здравоохранении.

Как рассказала глава Госконтроля Ингуна Судраба в эфире передачи «Разворот» на радио Baltkom 93,9, несмотря на кризис и режим экономии, во всех проверяемых медицинских учреждениях обнаружены финансовые нарушения.

«Мы проверили, насколько экономно и эффективно тратятся деньги, в основном на административные расходы, а также как отдается выполнение части медицинских услуг частным структурам, проверяли также, как тратятся деньги, которые взяты как кредит с государственными поручительством. И наши выводы такие, к сожалению, что довольно большая часть этих средств тратится неэкономно, неэффективно», - отметила Судраба.

Как рассказала глава государственного контроля, ревизия охватывала период за весь 2008 год и первые четыре месяца 2009 года. «Мы проверили Рижский университет Страдыня, Клиническую университетскую больницу имени Паула Страдыня, Восточную клиническую университетскую больницу и Рижский центр психиатрии и наркологии. И в этих четырех учреждениях обнаружили почти 2,8 миллиона латов, которые, как мы считаем, были нецелесообразно, незаконно потраченными средствами. Мы считаем такие действия больниц

³ <http://www.mixnews.lv/ru/society/news/2010-01-05/34258>

необоснованными», - заключила Судраба

По словам государственного контролера, одним из самых распространенных нарушений является передача больницами части медицинских услуг коммерческим организациям. Причем, как правило, в этих организациях работают те же медики, что и в больнице. А, кроме того, частные услуги оказываются в помещениях клиник, которые арендованы своими же сотрудниками практически бесплатно.

В то время, когда бюджеты многих больниц сокращены до предела, махинации с денежными средствами продолжаются. Вот только один пример нарушений, о котором в передаче «Разворот» на радио Baltkom 93,9 рассказала глава Госконтроля Ингуна Судраба:

«К примеру, университет им.Страдыня. У них есть договора с частной компанией Ramats, которая выполняет строительные и ремонтные работы. В то же время университет заключает индивидуальные договоры с 12 сотрудниками этого же предприятия, о том, что они (а туда входят и секретарь, и технический директор) сделали ремонт в общежитии. Смета предусматривает, что в виде общего оклада будет заплачено чуть больше 15 тысяч латов.

Также мы посмотрели, сколько получили эти 12 сотрудников частной компании по их договорам от университета. Оказалось, что суммы составляет 64 тысячи латов, включая налоги. Один вопрос: как можно заключать договора с сотрудниками компании, которая, как компания, уже работает в университете? И второе, за что было заплачено по индивидуальным договорам, если смета предусматривает сама по себе сумму за эти работы в четыре раза меньшую, чем было потом выплачено? А, кроме того, интересно, как люди без специального строительного образования (секретарь, технический директор и другие) практически делали ремонт общежития?» - рассказала Судраба, добавив, что материалы по этому случаю уже переданы в прокуратуру.

По словам Ингуны Судрабы, в ряде больниц организованы специальные общества с ограниченной ответственностью, которым переда-

ны права на оказание определенных услуг. Однако при проверке выяснилось, что в этих частных структурах работают сотрудники тех же больниц, получая таким образом зарплату дважды – и в клинике, и в созданном предприятии.

Минздрав хочет отменить рентген?⁴

Минздрав опровергает информацию, что рентгенологические исследования уже исключены из корзины оплачиваемых государством услуг здравоохранения. Введение этой нормы отложено до 1 марта.

Министерство, выслушав отраслевых специалистов, решило вопрос рассмотреть повторно.

Оценивая возможности бюджета и спектр оплачиваемых государством услуг в 2010 году, специалисты предложили не оплачивать неэффективные услуги.

Рентгенологические снимки изначально планировалось не оплачивать как недостаточно информативный и лишний материал исследований при определенной группе заболеваний, а также чтобы предотвратить дублирование из-за недоступности в первичном здравоохранении аппаратов более высокого качества обследования. Во многих случаях после рентгена людям все равно приходится делать компьютерную томографию или магнитный резонанс. Поэтому использование рентгена не обосновано ни с медицинской, ни с экономической точки зрения.

Минздрав также не понимает ажиотажа медучреждений в связи с решением принять такого рода урезания, тем более что в момент общественного обсуждения данного вопроса против нормы не высказались ни профессиональные организации, ни медучреждения.

Рижский центр психиатрии и наркологии решил заработать, разместив депозитный вклад в одном из частных банков⁵.

Согласно информации, размещенной на сайте Бюро по надзору за закупками, Рижский центр психиатрии и наркологии объявил конкурс

⁴ <http://www.telegraf.lv/news/minzdrav-hochet-otmenity-rentgen>

⁵ <http://www.telegraf.lv/news/kuda-na-samom-dele-uhodyat-denygi-iz-mediciny>

на размещение вклада.

Размер этого вклада не оглашается, однако процедура будет ускоренной – подать заявки банки могут до 25 января. В пояснении медучреждение указало на причину спешки: срок действия предыдущего депозита истекает 2 февраля этого года.

Телеграф решил выяснить происхождение «свободных» денежных средств, которые можно было бы заморозить в банке в условиях острой нехватки средств в сфере здравоохранения.

Как пояснила нам главный бухгалтер медучреждения Ингрида Сухаржевска, деньги пришли из другого кредитного учреждения.

«Мы получили гарантированный государством кредит в размере 5,5 миллиона латов, – рассказывает собеседница Телеграфа. – Процентная ставка составляет 0,34% плюс

EURIBOR, на полгода получается 1,33%, или 7 867 985 евро. А для того чтобы заработать на проценты, мы решили положить часть полученных денег на депозит – на три месяца. Срок его скоро истекает, но процентная ставка в одном из банков составила 14,9%».

Теперь центр психиатрии решил заработать на гарантированном кредите еще больше, объявив конкурс на размещение вклада сроком на год.

Медицина должна вернуть все средства за лечение пострадавших и застрахованных больных.⁶

Министр здравоохранения Байба Розентале создала рабочую группу, которая должна изыскать возможности ещё большей экономии в административных счетах, а также

⁶ <http://www.reitingi.lv/ru/news/veseliba/18823.html>

найти дополнительные средства вне системы бывшего здравоохранения.

По словам министра, экспертам необходимо найти возможности снизить расходы, не касаясь интересов пациентов, например, делая централизованные закупки.

На сегодняшний день использован ещё не весь потенциал средств, который государство может выделить за оказание помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях или от преступной деятельности.

Некоторым пациентам после оказания неотложной помощи потом требуется реабилитация. Эти средства необходимо вернуть в полном размере и направить на лечение.

А знаете ли Вы, что...

... жилое помещение можно использовать в предпринимательских целях без получения какого-либо специального разрешения.

Законодатель разрешает использование жилого помещения для осуществления профессиональной деятельности или индивидуальной предпринимательской деятельности (пункт 2 статьи 17 Жилищный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 2004 г. N 188-ФЗ).

Она допускается, если гражданин проживает в нем на законных основаниях, то есть является его собственником (нанимателем) или членом семьи собственника (нанимателя). В этом помещении он должен быть зарегистрирован. Например, адвокат может устроить в одной из комнат квартиры, в которой проживает, свой кабинет. Предприниматель, занимающийся пошивом одежды, может изготавливать ее на дому по индивидуальному заказу граждан.

При осуществлении гражданами такой деятельности предъявляются требования о недопустимости нарушений прав и законных интересов других граждан. В жилых помещениях, где будут заниматься профессиональной и индивидуальной предпринимательской деятельностью, должны соблюдаться санитарные, технические и противопожарные нормы.

Критериями пределов такой деятельности являются: соблюдение прав и интересов соседей; выполнение требований по пользованию коммунальными инженерными сетями и оборудованием в соответствии с техническими параметрами здания, по уровню шума, излучения и др.

А знаете ли Вы, что...

...конкуренция - соперничество хозяйствующих субъектов, при котором самостоятельными действиями каждого из них исключается или ограничивается возможность каждого из них в одностороннем порядке воздействовать на общие условия обращения товаров на соответствующем товарном рынке

ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ К ПУБЛИКАЦИИ

1. Общие требования к предоставляемым материалам:

1.1. Статья должна соответствовать профилю и уровню научных публикаций журнала.

1.2. Язык публикуемых статей – русский.

1.3. Объем статьи не лимитируется (статьи объемом более 30000 знаков публикуются частями в последовательных номерах).

1.4. Статьи публикуются в порядке очередности их представления. В случае если автор является подписчиком журнала, представляемая им статья имеет приоритет в сроках публикации.

1.5. Статьи публикуются при положительном решении редакции о публикации. В случае отказа автору направляется мотивированный отказ.

1.6. К рассмотрению принимаются статьи, направленные в редакцию:

- на электронном носителе (дискета, CD, DVD, флешдиск);

- посредством электронной почты на адрес издательства jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru.

Представление статьи на бумажном носителе не обязательно.

1.7. Статья представляется в виде одного файла. Формат файла MS Word или rtf. Желательно использование популярных шрифтов (Times New Roman, Arial и т.д.), размер шрифта на усмотрение автора. Межстрочный интервал – полуторный. Таблицы оформляются средствами MS Word непосредственно в статье. Рисунки, фотографии, любые иные графические материалы, используемые в статье, представляются каждый в отдельном файле (наименование файла соответствует ссылке на него в статье). Название графического материала приводится в ссылке на этот материал. Нумерация графических материалов производится арабскими цифрами. Графические материалы печатаются в черно-белом исполнении вне зависимости от формата их представления в цвете или нет.

1.8. Минимальные требования к содержанию файла:

1 страница – титульный лист, содержащий, наименование статьи (прописными (большими) символами), ФИО автора(ов), его (их) ученые степени, звания, контактная информация (телефон, адрес электронной почты)

2 страница и последующие – текст статьи

1.9. Авторы статей несут ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не всегда разделяет мнения авторов и не несет ответственности за недостоверность публикуемых данных.

Редакция журнала не несет никакой ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

Редакция вправе изъять уже опубликованную статью, если выяснится, что в процессе публикации статьи были нарушены чьи-либо права или общепринятые нормы научной этики.

О факте изъятия статьи редакция сообщает автору, который представил статью, рецензенту и организации, где работа выполнялась.

Статьи и предоставленные CD-диски, другие материалы не возвращаются.

1.10. Плата за публикацию рукописей не взимается. Авторские гонорары также не выплачиваются. Рекламные материалы (включая скрытую рекламу) публикуются только за установленную плату и лишь в случае соответствия редакционной политике.

2. Требования к научным статьям

2.1. Научные статьи подлежат независимой экспертизе (рецензированию). Рецензенты – доктора или кандидаты наук.

2.2. Титульный лист научной статьи должен содержать (обязательны все элементы, перечисленные ниже):

1) ФИО автора(ов), ученые степени, звания, должность и место работы, контактная информация (почтовый адрес с индексом, телефон, адрес электронной почты) – если авторов несколько, указывается информация по каждому автору

2) Наименование статьи (прописными знаками)

3) Краткую аннотацию статьи (на русском и английском языках)

4) Перечень ключевых слов (на русском и английском языках)

2.3. В конце статьи обязателен библиографический список использованных в статье материалов. Оформление библиографического списка должно соответствовать ГОСТ 7.0.5-2008. «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления».



Ануфриев Сергей Анатольевич, исполнительный директор НП «Единая медицина», к.м.н.
Координаты для связи:
тел. 8-812-336-30-63
моб.8-812-999-03-90
Skype: A9990390
e-mail: an812@mail.ru,
sa@anoufriev.ru



Лазарев Сергей Владимирович, эксперт Некоммерческого партнерства «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», кандидат медицинских наук
Координаты для связи:
тел. 8-916-611-22-02
e-mail: selasik@mail.ru



Леонтьев Олег Валентинович, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)
Координаты для связи:
тел. 8-904-455-47-41
E-mail: lov63@inbox.ru



Мирсаяфов Дмитрий Сергеевич, Председатель Совета директоров группы компаний «Доктор Линз», член правления НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник»
Координаты для связи:
тел.8-903-108-68-84
e-mail: cels@ncport.ru



Мамонтов Сергей Александрович, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ
Координаты для связи:
тел.8-915-251-68-54
email: mamontov_serg@bk.ru



Мисюлин Сергей Сергеевич, президент Некоммерческого партнерства «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», генеральный директор сети центров косметологии «Реднор», к.м.н.
Координаты для связи:
тел. 8-916-676-63-83
e-mail: privatmed@mail.ru



Тихомиров Алексей Владимирович, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», адвокат (Московская областная коллегия адвокатов), доктор медицинских наук, кандидат юридических наук
Координаты для связи:
127254, г. Москва,
ул.Добролюбова, д.16,
к.2, тел.(495) 618-00-81

РЕДАКЦИЯ

ТИХОМИРОВ Алексей Владимирович - главный редактор
ИВАНОВ Алексей Викторович - выпускающий редактор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

ЛЕОНТЬЕВ Олег Валентинович, Санкт-Петербург
ПАНОВ Алексей Валентинович, Омск
РОДИН Олег Владимирович, Москва

ДИЗАЙН

АФОНИН Юрий Иванович

Воспроизведение текстов и фотографий в любом виде, на любом носителе и на любом языке, полностью или частично, в том числе в электронных базах и в электронных СМИ, без разрешения редакции не допускается и преследуется в порядке, предусмотренном законом.

За содержание рекламных объявлений редакция ответственности не несет.

УЧРЕДИТЕЛЬ

Некоммерческое партнерство Информационно-правовой центр «ЮрИнфоЗдрав»

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Регистрационное свидетельство ПИ №77-16321 от 29.08.2003 г.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

127254, Москва, ул. Добролюбова, д.16, к.2
Тел./факс: (495) 618-00-81.
E-mail: jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru.

Тираж 2000 экземпляров.