

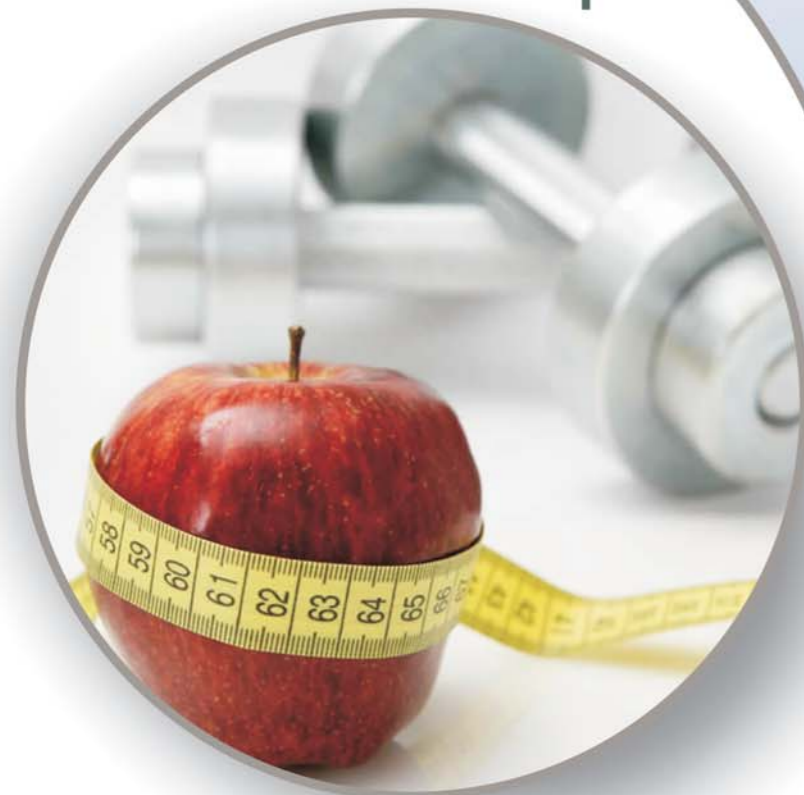
16-я международная специализированная выставка

ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ.



Казань
2011

12-14
октября



www.volgazdravexpo.ru

ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР
ISO - 9001



КАЗАНСКАЯ
ЯРМАРКА

420059, Республика Татарстан
г. Казань, Оренбургский тракт, 8
Тел.: (843) 570-51-11 (круглосуточный),
570-51-16, факс: (843) 570-51-23
E-mail: pdv@expokazan.ru

ISSN 2077-0502

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ:

03/2011

ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

Гуманизация здравоохранения

Врачебные ошибки

Десталинизация здравоохранения



О Т П РЕ Д Д А К Ц И И

Предлетний период ознаменовался громкими скандалами вокруг отраслевого ведомства и борьбой за пресловутый законопроект об основах охраны здоровья граждан.

Допущенное Премьером обличительное выступление доктора Рошаля и челобитная работников Минздравсоцразвития, не завершившаяся эпопея с томографами, паралич лекарственного обеспечения в регионах, скандальные тендеры министерства сначала с сайтом, затем с кабинетной мебелью на фоне разоблачительных изысканий в блогосфере о бизнес-интересах топ-бюрократии в отрасли – все это достаточно для отставки министра и снятия с должностей аффилированных лиц повсеместно, только не в России, не в социальном ведомстве и не применительно к конкретным персоналиям. И тем не менее в Интернете назывались вероятные даты и возможные преемники.

Однако негативной логике смены министра так и не было противопоставлено позитивной логике концепции развития социальной сферы. Обещанное Премьером широкое обсуждение на деле оказалось сведено к заведомо ангажированным мероприятиям на немногочисленных площадках, в том числе в Общественной палате, и быстро переместилось в Госдуму.

Несмотря на то, что широкая общественность – от Пироговского движения до Союза пациентских организаций – оказалась солидарна в требованиях отзыва законопроекта в отсутствие сформулированной концепции развития здравоохранения, он все-таки поступил в Думу на рассмотрение.

Государство и страна, власть и общество дальше больше отдаляются друг от друга. Власть оуклилась, не допуская притока свежих сил. Тем самым сошел на нет рост интеллектуального ресурса. Бюрократию сейчас интересуют только быстрые, простые рецепты, как разрешать новые проблемы. Об устранении застарелых системных препятствий нет и речи. Поэтому такие препятствия умножаются, новые проблемы плодятся невиданными темпами. Возник паралич здравого смысла и эффективности власти. Жизнь в стране стала складываться помимо «вертикали безвластия».

Атомизация общества приблизилась к своему пределу. Это не помешало обществу сохранять здравомыслие, хотя бы – в условиях широкой криминализации – и с примесью жизни по понятиям.

Появились первые признаки объединения «снизу», и Пироговское движение – тому пример. На этом фоне возникла альтернативная идея объединения «сверху» – в Общероссийский народный фронт. При сильной власти, возможно, это было бы продуктивно, но в период безвременья, когда общество в действительности предоставлено само себе, едва ли объединение «сверху» на деле сблизит государство и страну, власть и общество.

Власть продолжает принимать законы, а общество – руководствоваться здравым смыслом. Проводником здравого смысла выступают объединенные общественные группы. Не исключение – и сфера охраны здоровья.

Мы находимся сейчас на стартовой площадке обширного социального действия, которое развернется осенью, подстегиваемое начинающейся электоральной гонкой.

Мы продолжаем информировать об этом наших читателей. Мы работаем для вас!

**Главный редактор
Алексей Тихомиров**

А Н О Н С

В следующих номерах:

**Реинституционализация
здравоохранения**

Анализ медицинского рынка

Роль медицинского сообщества

**Точки согласия
в реформе здравоохранения**

СМИ в здравоохранении

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ:

03/2011

ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

СОДЕРЖАНИЕ

ПОЧТИ ОФИЦИАЛЬНО

А.В.Тихомиров
ГУМАНИТАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3

ДИСКУССИЯ

Г.А.Комаров
ПРИЗНАНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ВРАЧЕБНЫХ И СИСТЕМНЫХ ОШИБОК

6

ОБЗОР

Е.Х.Баринов
УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОГО ПОСОБИЯ
И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

12

А.В.Панов, А.А.Карпенко
РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕЛИКОБРИТАНИИ

17

А.С.Акопян
МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК РЕСУРС
ДЕСТАЛИНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

25

ПРОЦЕСС

А.В.Панов. С.Ю.Максимов
ПРИГОВОР ВСТУПИЛ В СИЛУ, А МОГЛО БЫТЬ ИНАЧЕ

43

25–27 мая 2011 г. прошел ежегодный **IV Петербургский медицинский форум**. Отличительной чертой этого форума является конструктивный характер дискуссий, участие в которых принимают как предприниматели, так и представители государственных учреждений здравоохранения.

Именно на этом форуме в 2009 году было предложено развивать саморегулирование в здравоохранении, как один из способов борьбы с административными барьерами и повышения качества оказываемых услуг.

На сегодняшнем форуме была поддержана всеми идея, выдвинутая Национальным союзом Региональных Объединений частной системы здравоохранения - разделение правовой ответственности врачей и хозяйствующих субъектов.

Руководитель Национального Союза Сергей Мисюлин в своём выступлении поднял вопрос о разделении правовой ответственности хозяйствующих субъектов и врачей. Он подчеркнул, что за деятельность врача при оказании медицинской помощи должен нести ответственность сам врач и врачебное профессиональное сообщество. Руководитель организации при этом обязан обеспечить условия для нормальной работы врача и нести ответственность именно за создание условий, в которых оказывается медицинская помощь пациенту.

С докладом «Роль самоуправления врачей в развитии системы здравоохранения в Российской Федерации» выступил генеральный секретарь Российского медицинского общества Леонид Михайлов. Обобщив международный опыт, докладчик наглядно показал роль корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельностью вра-

чей в развитии здравоохранения России. Михайлов Л.А. подчеркнул, что врачи могут стать субъектами права в российской системе здравоохранения только через создание национального медицинского общества.

Для присутствующих выступление Михайлова стало настоящим открытием. Было задано много вопросов по существу доклада, что показало заинтересованность врачебного сообщества к поднятой теме.

Президент Национальной медицинской палаты, директор московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии профессор Леонид Рошаль в своём выступлении говорил о необходимости повышения профессионализма врачей и ответственности врачебного сообщества за развитие здравоохранения в России.

Вице-президент некоммерческого партнёрства «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник» Сергей Лазарев выступил с анализом нового Закона о лицензировании. В его выступлении аргументировано и убедительно были показаны положительные и отрицательные стороны нового Закона для предпринимателей. Особое внимание было уделено анализу административных барьеров и коррупционных факторов, которые присутствуют в документе.

С анализом закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» выступила доцент кафедры коммерческого права СПбГУ, эксперт по вопросам страхования в Высшем Арбитражном Суде РФ, официальный эксперт Конституционного Суда РФ Наталья Ковалевская. Она доходчиво и на примерах объяснила особенности отдельных положений закона и значение его для практического здравоохранения.

Начальник отдела по работе с гражданами территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга Геннадий Лопатенков рассказал о практике применения закона «Об обязательном медицинском страховании» в Санкт-Петербурге. Отдельно он остановился на положениях закона, которые невозможно выполнить в настоящее время ввиду отсутствия подзаконной нормативно-правовой базы.

Тимофей Нижегородцев, начальник управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы РФ рассказал о работе, проводимой ФАС по устранению административных барьеров для малого и среднего бизнеса в здравоохранении. Акцент был сделан на равенстве государственной и частной систем здравоохранения на рынке медицинских услуг.

Отличительная черта всех выступлений, прозвучавших на форуме, это актуальность поднимаемых проблем. Предлагаемые решения проблем никого не оставили равнодушными.

Руководитель Национального Союза Сергей Мисюлин, выступая перед собравшимися, спросил у присутствующих главных врачей государственных и частных организаций об их отношении к идее объединения врачей в единое национальное медицинское общество и разделение при этом правовой ответственности хозяйствующих субъектов и врачей. Ответом было единодушное одобрение.

Прошедший IV Петербургский медицинский форум ещё раз показал, что важно не только поднимать вопросы, волнующие медицинское сообщество, но нужно при этом ещё и показывать пути решения тех или иных проблем здравоохранения.

Социальное государство, как известно, берет на себя в объеме, соответствующем его возможностям, обеспечение определенного уровня жизни своих граждан, удовлетворение их материальных и духовных потребностей. Это означает, что государство в пределах своих возможностей обеспечивает не равенство в распределении благ, как сейчас, а справедливость в их получении в зависимости от индивидуальной нуждаемости. Это означает также, что государство обеспечивает справедливое удовлетворение потребностей одних не за счет равенства в бедности других, как сейчас, а за счет эффективной социальной отдачи от вложений в экономику социальной сферы.

Здравоохранение существует для людей – для тех, кого врачуют, и тех, кто врачует. Социальный результат – здоровье – нужен первым, и для его достижения соответствующая деятельность осуществляется вторыми. В этом ракурсе, очевидно, единственно и можно рассматривать проблематику модернизации и постмодернизационного функционирования и развития здравоохранения.

О каком здоровом образе жизни всерьез можно говорить, когда практическая медицина не мотивирована даже лечить? О каком лечении можно говорить, если вместо этого врач вынужден заниматься писательством отчетов? О каком финансировании отрасли можно говорить, если врач – нищ, а пациент вынужден содержать здравоохранение вторым-третьим бюджетом, докупая нужное и приплачивая врачу?

Следовательно, только в том случае модернизация здравоохранения достигнет цели, если врачи будут заниматься своим хорошо оплачиваемым делом, и пациенты будут заниматься своим здоровьем

¹ Доклад на Второй Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы новой здравоохранительной политики (НЗП), общественного здоровья и здорового образа жизни в условиях системной модернизации отечественной экономики» прошла 19-20 апреля 2011 года на площадке Общественной Палаты РФ.

ГУМАНИТАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ¹

Показано, что без постановки человека в центр реформы здравоохранения она окажется несостоятельной

Ключевые слова: гуманитарные проблемы, здравоохранение, реформа

безотносительно дороговизны медицины. Зарубежный опыт показывает, что это – возможно.

В том и состоит суть социальной политики государства в сфере охраны здоровья, чтобы повернуть существующие бездушные механизмы организации и финансирования здравоохранения лицом к людям.

В настоящее время эти механизмы повернуты исключительно лицом к государству, бюрократии, казне. Чиновник в скверно работающей системе бюджетного распределения волен и себя не обидеть, и скупыми щедротами государства распорядиться по своему усмотрению, и врачам скудный корм задать, и пациентам барственно отказать. Потому что здравоохранение у нас складывается в государстве, в бюджетной сфере.

Но ведь болеют-то – люди, а не государство. И лечат их тоже – люди, а не государство. И люди лечат людей не в государстве, а в обществе. Государство же призвано оплачивать услуги тех, кто

лечит, в пользу тех, кого лечат. У нас же оказание и оплата медицинских услуг происходит в государстве, а их получение пациентами – в обществе.

Почему так происходит? Потому что между медиками и пациентами существует посреднический механизм отраслевого ведомства – крайне прожорливый в свою пользу и крайне неэффективный для тех и других. В рамках бюджетно-учрежденческой организации здравоохранения он объединяет и институты управления, и институты квази-финансирования отрасли, и институты квази-поставщиков медицинских услуг. Средства государственного финансирования осваиваются органами и учреждениями здравоохранения в замкнутом круге бюджетного распределения, к которому непричастны ни те, кого лечат, ни те, кто лечит, по принципу «Бери, что дают!».

Но ведь социальный результат создается не от финансирования органов и учреждений здравоохранения, а от практической деятель-

ности, имеющей экономический характер реализации создаваемой ценности – товаров, работ, услуг медицинского назначения.

Именно социальный результат создается частной медициной, причем – в отсутствие органов управления здравоохранением, учреждений здравоохранения и даже финансовых структур.

Следовательно, социальный результат не является прерогативой ведомственной организации здравоохранения, как не является противопоставлением частной медицине. Более того, парадокс заключается в том, что подведомственное здравоохранение ориентировано не на достижение социального результата, а на освоение бюджетных средств под всего лишь обоснование достижения такого результата. Социальный результат в подведомственном здравоохранении получается как побочный продукт освоения бюджетных средств учреждениями здравоохранения, для которых пациенты – не более чем единицы финансового учета.

Ав частной медицине социальный результат является прямым – хотя бы и не прямо-пропорциональным – следствием экономической деятельности. Именно этим частная медицина отличается от реального сектора экономики, который принимает участие в создании социального результата опосредованно – через налоги. И частная медицина подвержена укорам лишь в том, что, не имея своих финансовых институтов, как в подведомственном здравоохранении, существует за счет прямых, а не опосредованных государством платежей.

Тот факт, что социальный результат является следствием экономической деятельности, а не финансирования органов и учреждений здравоохранения, приводит к пониманию того, что доля здравоохранения в ВВП определяется не объемом вложений, а величиной совокупного оборота продукта экономической деятельности в отрасли. И снова только частная медицина в состоянии продемонстрировать результат собственной экономической деятельности, поскольку подведомственное здравоохранение богато лишь объемами госу-

дарственных вложений и нормативных квази-эрзац-суррогатов услуг и их оплаты.

Частная медицина имеет то преимущество для общества, что состоит из равноудаленных от государства поставщиков медицинских услуг. Они не находятся на содержании государства за счет налогового бремени общества, как учреждения здравоохранения. Ничем, кроме договорных обязательств, они с государством, если оно оплачивает их продукцию в пользу пациентов, не связаны, но ровно по этим обязательствам и несут ответственность.

Частная медицина – экономически организованная альтернатива подведомственному здравоохранению. Она не противопоставляется обществу, как подведомственное здравоохранение, поскольку именно в обществе и развивается.

Надуманым является противопоставление частной медицины и бесплатности оказания медицинской помощи. Факт допуска частной медицины к участию в программах ОМС свидетельствует, что она способна функционировать и на государственном финансировании.

Частная медицина далеко не всегда является коммерческой, поскольку может существовать в форме некоммерческих организаций. А для общества важно именно некоммерческое реинвестирование капитала в отраслевой оборот, а не коммерческая свобода его перетекания вовне.

Для целей инновационного развития отрасли инвестиционный климат в ней имеет определяющее значение. При бюджетно-учрежденческой организации здравоохранения инвесторов не находится – капиталы не готовы вкладываться в проедание. Напротив, частная медицина привлекательна для инвестиций, поскольку воспроизводит ценности, принося отдачу от вложений.

Получается, что на экономическом поле в отрасли частная медицина имеет неоспоримые преимущества перед симбиозом органов и учреждений здравоохранения и финансовых институтов бюджетной сферы.

Частная медицина – не только

не препятствие для модернизации здравоохранения, но единственно возможным исходом такой модернизации у нас может быть только частная медицина. И пока она не станет таковой – модернизация здравоохранения не состоится. Модернизация здравоохранения начинается с разгосударствления практического звена.

И если частная медицина в отношениях с пациентами обходится без посредничества отраслевого ведомства, будучи способна функционировать равно на частном и на государственном финансировании, то проблема модернизации здравоохранения зависит от того, как с разгосударствлением практического звена изменится роль отраслевого ведомства.

С одной стороны, разгосударствление учреждений здравоохранения для государства означает избавление от бремени содержания непрофильных активов и переход только к финансовому менеджменту в договорных отношениях с частной медициной – пресловутому «одноканальному финансированию». Для отраслевого же ведомства это означает субтотальное избавление от бюрократии, ненужной в отношениях с частной медициной.

С другой стороны, разгосударствление учреждений здравоохранения для общества означает, что государство как плательщик в пользу граждан за оказываемые им медицинские услуги выступает на стороне их интересов, а не на стороне принадлежащих ему учреждений здравоохранения, как сейчас.

С третьей стороны, разгосударствление учреждений здравоохранения для медицинского сообщества объективно представляет собой благо, но субъективно не может быть воспринято иначе, чем посягательство на привычную устоявшуюся энтропию. Ведь для существования в новых условиях придется осваивать новые знания за пределами сугубо медицинских.

Кроме того, медицинское сообщество ныне является неформальным и разрозненным ведомственно-трудовой подчиненностью, а многочисленные ассоциации, общества и пр. организа-

ции, выступающие от его имени, в действительности не представляют его большинства, чтобы выражать консолидированные интересы профессиональной общественности. Вполне возможно, что в стремлении ничего не менять медицинское сообщество окажется настолько же реакционным, как и ведомственная бюрократия.

Аналогично, сообщество пациентов не является сплоченным общим пониманием своих интересов. Но пациентскую общественность едва ли озаботит разгосударствление учреждений здравоохранения при условии осознания, что частная медицина не противоречит бесплатности здравоохранения. И в стремлении к изменениям пациенты, похоже, являются самой активной силой, которой нечего терять.

Иными словами, действительная модернизация здравоохранения для блага тех, кого лечат, и тех, кто лечит, ведет к противопоставлению объективных интересов государства и пациентского сообщества субъективным интересам бюрократии и превратно понимаемым интересам медицинского сообщества.

Отсюда ясно, во-первых, что модернизация здравоохранения не может быть доверена ведомственной бюрократии – по образному выражению бывшего мэра Москвы это все равно, что предложить лягушкам осушить болото.

Во-вторых, модернизация здравоохранения не может быть доверена представителям медицинской практики – реформа предполагает стратегическое экономическое, правовое и организационное видение медицины, а не узкое медицинское видение экономики, права и управления в здравоохранении.

В-третьих, модернизация здравоохранения не может быть доверена специалистам извне здравоохранения – нельзя мерой знаний в организации водного транспорта, в экономике труда или в праве социального обеспечения осуществить реформу сферы охраны здоровья.

Исходя из вышеизложенного, модернизация здравоохранения – это дело ориентированных в организации частной медицины экономистов, юристов и управленцев, способных выбрать целесообразную концепцию модернизации здравоохранения и убедить пациентское и медицинское сообщества, политические партии и высшее руководство страны и государства в ее правильности.

Изменения в государстве – как, например, административная реформа 2003 года – требуют обсуждения в обществе, а уж изменения в самом обществе, особенно в такой чувствительной сфере, как здравоохранение – тем более. Нынешняя келейность разработки отраслевым ведомством законо-

дательных рецептов для общества в сфере охраны здоровья недопустима. Да и сама модернизация здравоохранения не произойдет в порядке «скорой помощи». Поэтому вдумчивый выбор, глубокая проработка и широкое обсуждение обществом и планомерное, возможно, небыстрое внедрение – условие реализации проекта модернизации.

Таким образом, охрана здоровья осуществляется в гуманитарном процессе взаимного удовлетворения интересов членов общества. Пренебрежение этим, как и общественным мнением ведет к нежизнеспособности любой реформы в социальной сфере. Мифология угроз частной медицины в рамках идеологических клише прежнего времени контрпродуктивна. Куда большие угрозы исходят из сохранения бюджетно-учрежденческой организации здравоохранения. Пришла пора государству не только о богатстве власти, но и об обделенности подвластных подумать – о пациентах, врачах и их бедах. Если государство стремится к эффективному социальному проектированию, то выбор гуманитарных «точек роста» модернизации создает основу, а обсуждение в обществе – жизнеспособность ее осуществления.

А знаете ли Вы, что...

... согласно внесенным изменениям в федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» у тех медицинских организаций, у которых на 3 ноября 2011 года будет иметься лицензия, т.е. продление не потребуется, т.к. лицензии будут бессрочными.

А знаете ли Вы, что...

... с 1 января 2011 года введена в действие статья 284.1 Налогового кодекса РФ «Особенности применения налоговой ставки 0 процентов организациями, осуществляющими образовательную и (или) медицинскую деятельность», но ее применение упирается в то, что Правительство РФ до сих пор не утвердило Перечень видов образовательной и медицинской деятельности, при которых применение льгот возможно.

В научной медицинской литературе существует множество (несколько десятков) определений медицинской ошибки, которая нередко именуется «врачебной ошибкой», что, по сути, правильно, поскольку только врачу принадлежит исключительное право принятия самостоятельных решений и осуществления самостоятельных действий в вопросах диагностики, выбора медицинских технологий и лекарственных препаратов, а также способов и алгоритмов осуществления медицинских вмешательств с несением всей полноты юридической ответственности за эти решения и действия, за соответствие их стандартам, регламентам и существующим рекомендациям. Вокруг этого вопроса на протяжении многих десятилетий идет профессиональная дискуссия, но ни по одному из определений врачебной ошибки не только не достигнуто консенсуса, но и нет даже эксцесса на кривой распределения мнений.

В известной мере такое положение связано с тем, что медицинское право, несмотря на свою тысячелетнюю историю, все еще находится в зачаточном состоянии, явно запаздывая, не успевая за прогрессом биологической и медицинской наук, которые в последнем столетии совершили настоящий прорыв.

Что касается нашей страны, то это отставание особенно явственно. Кафедры медицинского права в университетах и в академиях не только не получают должного признания и развития, но еще и вынуждены доказывать свою исключительную значимость в системах базового и, особенно, дополнительного последипломного образования.

Но и это тоже является следствием. Следствием ошибки или злой воли добрейшего короля Франции Людовика XIV, который в свое время, признав за адвокатами право быть представителями свободной профессии, врачам в этом категорически отказал. Все последующие короли, цари, генсеки и президенты, видимо, считали и считают, что были на то весьма

ПРИЗНАНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ВРАЧЕБНЫХ И СИСТЕМНЫХ ОШИБОК

Показано, что необходимо
отличать врачебные
ошибки от ошибок системы
здравоохранения

Ключевые слова: врачебные ошибки,
системные ошибки, кризис здравоохранения

веские основания, пересматривать которые хлопотно, да и с многих точек зрения невыгодно. По крайней мере, так складывалось в России после реформатора и вестернизатора России государя и императора Петра Великого, который на театре военных действий изрек всем известную фразу «... а лекарей и прочую сволочь – в обоз». А, поскольку в истории России светлые промежутки благополучного развития между оборонительными войнами, революциями, коллективизациями, индустриализациями, надрывным строительством социализма, так и не достигнутого коммунизма, демократизацией, рыночным реформированием, суверенным дефолтом и последующим системным кризисом были очень невелики, или их вовсе не было, то у государства руки не доходи-

ли до признания врачей субъектами права, и имеющими право на интеллектуальную собственность и профессиональную автономию, хотя бы на малость такую, какую имеют адвокаты.

Но вопрос еще сложнее, поскольку в гражданском праве тоже нет ясности относительно медицинской или врачебной ошибки, как ее ни называть. Более того, получается так, что как таковая врачебная ошибка с правовой точки зрения – нонсенс. De facto она, вроде бы как есть. Ошибаются, увы, врачи, никуда от этого не деться. A de jure – ее нет. Врачи либо ненадлежащим образом оказывают медицинскую помощь или не оказывают ее в тех случаях, когда по законам должны оказывать.

И никак не получается скрестить медицину и право, чтобы появился

так необходимый плод, отсутствие которого ставит врача в невероятно сложную ситуацию при его и без того непросто положении с возложенной, как на аксон нервной клетки функцией непосредственного контакта системы здравоохранения с населением.

Пациентами, а в условиях рыночного развития государства, с его постепенным отстранением от субсидиарной ответственности, как это следует из предусматриваемым Федеральным законом № 83 – ФЗ (2010 г) преобразованием учреждений в три новых организационно-правовых формы - казенных, бюджетных и автономных учреждений и с преобладанием двух последних, где таковой ответственности нет по определению или ее предполагается отменить, все, что плохо получается в диагностике и лечении, рассматривается только как врачебная ошибка. А когда суды не признают врача виноватым, то в прессе появляются пробирающие до содрогания обывателей статьи о «пятнах на белых халатах», об «убийцах в белых халатах», о «торговцах органами», «о невиновных, если врачи» с одной стороны, а с другой – в местах не столь отдаленных и сильно лесистых немало опустошенных и разрушенных несправедливыми приговорами профессионалов, врачебная ошибка которых признана преступлением. И никому нет дела до того, что эта ошибка возникла потому, что она была запрограммирована. Врач не мог ее избежать не по незнанию, безответственности или неумению, а потому, что объектом его профессиональной деятельности является величайшей сложности творение природы – человек. Пока до конца наукой непознанный. А также неподходящие условия, в которых пришлось с самыми благими намерениями и высоким профессиональным риском оказывать ему пока еще не совсем совершенную медицинскую помощь, к тому же, не имея надлежащего государственного страхования профессиональной ответственности.

Это далеко не все, а только часть проблемы, надводная верхушка айсберга. Юристы не могут с этим разобраться потому, что глубоко

не знают медицину и здравоохранение. Врачи не могут разобраться потому, что глубоко не знают право. Чиновники не могут разобраться потому, что глубоко не знают ни того, ни другого. Вот и разбирается его величество случай. Но от этого никому не легче, ни пациентам, ни врачам, ни системе здравоохранения, ни государству. Потому, что медицинские ошибки есть и будут, независимо от того, признает их или не признает законодательство. Другое дело, что ставить знак равенства между медицинской ошибкой и врачебной ошибкой не следует. И этот вопрос, не претендуя на бесспорность суждения, и, как говорят, на истину в последней инстанции, не обладая широкими познаниями в области права, но, пройдя шаг за шагом почти полувековую извилистую врачебную тропу, и в большей степени для привлечения внимания других специалистов поднимает автор этой полемической статьи как важную практическую и научную проблему. Почему именно сейчас? Причин несколько.

Причина первая. На крутом историческом повороте развития страны от несостоявшегося коммунизма к уже исчерпавшему свой первоначальный прогрессивный потенциал капитализму система здравоохранения России оказалось слабым звеном. Восточная мудрость гласит: «Когда уставший караван поворачивает назад, то первым оказывается хромой верблюд». Система здравоохранения не может жить и эффективно функционировать по десятилетиям сформировавшимся принципам и законам. В высоколихорадящем организме не бывает органа с нормальной температурой. Надо входить в систему рыночных координат развития, но как, если правовое поле не вымощено впритык мраморными плитками законов, а поросшее колючим бурьяном, да еще и с кочками.

Вот и появилось такое уродливое явление как платные медицинские услуги в государственных лечебно-профилактических учреждениях, где на государственном оборудовании, специалистами, получающими заработную плату из казны, нередко в то же самое время, кото-

рое уже оплачено государством, также нередко оплаченное страховыми медицинскими организациями по программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Полнейшее и «комплексное» нарушение статьи 41 Конституции Российской Федерации.

Населению, пациентам понятно, что это ненормально, что это какая-то ошибка, но перед пациентом не государство, а врач. Ему и отвечать, на него можно выплеснуть неудовлетворение, а нередко и яростную злость. И пациентам безразлично, что не врач, а учреждение, т.е. стены «имеют» лицензию на тот вид медицинской помощи или медицинских услуг, которые оказываются. Ситуация примерно такая, как если бы лицензия на управление автомобилем (права) выдавались не водителю, а автомобилю...

Пациентам неизвестно, что положено бесплатно по медицинской страховке, а за что надо платить. И потому они с большой обидой на врача и на государство идут к окошечку кассы, и платят. Им трудно понять, почему при плохом социализме это было бесплатно, а при более справедливом капитализме за то же самое надо сильно много платить. И вполне обоснованно предполагают, что при таком повороте дел, когда деваться некуда – болит, а врачи, оказывается, своими знаниями и навыками торгуют также, как мясники в лавках, но получают из оплаченного пациентами только самую малую часть. Так не лучше ли предложить врачу выгодную сделку на половинную сумму, но не в кассу, а прямо в карман? Получается дешевле себе, и врачу выгоднее. Коль скоро кончилась гуманная и бесплатная медицинская помощь, а начался настоящий медицинский бизнес, то и торг становится уместен. И в этом, в этой микрокоррупции виноват врач? Чья это ошибка? Врачебная?

В государстве объявлена борьба с коррупцией. И здравоохранение, врачи в силу приведенного выше, стали одной из самых коррумпированных сфер. Их надо выявлять, в том числе, помечая банкноты, и устанавливая в кабинетах скрытое видеонаблюдение. При оплате труда врача в учреждениях госу-

дарственного сектора здравоохранения, равной строго половине заработка уборщицы в метро, число врачей-коррупционеров уже сейчас велико, а впредь будет еще большим. И многих можно будет нашим справедливым судом обоснованно отправить отбывать «заслуженное» наказание, но кто займет их рабочие места, если все меньшее и меньшее число выпускников медицинских вузов стремится в государственные лечебно-профилактические учреждения?

Причина вторая. В новом проекте «Основ законодательства по здравоохранению», который вскоре будет принят, и который по непонятным причинам не только автору, но и разработчикам его еще в старом своем, первоначальном варианте-предшественнике из «аннотированного оглавления» медицинского законодательства обрел статус самостоятельного Федерального закона, убрано положение о вневедомственной экспертизе качества медицинской помощи. Как всему миру известно, только она дает истинную картину и позволяет получить объективную оценку важнейшего индикатора качества – ошибок при диагностике и лечении, но, отнюдь, не ведомственная экспертиза. Каким бы ведомством она не проводилась – уважаемым Росздравнадзором и его территориальными органами, не менее уважаемым Федеральным фондом ОМС и его территориальными Фондами, страховыми медицинскими компаниями. Каждое из этих ведомств и организаций по вполне понятным побудительным мотивам любую медицинскую ошибку всегда будет стремиться отнести к врачебной. Любой эксперт, если он состоит на службе у ведомства, и получает от ведомства заработную плату, никогда не будет стремиться найти ошибку своего ведомства. А. если будет, то его надо немедленно увольнять! Не принято в нормальном обществе плевать в колодезь, из которого пьешь...

И потому можно предположить, что, если новый Федеральный закон «Об основах законодательства по здравоохранению в Российской Федерации» будет принят

в существующей на данное время редакции, не предусматривающей вневедомственную, независимую экспертизу качества медицинской помощи, то от этого пострадают и врачи, и пациенты. Последние потому, что число медицинских ошибок не уменьшится, поскольку все причины их возникновения не будут выявлены и устранены, будучи отнесенными в основном своем большинстве к врачебным ошибкам. Но пострадает еще и государство, поскольку ему-то на самом деле надо, чтобы выявлялись не следствия, а причины нездоровья и связанная с ним низкая производительность производителей и общества в целом.

Третья причина. В стране применяются только те медицинские технологии, которые утверждаются Росздравнадзором. И по-другому быть не может, и не должно. Независимо от того, оказывается ли медицинская помощь в государственном лечебно-профилактическом учреждении по бюджету, за счет средств медицинского страхования, как платная медицинская услуга, или в автономной медицинской организации, в частном секторе здравоохранения.

В соответствии с утверждаемыми на федеральном уровне порядками оказания медицинской помощи, кстати, обязательными для руководства и специалистов лечебно-профилактических учреждений всех организационно-правовых и хозяйственных форм, предусматривается одинаковый алгоритм и применение одних и тех же стандартов. И оборудование все больше становится одинаковым, поскольку устаревшее отечественного производства оборудование прошлых лет либо приказало уже давно долго жить, либо завершает свой жизненный цикл, а закупаемое за рубежом принципиально мало отличается друг от друга по техническим характеристикам – эффект рыночной конкуренции – плохое никто уже не производит и не покупает.

Тогда почему цены на платные медицинские услуги так сильно отличаются в государственных и в частных лечебно-профилактических учреждениях и

организациях, а также «географически» - не только в Москве и в Хабаровске, но нередко и через улицу тоже? Если равные условия конкуренции, то они такими и должны быть, действительно равными, а разница определяться не разными стандартами и объемами медицинской помощи, а разными условиями ее оказания, в большей степени носящими парамедицинский характер (удобства, время, сервис, Интернет в палате, ежедневно сменяемая постель и букет цветов на прикроватной тумбочке, хрустальный стакан с серебряной ложечкой и мн.др.) и, безусловно, квалификацией медицинского и вспомогательного персонала, получающего разную оплату труда в государственном и частном секторах здравоохранения.

Независимо от организационно-правовых и хозяйственных форм все лечебно-профилактические учреждения и медицинские организации в стране должны иметь не лицензии, а государственную аккредитацию, но с равными требованиями к соответствию, будь то казенное, бюджетное, автономное или частное. И оценка деятельности должна тоже осуществляться по одним и тем же критериям. Но и при этом возникает, опять тот же, сакраментальный вопрос о вневедомственном, независимом контроле.

Четвертая причина. Коль скоро основным индикатором качества медицинской помощи является удовлетворенность пациентов (потребителей), чаще всего оцениваемая по устным и письменным обращениям и жалобам, по аудитам и статистическим показателям результативности, то возникает вопрос о классификации несоответствий, т.е. медицинских ошибок. Отсутствие такой всеми субъектами признаваемой классификации существенно затрудняет определение причин, препятствующих повышению качества медицинской помощи населению.

Нельзя утверждать, что таких попыток ранее не предпринималось. Но ни одна из них так и не обсуждалась никогда как принимаемая на государственном уровне и обязательная для всех. Возмож-

Классификация ошибки

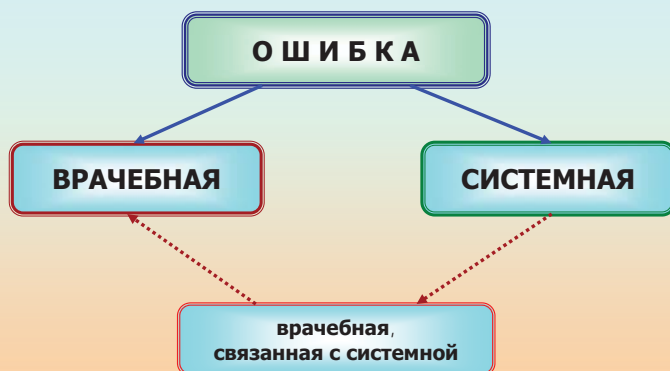


Рисунок 1.

но, наступило время разобраться в том, что есть такое медицинская ошибка.

Если рассматривать врача как основное действующее звено системы здравоохранения (хотя и не являющегося пока субъектом права), как основного исполнителя, производящего медицинскую помощь и медицинские услуги (что не одно, и то же!), но осуществляющего эти действия не в вакууме, а в специально созданных для этого государством, частно-предпринимательской организацией (т.е. системой) условиях, то возникает вполне обоснованное предположение, что медицинские ошибки могут быть как врачебными, так и системными. Более того, они могут быть еще (наверное, наиболее часто) врачебными ошибками, связанными с системными. С позиций системного анализа выявление такой связи, т.е. от

частного к общему, представляет наибольшую важность и ценность для любой системы как почти единственный или на самом деле единственный способ и самый эффективный путь к устранения причин, порождающих ошибки, как основа для совершенствования и прогресса, для достижения наибольшего успеха.

В настоящее время, когда уже принят в декабре 2010 года новый международный стандарт ISO 26000 «Социальная ответственность», на основе которого будет непременно разрабатываться российский национальный стандарт ГОСТ, как это осуществлено с другими международными стандартами ISO, вопрос такого разделения ошибки – это еще и путь к достижению устойчивого развития, к чему настойчиво призывает нынешнее руководство страны.

Но значительно раньше, несколь-

ко десятилетий тому назад император Страны Восходящего Солнца – Японии собственноручно как до него и после него очень и очень немногим иностранцам вручил высшую государственную награду американскому ученому У.Э. Демингу, которого не без основания называют отцом «японского чуда». Этот ученый научил японцев при ограниченности территории, запасов ископаемых и природных ресурсов тому, как сделать страну преуспевающей и богатой. Она такой в потрясающе короткий исторический отрезок времени, действительно, стала. И этот ученый написал всемирно известную книгу «Выход из кризиса», издающуюся миллионными тиражами во многих ведущих странах мира, являющуюся настольной книгой руководства крупнейших мировых корпораций и предприятий, уже трижды изданную и у нас в стране на русском языке, правда, очень ограниченными тиражами, а потому, видимо, не всем руководителям доставшуюся. Говорят, что часть тиража последнего, европейского качества издания, вышедшего в издательстве «Айрис-Пресс» в 2009 году, в небольшом числе экземпляров для VIP было даже в кожаном переплете с золотым тиснением. Но важен не переплет, а ее содержание, которое, судя по всему, хорошо известно новому руководству нашей страны, если интегрально оценивать многие положения из публичных выступлений высших руководителей. И это радует.

В этой замечательной книге абсолютно доказательно, с приведением данных по опыту крупнейших трансконтинентальных и транснациональных корпораций приводится соотношение ошибок исполнителей (работников) и системы. Оно составляет 6 : 94 !

Не утверждая, что рассматриваемое автором книги У.Э. Демингом и признаваемое им как универсально применимое, такое же соотношение свойственно здравоохранению, а, тем более, в нашей стране, и в настоящее время, полагаю, что надо над этим задуматься, поскольку слишком велика цель – возрождение великой Державы – России, и велика ответственность



В некоторых странах Азии и в России до XVII века за допущенную врачебную ошибку применялась смертная казнь.

«Буде из них кто нарочно или не нарочно кого уморят, а про то сыщется, им быть казненными смертью»

Из царского указа

Рисунок 2.

Классификация и причины врачебной ошибки



Рисунок 3.

врачей и ученых-медиков за судьбу отечественного здравоохранения, но еще большая за сохранение здо – ровья, трудоспособности народа в сложнейший период реформенных преобразований в стране.

Никто этого вопроса пока не изучал, и у автора этой публикации таких собственных данных нет, хотя исследования начаты по несколь – ким диссертационным темам аспи – рантами, соискателями и доктор – антами, результаты которых найдут отражение, надеюсь, в их публи – кациях.

В этой статье на коллегиальное обсуждение предлагается создан – ная классификация медицинских ошибок (рис. 1).

Далее нами будет рассмотрено

содержание каждой из этих трех страт медицинской ошибки, исходя из приведенного выше текстуаль – но положения. Врачебная ошибка признавалась в Древней Греции и в Римском праве - она считалась ненаказуемой, если была совер – шена непредумышленно. Вообще, если верить Геродоту, а проверить его теперь никак нельзя, в те самые времена реформы проводились не в Беловежской Пуще, а на Форуме, где мнение каждого гражданина должно было быть выслушано, при – нято во внимание, основательно опровергнуто или большинством признано, а, если сочтено опасным для Государства, то уничтожено кинжалом в темном переулке. Вот такие были дикие древние нравы.

У нас в России складывалось все иначе, что иллюстрирует рис. 2.

Радикальный способ борьбы с врачебными ошибками, просуще – ствовавший более означенного на рисунке официального срока, от Ивана Грозного даже до Иосифа Сталина, наверное, был самым эффективным, поскольку уничто – жалась раз, и навсегда причина возникновения врачебных ошибок (Дело врачей).

Никому не известно, сколько наших коллег пострадало от столь долгого применения царского указа. Потери в «обозе» не попада – ют на скрижали истории государ – ства. Но врачебные ошибки весьма неоднородны. Их тоже можно стра – тифицировать (рис. 3).

И системные ошибки тогда надо тоже как-то разделять на классы и категории, если они существуют объективно, даже тогда, когда они не предусмотрены в действующем законодательстве (рис. 4).

В данном случае за «систему» принимается система здравоохранения, за «надсистему» - государ – ство, а за «подсистему» - медицин – ская организация.

Наконец, требуется понять, как системная ошибка может влиять на, т.н. врачебную ошибку. Тут дело значительно сложнее и про – тиворечивее. Хотя, как посмотреть: усложняя, или упрощая, но никуда не деться от признания того, что в медицину и в здравоохранение приходят ныне не какие-то совер – шенно другие люди. Нет, прих – одят такие же, имеющие генетиче – ски, биологически и. возможно, в какой-то мере социально обу – словленную потребность помогать другим людям. Это уникальнейший феномен выбора нищей по дохо – дам медицинской профессии. Он существует примерно 40 – 50 тыся – челетий. И, как человек морфоло – гически и физиологически прин – ципиально не меняется уже много тысячелетий, так и не меняется этот код (в основе своей, естественно, в пределах трех сигм гауссовско – го распределения), а отклонения бывают самые разные.

Система, безусловно, оказывает влияние на формирование врача, на его, как сейчас модно говорить, ментальность, социальную и про –

Классификация и причины системной ошибки



Рисунок 4.



Влияние системной ошибки на врачебную ошибку

- не исключает возможность врачебной ошибки
- создает условия для возникновения врачебной ошибки
- предопределяет или обуславливает врачебные ошибки

Рисунок 5.

фессиональную самоидентификацию. В какой мере на этот вопрос полно отвечает приведенное на рис. 5, автору судить очень сложно, пусть это сделают другие. Как и то, в какой мере приведенная не концепция, а только концептуальная схема, своего рода эскиз, отражает действительное положение дел. В какой мере он соответствует представлениям профессионалов в области медицины, управления здравоохранением и согласуется с теми накопленными медицинской наукой и практикой знаниями и сформировавшимися перцепциями.

Как говорил на умершей, но пока еще применяющейся в медицине поныне латыни Публий Теренций Афр «Quod nomines, fost sententiae – сколько людей, столько и мнений». Все приведенное выше – это только мнение. *Hic audiatur et altera*

pars, и автор с благодарностью это примет, поскольку нет уверенности в том, что это действительно новация, эвристическая новая классификация, а не давно забытое и всплывшее в памяти и сознании уже кем-то и когда-то высказанное.

Более того, автор напрочь лишен амбиций и претензий как на авторизацию, так и не очень рассчитывает на широкую дискуссию, поскольку в статье приведены схемы, продемонстрированные публично перед довольно большими собраниями ученых, политиков, организаторов здравоохранения на заседаниях Комиссии по здравоохранению Общественной палаты Российской Федерации, с трибуны двух последних Всероссийских Пироговских съездов врачей, на Конференции недавно созданной Национальной медицинской палаты России, на

научных конференциях по организации здравоохранения. Никто не возразил, никто не направил электронной почтой своих критических замечаний, предложений, уточнений и дополнений, как и на разработанную автором в 1999 году и принятую на IV (XX) Всероссийском Пироговском съезде врачей в 2001 году «Медико-социальную хартию Российской Федерации», на повторно обсужденный и дополненный ее вариант через десять лет на VII (XXIII) Всероссийском Пироговском съезде врачей в 2010 году кроме ВОЗ и Всемирной Медицинской Ассоциации, которые вежливо отметили, что такой трехсторонний справедливый договор между врачами, пациентами и государством – это, действительно, нужное и своевременное дополнение к существовавшим две с половиной тысячи лет односторонним обязательствам врачей – клятве Гиппократова, со временем ставшей в большей степени моральным кодексом и символом одной из древнейших профессий на земле.

И, тем не менее, автор просит редакцию завершить эту публикацию адресом электронной почты komarovga@yandex.ru, рассчитывая не на конференцию с широкой дискуссией, а на присланные индивидуально отзывы и предложения. В нашем многострадальном здравоохранении произошел дефолт, параметры которого и его вероятные последствия – это тема отдельного и весьма трудного в прогнозном плане повествования.

А знаете ли Вы, что...

... федеральная налоговая служба и ее территориальные подразделения обязана бесплатно информировать (в том числе в письменной форме) налогоплательщиков о действующих налогах и сборах, законодательстве о налогах и сборах и принятых в соответствии с ним нормативных правовых актах, порядке исчисления и уплаты налогов и сборов, правах и обязанностях налогоплательщиков, полномочиях налоговых органов и их должностных лиц, а также предоставлять формы налоговой отчетности и разъяснять порядок их заполнения.

Проблема профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи по-прежнему остается весьма актуальной. Анализ литературных источников убедительно подтверждает тот факт, что до настоящего времени не существует однозначных определений врачебных (профессиональных) ошибок медицинских работников, как с точки зрения медицинских, так и юридических позиций. До настоящего времени отсутствуют разработанные достоверные, научно-обоснованные критерии для экспертной оценки профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи. Предложенный ранее и довольно широко используемый судебными медиками алгоритм профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи также не безупречен и требует своего усовершенствования (1,2,3,4,8).

Это в первую очередь связано с тем, что существующий алгоритм не учитывает того, чем должна заниматься судебно-медицинская экспертиза по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг. Он больше пригоден для самоконтроля медицинских работников в случаях совершения профессиональной ошибки (5,6,7).

Следует определить, что предметом судебно-медицинской экспертизы в данном случае является установление степени соответствия профессионального медицинского пособия потребностям правовой процедуры (4,12,13). В юридической литературе этот вопрос поднимался и ранее (18).

Схематически предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг может быть представлен последовательностью от состояния здоровья пациента через этапы установления диагноза и лечения к фактическим последствиям, которые определенным образом – как причинно-следственная связь – соразмеряются с исходным состоянием здоровья пациента (рис. 1).

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОГО ПОСОБИЯ И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНО– МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

В статье приводятся сведения о возможности использования алгоритма оценки профессиональных ошибок врачей в экспертной практике

Ключевые слова: алгоритм, профессиональная ошибка, судебно-медицинская экспертиза

Но причиной неблагоприятных последствий для здоровья пациента может быть не только медицинское пособие, но и непрогнозируемая ответная реакция организма пациента на лечение, а также непредсказуемый ресурс тяжести патологии, по поводу которой предпринимается медицинская помощь («треугольник вредоносности»), поскольку медицина – это искусство возможного, а не всезнающая точная наука. «Треугольник вредоносности» также составляет предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании

медицинских услуг и схематически представлен на рис. 2.

Наконец, предметом судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг является констатация status quo в отношении собственно состояния здоровья пациента: производится его параметризация до и после медицинского пособия по ряду направлений – для определения характера и степени тяжести телесных повреждений, степени утраты общей и профессиональной трудоспособности, установления состояния здоровья как факта, при-

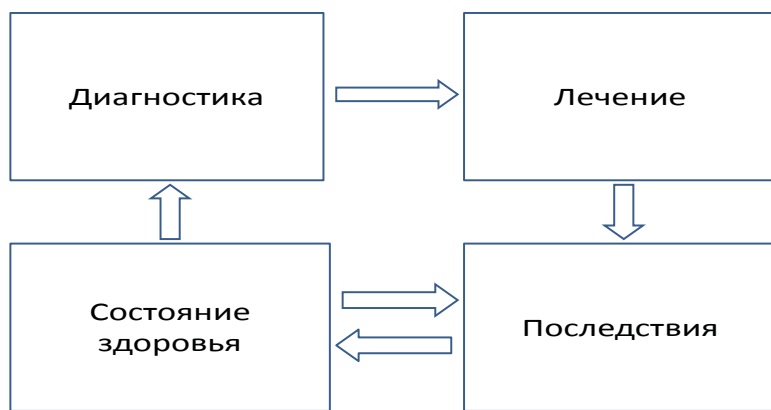


Рисунок 1. Предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг – причинно-следственная связь

обрастающего в правовой процедуре юридическое значение (рис. 3).

Таким образом, предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг многомерен и не однозначен. Он охватывает равно установление источников происхождения, выявление обусловленности и определение меры умаления здоровья (4).

Предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг в значительной степени определяется предназначением и пределами такой экспертизы, а также пределами компетенции проводящих ее экспертов (4).

Судебно-медицинская экспертиза по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг имеет своим

предназначением использование ее результатов в правовой процедуре. Выводы такой экспертизы обращены не к носителям медицинской профессии, не к тем, кто занимается медицинской деятельностью и не к тем, кто хотел бы получить медицинские сведения для использования в медицинской же среде, а к носителям юридической профессии, к тем, кто участвует в правовой процедуре по разрешению конкретного спора с результатом, влекущим правовые последствия (4,12,13,14,15).

Отсюда следует, что судебно-медицинская экспертиза призвана дать:

1.1. медицинскую характеристику фактов, имеющих юридическое значение. Это означает, что исследуемые в медико-экспертном порядке факты не утрачивают юридического значения. Они сохраняют свое юридическое значение и в переработанном в ходе медико-экспертной

оценки виде, в качестве новых знаний. Меняется лишь знание о факте, имеющем юридическое значение: вместо бытового их понимания приходит понимание профессионально-медицинское, помноженное на экспертную оценку. От этого зависит правовая оценка фактов, но юридический характер фактов не меняется. Тем самым медико-экспертная характеристика фактов, имеющих юридическое значение, сказывается на их правовой оценке. Это и определяет предназначение судебно-медицинской экспертизы.

1.2. медицинскую характеристику фактов, излагаемую в такой доступной для лиц, не имеющих медицинского образования, форме, которая позволяет юристам эту характеристику уяснить и интерпретировать, переложить на другой, существующий в правовой среде профессиональный язык. Чтобы произвести оценку фактов в соответствующем формате, нужно, чтобы формат другой оценки позволял это сделать. В противном случае возникает непонимание формата этой другой оценки, не позволяющее произвести оценку в новом формате, и теряется ценность неформатируемой оценки. Медико-экспертная оценка, таким образом, должна быть доступна переформатированию – это условие выполнения судебно-медицинской экспертизой своего предназначения.

1.3. медицинскую характеристику фактов, доступную правовой оценке. Не только форма, но и содержание экспертного заключения должно давать возможность воспользоваться им для целей разрешения правового спора. Соответственно, экспертное заключение ради экспертного заключения лишено смысла. Если экспертное заключение, не позволяя произвести правовую оценку, дает возможность использовать его для других целей (расширить знания в медицинской науке и практике, получить справочную информацию, и т.д.), оно не служит целям разрешения правового спора. Экспертное заключение должно своим содержанием удовлетворять потребности разрешения конкретного правового спора, иметь все необходимое и достаточное (если это позволяют материалы дела и

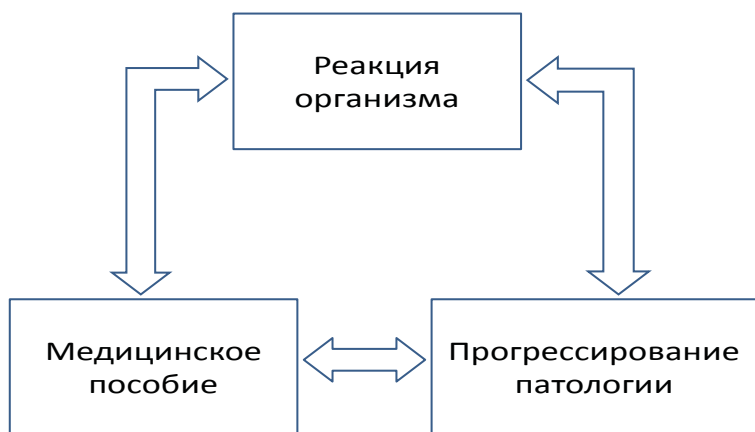


Рисунок 2. Предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг - «треугольник вредоносности»

	до получения медицинского пособия	после получения медицинского пособия
Телесные повреждения	характер и тяжесть	
Утрата трудоспособности	величина	
Состояние здоровья	параметры	

Рисунок 3. Предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг – status quo

иные объекты экспертной оценки) для правовой оценки. Доступность заключения правовой оценке – это также условие выполнения судебно-медицинской экспертизой своего предназначения.

Таким образом, при условии возможности перевода из медицинского в юридический формат и наличия необходимых и достаточных для правовой оценки сведений заключение судебно-медицинской экспертизы позволяет ей выполнять свое предназначение, если влияет на правовую оценку фактов, имеющих юридическое значение (4).

Разработанная А.В.Тихомировым парадигма правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг, позволяющая использовать теорию деликтогенеза (внедоговорного вредообразования) применительно к медицинской деятельности, применима в равной мере для целей судебно-медицинской экспертизы (12,13).

В основе этой парадигмы лежит предельно внятная мысль, что, поскольку медицинская помощь товаром не является, а медицинская услуга – ее товарная оболочка, постольку правовые последствия у них – разные. Действительно, медицинская услуга, оказываемая в качестве товарного предоставления на условиях договора, включает в себя в качестве нетоварной состав-

ляющей медицинскую помощь как профессиональное предоставление, состоящее не в случайном, а в целенаправленном воздействии на здоровье.

Различающиеся правовые характеристики имеют отражение медицинского пособия (медицинской услуги и медицинской помощи) на здоровье и на личных правах в связи с ним. В соответствии с этими различиями дифференцируются разновидности деликта при оказании медицинской услуги: потребительский (из отношений потребительского предоставления), ятрогенный (из отношений оказания профессионального предоставления), включая техногенный (вследствие проявления опасных свойств аппаратуры и оборудования), и информационно-аконсенсуальный (из отношений волеизъявления правообладателя).

Как известно, состав деликта характеризуется такими обязательными элементами, как вина, посягательство, вред и причинно-следственная обусловленность вреда посягательством. Для правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг применимы составы усеченного деликта (безвиновной ответственности). Это совпадает с предметом и пределами судебно-медицинской экспертизы по такого рода спорам.

Посягательством для целей

судебно-медицинской экспертизы в медицинских спорах является недостаток безопасности медицинского предоставления. В общем виде, это недопустимые и частично допустимые отклонения от медицинских технологий, а также медицинские недостатки безопасности судебно-медицинская экспертиза для удовлетворения потребностей правовой процедуры может рассматривать дефекты оказания медицинской помощи.

Для целей судебно-медицинской экспертизы под понятием вреда здоровью понимаются телесные повреждения. В гражданском процессе рассматривается причинение легкого и средней тяжести вреда здоровью (причинение тяжкого вреда здоровью подлежит уголовной ответственности). Тяжесть вреда здоровью и является квалифицирующим признаком для целей удовлетворения потребностей правовой процедуры и устанавливается в порядке судебно-медицинской экспертизы.

Применительно к целям удовлетворения потребностей правовой процедуры были более адаптированы Правила судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений 1978 г., чем действующие Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека 2007 г.: вместо медицинской категории телесных повреждений судебно-медицинским экспертам было вменено пользоваться юридической категорией вреда здоровью, что обусловлено целесообразностью момента, но не интересами дела (16). В значительной мере это повлияло и на корректность вынужденных пояснений названных Правил Медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (17). Категория вреда здоровью оказалась подверженной одновременно юридической и экспертной (на основе Медицинских критериев) интерпретации. Не повреждения биологического субстрата, а уменьшения в объекте права стали подлежать судебно-медицинской экспертной оценке в качестве вреда здоровью.

Оценка	СМЭ не подлежат	СМЭ подлежат		
		Предмет и пределы СМЭ		
Критерий оценки	вреодообразующие дефекты медицинского пособия отсутствуют	вреодообразующие дефекты медицинского пособия существуют		
Объект оценки - посягательство	отсутствует или не подлежит судебно-медицинской экспертизе: недостаток информации недостаток качества медицинской услуги	недостаток безопасности	недостаток безопасности потребителя предоставления – ст.1095 ГК	
			недостаток безопасности профессионального предоставления – ст.1095 ГК	отклонение от технологий упущение осложнений
			недостаток безопасности медтехники, аппаратуры, оборудования – ст.1079 ГК	
Объект оценки – ущерб	отсутствует или не подлежит судебно-медицинской экспертизе: имущественный вред	физический или моральный вред	тяжкий вред здоровью (уголовно-правовая ответственность)	
			легкий и средней тяжести вред здоровью (гражданско-правовая ответственность)	
Причинно-следственная связь	отсутствует	Существует		

Рисунок 4. Алгоритм судебно-медицинской экспертной оценки медицинского пособия

Помимо вреда здоровью, физического вреда в гражданском процессе выделяется категория морального вреда, представляющего собой нравственные и физические страдания. В той мере, в какой подобные страдания отражаются на здоровье, это может подлежать установлению в порядке судебно-медицинской экспертизы.

Причинно-следственная связь недостатка безопасности медицинского предоставления и телесных повреждений устанавливается в порядке судебно-медицинской экспертизы (8,9,10,11,12,13,14,15).

Таким образом, парадигма правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг связывает с удовлетворением потребностей правовой процедуры предмет судебно-медицинской экспертизы по медицинским спорам, отсекая все то, что к нему не относится (10,11,12,13,14).

Предмет судебно-медицинской экспертизы по медицинским спорам не составляет:

- дефект оказания медицинской помощи (в том числе дефект документирования лечебно-диагностического процесса и пр.), не имеющий правовых последствий (не являющийся вреодообразующим);
- недостаток качества медицинских услуг;

- недостаток информации при оказании медицинских услуг;
- материальный вред (имущественный ущерб) при оказании медицинских услуг;
- моральный вред при оказании медицинских услуг, не имеющий выражения в состоянии здоровья пострадавшего.

Парадигма правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг (12) позволила дополнить и усовершенствовать алгоритм экспертной оценки медицинского пособия (рис.4).

В переработанном виде такой алгоритм доступен интеграции в практику судебно-медицинской экспертизы по медицинским спорам, поскольку охватывает исчерпывающий перечень вариантов состава гражданских правонарушений из причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг, отделяя подлежащие от неподлежащих судебно-медицинской экспертизе объекты и влияя на квалификацию (уголовно- или гражданско-правовую) деяния в зависимости от величины физического ущерба. Разумеется, такой алгоритм не есть панацея для судебной процедуры, поскольку не распространяется на заключение судебно-медицинской экспертизы в качестве средства доказывания для сторон и доказательства для суда – он для этого

не предназначен. По этой причине не позволяет он суду и верифицировать заключение судебно-медицинской экспертизы. Однако в рамках своего назначения он служит вполне удобным подспорьем для судебных медиков в упорядочении подходов к производству судебно-медицинских экспертиз по такого рода спорам.

В целом, алгоритм экспертной оценки медицинского пособия, основанный на парадигме правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг, позволяет судебно-медицинской экспертизе выполнять свое назначение удовлетворять потребности правовой процедуры.

Использованные источники:

1. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н.// К вопросу о проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи в неонатологии/ Научные труды IX международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке» «Влияние космической погоды на биологические системы в свете учения А.Л.Чижевского». – М., - 2008. – с.152.
2. Баринов Е.Х., Беляева Е.В., Добровольская Н.Е., Печерей И.О., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н.// Значение небла-

гоприятных исходов в медицине/ Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья». – Иваново-Владимир., - 2008. – с.74-78.

3. Баринов Е.Х., Беляева Е.В., Добровольская Н.Е., Печерей И.О., Ромодановский П.О., Чернявская З.П., Черкалина Е.Н.// Исследование нежелательных исходов в медицинской практике/ Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья». – Иваново-Владимир., - 2008. – с.278-280.

4. Баринов Е.Х., Родин О.В., Тихомиров А.В. Предметная область судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг// Медицинская экспертиза и право. – 2010. - № 3. – с.8-15.

5. Баринов Е.Х., Муздыбаев Б.М., Черкалина Е.Н. Использование алгоритма оценки профессиональных ошибок врачей в экспертной практике// Медицинская экспертиза и право. – 2010. - № 4. – с.33-34.

6. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Оценка профессиональных ошибок медицинских работников// Правовые вопросы в здравоохранении. – 2010. - № 4. – с.100-105.

7. Баринов Е.Х. Ромодановский П.О. Использование алгоритма оценки профессиональных ошибок врачей в практике судебно-медицинской экспертизы// Власть. Человек. Закон. (Украина) - 2011. - №2. – С.45-50.

8. Пашинян Г.А., Ромодановский П.О., Баринов Е.Х., Черкалина Е.Н.// К проблеме проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с оказанием медицинской помощи в акушерстве и неонатологии/ Медицинское право.- М., - 2009.- №3.- с. 44-46.

9. Пашинян Г.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Пути совершенствования правовой обоснованности выводов судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 2. - С.22-28;

10. Пашинян Г.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Состояние судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 2. - С.19-23;

11. Родин О.В., Пашинян Г.А., Тихомиров А.В. Потребности правовой процедуры в связи с необходимостью проведения судебно-медицинской экспертизы //Главный врач: хозяйство и право. – 2009.

– № 2. - С.38-43;

12. Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: Дисс. ... канд. юрид. наук. - М., 2008, - 165 с.

13. Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 2. - С.15-22.

14. Панов А.В., Тихомиров А.В. Правосудность судебного решения по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 4. - С.35-43;

15. Панов А.В., Тихомиров А.В. Правосудность судебного решения по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг (продолжение) //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 5. - С.41-49;

16. Тихомиров А.В. Дело врачей – руками врачей, или...?//Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 1. - С.14-16.

17. Тучик Е.С. О недостатках приказа Минздравсоцразвития от 24.04.2008 г № 194-н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» //Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 1. - С.16-20.

18. Тихомиров А.В. Медицинское право. Практическое пособие. - М.: Статут, 1998 - 418 с.

А знаете ли Вы, что...

... в законопроекте «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вводится понятие «Врачебная ошибка», под которой разработчики законопроекта понимают допущенное нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток независимо от вины медицинской организации и ее работников.

А знаете ли Вы, что...

... при наличии гражданского спора между пациентом и медицинской организацией может быть применена процедура медиации - способ урегулирования споров при содействии медиатора на основе добровольного согласия сторон в целях достижения ими взаимоприемлемого решения.

По материалам «Equity and excellence: Liberating the NHS» с сайта Department of Health². Перевод с английского

Продвижение демократических принципов управления здравоохранением на местном уровне

4.16. После учреждения The NHS Commissioning Board³ (Совета) и всестороннего развития сети консорциумов GP⁴ и PST⁵ больше не будет полномочий NHS⁶. Чтобы осуществить снижение административных издержек и достигнуть большего соответствия с обязанностями местных органов власти по контролю за состоянием здоровья, правительство передаст функции PST местным властям и в последующем ликвидирует PST. Мы ожидаем, что PST прекратят действие с 2013 года в связи с успешным учреждением и развитием консорциумов GP. Руководители муниципального здравоохранения будут назначаться совместно местными органами власти и NHS и иметь перед ней установленные законом обязанности.

4.17. Правительство усилит демократические принципы управления здравоохранением на местном уровне. Основываясь на полномочиях местных органов власти по продвижению задач благополучия населения, проживающего на закрепленной территории, мы предоставим им новые полномочия по объединению функций медицинского, социального обслуживания и улучшения здоровья населения. Эти полномочия позволят местным органам власти реализовывать

1 The NHS Commissioning Board (Совет) - орган ответственный за становление и развитие сети врачей общей практики

2 <http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>

3 The NHS Commissioning Board (Совет) - орган ответственный за становление и развитие сети врачей общей практики

4 GP (general practice) - врач общей практики, примечание авторов перевода.

5 Primary care trusts - один из видов медицинского обслуживания в NHS на местном уровне, а также орган, финансирующий GP, примечание авторов перевода

6 NHS - National Health Service (национальная служба здравоохранения Великобритании), примечание авторов перевода.

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕЛИКОБРИТАНИИ¹

Показан зарубежный подход к реформированию системы здравоохранения, основанной на бесплатном оказании медицинской помощи

Ключевые слова: реформа здравоохранения, зарубежный опыт

стратегический подход и продвигать интеграцию усилий по социальному обеспечению взрослых, детей, включая как охрану здоровья, так и более широкий круг вопросов местных органов власти в этой области.

4.18. Мы упростим и расширим область полномочий, которые делают возможной совместную работу NHS и местных органов, что позволит исполнителям медицинских услуг объединять усилия и приспосабливать их под местные условия.

4.19. Эти меры предоставят местным властям возможность влиять на NHS и на их специальных уполномоченных по вопросам здравоохранения и социального обслуживания. Наша цель состоит в том, чтобы гарантировать последовательные и скоординированные действия местных властей, в том числе и по психическим расстройствам и социальному обслуживанию пожилых людей.

Государственный секретарь будет заниматься координацией данных вопросов на национальном уровне, а новые полномочия местных властей сделают возможной стратегическую координацию на местах. Эти нововведения не затронут необходимость ежедневных контрольных функций за услугами, предоставляемыми NHS.

Новые функции местных властей

Каждый местный орган власти приобретет функции по объединению местных услуг, предоставляемых NHS, социальному обслуживанию и усовершенствованию системы охраны здоровья.

В связи с эти местные власти будут ответственны за:

- продвижение интеграции и партнерства между NHS, социальным обслуживанием, здравоохранением и другими местными услугами и

сервисами;

- руководство оценкой объединенных стратегических потребностей населения, а также продвижение сотрудничества на местном уровне, включая поддержание мер по объединению усилий;

- построение партнерских отношений в целях изменений в приоритетах обслуживания через взаимодействие с Советом и Государственным секретарем, которые будут оставаться ответственными за

щем доверительное управление в NHS будет отрегулировано таким же образом, как и любые другие субъекты хозяйственной деятельности как из частного, так и из некоммерческого сектора. Пациенты будут в состоянии выбрать услугу от того исполнителя, которого они считают лучшим. Медицинские работники будут вовлекаться в управления своими организациями и получают возможность преобразовывать их в социальные предприятия, чтобы

инвестируются в организацию, а не распределяются вовне.

4.23. В течение трех лет на доверительное управление смогут перейти все подразделения NHS.

4.24. Правительство применит последовательный подход для всех типов услуг в системе NHS. Мы закончим разделение услуг к апрелю 2011 года и перейдем как можно скорее к реализации принципа "любой желаемый исполнитель услуг" в области социального обеспечения, уменьшения барьеров для доступа к новым исполнителям. В будущем все социальное обеспечение будет основано на доверительном управлении и автономии исполнителей услуг.

4.25. Специальные правовые нормы закрепят статус трех психиатрических больниц (Broadmoor, Rampton и Ashworth), позволяя им извлечь выгоду из независимости статуса, сохраняя соответствующие гарантии, отражающие их роль в системе уголовного судопроизводства.

Экономическое регулирование, контроль качества и невмешательство в деятельность исполнителей медицинских услуг

4.26. Исполнители медицинских услуг больше не будут частью системы нисходящего управления в соответствии с политической конъюнктурой. Вместо этого им будет предоставлена устойчивая, прозрачная и основанная на правилах система регулирования отношений. Наша цель состоит в том, чтобы освободить предоставление медицинской помощи от жестких тисков регулирования таким образом, чтобы в большинстве секторов социального обслуживания любой исполнитель мог оказать услуги, предоставляя пациентам больший выбор и гарантируя, что эффективная конкуренция стимулирует инновации и улучшения, а также увеличивает производительность труда в социальной сфере.

4.27. Отныне, комиссии по контролю за качеством медицинской помощи будут действовать как орган контроля в сфере здравоохранения и социального обслуживания, предоставляемого как

Наша цель состоит в том, чтобы освободить предоставление медицинской помощи от жестких тисков регулирования.

принятие необходимых решений в этой сфере;

Члены местных органов власти, специальные уполномоченные NHS будут вовлечены в выполнение этих функций в рамках партнерства. Местные представители Health Watch будут также играть важную роль по предоставлению обратной связи от пациентов и потребителей социальных услуг.

Изменения в подходах к выбору исполнителей медицинских услуг

4.20. Автономия исполнителей медицинских услуг, привлекаемых для реализации задач NHS, будет, в дальнейшем, совершенствоваться. Предыдущие Правительства пытались дать большую свободу исполнителям через введение доверительного управления, но начатая реформа потеряла заданный импульс.

4.21. Наши амбиции состоят в том, чтобы создать дееспособный и самый эффективный в мире сектор социального обслуживания. Намерение Правительства состоит в том, чтобы освободить доверительное управление от ограничений, под которыми оно находится в соответствии с его оригинальной концепцией таким образом, чтобы оно могло вводить инновации, направленные на улучшение медицинского обслуживания пациентов. В буду-

структурировать услуги наилучшим для пациентов образом. Правда, мы признаем, что это, возможно, не лучшая модель для всех организаций, особенно для мелких, предоставляющих услуги по социальному обеспечению. Мы будем консультироваться по этому поводу с заинтересованными лицами. Реализация этого подхода дает более высокую производительность труда, восприимчивость к инновациям, повышение качества услуг и большее удовлетворение в работе. Подобные социальные предприятия не могут быть приватизированы.

4.22. Перед тем как инициировать изменения в законодательстве, мы намереваемся проконсультироваться относительно вариантов расширения прав доверительного управления, гарантируя, что финансовый риск должным образом управляется, включая:

- отмену произвольного предела в сумме дохода, которое доверительное управление может заработать из других источников, чтобы повторно реинвестировать в новые услуги, например, по обеспечению охраны здоровья;

- предоставление возможности объединения;

- легкую адаптацию к местным потребностям в пределах более широкой нормативной базы, которая гарантирует, что любой излишек и любые доходы повторно

в публичными, так и частными исполнителями услуг. Кроме того, мы создадим специальный орган - Monitor, объединяющий доверительные управления и отвечающий за их финансовую политику начиная с апреля 2012 года к которому перейдет ответственность за всех исполнителей медицинских услуг, предоставляемых в системе NHS начиная с апреля 2013 года. Исполнители медицинских услуг будут иметь лицензии, выдаваемые этим органом совместно с комиссией по контролю за качеством медицинской помощи, что позволит поддерживать необходимые уровни безопасности и качества социальных услуг, а также их непрерывность.

Роль комиссии по контролю за качеством медицинской помощи

Мы будем укреплять роль Комиссии по контролю качества (CQC) предоставляя ей более четкие ориентиры по необходимому уровню безопасности и качества услуг.

В отношении NHS, обязанности CQC будут включать в себя следующее:

Лицензирование. Вместе с Monitor, CQC будет управлять объединенным режимом лицензирования, и нести ответственность за необходимый уровень безопасности и качества услуг. Там, где услуги не будут отвечать необходимым требованиям, к исполнителям медицинских услуг будут применяться принудительные меры, включая возможность наложения штрафов и приостановление оказания услуг.

Проверки. CQC будут проводить контроль за исполнителями медицинских услуг на предмет необходимого уровня безопасности и качества. Контроль будет целевым, основанным на показателях риска, который планируется рассчитывать по информации, предоставляемой исполнителями медицинских услуг. Эта информация будет поступать через различные источники, включая обратную связь и жалобы от пациентов, Health Watch, консорциумы GP и Совет. Там, где по результатам контроля будет определено, что исполнитель не отвечает необходимым уровням безопасности и

качества, CQC будет предпринимать действия принудительного характера, направленные на улучшение показателей.

Роль Monitor

Monitor будет выполнять роль экономического регулятора для здравоохранения и секторов социального обслуживания с тремя ключевыми функциями:

- **Продвижение конкуренции,** чтобы гарантировать, что конкуренция эффективно работает в интересах пациентов и налогоплательщиков. У Monitor, как и у других регуляторов британской экономики, будут полномочия, чтобы применять нормы Закона о конкуренции для предотвращения антиконкурентного поведения;

- **Ценовое регулирование.** Там, где ценовое регулирование необходимо, роль Monitor будет сводиться к установлению эффективных цен, в т.ч. максимальных цен для услуг, финансируемых NHS в целях улучшения добросовестной конкуренции и повышения производительности. При установлении цен Monitor будет обязан консультироваться с Советом и принимать во внимание интересы пациентов и налогоплательщиков, включая потребность обеспечить наиболее эффективное использование имеющихся ресурсов;

- **Поддержка непрерывности**

рывности услуги полномочия Monitor будут включать:

- права по защите активов, необходимых для поддержания непрерывности медицинских услуг;
- специальные меры финансирования для подобных услуг;
- полномочия обязать исполнителей снижать риски возникновения опасности непредоставления услуг;
- прямое вмешательство в деятельность исполнителей медицинских услуг, включая возможность вводить особые формы управления.

Область ответственности Monitor

4.28. Как и у других отраслевых регуляторов, мы полагаем, что у Monitor должны быть большие полномочия по защите системы предоставления медицинских услуг, созданию условий для добросовестной конкуренции и действий принудительного характера. Данные полномочия позволили бы Monitor, например, защищать необходимые активы; требовать, чтобы поставщики - монополисты предоставили доступ третьих лиц к своим объектам; проводить исследования рынка и направлять свои предложения в Комиссию по развитию конкуренции. Чтобы минимизировать риски чрезмерного регулирования, потребность Monitor в предполагаемых полномочиях должна быть рассмотрена в течение длительно-

Там, где ценовое регулирование необходимо, роль Monitor будет сводиться к установлению эффективных цен, в т.ч. максимальных цен для услуг, финансируемых NHS в целях улучшения добросовестной конкуренции и повышения производительности.

услуг. Основная ответственность для того, чтобы гарантировать непрерывность медицинской помощи ляжет на Совет и специальных уполномоченных. Однако Monitor будет также играть роль в обеспечении непрерывного длительного доступа к определенным медицинским услугам в некоторых случаях, которые будут подчиняться специальным условиям лицензирования и контроля.

С целью гарантировать непре-

го периода времени, а не одномоментно. В наиболее монополизированных отраслях промышленности Комиссии по развитию конкуренции занимаются вопросами предотвращения антиконкурентного поведения основных монополистов. Однако, в социальной сфере, также могут быть ситуации, когда NHS будет отказываться от предложений исполнителей медицинских услуг или же совершать дискриминационные действия в отношении них.

Monitor будет рассматривать жалобы на дискриминационные действия и выступать в роли арбитра.

4.29. Полномочия Monitor по регулированию цены и лицензированию исполнителей медицинских услуг будут распространяться на медицинское обслуживание, финансируемое из публичных фондов NHS. Однако его полномочия применять закон о конкуренции будут распространяться как на публичное здравоохранение и

сов повышения квалификации на уровне администрации NHS не создает условий для оперативного принятия решений в отношении спроса и предложения на рынке медицинского персонала в соответствии с решаемыми задачами. Пришло время предоставить работодателям большую автономию и ответственность для планирования подготовки новых кадров, повышения квалификации действующего медицинского персонала, а также

местным потребностям;

- медицинский персонал будет иметь ведущие роли в решении вопросов структуры и содержания обучения, а также стандартов качества образования;

- всем исполнителям медицинских услуг будут возмещены расходы на покрытие затрат по образованию и обучению персонала. Прозрачные потоки финансирования для образования и обучения поддержат единое конкурентное пространство между образовательными структурами;

- Совет предоставит пациентам и общественности планы по финансированию обучения и повышению квалификации медицинского персонала со стороны исполнителей медицинских услуг, проверяя, насколько они отражают стратегические интересы реформирования здравоохранения. Консорциумы GP обеспечат контроль на местном уровне;

- Центры занятости также будут предоставлять информацию о тенденциях на рынке медицинских профессий, что также должно быть востребовано всеми уровнями системы образования.

4.34. Администрация NHS продолжит проведение консультаций по этому вопросу. Реформы будут тщательно управляться и гарантировать, что изменения не дестабилизируют состояние отдельных исполнителей медицинских услуг.

Выплаты в NHS

4.35. Правительство в настоящее время осуществляет значительный контроль над уровнями оплаты и условиями контрактов для штатного персонала NHS. В ближайшей время потребности оптимизации заработных плат являются определяющими, и это потребует сдержанности оплаты в общественном секторе. NHS должна играть свою роль в стране как крупнейший заказчик социальных услуг и как государственный работодатель.

4.36. Решения о размере выплат должны приниматься работодателями, а не быть прерогативой Правительства. В будущем все работодатели получат самостоятельное право определять размер оплаты труда штатного персонала. Однако,

Полномочия Monitor по регулированию цены и лицензированию исполнителей медицинских услуг будут распространяться на медицинское обслуживание, финансируемое из публичных фондов NHS.

социальное обслуживание, так и на частное.

4.30. Правительство намерено подготовить документ, более детально излагающий наши предложения по доверительному управлению и экономическому регулированию с целью его обширного обсуждения до внесения правовых норм в новое законодательство о здравоохранении.

Медицинский персонал

4.31. Медицинский персонал, призванный обеспечить надлежащее медицинское обслуживание, должен быть мотивирован на постоянное повышение своей квалификации, поэтому мы должны приложить все усилия для создания такой мотивации. Мы также расширим принципы автономии, предоставляя медицинскому персоналу не только право доступа к контролю за медицинскими технологиями, но также и к подготовке, обучению и оплате штатного персонала.

Обучение и образование

4.32. Каждый год несколько миллиардов фунтов тратятся на централизованное финансирование образования и обучения штата NHS через реализацию Программы образования и обучения, как дополнение к собственным вложениям организаций в их штатный персонал. Централизация вопро-

действия на уровень качества образования и обучения.

4.33. В будущем, роль администрации NHS в наблюдении и контроле за образованием и обучением будет постепенно уменьшаться. Систему подготовки и повышения квалификации медицинских работников планируется разработать так, чтобы гарантировать, что данные вопросы будут согласовываться на местном и национальном уровне с позиции удовлетворения пациентов в медицинском обслуживании.

Наше видение состоит в следующем:

- работодатели совместно со штатным персоналом согласовывают планы и вопросы финансирования по подготовке и повышению квалификации, эти планы станут основой формирования образовательных программ в целом;

- образовательные программы будут реализовываться на местном и национальном уровнях через Систему медицинского образования Великобритании для врачей, стоматологов, медицинских научных работников и фармацевтов. Подобные механизмы будут иметь место для медсестер и акушерок, а также представителей парамедицинских профессий. Система медицинского образования будет взаимодействовать с работодателями, чтобы гарантировать междисциплинарный подход, отвечающий

вполне вероятно, что многие работодатели будут иметь намерения, применительно к местным условиям, продолжать использовать государственные контракты. В краткосрочной перспективе буду заморожены заработные платы в течение двух лет для тех, чьи заработки составляют больше, чем 21 000 , в год, и Правительство попросит, чтобы комиссии по регулированию заработной платы предоставили рекомендации в отношении оплаты тех, кто зарабатывает ниже этого порога, с минимальным увеличением 250 в течение каждого года. В дальнейшей перспективе мы будем работать с работодателями и профсоюзами, чтобы определить подходы для урегулирования вопросов заработной платы. Однако в то время как Правительство сохранит ответственность за определение общих финансовых ресурсов, мы ожидали бы, что работодатели будут брать на себя инициативу в обеспечении консультаций относительно укомплектованности персоналом и оплаты его труда. Работодатели также были бы ответственны за ведение переговоров относительно новых условия контрактов личного найма. В соответствии с нашей целью децентрализации системы оплаты, главные стимулы для управления финансовой деятельностью и эффективностью, будут в будущем исходить из установления тарифов и прозрачной системы их регулирования, а не от управленческих действия Правительства по оплате исполнителей медицинских услуг, а также политической конъюнктуры.

Пенсионное обеспечение

4.37. Правительство объявило, что предусматривается независимый пересмотр системы государственных пенсий, включая действующие в NHS. Этот пересмотр будет не только рассматривать допустимость и устойчивость пенсий в системе социального обслуживания, но также рассмотрит такие проблемы, как доступ, воздействие на мобильностью на рынке труда между общественными и частными секторами и ту роль, которую пенсии могут играть как барьер к большему разнообразию условий социально-

го обслуживания. Мы рассмотрим результаты такого пересмотра, но будем исходить из того, что пенсионные решения, которые будут найдены, останутся справедливыми как для работников системы NHS, так и для налогоплательщиков.

5. Сокращение бюрократии и улучшение эффективности

5.1. Правительство гарантировало, что расходы на здравоохранение увеличатся в реальном исчислении за каждый год работы нынешнего Парламента. При этом на NHS одновременно возлагаются обязательства сократить расходы и увеличить производительность труда так, как это происходит сейчас в других частях общественного сектора.

5.2. Эти требования вызваны обязательствами покрытия расходов, связанных с демографическими изменениями и внедрением новых технологий. Начиная с этого года, бюджет NHS будет повышаться, в среднем, более чем на 4% в реальном исчислении каждый год. Мы не будем сокращать финансирование NHS, как это случилось в 1970-х годах, в предыдущем финансовом кризисе. Реализация подобных намерений потребует трудных решений, в т.ч. и на местном уровне, и это было бы верно при любом изменении состава Правительства. Масштаб проблемы по улучшению

обслуживание с одновременным сокращением административно-хозяйственных расходов. За прошлое десятилетие значительно увеличилась прослойка национальных и региональных органов и организаций NHS, приводя к чрезмерной бюрократии, неэффективности и дублированию функций. Правительство планирует провести самое большое сокращение административно-хозяйственных расходов в истории NHS. За следующие четыре года мы уменьшим затраты на управление системой NHS больше чем на 45%.

5.4. Сокращение такого масштаба не может быть решено за счет сокращения всех организации одномоментно, подобное возможно только посредством радикального изменения структуры управления и его функций. Планы Правительства относительно децентрализации, изложенные в предыдущих главах, дадут основную экономию. РСТ, с их административно-хозяйственными расходами более чем миллиарда фунтов в год, будут заменены специальными уполномоченными, которые станут взаимодействовать с консорциумами GP. Административный аппарат NHS также планируется радикально сократить.

5.5. Специальный отдел NHS предоставит обзор предполагаемых изменений. После одобрения Парламента мы ликвидируем

Правительство гарантировало, что расходы на здравоохранение увеличатся в реальном исчислении за каждый год работы нынешнего Парламента.

эффективности NHS может вызвать требования от членов парламента для еще больших увеличений расходов, но действительность состоит в том, что больше денег нет.

Сокращение бюрократии и административных-хозяйственных расходов

5.3. Наша первейшая задача состоит в том, чтобы увеличить пропорцию бюджета, непосредственно направляемого на медицинское

часть организаций. Мы упростим те функции, которые должны остаться, чтобы сократить расходы и дублирование в системе NHS. Предполагается установить жесткий контроль за затратами всех подразделений. Например, чтобы предотвратить дублирование и прозрачность функций, Государственный секретарь рассмотрит для любого специфического органа четкий перечень функций того, что он не должен осуществлять, чтобы служить дополне-

нием точному списку того, что от него ожидают. В будущем принцип независимости будет заключаться в том, как они /органы/ выполняют ясные и согласованные функции, а не в их свободе принимать на себя новые функции.

5.6. Правительство не считает, что эти изменения дадутся легко. Все вместе взятые издержки вызовут существенные потери рабочих мест, а также затраты на переходный период между сегодняшним временем и 2013 годом, когда мы сократим расходы на управление NHS. Для нас предельно ясно, что NHS просто не может продолжить позволять себе поддерживать затраты на существующую бюрократию и у Правительства есть моральное обязательство перераспределить денежные потоки в пользу первичного социального обслуживания.

5.7. В настоящее время, в системе NHS циркулируют более 260 000 документов с данными. Планируется провести их анализ с целью исключения документов с ограниченной ценностью. Это позволит гарантировать, что информационная революция в NHS, описанная в главе 2, будет пользоваться данными, которые являются действительно значимыми для пациентов и врачей при принятии решений о медицинском обслуживании, а не на том, что собиралось исторически.

управляются централизованно, это услуги консультирования и рекламные расходы.

5.10. Мы движемся к системе управления, основанной на качественных показателях и экономическом регулировании, услугах и платежах, а не на мерах административного воздействия. В этом контексте мы стремимся к тому, чтобы уменьшить общую нагрузку по регулированию секторов социального обслуживания и здравоохранения.

5.11. Реформы, изложенные в настоящем документе, потребуют расходов на их осуществление, но после их проведения большая часть бюджета будет уходить на первичную медицинскую помощь, а не на бюрократические процедуры.

Улучшение эффективности и качественных характеристик NHS

5.12. Реформы, излагаемые в настоящем документе, предоставят NHS больше стимулов для увеличения её эффективности и качества:

- пациенты будут более вовлечены в принятие решений об их собственном здоровье и медицинском обслуживании, тем самым улучшая результативность здравоохранения и уменьшая его затраты;
- выбор, сделанный пациентами, выделит самые эффективные, высококачественные услуги, уменьшая

не по их средней стоимости;

- оплата будет зависеть от качества оказанных услуг и результатов, а не только от их объема. Штрафы за низкое качество будут мотивировать исполнителей медицинских услуг к предоставлению услуг надлежащего качества;

- NHS будет освобождена от неэффективной бюрократии;

- специальные уполномоченные лица и исполнители медицинских услуг будут сосредоточены на внедрении наилучшего медицинского обслуживания с целью достижения наилучших результатов, чтобы достигнуть параметров, установленных стандартами качества, решениями Совета, типовыми контрактами и данными проведенных медицинских исследований;

- консорциумы GP будут принимать клинические решения, ориентируясь на их финансовые последствия;

- новые функции местных властей помогут повысить эффективность NHS через объединение усилий по предоставлению социального обслуживания и здравоохранения.

- существующие исполнители медицинских услуг будут освобождены от мелочной опеки и будут отвечать за свою собственную судьбу без центрального или регионального регулирования. Станет действовать система экономического регулирования, находящаяся в компетенции Monitor, призванного стимулировать эффективность. Для этого правительством будет введен специальный режим. Скрытая финансовая помощь закончится.

5.13. Взятые вместе эти десять изменений вызовут революцию в эффективности NHS. В долгосрочной перспективе они помогут перевести NHS на более жизнеспособную и гибкую финансовую основу. Мы признаем, что исполнение этих задач в полной мере займет определенное время.

Расширенный финансовый контроль

5.14. Обеспечивая новые стимулы для большей эффективности, реформы предусматривают расширенный финансовый контроль.

Как NHS будет управлять

Пациенты будут более вовлечены в принятие решений об их собственном здоровье и медицинском обслуживании, тем самым улучшая результативность здравоохранения и уменьшая его затраты.

5.8. Правительство также сократит бюрократию, имеющую отношение к медицинским исследованиям. Мы попросили, чтобы Академия медицинских наук провела независимый аудит данной проблемы и дала свои предложения, на основании которых мы проведем регулирующие воздействия.

5.9. В качестве меры поддержки первичного социального обслуживания, NHS применит сокращения к бюджетам тех программ, которые

расходы на менее эффективные;

- информационная революция NHS также приведет к более эффективным способам медицинского и социального обслуживания, такими как онлайн - консультации. Большая прозрачность облегчит сравнение работы специальных уполномоченных и исполнителей медицинских услуг;

- цены за услуги будут устанавливаться на основе самых эффективных, высококачественных услуг, а

своими ресурсами

- Услуги NHS будут по-прежнему финансироваться налогоплательщиками. NHS получит финансирование, одобренное Парламентом и останется ответственным перед ним и Казначейством за расходование средств;

- Совет будет ответственным перед Казначейством за осуществление своей деятельности в пределах ежегодного лимита на NHS и станет подвержен четким финансовым правилам. Эта процедура даст большую финансовую прозрачность отношениям между Правительством и NHS. Совет предоставит ресурсы консорциумам GP на основе потребности в них;

- Консорциумы GP будут иметь высокий уровень свободы, но взамен они будут ответственными перед Советом за управление государственными средствами. Они станут подчиняться прозрачным правилам управления и стимулам для финансовой эффективности и должны будут иметь открытые отношения со своими GP. Консорциумы будут обязаны принимать участие в мероприятиях, за которыми наблюдают. Правительство не будет брать на поруки специальных уполномоченных, которые потерпят неудачу в реализации возложенных на них функций. Инструкции определяют режим отказа от специальных уполномоченных;

- Специальные уполномоченные смогут свободно приобретать услуги от любого исполнителя медицинских услуг, а исполнители будут конкурировать между собой за право оказать услуги. Исполнители медицинских услуг, которые претендуют на финансирование со стороны NHS, должны быть лицензированы Monitor, который оценит их финансовую состоятельность;

- Исполнителей особо значимых медицинских услуг обяжут принимать участие в мерах по минимизации рисков, чтобы гарантировать, что, если один из исполнителей становится банкротом, то Monitor будет в состоянии вступить в реализацию своих полномочий и обеспечить управление важными услугами без обращения к NHS. Правительство не намерено обеспечивать дополнительное финансирование

для несостоятельных исполнителей и поставщиков медицинских услуг. Monitor предоставят полномочия по прозрачным субсидиям там, где они объективно оправданы и согласованы со специальными уполномоченными.

Ресурсы во время переходного периода

5.15. Мы намерены осуществлять реформы так быстро, насколько это возможно. Но NHS не должно ожи-

в поддержке приоритетов QIPP. Чтобы проложить путь к реформам, они должны стремиться передать свои полномочия по данным приоритетам консорциумам GP и местным властям настолько быстро, насколько возможно, везде, где они этого желают и в состоянии сделать это.

6. Заключение: это произойдет обязательно

Услуги NHS будут по-прежнему финансироваться налогоплательщиками.

дать их реализации, чтобы начать улучшение по вопросам качества и эффективности. Пациенты справедливо требуют прежнего объема медицинского обслуживания, а национальное экономическое положение требует совершенствования NHS.

5.16. Администрация NHS осознает, что в течение относительно короткого времени потребуется провести стимулирующие усовершенствования по улучшению производительности и эффективности. Началась работа по выделению 15-20 миллиардов ресурсов для повторного реинвестирования всей системы на следующие четыре года. Достижение этой цели будет чрезвычайно сложным, но необходимым, т.к. даст толчок нашим реформам, поскольку они начнут функционировать.

5.17. Приоритеты Качества, Инноваций, Производительности и Профилактики (QIPP) будут внедряться с еще большей настойчивостью и с более сильным акцентом на GP. Приоритеты QIPP определяют - какие полезные действия можно осуществить для достижения двуединых целей улучшения качества и эффективности. Уже начата работа по улучшению реабилитации пациентов, самопомощи, использованию новых технологий для людей с хроническими заболеваниями.

5.18. Пока что PCT играют роль

Вовлечение внешних организаций

6.1 Данная реформа излагает стратегию Правительства по изменению NHS в текущем парламентском сроке и после него. Она вносит ясность в цели: более ответственная, ориентированная на пациента NHS, которая достигает самых лучших результатов в мире и поддерживает усилия по предоставлению автономии и ответственности на каждом уровне NHS.

6.2 В последующие два-три года должно быть предпринято много работы для управления переходным периодом, а также конкретизации политики в деталях. С этой целью будут привлекаться внешние организации, готовые предоставить свой опыт, реально работающий на практике.

6.3 Внедрение всех этих реформ будет предметом широких консультаций с местными органами власти, пациентами и общественностью, а так же с внешними организациями. Правительство будет консультироваться везде, где это возможно, например, при разработке закона о здравоохранении.

6.4 Правительство в скором времени издаст более детальные документы для пациентов (положение о Совете, консорциумах GP); об информационной стратегии NHS, о системе повышения квалификации медицинского персонала и др.

6.5 Чтобы поддержать стратегию реформирования NHS, Правительство предпримет ряд консультационных действий с пациентами, их представительскими группами и общественностью; персоналом NHS, их представителями и профессиональными организациями; местными органами власти; социальными организациями из некоммерческого сектора.

6.6 Мы должны обеспечить через наши консультационные мероприятия и политическую поддержку уверенность в том, что новая система является финансово устойчивой как в переходном периоде, так и в более отдаленном сроке реформ.

Предложения по законодательству

6.7 Многие из планируемых реформ потребуют принятия первичного законодательства.

6.8 Мы ясно представляем стратегию изменений и будем привлекать человеческие ресурсы для обеспечения ее понимания и внедрения.

Управление преобразованиями

6.9 Реформирование NHS включает в себя внесение изменений на каждом ее уровне. Политика и законодательная база являются только началом. Эффективная реализация изменений потребует серьезных и непрерывных усилий на протяжении многих лет. Изменения станут происходить, начиная с нижнего уровня и двигаться вверх, например, по возможности быстрое внедрение консорциумов GP, доверительного управления, и полностью готовые к реализации этих функции, имеющих большее влияние и ответственность, смогут подавать заявки на получение соот-

ветствующих статусов при первой возможности, а, не дожидаясь 2013 года. Темп осуществления реформ изменений будет варьироваться по всей стране, исходя из готовности организаций и органов по принятию на себя новых функций.

6.10 Некоторые организации прекратят существование, поскольку мы упрощаем систему управления NHS и это, в свою очередь, позволит высвободить ресурсы для поддержания первичной медицинской помощи. Но потребность в хороших менеджерах, исполняющих ключевые обязанности, такие как управление финансами и контрактами, сохранится. Для управляющих откроются возможности принять на себя новые роли, и это будет способствовать построению новаторской и более ответственной роли NHS.

Подписка в любом почтовом отделении связи по каталогу "Роспечать"

ф. СП-1

ФГУП "ПОЧТА РОССИИ"
УФПС г.Москва

АБОНЕМЕНТ на журнал **47661**
(индекс издания)

Главный врач: хозяйство и право
(наименование издания)

Количество комплектов: _____

на 2011 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда _____
(почтовый индекс) _____ (адрес)

Кому _____
(фамилия, инициалы)

ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА

на журнал **47661**
(индекс издания)

Главный врач: хозяйство и право
(наименование издания)

Стоимость	подписки	_____ руб. _____ коп.	Количество комплектов: _____
	переадресовки	_____ руб. _____ коп.	

на 2011 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда _____
(почтовый индекс) _____ (адрес)

Кому _____
(фамилия, инициалы)

Привыкнув дышать «казарменным воздухом» учреждений, мы просто не знаем о существовании другого.

Проблема десталинизации, десоветизации в контексте разрыва с тоталитарным прошлым, признания его пагубности для судьбы страны поднимается не в первый раз, никогда не получая однозначных оценок. Совет по развитию гражданского общества и правам человека при Президенте РФ предлагает «Программу увековечивания жертв тоталитарного режима и национального примирения» в надежде на то, что эта инициатива «сверху» сама по себе способна вызвать массовое патристическое движение и способствовать модернизации сознания граждан. Однако, раскол общественного мнения по этому вопросу показывает, что предлагаемых мер по увековечиванию памяти погибших, поддержке живущих репрессированных и рассекречиванию архивов явно недостаточно. Одни считают период большевизма и сталинизма самым трагическим временем в истории государства, практически надломившим его хребет, другие - что «нельзя отказываться от того, что делает нас тем, что мы есть», третьи - хотят вычеркнуть из памяти этот период истории, забыть как страшный сон, четвертые - ищут корни этого явления в российской истории времен татаро-монгольского ига и старомосковского княжества, которые в купе с территорией, неблагоприятными внешними условиями и технологией жизнеобеспечения обусловили формирование «русской модели управления» как специфической насильственной техники навязывания воли, пятые отмечают, что особенности этого типа управления обусловлены внутривосточными факторами, зависящими от человеческой воли, воспроизводящимися по правилам «эффекта колеи» (зависимости от предшествующего развития, path dependence).

Сам же авторитаризм (деспотизм, большевизм, ленинизм, ста-

МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК РЕСУРС ДЕСТАЛИНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Показано, что без десталинизации социальной сферы реформа здравоохранения окажется несостоятельной

Ключевые слова: десталинизация, социальная сфера, реформа здравоохранения

линизм, брежневизм и др.) расценивается как имеющий глубокие корни, архитипически обусловленный и доведенный до абсолюта режим существования «русской системы», который и привел к демографическим провалам из-за сверхрасточительного использования судеб бесправного «массового подданного» в обмен на создание самого крупного по территории государства мира. Высокие людские потери при депортациях, войнах, расстрелах, спецпереселениях, на стройках ГУЛАГа, в лагерях, ссылках - неизбежная плата за это.

Представляется, что для «модернизации сознания», адекватного потребностям и задачам нового

исторического периода, предлагаемых мер символического характера явно недостаточно, как их недостаточно и для профилактики рецидивов тоталитаризма и его вариантов. Устойчивость большевизма, сталинизма определяется когнитивно-ментальной и поведенческой составляющей, которая вплетена в каркас отечественной культуры управления. В полной мере это касается и нереструктурированных отраслей «полусоветской» социальной сферы, в которых занята большая часть работников. Именно институты повседневности определяют их сознание и поведение.

Желание разобраться в том, почему попытки теоретически и

политически непоследовательной «десталинизации» приводят к прямо противоположным результатам, и послужило основанием для рассмотрения институтов функционирования социальной сферы на примере близкой мне по роду профессиональной медицинской деятельности системы здравоохранения, учитывая высокий уровень мифологизации этой сферы, обусловленной высоким гуманитарным статусом врачебной специальности.

же, какой была и сто (!) лет назад. Население России сегодня должно было превышать нынешнее на 113-137 млн. человек [Вишневыский 2005, с. 276, 446].

Для российского общества исторически сохраняется знак тождества между медициной и здравоохранением. Хотя здравоохранение – система охраны здоровья граждан (образ жизни, экология, безопасность, питание, транспорт, условия труда, психологическое состояние и т.д.), в отличие от более узкого понимания медицины – собственно

его внутреннего административно-бюрократического устройства. Главная фигура – чиновник. Пациент – без права на охрану здоровья, врач – без права на профессиональную автономию. «Дебюрократизация всерьез» неосуществима без основательной корректировки действующих институтов, без возникновения новых институтов и их локальных подсистем (институт товаропроизводителей, финансовый институт, оптимизационные, инфраструктурные, инновационно-инвестиционные институты)¹ [Тихомиров 2009].

Несмотря на многолетние разговоры о крайней недофинансированности охраны здоровья, Россия вкладывает в медицину приблизительно столько же, сколько и другие страны со сходным ВВП на душу населения. Половину из совокупных расходов составляют личные средства граждан [Вишневыский 2006]. Но при вполне пропорциональных затратах поражают малые медико-демографические результаты даже на фоне жителей постсоветских территорий. К тому же анализ показывает практическое отсутствие связи, во всяком случае на данном уровне финансирования, между его объемом и основными показателями продолжительности жизни, смертности и здоровья жителей административных территорий [Доклад о развитии..., 2009; Human mortality database..., 2007]. Это заставляет задуматься не просто об отдельных причинах, сохраняющегося многие десятилетия неблагополучия, а о несостоятельности всей российской модели охраны общественного здоровья, оптимальной и прогрессивной для своего времени, но явно не соответствующего запросам и задачам нового времени.

Система здравоохранения в СССР была таковой и создавалась именно как система для страны, представлявшей собой жестко центра-

Несмотря на многолетние разговоры о крайней недофинансированности охраны здоровья, Россия вкладывает в медицину приблизительно столько же, сколько и другие страны со сходным ВВП на душу населения.

Постсоветское здравоохранение в точке бифуркации

Как свидетельствует многолетняя отечественная практика администрирования, бюджет здравоохранения, формируемый по демографическим и медико-статистическим показателям, может быть весьма манипулируемой величиной при любых показателях общественного здоровья [Акопян 2009]. В течение всего советского периода демографические показатели при необходимости цензурировались или засекречивались, легко поддавались фальсификации в соответствии с конъюнктурой текущего момента. Манипулирование нелепыми или удобными показателями и сегодня остается стандартным бюрократическим приемом при составлении планов, отчетов и программ. В действительности успехи в деле охраны здоровья были более чем скромными, особенно по сравнению со странами, выбравшими демократический путь развития [Вишневыский 2006]. Реальным итогом столетнего «демографического разорения» России, особенно первой половины XX века, стало то, что практически все достижения свелись к успехам в борьбе с младенческой и детской смертностью, смертность же взрослых мужчин осталась почти такой

врачевания, образования и медицинской науки – системы организации медицинской помощи.

Одним из ведущих мифов советской медицины как «огромного социального завоевания» для всех было право на неограниченную бесплатную медицинскую помощь по потребности, что не соответствовало действительности [Гуляева; Акопян 2009а; Вишневыский 2005].

Нынешнее Минздравсоцразвития (без аналогов в мире ни по названию, ни по функциям) с удовольствием берет на себя решение общегосударственных задач охраны здоровья инструментами организации медицинской помощи. Это предопределяет оперирование преимущественно итоговыми демографическими показателями в ущерб экономическим, отражающим количество и характер медицинских услуг, оказываемых пациенту и приводящих к социальному результату. Финансирование деклараций, органов управления, подведомственных учреждений, а не собственно осуществленной деятельности по предоставлению медицинских услуг каждому человеку, унаследованное от прежней советской системы, ее эмбриологии, и сегодня остается основой функционирования отечественного здравоохранения и определяет логику

¹ Публичные институты управления здравоохранением подлежат сохранению только на федеральном уровне. Социально-политический институт включает институт государственной политики в социальной сфере; институт государственного мониторинга экономики социальной сферы; институт медико-социального учета и контроля, институт анализа состояния социальной сферы и др. в логике институционального проектирования (более подробно см. Тихомиров 2009).

лизированное, в значительной мере военизированное государство. Рыночные экономические отношения и частная собственность политически отрицались и были запрещены. Осознание новых задач, отвечающих «второму эпидемиологическому переходу», связанному с постарением популяции, увеличением продолжительности жизни и сменой структуры заболеваемости с преимущественно инфекционной на соматическую, позволило большинству развитых стран, начиная с 1960-х гг., выработать новую стратегию действий. Инициатива перешла к обществу, гражданам, так как источники опасности для здоровья и жизни оказались за пределами прямого влияния медицины. Институты, адекватные ситуации, когда стояла ленинская дилемма «или социализм победит вошь, или вошь победит социализм» в новых условиях во многом просто перестали выполнять свои функции.

Сегодня, по примеру развитых стран с социальной рыночной экономикой, самым актуальным является отказ от прямого субъектного управления государством медицинскими учреждениями через их административно назначаемых руководителей в пользу объектного управления производственной базой (имуществом) системы здравоохранения и оплаты финансовых представлений за каждого гражданина в пределах утвержденных гарантий в пользу независимого производителя на договорной, а не обязательственной основе, т.е. перевести систему здравоохранения из ведомственного в гражданский оборот. Однако такая постановка вопроса вызывает непонимание и раздражение безмерно разросшегося административно-управленческого аппарата органов здравоохранения, более склонного принципиально ничего не менять в механизме функционирования «лучшей в мире системы» и связывающего все проблемы отрасли с недостаточным финансированием.

Доступность – это в первую очередь – бесплатность. Второе важное – вопрос качества медицинских услуг (медицинской помощи в товарной оболочке). Так как качественное исполнение услуг

неотделимо от ее исполнения, проконтролировать качество каждой услуги как объекта просто невозможно. По сути, это вопрос контроля деятельности врача как субъекта договорных отношений. Так как работу каждого врача с каждым пациентом органы управления физически проконтролировать не в состоянии, во всем мире этот вопрос решается через инструменты профессионального (корпоративного) самоуправления. Безопасность же медицинской помощи (услуг) – совместная компетенция государства и профессионального сообщества, реализуемая через разрешительную систему лицензирования, стандартизации, аккредитации, аттестации, сертификации организаций, медицинского персонала, организационных и медицинских технологий, лекарств и оборудования.

Важным индикатором, подтверждающим невозможность решить стоящие перед страной задачи в рамках советской модели организации медицинской помощи, траектории ее предшествующего развития, устранить вопиющие структурные и кадровые диспропорции, являются тенденции и факторы занятости в российском здравоохранении. Несмотря на то, что число врачей в расчете на 10 тыс. человек в последние два десятилетия росло во всех развитых странах со

отечественную номенклатуру собственно врачебных специальностей входят и те, которые за рубежом такими не являются, например, физиотерапевты, дантисты, медстатистики, управленческое звено и пр. Номенклатурно-ведомственная организация здравоохранения отражена в отечественной номенклатуре врачебных специальностей: 9 вузовских, 44 основных и 186 дополнительных (в других странах 21-28 специальностей) [Комаров 2011].

Как известно, основным системообразующим фактором здравоохранения является само врачебное сообщество. Доля работников здравоохранения в общей занятости за 16 лет (1990-2006гг.) возросла с 5,6% до 6,8%. Кроме того, если доля собственно врачей в общей численности занятых в здравоохранении США составляла в 2004 г. 6,3%, то в России аналогичный показатель много выше и продолжает увеличиваться: в 1995 г. – 17,9%, в 2000 г. – 18,3%, в 2004 – 18,8%, в 2006 – 19,3% [U.S.Department of Labor, Bureau of Labor, Statistics, Росстат]. Число же врачей общей практики в России, несмотря на государственный статус этой программы, составляет мизерную долю – лишь 3 врача на 100 тыс. человек (Росстат). Соотношение врачей и медсестер у нас самое плохое: 1 к 2, хотя в совре-

Важным индикатором, подтверждающим невозможность решить стоящие перед страной задачи в рамках советской модели организации медицинской помощи, траектории ее предшествующего развития, устранить вопиющие структурные и кадровые диспропорции, являются тенденции и факторы занятости в российском здравоохранении.

стареющим населением и высокой продолжительностью жизни, в России, где относительное число врачей с советских времен было очень высоко, этот показатель за 16 лет (1990-2006 гг.) увеличился в среднем на 10%.² Правда, в

² Если по состоянию на 2004 г. Россию по числу врачей опережали лишь две страны – Италия и Грузия, то в 2006 г. Россия вновь вышла на первое место в мире с показателями числа врачей 49,9 на 10 тыс. человек. Численность студентов в государственных медицинских вузах с 1990/96 по 2006/07 учебный год возросла со 193 до 204 тыс. человек, ежегодный выпуск – с 24,5 до 31 тыс. человек, притом, что

менных условиях оно должно быть не менее 1 к 5-6. Врачи, главным образом, сосредоточены в городах, на селе их всего 7,4% при том, что на селе у нас проживает 26-27% граждан и плотность расселения там значительно ниже. Даже при таких показателях в первичном звене здравоохранения не хватает

численность населения страны все эти годы сокращалась [Колосницкая, Мушинкин, 2009]. Связь рабочей профессии с полученной в вузе специальностью в медицине и фармакологии остается самой высокой – 91,3% и 100% соответственно [Аврамова, 2009].

как минимум 60 тыс. врачей, в то время как в стационарах их переизбыток свыше 100 тыс. [Комаров]. Эти показатели убедительно свидетельствуют об усугублении диспропорций использования труда врачей, их малой загруженности по прямому назначению, отсутствию кадровой политики и слабости органов управления здравоохранением, неспособности «штаба отрасли» бюрократическими методами создать набор необходимых моти-

представляет собой низкокачественную инструкцию конца 1980-х гг., абсолютно несоотносимую с действующим ГК и антимонопольным законодательством практически во всех своих новациях. Новый закон перестает быть «основами законодательства», приобретая статус федерального закона прямого действия, который практически все: от сроков беременности до контроля качества передает на усмотрение правительства и феде-

учрежденческую «экономику» здравоохранения. Собственно это и есть «точка бифуркации». Дискуссия по этому вопросу пока не получается, уполномоченный орган альтернативные варианты рассматривать не готов. Ни к чему, по мнению Минздравсоцразвития, не готово и профессиональное медицинское самоуправление, выведенное за рамки принятия решений даже по своим «родовым» функциям. Безвозвратно утерянная системность отрасли, вследствие неосновательного деления по форме собственности – принадлежности имущества (федеральное, региональное, муниципальное, частное, смешанное и т.д.), а не по режиму собственности, как следовало бы (некоммерческий, коммерческий, обременения и преференции). Фрагментированность собственности по юридическим лицам, приватизированность по объектам, ведомствам и фондам выливается в «ручное управление» по принципу - «кто во что горазд». Положение усугубляется и отношением верховной власти, воспитанной на «святости миссии», «чистоте белого халата», «клятве Гиппократ» и прочих общих представлениях бытового содержания к проблеме боли, страдания, болезни. Ставка на идеологические бренды лишь камуфлирует бедность отрасли и ее общее неблагополучие, выливающиеся в «синдром распада» системы бесплатного оказания медицинской помощи, массовое и плохо скрываемое недовольство граждан.

Пролетаризированность российского общества, в том числе «новых бедных», составляющих существенную часть массовой интеллигенции – работников т.н. непроектной (согласно ОКОНХ) сферы, находящихся в институциональной «ловушке» низких заработных плат [Плискевич 2010], обусловлена структурой собственности, сложившейся в России 2000-х гг.

ваций для удовлетворения нормативной потребности своих работников. Во многом здравоохранение с его институтами, характером административного управления учреждениями (точнее руководителями), персоналом и бюджетом «висит в воздухе» - существует для самого себя, действуя в режиме самосохранения прежней системы, разваленной платными услугами т.н. государственных учреждений. Существование во «враждебном рыночном окружении» за рамками полноценного правового регулирования, адекватного типу нынешнего государственного устройства приводит к ситуационному манипулированию подзаконными актами, неспособными выдержать ни одной серьезной правовой экспертизы на соответствие даже действующему законодательству. Яркий пример тому – проект новой редакции «Основ охраны здоровья в РФ», предлагаемый взамен действующих с 1993 года «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», выполняющих роль медицинской конституции, носящих «рамочный» характер, но во главу угла ставящих человека, личность. Несмотря на попытки его редактирования, новый акт не выдерживает никакой критики, пытаясь лишь узаконить сложившееся положение вещей, особенно в части платных услуг, и, по сути,

рального органа исполнительной власти, делая его удобным лишь для чиновников, присваивающих себе все полномочия, никак не корреспондирующие ни с соответствующими обязанностями по охране здоровья, ни с санкциями за их невыполнение. Даже профессиональные ассоциации (объединения граждан) планируется аккредитовать в Минздравсоцразвития.

Болеет не государство, а люди, общество. Другая часть общества – врачи, - этих людей лечат. Государство же, вместо регулирования этого процесса, само себе в своих учреждениях оказывает и оплачивает услуги в пределах казны, усиливая при этом свои и без того мощные посреднические функции между врачом и пациентом, мультиплицируя неэффективность расходования ресурсов. В итоге закон, если он будет принят, окажется нежизнеспособным, «теневые» отношения не устранил, но на длительное время сделает невозможной модернизацию здравоохранения, несмотря на декларацию Президента РФ Д.Медведева. По существу, принятие закона в его нынешней концепции, обходящей вопросы принципов системобразования, адекватные задачам развития в направлении социальной рыночной экономики, декларируемой политической властью, закрепляет ведомственно-

Пролетаризированность российского общества, в том числе «новых бедных», составляющих существенную часть массовой интеллигенции – работников т.н. непроектной (согласно ОКОНХ)³ сферы, находящихся в институциональной «ловушке» низких заработных плат [Плискевич 2010], обусловлена структурой собственности, сложившейся в России 2000-х гг. Ее

³ ОКОНХ – Общесоюзный классификатор «Отрасли народного хозяйства». В настоящее время (с 1993 г.) в России действует ОКДП (Общероссийский классификатор видов экономической деятельности), построенный на основе международных классификаций, где медицинская услуга относится к видам экономической деятельности в социальной сфере. Переходный период, согласно федеральному законодательству был закончен в 2003 году.

основной характеристикой является монополия государственной и крупной частной собственности, определяющая характер гражданского (частного) экономического оборота. В этих условиях неизбежно уменьшается эффективность деятельности государственной системы здравоохранения по своему прямому назначению. Платные медицинские услуги и неформальные платежи в т.н. государственных учреждениях здравоохранения стали нормой. Теперь планируется их еще и узаконить. Многие виды медицинской помощи недоступны для людей с низкими доходами, не имеющих перспектив изменения своего положения в лучшую сторону и шансов выбраться из застойной бедности.

Судьба врачебного самоуправления в России XX века.

Огромный вклад в решение проблем охраны здоровья жителей дореволюционной России принадлежит Обществу русских врачей в память Н.Пирогова и Пироговским съездам конца XIX – начала XX века. Анализ решений Пироговских съездов позволил сделать вывод о том, что Февральская революция получила безоговорочную поддержку их участников, а Октябрьская была воспринята ими негативно. После Октябрьской революции (переворота) в октябре 1917 г. Чрезвычайное совещание врачей (16-17 мая 1918 г.) в своем Постановлении отмечало, что «антиморальный, антидемократический и антигражданский характер деятельности современных захватчиков власти представляет столь громадное зло, а несчастье, в которое ими повергается наша страна, настолько колоссально велико, что все нравственно здоровое во врачебной семье должно найти в себе решимость и по долгу гражданской совести резко и определенно отмежеваться от врачей, действующих в лагере насильников» [Постановление... 1917]. В своих докладах Общество ссылалось на фактический материал, свидетельствующий о том, что «большевиками уничтожаются гражданские свободы, неприкосновенность личности, жилища,

свобода слова, печати, собраний, стачек, уничтожается правосудие, создается благоприятная почва для самосудов путем натравливания одних групп населения на другие, втаптывается в грязь осуществленное русской революцией всеобщее, прямое, равное, тайное избирательное право, попирается неприкосновенность свободно избранных народом органов самоуправления, разрушаются основы народного благосостояния и раточаются народные сбережения» [Злодеева 2006].

В числе членов Правления, подержавших власть большевиков и начавших с ней активно сотрудничать были З.Соловьев, И.Русаков, А.Сысин, П.Дьяконов и Л.Тарасевич и др., имена которых впоследствии были увековечены в топонимике улиц и учреждений. З.Соловьев и И.Русаков публично заявили об этом в прессе и вошли в руководящие органы Москвы. Руководителям Наркомата здравоохранения РСФСР, профессиональным революционерам «женевской» ленинской группы - Н.Семашко и Д.Бонч-Бруевичу, хорошо показавшим себя в Московском вооруженном восстании, было поручено возглавить санитарно-медицинскую службу нового государства.

Наиболее специфическая характеристика сталинизма, его родовая черта, возникшая с самого начала

других известных врачей. С ликвидацией земских и городских самоуправлений земская медицина и ее Всероссийское представительство в лице Пироговских съездов утратили свою базу, остались невостребованными новой властью и в 1922 г. прекратили свое существование [Злодеева 2006]. Обобщенные и сформулированные Пироговскими съездами единые подходы к организации медицинской помощи населению страны и основополагающие принципы системы государственного здравоохранения (необходимость государственного субсидирования мероприятий по охране здоровья населения, бесплатная, доступная и равная для всех медицинская помощь с участковым принципом ее оказания, создание государственной системы санитарных учреждений, единые подходы в статистике и учете общей заболеваемости населения, необходимость информационного обеспечения профессиональной медицинской деятельности, развитие врачебного самоуправления и т.д.) были положены в основу советской системы здравоохранения, получившей название «модели Семашко» без указания источника их происхождения. Итогом огосударствления здравоохранения после Октябрьской революции 1917 г. стало то, что в медицине исчез человек независимого обра-

Огромный вклад в решение проблем охраны здоровья жителей дореволюционной России принадлежит Обществу русских врачей в память Н.Пирогова и Пироговским съездам конца XIX – начала XX века.

большевистского правления – это террор как универсальный инструмент решения любых политических и социальных задач. Разной степени репрессиям - от потери должности и ссылки, до лагерей и расстрелов, были подвергнуты «несогласные». Среди них Ф.Рейн, Д.Жбанков, С.Розанов, К.Шидловский, П.Куркин, П.Диатроптов, Я.Кац, Н.Шен, А.Мальков, И.Коварский, В.Канель, В.Левицкий, Л.Грановский, С.Швейцер и ряд

за мыслей, а в здравоохранении появился работник как исполнитель ведомственных предписаний. Закрепилась сталинская идеология что «хорошего врача народ прокормит, а плохому и этого хватит» (по легенде ответ Сталина наркомму здравоохранения Н.Семашко в ответ на просьбу об увеличении размера заработной платы врачам).

По мнению С.Мамонтова и А.Тихомирова (2011) с течением

времени врачи начали ассоциировать свою позицию не с медицинским сообществом, а с отраслевым ведомством – сместилась система координат. Вместо тенденций консолидации по общности профессии произошло растворение профессии в должностных, научных и пр. различиях в единстве общественно-конформизма и лояльности к публичным институтам. Многовековая независимость медицинской профессии от внешних влияний в

самоуправления оказалось невозможным, а имеющиеся структуры врачебного самоуправления в лице профессиональных ассоциаций и их объединений (например, возрожденное Пироговское движение врачей России) попросту игнорируются. Даже предусмотренные законодательством их предельно ограниченные частичные функции не реализуются, механизм их не прописан. Отраслевому же ведомству в существующем виде не нужна иная

только при смене действующей модели организации здравоохранения и оформляющего ее законодательства. В основе реорганизации системы оказания медицинской помощи населению должно лежать выборное и коллегиальное начало при участии как профессиональных работников, так и общественных представителей всех заинтересованных групп населения. При этом системные функции здравоохранения, как специфические (наука, профилактика, лечение), так и общие (кадры, ресурсы, управление), никем не ставятся под сомнение [Венедиктов 2008].

Сегодня по-прежнему место, которое за рубежом занимает медицинское сообщество, в России занято не врачебной корпорацией, а государством в лице отраслевого ведомства.

России оказалась прочно утрачена и сегодня нынешний характер подвластности отраслевому ведомству позволяет противопоставлять медицинское сообщество остальному обществу, оставляя, как правило, само отраслевое ведомство вне поля такого противопоставления [Мамонтов, Тихомиров 2011]. Обладатели медицинской профессии оказались разрозненными ведомственным и трудовым подчинением, хотя их статус оказался неопределенным. В частности, врачи не являются госслужащими, хотя сегодня разворачивается компания против «коррупции» в низовом звене здравоохранения на почве поборов и вознаграждений за услуги, формально уже оплаченные налогоплательщиками. С подачи СМИ врачи в глазах общества предстают ответственными за несовершенство организации здравоохранения и отсталость медицины. Постоянно муссируется тема «убийц в белых халатах» [Воробьев 2010].

Сегодня по-прежнему место, которое за рубежом занимает медицинское сообщество, в России занято не врачебной корпорацией, а государством в лице отраслевого ведомства. При существующей организации здравоохранения и оформляющем ее законодательстве создание органов медицинского профессионального

организации медицинского сообщества, кроме как субординационно администрируемая [Саркисян 2001].

Профессиональное самоуправление является условием существования медицины как профессии, поскольку в его отсутствие обладатели профессии перестают быть самостоятельными в следовании интересам пациента, а руководствуются ориентирами трудовых отношений, ведомственных указаний и экономических выгод. Отсюда основным условием профессионального самоопределения и становления медицинского сообщества является смена основного формационного элемента - характера трудовых отношений, с чего собственно и начинается новый «институциональный цикл». Это предусматривает придание обладателю медицинской профессии субъектности - экономической самостоятельности положения, подобно нотариусам, адвокатам, оценщикам, арбитражным управляющим (например, через статус «номерного специалиста»). Для врачей не должна предусматриваться работа по трудовому найму, за исключением службы в государственных или муниципальных органах власти.

Таким образом, медицинское профессиональное самоуправление в России может возникнуть

Учреждения как феномен «русской модели управления»

Учреждение – основная форма организации нашей деловой культуры. Все мы, родившиеся и выросшие в этом «воздухе», привыкшие к нему, просто не знаем иного. Для советских учреждений характерны основанность на несобственном имуществе и неэкономический характер деятельности. Эта организационно-правовая форма (ОПФ), как и прежде, сегодня применима как к учреждениям – органам, так и к учреждениям – организациям. Разделение юридических лиц на лица публичного и частного права, как за рубежом, не произошло. Плательщик и получатель бюджетных средств по-прежнему совпадают в имущественной принадлежности. Если в производственной сфере произошли по сути революционные изменения форм собственности и ОПФ, давшие начало процессу адаптации институтов коллегиального управления, основанных на разделении функций собственности и управления в рыночной экономике, то социальной сферы этот процесс практически не затронул.

В России даже партии и общественные организации, не говоря об остальных, по сути своей являются учреждениями. Борьба личностей и ведомств в подавляющем большинстве случаев предстает перед обществом в виде борьбы учреждений.

Учреждение – уникальный инструмент слияния «Я» руководителя с «Мы»-родиной (парти-

ей, государством) и возможностью полной идентификации себя и учреждения (партии, государство). По закону и представительству учреждение – это и есть его руководитель - лицо, принимающее решение (ЛПР). В советской истории учреждения и унитарное управление отлично зарекомендовали себя в качестве формы и способа достижения высокой мобилизационно-перераспределительной эффективности, не говоря уже об административной лояльности. Правовая модель корпоративного управления способна выжить и нормально функционировать лишь в комплексе с другими общественными институтами⁴ (независимый суд, уважение к частной собственности, доверие к государству). В другом случае разделение перекрещивающихся полномочий приводит к двоевластию, которое при шаткости нормативной базы переводит эти коллизии в неформальную плоскость [Верников 2009]

Общей характерной особенностью российской деловой культуры, основанной на господствующих в стране неформальных нормах, определяющей ее «неконгруэнтность» с импортируемыми институтами (страхование, аренда, саморегулирование и т.д.), является ее основанность на высокой концентрации собственности, вовлеченность собственника в управление, преобладание неформальных отношений над формальными, нетерпимость к конкуренции и конкурентам [Олейник 2005].

А. Прохоров (2006) видит основополагающий принцип «русской модели управления» (в отличие от британской и германской) в том, что «...внешний орган крайне централизованного управления, который выглядит абсолютно всемогущим и формально имеет все права на подчиненного и имущество, тем не менее, не доходит до текущего повседневного управления да и не имеет такой физической возможности». Русскую модель управления можно сравнить с «гроздьем винограда», где каждая ягода (кла-

стер) находится в своей оболочке. Внутри кластера - региона, завода, полка, бригады и т.д. господствуют неформальные, неправовые отношения, «круговая порука», благодаря которой, несмотря на неэффективность в каждой ситуации, в каждый момент времени и в каждом месте задача, тем не менее, решается. Доказательство тому – территория страны. Модель эта неконкурентная, основана на «конкуренции администраторов», а не «администрировании конкурентов», позволяющая за счет мобилизации ресурсов и их перераспределения, не считаясь с интересами отдельного человека и «ценой вопроса», охватывать все общество, живущее в условиях неправомерной повседневности. Здесь корни того, почему не идет модернизация, не внедряются изобретения, не конкурентоспособна продукция, не работает законодательство о труде [Прохоров 2006].

Внешне коллективистская культура управления при агрессивном индивидуализме каждого исполнителя приводит к тому, что все контрагенты подразделяются на «своих» и «чужих», нет доверия к внешним лицам и органам, господствует «двойная» мораль (для себя и для внешнего пользования), что придает ей оборонный характер. Есть должность («кресло») - есть все (статус, средства, востребован-

уровень общей неэффективности. Задачи развития требуют отказа от такой модели трудовых отношений. Ю.Афанасьев определяет теневую экономику как «вторую натуру» социализма, отождествляя русскую власть с русским социализмом, считает основной особенностью «русской системы» «жизнь по понятиям за чужой счет», видит миссию либерализма в противостоянии «русской системе» управления, безраздельно владеющей «догосударственными локальными мирами» (регионы, учреждения, организации и т.д.) [Афанасьев 2011].

В сохранившейся всеобъемлющей системе государственных учреждений почти каждое из них, наряду с правом на предпринимательскую деятельность, в «новые времена» дополнительно прирастило себе права юридического лица, что окончательно обрело этот институт на функционирование в условиях неформальных отношений. Этим была реализована идеальная для личных целей бюрократии архитипическая (социокультурно) гармоничная «лжегосударственная форма существования частного (частно-бюрократического) капитала» [Ларин 1993; Гайдар 2009, с.323].

В здравоохранении к монополю собственности государства, существующей и живущей

В сохранившейся всеобъемлющей системе государственных учреждений почти каждое из них, наряду с правом на предпринимательскую деятельность, в «новые времена» дополнительно прирастило себе права юридического лица, что окончательно обрело этот институт на функционирование в условиях неформальных отношений.

ность, уважение), отняли «кресло» - ты никто. Право нацелено на защиту групповых, а не индивидуальных интересов. Действует принцип централизма и дисциплины с узурпацией «на самом верху» максимального объема полномочий. В рамках такой парадигмы минимальная независимость любого элемента воспринимается как угроза, а прямой владетельный контроль, минуя коллегиальные механизмы, лишь еще больше снижает

своей жизнью в виде феномена «учреждений», было делегировано право извлечения прибыли «из всех источников, не запрещенных законодательством РФ» в пределах уставной деятельности. Мотивировалось это, наряду с постоянным расширением прав руководителей, целью спасения учреждений в условиях масштабного социально-экономического трансформационного кризиса. На практике это привело к тому, что руководитель

⁴ В СССР роль элементов корпоративного управления выполняли парткомы, профкомы, комитеты комсомола, СТК. Сегодня их сохранившиеся аналогии несравнимы по влиянию на текущую жизнь организаций.

в качестве фидуциара⁵, оказался в центре конфликта интересов государства с экономическими интересами учреждения (т.е. со своими интересами)⁶. Интересы же государства (органа управления) и учреждения (руководителя) оказались диаметрально противоположны экономическим интересам его работников. В условиях неопределенности конфликт интересов институционально закреплен по всей вертикали администриро-

вверенного объекта характеризуется всеобъемлющим, недифференцированным, неопределенным и неограниченным наполнением в виде совмещения организационно-распорядительных, кадровых, финансово-хозяйственных и профессионально-производственных полномочий, сегодня основанных на манипулировании «квадратными метрами» учреждений, задействованными в гражданском обороте – предостав-

фигурации отношений сложилась ранее неизвестная ситуация абсолютно зависимого и униженного положения кафедр вузов и НИИ, не имеющих своих площадей, но исторически работающих на базе государственных больниц и поликлиник [Акопян 2003].

Руководитель учреждения сегодня по закону не является ни государственным служащим, на которого распространяются соответствующие льготы и ограничения, например, касающиеся декларирования доходов, «социального пакета», конкурса или ротации, ни предпринимателем, действующим в пределах установленной законом компетенции, т.к. находится в прямой административной зависимости от фактического собственника – органа управления здравоохранением. Административное управление не терпит половинчатости и частичной подчиненности. Положение лица, принимающего решения (ЛПР) и требования к нему в большей степени описывается понятием «эффективный менеджер», «слуга государства», «балансодержатель», «крепкий хозяйственник». Руководителям учреждений сегодня отведена роль доверенных «приказчиков», имеющих возможности дополнительных заработков, связанных с административной рентой и находящихся под угрозой их потери по критериям собственной лояльности и способности обеспечивать полную управляемость коллективами. А также по обстоятельствам, никак не связанным с результатом их деятельности. Большая правовая, а не изменчивая административная защищенность – в интересах модернизационно настроенной части корпуса главных врачей и директоров, уже сконцентрировавших вокруг своих должностей все доступные административные, финансовые и статусные полномочия, научные степени и звания⁷. Основанность на «неформальных», привилегированных отношениях с собственником имущества в условиях гражданского оборота значительно повысила общую коррупци-

Сегодня по-прежнему в качестве основы институтов государственного и муниципального здравоохранения сохраняется т.н. оперативное управление учреждением и его имуществом, осуществляемое административно уполномоченными лицами – балансодержателями.

вания [Тихомиров 2007; Акопян 2009].

Сегодня по-прежнему в качестве основы институтов государственного и муниципального здравоохранения сохраняется т.н. оперативное управление учреждением и его имуществом, осуществляемое административно уполномоченными лицами – балансодержателями.

Оперативное управление – инструмент администрирования, основное оружие администратора любого уровня в процессе усмотрительного перераспределения, символ ожидания мобилизации и готовности к ней, демонстрация этой готовности перед учредителем – государством. Большевистско-сталинское по происхождению, оставшееся в наследство от времен «военного коммунизма» ограниченное вещное право оперативного управления лежит в основе прав владения, пользования, извлечения прибыли и административной ренты из управления несобственным имуществом – объектами государственной собственности, в целом соответствуя логике предшествующего развития российской цивилизации. Этот тип управления, делегированный руководителю, в пределах

лени платных услуг. Законом не предусмотренное «балансодержание», (ГК РФ такого понятия не содержит), позволяет реализовать волю «верховного» собственника в условиях административно-командной системы управления социальной сферой при полной, по сути крепостной зависимости работников от рабочего места, неразрывности «объекта» и «субъекта», включая и самих руководителей учреждений, административно управляемых «страхом оказаться на улице и сдохнуть под забором». Это является внутренним мотивом для наращивания новых площадей, лоббирования новых объектов – центров и строительств-пристроек с целью расширения территории «своего порядка», укрепления личных позиций и повышения своей конкурентоспособности в хозяйственном обороте. В такой ситуации неизбежно нарастает процесс дублирования мощностей и дорогостоящего оборудования государственных учреждений. Попавший в оперативное управление учреждения любой прибор заканчивает свою легальную историю, не имея возможностей сменить владельца, независимо от того, доведется поработать этой технике или нет. Вторичный рынок оборудования, его аренда у нас вообще отсутствует, не в пример странам более обеспеченным. В новой кон-

⁵ Фидуциар – доверенное лицо, наделяемое полномочиями принципалом (собственником, государством) для управления его активами.

⁶ По закону (ГК РФ) учреждение не отвечает по обязательствам учредителя (государства), государство же несет субсидиарную ответственность по результатам его деятельности

⁷ Свидетельство тому, например, персональный состав РАМН, в основном представленный руководителями лечебных учреждений, далеких от научной деятельности, но имеющих символические кафедральные совместительства, часто на базах «своих» учреждений.

онность системы без повышения ее эффективности по прямому назначению.

В условиях экономических приоритетов деятельности отказ от малоэффективного административного управления коллективами в пользу легальных экономических и доверительных форм и методов управления, веками сопровождавших врачебную деятельность, становится неизбежным в первую очередь для системы государственного здравоохранения в лице «своих» учреждений, повсеместно представленных на рынке медицинских услуг. Роль институциональной ловушки, создающей эффект «блокировки», здесь играет как раз система «оперативного управления» имуществом учреждения.

В итоге незавершенных, продолжающихся хаотичных реформ платежного механизма, мало затронувших институциональную основу социальной сферы в целом и здравоохранения в частности, вместо модернизации Россия встала на путь новой институционализации системы «власть-собственность» [Плискевич 2006; Нуреев 2002], закрепляющий распределение власти не по полномочиям, а по объектам контроля [Явлинский 2007, с.28]. Системная коррупция в этих условиях — часть общей институциональной системы, полноценная организационная (деловая) культура системы «власть-собственность» с многовековой историей, модернизированная под новый тип государственного и экономического устройства. Характерным для него является управление зависимыми субъектами (руководителями), а не объектами (имуществом), хотя следовало бы наоборот, как принято в странах с социальной рыночной экономикой. Неизбежное производное от централизованной экономики и монополизации собственности - компенсаторный неформальный институт реализации ее прав в условиях неопределенности и отсутствии действующих законных регуляторов [Акопян 2009].

Институциональной ценой терминальной задержки реформы отношений публичной собственности в социальной сфере, с преобладанием теневого оборота в сфере

предоставления медицинских услуг государственными учреждениями, является невозможность осуществления искомых инноваций и инвестиций в здравоохранение за рамками разговоров, круглых столов и дискуссий. Это предопределено инфраструктурой и монополизированным имущественным комплексом отрасли, находящимся в коллективной собственности бюрократии в виде формально государственного имущества, задействованного в гражданском обороте. Такое системообразование не нуждается и в конкуренции - она заложена внутри самой системы в виде «конкуренции администраторов».

В новых обстоятельствах институт учреждений, расширивший свои права и возможности привлечения средств, оказался идеальным местом реализации институциональной формулы «коррупция = монополизм + произвол – ответственность», тем более, в условиях информационной закрытости. Сегодня по этим основаниям не может работать иначе – вне зависимости от личных качеств руководителей и размера финансирования.

Руководители медицинских учреждений и их подразделений в большинстве своем относятся к наиболее дееспособным и мотивированным представителям врачебного сообщества

Наука принимает ее, рассматривает ее как явление или факт, подлежащий изучению относительно того стечения обстоятельств, которыми оно причинно обусловлено» [Милль 1900, с.764]. Современные институциональные теории и научные подходы отличаются вниманием к вопросам институционального проектирования, создающего условия управленческой вменяемости и надлежащего поведения исполнителей при соответствующей институциональной профилактике возможных соблазнов.

Модернизация институтов здравоохранения

Европейское определение прав человека в России официально закреплено принятой в 1991 году Декларацией прав и свобод человека, которая прямо определяет доминирующее место личности в системе ценностей общественного развития. В основе человеческой цивилизации (оргцивилизации)⁹ лежат различия в доступе к владению, пользованию и распоряжению имуществом. В российском законодательстве принято самое упрощенное понятие собственности, распространяющееся лишь на вещи и рабочую силу. Там, где нет собственности, там, в принципе невозможны свобода, право, равенство, свободный человек, независимая личность [Нерсесянц 2000]. Имен-

В новых обстоятельствах институт учреждений, расширивший свои права и возможности привлечения средств, оказался идеальным местом реализации институциональной формулы «коррупция = монополизм + произвол – ответственность».

способным несколько компенсировать институционально-бюрократические перекосы соблюдением этических принципов врачебной корпорации⁸. По мнению Д.Милля, известного британского философа XIX века, в качестве искусства поведения этика нуждается в науке: «Искусство ставить цель, которую нужно достичь, определяет эту цель и передает ее науке.

⁸ Медико-социальная хартия РФ, Конвенция о правах и обязанностях врачей в РФ (Меди-ко...2001, Конвенция...2004)

но личная собственность человека – его жизнь обеспечивает верховенство права собственности, невозможность поглотить его окончательно [Аринин 2002].

⁹ Оргцивилизация (3-я природа) – определяет отношения людей к объектам 1-ой (земля, воздух, вода, недра) и 2-ой природы (города, техника, инфраструктура, предметная среда и т.д.). 3-я природа – вещество созданных людьми организаций – институтов. За счет характеристик человеческой личности оно (вещество) подвержено порче, ломке, коррозии, требует внимания и контроля. Процесс извлечения и обмена ограниченными ресурсами происходит в условиях отсутствия «абсолютной полноты блага» [Пригожин, 2007].

Социальные (общественные) отношения – это отношения собственности, количество которой всегда ограничено. Эти отношения регулируются институтами – сложившимися нормами и правилами системы управления государством и обществом¹⁰. Человек чрезвычайно чувствителен к действию институтов, основой которых в человеческом обществе является собственность. Ее четко установленные, научно обоснованные и хорошо

цинской помощи. Прямое подчинение медицинских организаций органу управления здравоохранения уступает место их взаимодействию на основе договорных отношений [Шейман 2009, с. 52].

Лидером реформы этого типа явилась Великобритания, в свое время заимствовавшая ряд основополагающих принципов советского здравоохранения и сегодня ставящая задачу создания «всеобъемлющей службы, доступной для

здравоохранении в направлении социально-рыночной трансформации в первую очередь является создание адекватного общественным представлениям справедливости режима собственности с соответствующими ограничениями и изъятиями, обеспечивающим предоставление гарантированных и оплаченных государством медицинских услуг, которые могут понадобиться каждому гражданину. Сходный вектор преобразований заявляет Концепция ГУ(НИУ)–ВШЭ «Модернизация российского здравоохранения: 2008-2020 годы» [Модернизация ... 2008].

Из концепций реформирования здравоохранения, официальных¹¹ и нет, современным задачам модернизации, на мой взгляд, наиболее соответствуют предложения А.Тихомирова (2007), представленные в большом количестве публикаций¹² на страницах журнала «Главный врач: хозяйство и право» последних нескольких лет.

От всех других аналогичных работ предлагаемая концепция отличается тем, что в ней представлен конкретный юридико-правовой механизм осуществления социально-ориентированной модернизации постсоветского здравоохранения через преобразование института учреждений (чего ранее не было) на основе правового закона в рамках действующих границ и эволюции российского права, составлена транзитологическая «дорожная карта» реформы. Государственное регулирование имущественных отношений для вида деятельности с непосредственным социальным результатом предлагается осуществлять путем публично-правовой оптимизации арендных ставок на государственное и муниципальное имущество медицинского назначения (вплоть до символических «копеечных» аренд), ранжированных по режимам собственности,

Во многих европейских странах стержнем реформы здравоохранения стало разделение функций финансирования и оказания медицинской помощи.

защищенные права – основа соблюдения прав человека, формирования мировоззрения (идеологии, религии) и законодательства.

Институциональный подход сближается с близким нам социокультурно политэкономическим (экономсоциологическим) и пытается учитывать антропологические, психологические, эволюционные, социокультурные и биосоциальные аргументы, влияющие на реальное поведение человека. Система с этой точки зрения – это порядки и правила управления, основанные на характере распределения собственности. В теоретической основе социальной экономики собственность, подвергнутая индивидуализации, выступает в качестве доступного количественного эквивалента прав личности. Неинституциональный экономический подход, учитывая происхождение постсоциалистической собственности, рассматривает ее индивидуализацию не как способ обладания какой-то частью имущества, а в качестве правовой категории гражданских и профессиональных – социальных прав личности.

Во многих европейских странах стержнем реформы здравоохранения стало разделение функций финансирования и оказания меди-

цис и в любом месте на основании клинических потребностей пациентов, а не их платежеспособности». Ставится задача создания одной из лучших в мире национальной системы здравоохранения (NHS). Помещение пациента в центр системы планируется осуществить через информационную революцию, более широкий выбор и контроль [Панов, Карпенко 2011]. Общая логика этого типа реформы – создание сильного покупателя медицинской помощи, акцент на финансово-управленческие механизмы, а не на действие рыночных сил, переход к отношениям «сетевому» типа с акцентом на кооперацию интегрированного покупателя и поставщиков медицинских услуг [Шейман 2009, с. 59-63]. Целью реформы здравоохранения Великобритании также является «расширение прав врачебного сообщества, предоставление ему большей автономии и ответственности за результаты своей деятельности, создание крупнейшего в мире социально ответственного предпринимательского сектора в здравоохранении за счет регулятивных рычагов, которые предоставят сотрудникам NHS больше возможностей влиять на будущее своих организаций, в том числе и на их руководителей» [Equitex ...].

Актуальной задачей институциональных преобразований в

¹¹ Комментарий к проекту Концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 Концепция Минздравсоцразвития закрепляет сложившийся гибридный бюджетно-страховой системы, ориентируясь на достижения целевых демографических показателей через постоянное наращивание объема финансирования (до уровня 40-42 тыс. руб. на человека в год при нынешних 8 тыс. руб.) и улучшение администрирования [Акопян 2010]

¹² В том числе в виде монографии «Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения» [Тихомиров, 2007].

¹⁰ Любое соглашение между агентом рынка и стороной, устанавливающей правила игры (институты) автоматически снижает возможность других агентов – участников рынка.

видам деятельности и налоговым освобождениям, что особенно важно на уровне амбулаторного звена муниципального здравоохранения. Фондирование, демпфирование для субъектов медицинской деятельности (врачей, коллективов) могут составить основу инновационного механизма, направленного на ресурсосбережение. Государство здесь выступает как в качестве арендодателя, так и полноправного субъекта рыночных отношений – платежной стороны в пользу выгодоприобретателя, т.е. пациента, а не «своего» учреждения, как сегодня.

Мировой опыт организации системы оказания медицинской помощи на современной основе показывает, что без привлечения самих медработников в качестве участников имущественных отношений существенные преобразования в отрасли невозможны. Основной институциональной модернизации собственно медицинской деятельности является придание врачу статуса субъекта гражданско-правовых отношений. Обретаемые в этом случае медработниками обязательственные (договорные) права и обязанности, тем более с учетом экономической нецелесообразности приватизации объектов здравоохранения, не носят характера «обладания», а имеют целью создание институциональной основы участия врачей в хозяйственном обороте, тем самым меняя основополагающий формационный элемент модернизации – характер трудовых отношений в том числе его «теневую» составляющую [Бессонова 2006]. Без создания новой мотивации для врача возможности информатизации могут не дать ожидаемого результата. В условиях сегодняшних низких зарплат с высокой вероятностью они будут игнорироваться и иметь «затухающий» эффект. Средневековые институты плохо совместимы с новыми технологиями.

А.Тихомиров, в качестве правового механизма создания массового частного производителя, учитывающим интересы основных «групп влияния» и снижающим конфликт существующих интересов, предлагает «партикуляризацию учреж-

дений здравоохранения без их приватизации» через юридическое разукрупнение и отделение субъектов (лиц) от объектов (недвижимости и особо ценного имущества), на функциональной основе, оформление новых имущественных отношений на основе обязательственного (договорного), а не вещного права (оперативного управления). Если приватизация – это частность объекта (недвижимость, особо ценное имущество) – о чем речи не идет, т.к. госсобственность остается в титуле собственника – государства, то партикуляризация – это частность субъекта (врача, юридического лица, медсестры и т.д.). Термины могут меняться, но суть должна быть такой.

Логика экономической социодинамики предусматривает, как отмечалось, обособление потоков финансирования в пользу государства (органы управления) – в казначействе и в пользу общества (средств оплаты услуг) – в банке медико-социального развития, основой которого могут стать работники и структуры фондов ОМС, обеспечивающих введение и функционирование системы персонализированных счетов и индивидуальных платежных дебетовых карт для граждан-пациентов.

К слову сказать, в отличие от замены лампочек, расширение и совершенствование электронных

госуслуг (функций) с 2015 г. Государство здесь выступает в качестве полноправного субъекта рыночных отношений – платежной стороны и на стороне выгодоприобретателя, т.е. пациента, а не «своего» учреждения, как сегодня, в корне меняя вид и характер своего участия. Платежи осуществляются по факту обращения через индивидуальную платежную карту. Средства «идут с пациентом», а не «за пациентом», как планируется сегодня.

Сочетание указанных обстоятельств делает возможной попытку оптимизации структуры общества за счет отказа от наемного положения работников социальной сферы в пользу массового класса социального предпринимательства через переход на экономические основы функционирования социальной рыночной экономики.

Естественно, что обязательства государства в сфере охраны здоровья должны быть законодательно закреплены по приоритетности, госгарантиям, финансовым обязательствам в доле ВВП, освобождению от налогов, предоставлению специальных арендных ставок, упрочению материально-технической базы отрасли и поддержке негосударственных медицинских организаций, мерам социальной и профессиональной защиты медработников, правовых механизмов, ограничивающих возможности

Мировой опыт организации системы оказания медицинской помощи на современной основе показывает, что без привлечения самих медработников в качестве участников имущественных отношений существенные преобразования в отрасли невозможны.

средств коммуникации, интерне-тизация жизни относятся к реально идущей добровольной модернизации, принятой людьми на массовом уровне. Сегодня электронные карты успешно используются в ряде регионов страны для оплаты социальных услуг и не имеют технических ограничений по внедрению. Законодательно уже закреплена возможность перехода россиян на индивидуальные электронные карты, обеспечивающие оплату

административной конкуренции за «территории и ресурсы», стимулирующих рыночную конкуренцию за потребителя. На переходный период могут быть определены права и обязанности сторон, ответственность, обязательства перед пациентами и работниками, фонды покрытия трансакционных и трансформационных издержек и т.п.

Предлагаемый универсальный правовой механизм индустриальной трансформации здравоохране-

ния позволяет нивелировать пресловутые «неизбежные издержки» реформ, соответствует конституционным требованиям (ст.114: «в») проведения единой государственной политики как применимый и для других т.н. «непроизводительных» отраслей¹³, будет способствовать десталинизации институтов российского государства и его «полусоветской» социальной сферы как основы профилактики эскалации авторитаризма.

цесс десталинизации, ставший предметом общественной дискуссии, - не только преодоление пережитков тоталитаризма в общественном сознании, но и, - в качестве абсолютно необходимой меры, - в институтах, определяющих характер нынешних общественных отношений. Вертикализация, присущая оперативному управлению, являющаяся его родовым признаком, неизбежно вызывает к жизни феномен самоцентризма.

всех народов», должен «обладать огромной работоспособностью и вникать в каждую мелочь». В нероформированной социальной сфере этот механизм и явился способом замены одного «большого Сталина» на тысячи маленьких.

Примитивность административных отношений - возможность снятия и создания ограничений - компенсируется их эмоционально-психологической сложностью в качестве ответа на характер распределения собственности и прав с ней связанных¹⁴. Неопределенность отношений собственности в условиях экономики властных групп (меркантилистской экономики) является стратегией выживания, направленной на сохранение доступа к финансовым и административным ресурсам любым путем. При частно-правовом характере осуществления публично-правовых отношений и полномочий, пронизывающим все современное российское законодательство и обеспечивающим безусловное доминирование власти над бизнесом, а priori исключена возможность постановки «власти под контроль граждан». Власть, подконтрольная гражданам, характерна для «правового государства», при соблюдении принципа разделения властей, но никак не для «государства законности». Независимость от любого органа делает власть «верховой». Однако, если на место «монарха» поставить «народ», не меняя при этом других элементов верховной власти, то демократической системы все равно не получится. Верховная власть, какую бы форму она не принимала, исключает разделение властей, возможное лишь на нижних этажах конструкции. Отсутствие ограничений открывает широкие возможности для использования репертуарных насильственных техник навязывания воли [Олейник 2011].

Сегодня верховная власть признает утверждение в стране сравнительно «мягкого» монетократического (клептократического) авторитарно-бюрократического

Даже самое «долгое время» (long time) не может быть вечным.

Десталинизация институтов управления как основа модернизации

Создание условий, при которых люди ведут себя надлежащим, наилучшим образом, независимо от «уровня нравственности», является центральной проблемой институциональной экономики. Подавляющее число медицинских работников - приличные и порядочные люди, пришедшие в профессию по призванию и «зову сердца», сумевшие сохранить, благодаря корпоративной солидарности, доброжелательную среду взаимопомощи и человечности, исконно присущую врачебной деятельности. Эта социальная среда противостоит многим дефектам в системообразовании отрасли, сохраняя высокую привлекательность профессии. Врачебное сообщество является наиболее благоприятной средой для организованного, справедливого и понятного социального реформирования.

Даже самое «долгое время» (long time) не может быть вечным. Про-

Последний, будучи инструментом власти и связанной с ней экономики - определяет и закрепляет ригидный, демотивирующий стиль административного управления учреждениями, гасящий энергетику организаций, попытки инновационной деятельности и локальных модернизаций. Цена «порядка» и преимущества унитарной системы управления, несмотря на ее очевидные с управленческо-бюрократической точки зрения возможности, для общества становятся слишком высокими.

Уровень психологической депрессии внутри такой вертикали сочетается с высокой зависимостью от «первых лиц», каждое из которых стремится выстраивать «собственные» институты из «своих» людей, поэтому стабильность положения администраций связана исключительно с устойчивостью положения руководителя, что способствует институционализации неформальных практик на основе критериев «включенности» и личной преданности. При этом особого профессионализма не требуется, необходимо лишь сконцентрировать все полномочия, от экстренной госпитализации и пропуска автомобиля сотрудника на территорию больницы, до цвета сортирной плитки и туалетной бумаги на уровне первого лица - крепкого «хозяина», который, по примеру «вождя

¹³ К социальной сфере относят сферу услуг: образование, культуру, здравоохранение, физическую культуру, общественное питание, коммунальное обслуживание, пассажирский транспорт, связь, экология (утилизация бытовых отходов). Социальное обеспечение также относится к социальной сфере. Однако в отличие от социальной сферы как сферы услуг, социальное обеспечение представляет собой нетоварную материальную поддержку граждан государством, а не оказание услуг.

¹⁴ В современной экономической литературе одно из определений собственности: это система отношений между людьми, характеризующая форму присвоения благ, в первую очередь - факторов производства.

режима, методы управления которого соединяют власть и собственность и построены на абсолютной личной зависимости и фактическом упразднении гражданских прав и свобод.

Сегодня очевидно, что построение правового демократического государства в России возможно лишь на основе устранения системы большевизма и сталинизма, институциональной основой воспроизводства которой является сам характер управления государственной собственностью в виде оперативного управления имуществом, отказом от него в пользу договорных отношений. Четко установленные и хорошо защищенные права собственности, другие вещные права видятся ограничением для действий «правителя».

В нашей стране несколько раз начинались, но так и не были завершены попытки оценки собственного тоталитарного и авторитарного прошлого, вступавшие в конфликт с идеей заведомой правоты государственной власти.

Системный характер законов, управляющих обществом, воспринимается как незримое присутствие над всеми его членами высшего регулирующего контроля, называемого людьми Богом (роком, судьбой, совестью) [Шишкин 2004]. В рамках «двойной морали» и манихейского сознания (свой-чужой) психологическим сырьем для возникновения и поддержания конфликтов часто являются самые лучшие человеческие качества – честность, верность, порядочность, солидарность, альтруизм, любовь к ближнему и т.д. Компенсаторно в общественных и профессиональных отношениях актуализируется оценка таких свойств человеческой личности как предательство, подлость, зависть, высокомерие, тщеславие, алчность, непорядочность. Деформация личности руководителя любого уровня при возможности пренебрежения правами наемного работника, по сути беззащитного в условиях учреждения, происходит достаточно быстро.

Из подобного системообразования естественным путем вырастает феномен неопределенности привилегий. Именно размытые привиле-

гии на основе группового инстинкта, групповой иерархии и координации стягивают госслужащих и должностных лиц, по отдельности добропорядочных и образованных, в «социальную разумную систему», работающую прежде всего на себя, и, в силу своего высшего положения в стране, подминающую под себя государство, бизнес и вообще все живое [Хайтун 2005].

Биосоциальная основа нормативной человеческой личности такова, что когда целью государственной бюрократии становится извлечение прибыли, каркас бюрократической системы неизбежно становится каркасом системы мафиозной, а власть обретает черты организованного преступного сообщества. Граница же между ними становится неразличимой. Чиновник всегда потенциально более криминогенен, чем предприниматель, поскольку может обогатиться только бесчестно. [Гайдар 2009; Зорькин 2010].

В силу видовых, природных особенностей человеческой личности сочетание властных и хозяйственных полномочий (система «власть-собственность») – основа системной коррупции, носящей вполне «естественный» характер. По аналогии эволюции экосистем и функционирования экономики «в природе имеется огромное количество видов-экологических эквивалентов, т.е. таких, которые заняв

уникальной личной и профессиональной судьбы, прошедшего через сталинские репрессии, академика РАМН А.Воробьева: «Власть держала сторону уголовных, превращаемых в своеобразную аристократию лагерей и тюрем. Сотрудничество с уголовниками разлагало охрану, административную и неотвратимо вело к сращиванию системы правления с уголовным миром» [Воробьев 1993].

Биологическая эволюция принципиально отличается от эволюции социокультурной, поскольку первая представляет собой «дарвиновскую» эволюцию самовоспроизводящихся изменчивых механизмов под влиянием генетического отбора, а вторая – много более быструю «ламарковскую» эволюцию приобретенных признаков в виде институтов и других продуктов человеческой деятельности, которые сами по себе, без участия людей, не воспроизводятся и не изменяются. Эволюция социокультурного фонда сводится к преобразованиям его разнородных компонентов: форм организации производства и производственных отношений, орудий труда, трудовых навыков, технологий и технических устройств, научных знаний и концепций, идеологий, верований и др. [Иорданский 2009, стр. 170].

В результате социально-генетического отбора в современ-

Биосоциальная основа нормативной человеческой личности такова, что когда целью государственной бюрократии становится извлечение прибыли, каркас бюрократической системы неизбежно становится каркасом системы мафиозной, а власть обретает черты организованного преступного сообщества.

сходные пищевые ниши в разных экосистемах, приобретают внешнее сходство, несмотря на отсутствие близкого родства» [Лекавичус 2009, стр. 240]. Это общий эволюционный механизм, независимо от особенностей нормальной человеческой личности обеспечивающий максимизацию собственной полезности на основе «практического здравого смысла».

К примеру, по воспоминаниям известного гематолога, человека

ных популяциях лишь несколько процентов людей при возможности безраздельного господства над себе подобными в условиях анонимности, группового давления, рассеивания личной ответственности способны сохранять самоконтроль и самокритичность. Госслужащие и должностные лица, которые не готовы или неспособны подчиняться этим «нормам», как правило, системой отторгаются. Противостоять же обстоятельствам в условиях

принудительных типов индоктринации могут еще меньше – 1-2% людей («эффект Люцифера», у нас более известный как «эффект Зимбардо») [Зимбардо 2000].

Система оперативного управления – основная стигма и базовый элемент сталинизма – инструмент административной мобилизации как системы достижения результата путем давления на людей, в условиях отсутствия прав или их игнорирования, делающих их сер-

ограничилась неосновательным и несправедливым разделением отрасли по имущественному признаку – форме собственности, что послужило снижению категоричности единого системообразования до разобщения на муниципальный, региональный и федеральный уровень. Разделения по виду деятельности, связанным обременениям, объемам реализуемой продукции, т.е. режиму собственности, как следовало бы, не произо-

детельность которых нуждается в полноценной институциональной трансформации на основе правового закона, формального равенства (юридически равной меры), справедливости (судебно-правовой, а не уравнилельно-социальной). Именно это должно быть предметом институциональной модернизации, а не только показательное, как сегодня, распределение бюджетных средств на закупки и ремонты по направлениям и учреждениям¹⁵, давно требующим капремонта и улучшения сервисности, диверсификация коечного фонда с отказом от многоместных палат в пользу 1-2 местных (последняя задача пока не ставится). Проблема состоит в том, что без четко поставленной цели индустриальной трансформации, перевода процесса оказания услуг из ведомственного в гражданский оборот ситуация существенно не изменится, т.к. через 10-15 лет оборудование постареет и износится, стены обшарпаются, а сегодняшние вопросы останутся. Искомая доступность, бесплатность и качество медицинской помощи достигнуты не будут, как не будет и равных условий для хозяйствующих субъектов. Это предопределено сохранением административной зависимости и имущественной владельческой связи между органами управления и подведомственными учреждениями. Сама система охраны здоровья (здравоохранение) как и ее исполнительный механизм – организация медицинской помощи гражданам, – в целом останутся прежними. В повседневной практике отношений врача и пациента сохранится их «теневой» характер. Заявленная сегодня приоритетом государственной социальной политики модернизация здравоохранения носит волюнтаристский по исполнению технологический характер, осуществляясь в режиме «ручного управления» путем государственного финансирования органов управления и их учреждений. Как известно, все выделенные

Для решения задач долгосрочного стратегического планирования и развития «ручное управление» на основе «здравого смысла» перестает работать уже после первых шагов.

вильными, послушными, управляемыми, в общем «ручными». Оперативное управление несобственным имуществом как элемент самовласти (деспотизма) не способствует формированию свободной и самостоятельной личности. Как раз той, отсутствие которой сегодня является предметом деятельности и озабоченности верховной власти.

Среди насильственных техник навязывания воли – господство, проистекающее из структурных перекосов институциональной системы, «...обеспечивающее сознательное искажение руководителем совокупности альтернативных вариантов выбора подчиненного» [Lukes 2005].

Для решения задач долгосрочного стратегического планирования и развития «ручное управление» на основе «здравого смысла» перестает работать уже после первых шагов. При растущей сложности социальных систем и связей, действующих для их сохранения при современном развитии общественных наук, управленческих технологий, вооруженных принципиально новыми возможностями информатизации и коммуникации об этом даже неудобно напоминать.

Импорт институтов и просчеты реформирования.

Сегодня незавершенная попытка реформирования здравоохранения по неолиберальной модели

шло. Сегодня ранее единая система здравоохранения поделена на «свое» (государственное и муниципальное) и «чужое» (частное). Вместо различия коммерческой и некоммерческой медицины появилось противопоставление частной и публичной (государственной и муниципальной) собственности в здравоохранении. При этом частная система никаких законных прав на использование специализированной базы здравоохранения не получила, системой стать не могла и сегодня «дышит на ладан», постепенно деградируя и существуя в связи с невозможностью применить специальные знания и имущество медицинского назначения в другом виде деятельности, тем более, что при принудительном одностороннем расторжении договора аренды по инициативе балансодержателя, оно превращается просто в хлам.

Планы антикризисного инновационного развития отрасли действующая власть связывает с созданием новых образцов медицинской техники и организацией выпуска хорошо себя зарекомендовавших дженериков. Такая «инновационность» собственно к звену практического здравоохранения имеет мало отношения. Общая доля оборудования и фармации в ВВП мирового здравоохранения не превышает 16%. Более 80% ВВП формируют медицинские услуги, практическая

¹⁵ На ремонт, переоснащение и информатизацию в ближайшие 2 года планируется выделить 460 млрд руб. из федерального бюджета: 170 млрд руб. на Москву (включая средства регионального бюджета), 386 млрд руб. – на региональное здравоохранение. На цели институциональной модернизации планируется выделить лишь 1,2 – 1,5% от этих средств.

бюджетные средства будут освоены. Появление же новых люстр, джакузи и евроремонта в т.н. государственных учреждениях здравоохранения без их рыночной трансформации не остановит роста цен на медицинские услуги в неформальном, теневом обороте. Скорее наоборот что уже и происходит.

Очевидно, что причиной противодействия институциональным инновациям в современном российском здравоохранении является сама сеть государственных учреждений, уже сумевшая дискредитировать и заблокировать развитие всех ранее заимствованных западных институтов: от системы обязательного медицинского страхования (ОМС) до института семейных врачей, от арендодпользования до попыток административной реформы, от врачебного самоуправления до саморегулирования. «Гибридизация» с заимствованными институтами, функциональными в другой ситуации, в наших условиях лишь увеличивает издержки, в итоге адресуя их потребителю услуг и отражаясь на постоянно растущих ценах. Не секрет, что при отсутствии конкуренции, зависимости от административных решений активность бизнес-бюрократических альянсов и структур является основной причиной опережающей инфляции и роста цен на товары и услуги медицинского назначения.

Освоенным инструментом технологической (инструментальной, консервативной) модернизации является приобретение импортного оборудования, часто втридорога, ремонтные и строительные работы при фактическом отказе от институциональных инноваций. Хотя хорошо известно, что при т.н. технологических модернизациях без предшествующих институциональных реформ уровень коррупции многократно возрастает.

В предшествующие годы неоднократно заявлялось, в том числе экономическим блоком Правительства, что вливание средств в институционально нереформированную, коммерциализированную структуру отечественного здравоохранения во многом носит антимодернизационный характер, закрепляя социально-экономическую структу-

ру системы «власть-собственность» в здравоохранении в ее государственно-олигархическом варианте. Это противоречит декларируемому властью и ее официальными документами «образу будущего», «желаемому завтра» в «обществе возможностей» социального государства. В частности, Лоренц фон Штайн указывал, что социальное государство «...обязано способствовать экономическому и общественному прогрессу всех своих граждан, ибо развитие одного выступает условием развития другого, и именно в этом смысле говорится о социальном государстве» [цит. по Калашников 2002].

Приоритетность продолжения технологической модернизации здравоохранения (наряду с задачей покрытия дефицита пенсионной системы) настолько высока, что оправдывает повышение с 1 января 2011 г. налоговых ставок (с 3,1 до 5,1 % - на фонд медицинского страхования) на работающее население и бизнес (в целом на 8%) для получения дополнительных доходов бюджета¹⁶. Несмотря на это, на запланированное десятилетие (до 2020 г.) даже не ставится задача организационно-имущественного реформирования решающего первичного звена системы практического здравоохранения, наиболее проблемного, с первоочередным и естественным

это право включает возможность работать в собственном (в институциональном смысле) кабинете, арендованном на базе специализированного медицинского фонда, привлекая смежных специалистов и пользуясь необходимой лечебно-диагностической базой на договорной основе. Только при наличии такой возможности появится смысл во врачебной лицензии, как бы она не называлась и мотивация к работе на участке.

Если при оказании услуг, включенных в Программу государственных гарантий (базовый пакет) государство выступает как платежная сторона на стороне выгодоприобретателя – пациента, можно говорить о движении в сторону социальной рыночной экономики на основе индивидуализированной гражданской собственности. Это единственный путь справедливой и внятной перспективы снижения уровня социальной напряженности. Такой подход предусматривает разделение финансовых потоков на содержание собственно органов управления через систему казначейства, и средств на оплату услуг врачей и организаций через единый Банк медико-социального развития.

Сегодня без формационных изменений на уровне практического звена - экономики учреждений - принятая модель социального стра-

Освоенным инструментом технологической (инструментальной, консервативной) модернизации является приобретение импортного оборудования, часто втридорога, ремонтные и строительные работы при фактическом отказе от институциональных инноваций.

приоритетом институционализации участкового врача общей практики как профессионально автономного субъекта гражданско-правовых отношений, имеющего право на экономическую свободу в рамках, определенных законодательством и профессиональным этическим регулированием. В частности,

¹⁶ Через три месяца после повышения страховых взносов с 26 до 34% Президент Д.Медведев заявил о необходимости отказа от этой меры в связи с ростом теневых выплат и разорением многих организаций мелкого и среднего бизнеса.

хования вообще, и обязательного медицинского страхования (ОМС) в частности, изначально предложенная для сдерживания госрасходов (по примеру НЭПа), сегодня представлена лишь на уровне названия при фактическом возврате к бюджетной модели. ОМС как страховая структура, обеспечивающая денежное возмещение внутри системы здравоохранения, независимо от географии включенных в нее учреждений, не состоя-

лась. Через призывы и декларации, индексацию зарплат и информатизацию эта проблема не решаема. Лишение страхового содержания обусловлено главным - отсутствием у застрахованного положения выгодоприобретателя. Переадресация этого положения учреждениям, принадлежащим платежной стороне, противоречит принципу неотчуждаемых благ (здоровье), не обеспечивает рентабельности и экономичности для исполнителей медицинских услуг, обесмысливает процесс ценообразования. Страховые полисы без индивидуального денежного наполнения лишь подтверждают обязательства по обслуживанию контингента, проживающего на территории регистрации, дополняя выдержавший все катаклизмы институт «прописки». В части гарантированных медицинских услуг это прямо противоречит действующему антимонопольному законодательству. Попытка устранить это противоречие совершенствованием административных регламентов, предусмотренная новым законом об ОМС с большой вероятностью будет провалена.

Государству необходимо отказаться от мифологии всеисилия монетарных методов управления в пользу институциональных подходов. Они не заменяют друг друга. Реформа финансирования сама по себе не приведет к реформе системы практического здравоохранения. Это подтверждается как теоретически, так и исходя из практики последних двух десятилетий. Нельзя «...консервативно модернизировать то, что и так уже заскорузло» [Кива 2011].

Если государство в качестве плательщика выступает на стороне выгодоприобретателя - физического лица с правом персонального фондодержания, это само по себе ставит гражданина в центр процесса реализации декларированных прав. Только такое позиционирование сторон договора соответствует современным принципам социальной рыночной экономики, основанным на интересах личности и развитии человеческого и социального капитала, в здравоохранении наиболее высоких, способствует повышению общей эффективно-

сти капиталовложений, не требует привлечения значительных дополнительных финансовых ресурсов.

В советский период здравоохранение и медицина стали непроизводственной сферой, а из отношений «врач-пациент» сразу после революции был устранен механизм товарообмена путем объединения органов управления (контор) и национализированных учреждений (заведений) в единую общность. Это и стало родовым признаком «модели Семашко», основанной на системе государственных учреждений, ныне существующих только в России и ряде стран СНГ (Белоруссия и Украина). Нынешняя бюджетно-страховая модель здравоохранения унаследовала от модели Семашко ее основной и главный признак – организационную общность органов управления и подведомственных учреждений в рамках единой системы. Сохранение государственной системы здравоохранения в ее нынешнем виде противоречит принципам разделения властей, отделения общества от государства, государства от сферы производства и предоставления услуг, не говоря уже о принципах позиционирования субъектов товарооборота в рыночной экономике. Здравоохранение сегодня находится за рамками полноценного правового регулирования в части центрального компонента саморазвития и его диалектики – основ легальной экономической деятельности. При этом законодательство предусматривает финансирование программ, оплату услуг (ст.41 п.2 Конституции РФ), а не содержание учреждений по нормативно-сметному принципу. Использование особенностей русского языка позволяет по-разному читать и толковать, на что распространяются государственные гарантии - то ли на само оказание медицинской помощи, то ли на ее оплату. В социальной рыночной, тем более в постиндустриальной экономике государство само не оказывает пациенту медицинскую помощь, не производит и само себе не реализует услуги, как сегодня в государственном здравоохранении, а собирает налоги и финансирует свои социальные обязательства.

Таким образом, проблема десталинизации, в частности здравоохранения носит комплексный характер и включает, кроме социально-психологической, и институциональную составляющую.

* * *

Многолетнее игнорирование институциональных подходов к реформе здравоохранения, уже хорошо подготовленной теоретически, упрямство власти в этом вопросе с очевидностью свидетельствует о нежелании что-либо менять в системе сложившихся институтов распределения и финансирования объектов социальной сферы, в том числе учреждений здравоохранения, несмотря на модернизационные призывы и декларации.

Определенную надежду дает то, что возможные преобразования не вызывают принципиальных возражений со стороны ни одной из социальных групп и политических сил, в целом соответствуя интересам всех участников правоотношений – пациентов, врачей, руководителей учреждений, органов управления, страховых компаний, что само по себе создает условия для реализации ароморфоза – качественного улучшения, открывающего новые «ниши» и возможности развития медицины и ее человеческого капитала, здравоохранения как системы, являющейся неотъемлемой частью нашего общества. Системы, отражающей социальную солидарность, общий и равный доступ к ней, коллективную ответственность за ее состояние всех заинтересованных сторон. В доступном и качественном здравоохранении все заинтересованы одинаково, независимо от взглядов и убеждений, общественного положения и т.д.

Лишь после институциональной трансформации социальной сферы, остающейся нероформированным «анклавом» даже по меркам государственно-монополистического капитализма в здравоохранении, и находящейся под его диктатом, появится возможность утверждать, что процессы модернизации в России носят не косметический характер, а имеют целью создание основ социальной

рыночной экономики, ориентированной на человека.

В заключение отмечу, что вопрос реформирования «полусоветской», по словам Президента РФ Д.Медведева, социальной сферы на современной основе может стать предметом общественно-политического консенсуса и гражданского согласия по целям и правовому механизму институциональной модернизации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Авраамова Е.М. Направления вертикальной мобильности молодых специалистов // *Общественные науки и современность*. 2009. № 6.

2. Акопян А.С. «Независимое» здравоохранение унитарного производителя // *Государственная служба*. 2003. № 6.

3. Акопян А.С. Институты здравоохранения и проблемы неопределенности // *Общественные науки и современность*. 2009. №2.

4. Акопян А.С. Демифологизация здравоохранения как ресурс реформ // *Главный врач: хозяйство и право*. 2009 а. №4-5.

5. Акопян А.С. Проблема модернизации здравоохранения 2020 и фазы институциональной трансформации сети государственных учреждений. // *Качественная клиническая практика*. 2010. №1. Интернет-ресурс. Режим доступа: <http://www.clinvest.ru/part.php?pid=1>

6. Аринин А.Н. Права и свободы человека и эффективное развитие России // *Общественные науки и современность*. 2002. №1.

7. Афанасьев Ю.Н. 2011. Возможна ли сегодня в России либеральная миссия? Интернет-источник. Режим доступа: <http://www.svobodanews.ru/content/article/2346346.html>

8. Бессонова О.Е. Общая теория институциональных трансформаций как новая картина мира // *Общественные науки и современность*. 2006. №2.

9. Вишневский А.Г. (ред.) Демографическая модернизация России 1900-2000. 2005. М.: Новое изд-во.

10. Вишневский А.Г., Кузьминов Я.И., Шевский В.И.Шейман И.М., Шишкин С.В., Якобсон Л.И., Ясин Е.Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: доклад V Международной научной конфе-

ренции «Модернизация экономики и государство» (4-6 апр. 2006 г.). М., 2006.

11. Венедиктов Д.Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. М., 2008

12. Верников А.В. Мутация импортных институтов (на примере институтов корпоративного управления) // *Концептуальные проблемы рыночной трансформации в России / Сб. статей под ред. Р.Н.Евстигнеева*. М.: ИЭ РАН, 2009.

13. Воробьев А.И. По обе стороны колючей проволоки. // *Воля. Журнал узников тоталитарных систем*. 1993.

14. Воробьев П.А. Итоги 2009 г. неутешительны // *Вестник московского городского научного общества терапевтов*. 2010. №1

15. Гайдар Е.Т. Власть и собственность: Смуты и институты. Государство и эволюция. СПб.: Норма. 2009.

16. Гуляева Л. Мифы государственного здравоохранения // <http://www.anoufrieu.ru>.

17. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2008 «Россия перед лицом демографических вызовов» Москва, 2009

18. Зимбардо Ф., Ляйппе М. Социальное влияние. СПб: изд-во «Питер», 2000.

19. Злодеева Е.Б. Роль врачебного сообщества в становлении системы государственного здравоохранения в России в конце XIX – начале XX вв. (на примере Пироговских съездов врачей) Под ред. проф. А.Г.Саркисяна. – М.: Веретя, 2006.

20. Зорькин В.Д. Конституция против криминала // «Российская газета». 2010. №5359 (280)

21. Иорданский Н.Н. Факторы эволюционного прогресса // *Эволюция: космическая, биологическая, социальная*. 2009. М.: ЛИБРОКОМ.

22. Калашников С.В. Функциональная теория социального государства. М.: Экономика. 2002.

23. Кива А.В. Многоликость российской модернизации // *Общественные науки и современность*. 2011. №1,

24. Колосницына М.Г., Муцзинкин А.В. Тенденции и факторы занятости в российском здравоохранении // *Общественные науки и современ-*

ность. 2009. №2

25. Комаров Ю.М. О штабе отраслевого здравоохранения и его некоторой продукции // Интернет-ресурс. Режим доступа: http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=781

26. Комаров Ю.М. Еще раз о законопроекте «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» // Интернет-ресурс. Режим доступа: <http://www.rmass.ru/publ/info/Komis-4>

27. Конвенция о правах и обязанностях врачей в Российской Федерации. Ред. Г.А.Комаров. Изд-во «Московская пресса». 2004.

28. Ларин Ю. Частный капитал в СССР // *Антология экономической классики*. Т.2. М., 1993.

29. Лекавичус Э. О некоторых аналогиях между эволюцией экосистем и развитием экономики: от А.Смита и Ч.Дарвина до новейших идей. 2009. М.: ЛИБРОКОМ.

30. Мамонтов С.А., Тихомиров А.В. Модернизация российского здравоохранения // *Главный врач: хозяйство и право*. 2011. №11.

31. Медико-социальная хартия Российской Федерации. Ред. Г.А.Комаров. Изд-во «Медицинская пресса». 2001.

32. Милль Дж.С. Система логики силлогистической и индуктивной: изложение принципов доказательства в связи с методами научного исследования. М., 1900

33. Модернизация российского здравоохранения: 2008-2020 годы. Концепция Государственного университета – Высшей школы экономики. М., 2008

34. Нерсисянц В.С. Манифест о цивилизме. (Национальная идея России во всемирно-историческом прогрессе равенства, свободы и справедливости) // Изд-во «Норма».2000.

35. Нуреев Р.М., Рунов А.Б. Назад к частной собственности или вперед к частной собственности? // *Общественные науки и современность*. 2002. №5

36. Олейник А.Н. Институциональная экономика: Учеб. пособие. М.: Инфра-М. 2005

37. Олейник А.Н. Преимущество и изменчивость превалирующей модели власти: «эффект колеи» в российской истории // *Обще-*

ственные науки и современность. 2011. №1

38. Панов А.В., Карпенко А.А. Реформирование системы здравоохранения Великобритании // Главный врач: хозяйство и право. 2011. №1.

39. Плискевич Н.М. «Власть-собственность» в современной России: происхождение и перспективы мутации. Мир России 2006. №3.

40. Плискевич Н.М. «Система низких заработных плат» - институциональная ловушка постсоциальной экономики // Журнал новой экономической ассоциации. 2010. №5.

41. Постановления чрезвычайного Пироговского съезда (апрель 1917 г.) // Врачебная газета. 1917. №18.

42. Преодоление сталинизма. М., РОДП «ЯБЛОКО», «КМК», 2010.

43. Пригожин А.И. Дезорганизация: Причины, виды, преодоление / М.: Альпина Бизнес Букс. 2007.

(Серия «Синергичная организация»)

44. Прохоров А.П. Русская модель управления. М.: ЭКСМО. 2006.

45. Саркисян А.Г. Развитие врачебного самоуправления и деятельности Российской медицинской ассоциации по выполнению решений III (XIX) Всероссийского Пироговского съезда врачей (О государственно-общественном управлении здравоохранением). М., 2001.

46. Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. М.: «ЮрИнфоЗдрав», 2007.

47. Тихомиров А.В. Трансформация публичных институтов в здравоохранении // Главный врач: хозяйство и право. 2009. № 5

48. Хайтун С.Д. Социум на фоне универсальной эволюции // Общественные науки и современность. 2005. №4.

49. Шейман И.М. Новые экономические процессы в европейском здравоохранении // Общественные науки и современность. 2009. №2.

50. Шишкин М.А. Биологическая эволюция и природа нравственности // Общественные науки и современность. 2004. № 1.

51. Явлинский Г.А. Российская экономическая система. Настоящее и будущее. М.: Изд-во «Медиум». 2007.

52. Equitex and exelence: Liberating NHS с сайта Department of Health, режим доступа: <http://www.dh.gov.uk>

53. Human Mortality Database, University Of California, Berkley and Max Planck Institute For Demographic Research 2007. <http://www.mortality.org>

54. Lukes S. Power: A Radical View. Houndmills. 2005.

Подписка в любом почтовом отделении связи по каталогу "Роспечать"

ф. СП-1

ФГУП «ПОЧТА РОССИИ»
УФПС г.Москва

АБОНЕМЕНТ на журнал **47661**

(индекс издания)

Главный врач: хозяйство и право

(наименование издания)

Количество комплектов:

на 2011 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда

(почтовый индекс)

(адрес)

Кому

(фамилия, инициалы)

ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА

на журнал **47661**

(индекс издания)

Главный врач: хозяйство и право

(наименование издания)

ПВ место литер

Стоимость

подписки

руб. коп.

переадресовки

руб. коп.

Количество комплектов:

на 2011 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда

(почтовый индекс)

(адрес)

Кому

(фамилия, инициалы)

Из приговора суда от 09 марта 2011 года¹

Судья ...кого районного суда ... кой области Иванова А.А. с участием государственного обвинителя помощника прокурора ...ского района Пекина Д.К., подсудимого Сидорова Анатолия Валентиновича, защитников Кимаевой И.М., Куроедова В.А. предоставивших удостоверения ... и

ордера

При секретаре Сурикове А.В.

Потерпевшего Милавкина П. А.

Рассмотрев в открытом судебном заседании материалы уголовного дела в отношении Сидорова Анатолия Валентиновича, 12.09.1951 года рождения, уроженца гор. Киев, гр-на РФ, образование высшее медицинское, женатого, не судимого, не военнообязанного, работающего МУЗ «...ская ЦРБ» врачом анестезиологом - реаниматологом проживающего ...ская область, ...ий район п. Писаный, ул. Воропаева, 2, обвиняемого в совершении преступления, предусмотренного ст. 109 ч.2 УК РФ;

Установил:

Сидоров А.В. по неосторожности причинил смерть Писаный Л.В. вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей при следующих обстоятельствах.

Сидоров А.В., являясь врачом - анестезиологом - реаниматологом отделения реанимации и интенсивной терапии МУЗ «...ская ЦРБ» в соответствии с приказом № 126 от 01.11.2003 г. о назначении его на данную должность, руководствуясь в своей деятельности должностной инструкцией врача - анестезиолога - реаниматолога МУЗ «...ская ЦРБ» согласно которой он должен:

- знать общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма, этиологию, патогенез клиническую симптоматику, особенности течения, принципы ком-

¹ Фамилии изменены (примечание авторов статьи)

ПРИГОВОР ВСТУПИЛ В СИЛУ, А МОГЛО БЫТЬ ИНАЧЕ

Защита подсудимого, обвиняемого по ч. 2 ст. 109 УК РФ должна быть специализированной

Ключевые слова: процесс, уголовная
ответственность врача

плексного лечения основных заболеваний;

- знать современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, содержание и разделы анестезиологии и реаниматологии;

- обеспечивать надлежащий уровень специального обследования больных, проведение обезболивания и оказание анестезиологической и реанимационной помощи больным, нуждающимся в этих мероприятиях;

- применять современные апробированные методы и средства диагностики и лечения острых нарушений функций жизненно важных центров, методы обезболивания;

- назначать вид обезболивания с учетом состояния больного, особенностей оперативного вмешательства или специального метода исследования;

- определять тактику ведения больного в соответствии с установленными стандартами и требова-

ниями;

- контролировать правильность проведения диагностических и лечебных процедур, эксплуатации инструментария, аппаратуры и оборудования, ненадлежаще исполнил свои профессиональные обязанности, а именно:

28.05.2008 г. в 19 часов 10 минут в приемное отделение МУЗ «...ская ЦРБ» расположенное по адресу ...ская область, ...ий район, пос. Писаный, ул. Лаптева, 32, в экстренном порядке поступила больная Милавкина Л.В., 31.07.1963 г.р. с правильным диагнозом: «желчекаменная болезнь, печеночная колика, острый холецисто-панкреатит». При поступлении у больной Милавкиной Л.В. констатировано наличие сопутствующей патологии - ожирение III степени алиментарно-конституционального генеза. По результатам предварительных осмотров больной Милавкиной Л.В. 30.05.2008 г. выставлен диагноз: «желчекаменная болезнь, острый

калькулезный холецистит, местный перитонит», и в связи с отсутствием эффекта от проводимого консервативного лечения выставлены показания к экстренной операции.

При предоперационном осмотре больной Милавиной Л.В. 30.05.2008 г. врачом анестезиологом-реаниматологом Сидоровым А.В. определен риск анестезии V степени.

30.05.2008 г. в 11 часов 35 минут по поводу имеющейся у больной Милавиной Л.В. желчекаменной болезни, острого калькулезного холецистита, местного перитонита, Сидоров А.В., находясь в операционной МУЗ «...ская ЦРБ», провел эндотрахеальный комбинированный наркоз с применением мышечных релаксантов, который является одним из методов анестезиологического пособия. Врач анестезиолог-реаниматолог Сидоров А.В. с применением ларингоскопа через ротовую полость ввел в трахею больной Милавиной Л.В. интубационную трубку одноразового применения из полистирола (трубка № 7) и подключил ее к наркозному аппарату. После чего Сидоров А.В. провел больной ручную искусственную вентиляцию легких смесью газов (закись азота + кислород). После окончания операции и восстановления у больной Милавиной Л.В. самостоятельного дыхания, рефлексов, сознания Сидоров А.В. интубационная трубка была удалена (больная экстубирована на операционном столе).

При этом врачом-анестезиологом Сидоровым А.В. при интубации трахеи больной, в результате своих небрежных действий, проведенных без необходимой внимательности и предусмотрительности, была допущена техническая ошибка, приведшая к образованию перфорации гортани больной Милавиной Л.В. Сидоров А.В., не предвидя, что им была допущена техническая ошибка при интубационном наркозе операции холецистэктомии, приведшей к образованию перфорации гортани больной Милавиной Л.В., ненадлежащим образом осмотрел ротовую полость последней, признаков повреждений слизистой не выявил.

Врач анестезиолог-реаниматолог Сидоров А.В., предвидя возможность прогрессирования ухудше-

ния состояния здоровья больной Милавиной Л.В. в результате своих вышеуказанных манипуляций при интубации трахеи больной Милавиной Л.В., не используя стандарты действий в работе анестезиолога-реаниматолога, не осмотрел больную на следующий день после операции, не убедился в отсутствии отсроченных осложнений анестезии и претензий со стороны больного, допустил техническую ошибку при проведении медицинской манипуляции - интубации трахеи 30.05.2008 г. в МУЗ «...ская ЦРБ», что впоследствии привело к несвоевременной (поздней) диагностике повреждения гортани и связанных с ним осложнений. При этом Сидоров А.В., зная современные методы диагностики, содержание и разделы анестезиологии и реаниматологии, руководствуясь должностными обязанностями, закрепленными в должностной инструкции, с учетом владения профессиональными качествами, опытом и умением проведения техники и методики интубации, закрепленных в научных пособиях, был обязан и мог предвидеть возможность образования перфорации гортани больной Милавиной Л.В. в результате допущенной им технической ошибки при проведении медицинской манипуляции - интубации трахеи, а также был обязан и имел возможность провести надлежащий интубационный наркоз операции холецистэктомии по поводу флегмонозного холецистита (клинически) от 30.05.2008 г.

В послеоперационный период, а именно с 31.05.2008 г. по 02.06.2008 г. больная Милавиной Л.В. предъявляла жалобы на кашель, саднение в горле, осиплость голоса, боли в горле, нарастающий отек лица, шеи дежурным врачам МУЗ «...ская ЦРБ», то есть состояние больной стало ухудшаться. В связи с чем, 02.06.2008 г. в 9 часов 15 минут больная Милавина Л.В. в сопровождении реанимационной бригады направлена в ГУЗ «... областная клиническая больница» для дальнейшего лечения. Выставлен заключительный диагноз: «ЖКБ. Острый флегмонозный калькулезный холецистит. Подпеченочный инфильтрат. Хронический панкреатит в стадии обострения. Вторичный гепатит.

Ожирение III степени алиментарно-конституционального генеза. Травма слизистой гортани с прободением. Посттравматический ларингит. Подкожная эмфизема лица, шеи, передней поверхности груди».

02.06.2008 г. в 17 часов 30 минут под эндотрахеальным наркозом больной Милавиной Л.В. была проведена операция - шейная медиастинотомия справа, дренирование средостения. На операции выявлен гнойный медиастинит. В послеоперационном периоде нарастали явления интоксикации, легочно-сердечная недостаточность с явлениями нестабильной гемодинамики. В 19 часов 00 минут наступила остановка сердечной деятельности. Были проведены реанимационные мероприятия в течение 30 минут, которые остались без эффекта. 02.06.2008 г. в 19 часов 30 минут была констатирована биологическая смерть Милавиной Л.В.

На основании заключений судебных медицинских экспертиз № 98-ОСЭ от 08.09.2010 г., №111-ОСЭ от 25.10.2010 г. установлено, что перфорация гортани у гр-ки Милавиной Л.В. образовалась в результате технической ошибки при проведении медицинской манипуляции - интубации трахеи в ...ской ЦРБ. Перфорация гортани у гр-ки Милавиной Л.В. осложнилась флегмоной шеи, гнойно-некротическим медиастинитом, двухсторонним фибринозно-гнойным плевритом, перикардитом приведшим к развитию инфекционно-токсического шока.

При лечении гр-ки Милавиной Л.В. в МУЗ «...ская ЦРБ» имела место инструментальная ятрогения, которая в соответствии с приказом № 2494-ПР/05 Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 02.11.2005 г. «О введении в работу системы добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении», а также в соответствии с «Руководством по биопсийно-секционному курсу» (М.А. Пальцев, В.Л. Коваленко, Н.М. Аничков. Москва «Медицина» 2002 г.) может

быть отнесена к ятрогении III категории.

Между допущенной Сидоровым А.В. при проведении в МУЗ «...ская ЦРБ» 30.05.2008 г. медицинской манипуляции - интубации трахеи, технической ошибкой и смертью больной Милавкиной Л.В. имеется прямая причинно-следственная связь.

Смерть гр-ки Милавкиной П.В. наступила от инфекционно-токсического шока вследствие флегмоны шеи, гнойно-некротического медиастинита, двухстороннего фибринозно-гнойного плеврита, перикардита, которые явились осложнениями перфорации гортани - технической ошибки при интубации трахеи. В соответствии с п. 6.2.7. приложения к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24.04.2008 г. № 194 н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» являются угрожающими для жизни состояниями и расцениваются как тяжкий вред здоровью.

Перфорация гортани у гр-ки Милавкиной Л.В. осложнившаяся флегмоной шеи, гнойно-некротическим медиастинитом, двухсторонним фибринозно-гнойным плевритом, перикардитом и приведшие к развитию инфекционно-токсического шока, стоит в прямой причинной связи со смертью.

....

На основании изложенного и руководствуясь ст.ст.307 - 309 УПК РФ, суд

ПРИГОВОРИЛ:

Признать виновным СИДОРОВА АНАТОЛИЯ ВАЛЕНТИНОВИЧА в совершении, преступления, предусмотренного ст. 109 ч 2 УК РФ и назначить ему наказание в виде лишения свободы на срок 01 (один) год 06 (шесть) месяцев, с лишением права занимать должности в медицинских лечебных учреждениях и заниматься медицинской врачебной деятельностью на срок 06 (шесть) месяцев, с отбыванием наказания в колонии - поселении.

«В соответствии с ч.2 ст.75.1 УИК РФ определить осужденному Сидорову А.В. самостоятельный порядок

следования к месту отбытия наказания.

Исполнение постановления в части направления осужденного Сидорова А.В. к месту отбывания наказания возложить на УФСИН России по ...ской области.

В соответствии с ч.3 ст.75.1 УИК РФ срок отбывания наказания осужденному Сидорову А.В. исчислять со дня прибытия его в колонию-поселение. Время следования осужденного к месту отбывания наказания засчитать в срок лишения свободы из расчета один день за один день.

Меру пресечения Сидорову А.В. до вступления приговора в законную силу оставить прежнюю в виде подписки о невыезде.

Гражданский иск потерпевшего Милавкина П.А. удовлетворить частично. Взыскать с Сидорова Анатолия Валентиновича в пользу потерпевшего Милавкина Петра Александровича в возмещение расходов по участию в деле представителя в размере 8000 (восемь тысяч) рублей, и в возмещение морального вреда в размере 200000 (двести тысяч) рублей.

Показания подсудимого:

Подсудимый Сидоров А.В. в судебном заседании виновным себя не признал, не признал исковые требования потерпевшего и суду показал, что он был дежурным анестезиологом 30 мая 2008 года с 8 утра по 8 утра 31 мая 2008 года. Около 11 часов 30 мая его вызвали в хирургическое отделение для того, что больной Милавкиной необходимо анестезиологическое обеспечение во время экстренной операции, по поводу острого калькулёзного холецистита. Больная была им осмотрена. При осмотре было выявлено, что больная страдает гипертонической болезнью, до этого у неё были множественные наркозы и больная повышенного питания. Гемодинамика была в пределах 130 и пульс 82-84 удара в минуту. Был выставлен риск анестезии пять, риск анестезии дело пограничное. Чаще всего все анестезиологи на одну степень риск завышают, потому что при возникновении каких-то осложнений, имеется риск того, что такие осложнения могут возникнуть, поэтому подключается гипердиагностика, чтобы избежать

данных осложнений, и более внимательно и четко провести тот или иной вид обезболивания. Минут через 30-40 больная взята в операционную. Произведена катетеризация локтевой вены, начата инфузионная терапия. После проведения премедикации, атропин, димедрол, больной был дан вводный наркоз, введены миорелаксанты 140 мг. Больная была заинтубирована с первой попытки трубкой №7 и переведена на искусственную вентиляцию легких. Затем наркоз продолжился введением фенитанила, проведением вентиляции газовой-кислородной смесью, закистью азота с кислородом в соотношении два к одному и дробным введением миорелаксантов листенона. Операция длилась один час 35 минут. Все интубационные трубки стандартные по длине - 30 сантиметров. Трубка вводится в трахею, чтобы манжетка на трубке ушла за голосовые связки. В зависимости от конституции больного длина введения трубки может быть разная. Маленьким и худеньким будет короче, а высоким больным будет длиннее. Операция и анестезия протекали без особенностей, гемодинамика стабильная, АД 130-140 на 80-90, пульс в пределах 80-86 ударов. После окончания операции дыхание газонарколотической смесью было отключено, у больной появились рефлексы, самостоятельное дыхание, сознание. После проведения туалета трахеобронхиального дерева, ротовой полости, на фоне установленного самостоятельного дыхания, интубационная трубка была удалена, осмотрена. Также осмотрена ротовая полость. Признаков повреждения ротовой полости не было выявлено, на интубационной трубке никаких посторонних примесей не было, и больная была переведена в 10 палату хирургического отделения по согласованию с лечащим врачом хирургом Кулаковым. Больная была в сознании, заторможена после анестезии. Гемодинамика стабильная. Затем в течение ближайшего времени он заходил к больной. Она была в сознании, разговаривала, но была естественно заторможена. В течение дня эту больную он больше не наблюдал, и к ней его не вызывали в течение дежурства. В 8

часов утра 31 мая 2008 года он сменился с дежурства и ушел домой. Дома находился до 2-го июня 2008 года, а когда пришел на работу, то узнал, что больную Милавкину срочно переводят в ОКБ №1. На его вопрос о том, что случилось, ему ответили, что состояние больной тяжелое, одышка, эмфизема, низкое давление. После этого больная в сопровождении реанимационной бригады анестезиолога, анестезистки, на специальном транспорте была переведена в ОКБ. Так как ЛОР врач поставила подозрение на травму слизистой глотки, он несколько раз звонил в ОКБ в отделение реанимации своим коллегам, где ему сказали, что в 19 часов 30 минут Милавкина умерла после проведенной операции. После случившегося, он стал смотреть историю болезни, чтобы выяснить, почему всё это произошло. Вечером около 9 часов и утром около 7 часов больная осматривалась дежурным врачом Булкиной. Больная в этот момент особых жалоб не предъявляла, жаловалась только на боли в послеоперационной ране. Около 10 утра 31 мая, при осмотре врачом Балаевой, больная предъявляет жалобы на боли в горле, отмечается снижение артериального давления, температура 37.2. Врач Балаева посмотрела больную и назначила ей рентгенографию грудной клетки, но эту процедуру никто не выполнил. В известность анестезиолога Сидорова о проблемах с Милавкиной, Балаева не поставила. В этот же день в 11 часов больная осматривается экстренным хирургом по просьбе заведующего отделением Ригалиевым, который также отмечает наличие боли в горле, но по поводу болей в горле ему, якобы сказала больная, что у неё всегда после интубации так болит горло. После осмотра Ригалиев, с его слов, доложил лечащему врачу и заведующему отделением Мушалиеву около 14 часов. В 21 час больная осматривается дежурным врачом Медведевым, который является анестезиологом, который также отмечает боли в горле. Никто из врачей ротовую полость больной не осматривал. Медведев отмечает у больной отёчность лица, шеи, температуру выше 38, в анализах лейкоцитоз 16400, хотя до операции

было 11000 и должен снижаться, потому что был убран воспалительный очаг. Также был белок в моче 1, тахикардия 100 ударов в минуту, снижение АД до 100, хотя больная гипертоник, на лицо были признаки интоксикации. Медведеву состояние больной не понравилось, и он вызвал заведующего отделением Мушалиева, так как он ещё и лечащий врач Милавкиной. Мушалиев осматривает Милавкину, отмечает отечность шеи, находит справа и слева увеличенные слюнные железы, хотя больную продолжают беспокоить боли в горле. Горло не осматривает, назначает полоскание, консультации ЛОР - врача на 2-е июня 2008 года, хотя можно было вызвать ЛОР - врача и 31 мая, и больше никаких мер не принимает по выяснению данных причин у больной, оказанию эффективного лечения. 1-го июня больную в течение дня не смотрит ни дежурный врач, ни лечащий врач. Больную продолжают беспокоить сильные боли в горле и постовые медсестры делают ей обезболивающее, анальгин, кеторол, нарастает отёчность шеи, держится высокая температура, тахикардия, но дежурные врачи никаких мер не принимают.

Вечером 01 июня 2008 года, спустя сутки после осмотра Мушалиевым, её смотрит дежурный доктор Булкина, которая отмечает улучшение состояния, хотя при этом боли в горле остаются, больная уже не может ни сидеть, ни лежать, отмечает отёчность лица, шеи. Она никаких дополнительных исследований не назначает, никого дополнительно не вызывает, в известность анестезиолога не ставит, продолжает лечить сама как, записано в листе назначения. И только 2-го июня 2008 года, когда видимо, разыгралась вся эта бурная картина у больной, около 7 часов утра, когда у больной уже одышка под сорок, выраженный отёк лица, шеи, так что закрылся правый глаз и больная им не видит, больная не может открыть рот, заведующий отделением сразу находит и ЛОР- врача и врача-эндоскописта, больной делается рентгенография, созваниваются с областной больницей и больную в экстренном порядке переводят туда. По истории болезни видно,

что она там осмотрена торакальным хирургом, терапевтом, но больную привезли уже в тяжелом состоянии, одышка, выраженная эмфизема, отёки на шее и лице, повышенная температура, лейкоцитоз, и через пять часов больную оперируют, после операции она скончалась.

...

Анестезиолог Сидоров на следующий день после операции не обязан был осматривать больную, непосредственное наблюдение послеоперационной больной должен вести лечащий врач или дежурный врач, если это ночное время и выходные, праздничные дни. Отсроченных осложнений анестезии у Милавкиной в послеоперационный период в его дежурство не было. Если такие осложнения возникают, то вызывается дежурный реаниматолог, который проводит соответствующее лечение. Отсроченные осложнения это: острая дыхательная недостаточность, острая сердечная, почечная, печеночная, нарушение мозгового кровообращения или инсульт, может быть инфаркт, как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде. Судя по клинике Милавкиной, Сидоров полагает, что вечером после операции у Милавкиной, а лучше - больной началась флегмона шеи, это нарастание интоксикации, лейкоцитоза, боли, отек, высокая температура, это уже просто осложнения, не отсроченные.

...

Подсудимый считает, что если бы 31-го мая больную по нормальному осмотрел ЛОР-врач, то заметил бы какие-то изменения в области грушевидного синуса, потому что он специалист и есть соответствующее оборудование. Он бы вызвал машину, если бы они не справились, и отправили больную в ОКБ №1, в которой врачи работают круглые сутки. Сидоров уверен, что если бы больной вовремя занялись, то смерти бы Милавкиной удалось избежать. Все предусмотреть при интубации, экстубации и последующем осмотре больной, возможность прогрессирования ухудшения её состояния, в результате проведенных манипуляций не возможно, поэтому они и ставят риск анестезии. Если бы они ничего не боялись,

то риск анестезии был бы №1. Если ставится пятая степень, то у любого анестезиолога имеется определенный настрой, что может быть трудная интубация, какие-то проблемы со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой систем. Выставляя пятую степень, Сидоров предвидел возможность возникновения данных проблем. Хотя Сидоровым была степень риска поставлена пятая, но трудностей при интубации не было, а саму процедуру интубации анестезиологи обычно не описывают, поэтому и он не описал.

Когда больную перевели в палату из операционной, то он её посмотрел, осмотрел, состояние у нее было стабильное, как должно было быть после наркоза и операции, хотя в истории болезни об этом записи не внес. В его дежурство больная жалобы со стороны дыхательных путей не предъявляла. Жаловалась на боли в области послеоперационной раны. Анестезия и операция прошли без каких-то погрешностей и особенностей. Всё прошло очень гладко, поэтому он не счёл нужным оставлять письменных рекомендаций дежурным врачам.

Сидоров не согласен с диагнозом перфорация гортани, потому что он не знает причины перфорации гортани, эксперты это ставят на основании протокола патологоанатома. Он считает, что смерть Милавкиной наступила от инфекционно токсического шока, который развился на фоне медиастинита, флегмоны, плеврита, вовремя не распознанного. Эти все заболевания гнойного характера, которые образовались от травмы слизистой полости рта. Он согласен с тем, что травма слизистой гортаноглотки была. Была перфорация глотки, а не гортани, потому что грушевидный синус расположен в нижнем её отделе, это травма грушевидного синуса справа. До операции Сидоров не осматривал слизистую рта у Милавкиной, хотя знал из данных амбулаторной карты, что у нее может быть повреждена слизистая. Его не смутило, что в слизистой могли быть повреждения, которые на момент операции по интубации могли осложнить это повреждение. Ларингоскоп - это ручка, и к ней крепится клинок, а на конце клинка лампочка. Он во-

дит в рот и под контролем глаза осматривается голосовая щель, в которую вводится трубка, при этом слизистая не осматривается. Когда ставил пятую степень риска, то в качестве одного из осложнений - перфорацию гортани - он не предполагал, он мог предположить, что будет трудная интубация, а при ней возможны какие-то осложнения. Сидоров исключает возможность повреждения им, потому что не первый день работает, всё было сделано качественно, стандартно, никаких затруднений при интубации не было, наркоз протекал идеально, больная проснулась абсолютно адекватно. Он предполагает, что мог быть спонтанный разрыв слизистой того же грушевидного синуса. Он мог произойти за счет деформации в синусе, в результате шести операций под таким же наркозом. Воздействие ларингоскопа при даче наркоза больной могло спровоцировать разрыв. Любая анестезия вызывает напряжение всего организма. Мушалиев поставил ошибочный диагноз, воспаление слюнной железы, однако оно дает совсем другую картину. У Милавкиной был снижен иммунитет, потому что в амбулаторной карте записаны анемия, гнойничковые заболевания. Возможно, частые фарингиты привели к истончению слизистой полости рта и гортаноглотки, что привело к нарушению функции эпителия. Когда Сидоров осматривал больную Милавкину для подготовки к операции, он указал основные заболевания, которые могут повлиять на ход анестезии. Это гипертоническая болезнь, например. Больные с бронхитами, ОРЗ могут быть прооперированы, если не в стадии обострения. Амбулаторная карта изучается на предмет обнаружения хронических и тяжелых заболеваний, которые могут повлечь какие-то изменения в дальнейшем лечении. Также уточняется аллергический анамнез. Сидоров изучил амбулаторную карту, когда Милавкина лежала в хирургии. К риску пятой степени он не отнес заболевание фарингитом. Предыдущие воспалительные процессы у Милавкиной могли вызвать такую реакцию организма на незначительное повреждение слизистой гортани

или глотки, потому что последствия хронических воспалительных заболеваний остаются.

Из кассационной жалобы адвоката

Приговор ...кого районного суда от 09.03.2011г. в отношении Сидорова А.В. считаю несоответствующим требованиям ст.297 УПК РФ и подлежащим отмене по следующим основаниям:

Признавая правильной квалификацию содеянного моим подзащитным Сидоровым А.В., суд исходит из того, что врач-анестезиолог Сидоров А.В., несмотря на имеющуюся квалификацию и большой опыт работы, находясь на своем рабочем месте, ненадлежащим образом, небрежно, без необходимой внимательности и предусмотрительности, отнесся к исполнению своих профессиональных обязанностей при проведении анестезиологического пособия больной Милавкиной Л.В. интубации трахеи, допустил техническую ошибку, приведшую к образованию перфорации гортани, что в последствии привело к осложнениям и её смерти.

Однако, считаю, что на основании результатов судебного разбирательства есть все основания утверждать, что вина моего подзащитного Сидорова А.В. в причинение смерти больной Милавкиной Л.В. по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей не нашла своего подтверждения.

Такой вывод позволяет сделать следующее:

1. Несмотря на противоречивые показания в судебном заседании свидетелей, являющихся медицинскими работниками, экспертов по поводу органа, на котором имела перфорация, суд, не обладая специальными познаниями, приходит к выводу, что перфорация имела место на гортани. Гортань - это дыхательный орган, глотка - пищеварительный орган. Данные органы выполняют в организме определенные, отличные друг от друга функции, следовательно, различаются между собой и имеют свои анатомические особенности. Однако, все,

допрошенные в судебном заседании свидетели, эксперты, ссылающиеся на медицинскую литературу, по - разному указывают наименование органа, на котором имела перфорация.

Таким образом, без всяких обоснований, судом в основу берутся показания определенных свидетелей, называющих поврежденный орган гортанью. По непонятным причинам, показания свидетелей ... и подозреваемого Сидорова, указывающих на повреждение глотки, судом игнорируются.

Считаю, что дать достоверные разъяснения по поводу органа, на котором имелось повреждение, может только заключение экспертов, обладающих специальными познаниями анатомического строения человека.

2. Основой выводов суда о неосторожности врача-анестезиолога Сидорова А.В. вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей являются экспертизы №98-ОСЭ от 08.09.10-29.09.10г. и N 111-ОСЭ от 25.10.10 - 23.11.10 г. А ведь в основу вышеуказанных экспертных заключений был положен не утвержденный зав. отделением Тупык С.С. протокол исследования трупа Милавкиной Л.В. №230 от 03.06.2008г., составленный патологоанатомом Зунавым С.В. Именно на заключениях патологоанатома Зунава С.В., экспертами, которые никогда не видели больную и её труп, не осматривали её, не проводили обследования, не назначали ей лечения при жизни, сами не присутствовали на вскрытии трупа, делается вывод о наличии перфорации гортани Милавкиной Л.В., о технической ошибке, допущенной в ...ской ЦРБ. Как пояснил в судебном заседании Писарев - врач-анестезиолог высшей категории, имеющий стаж работы по специальности 49 лет, правый грушевидный синус анатомически относится не к гортани, а к глотке, пояснив при этом, что при проведении экспертизы он не был согласен, что имела место перфорация, которая предполагает проникновение в полость другого органа. Причем Писарев продемонстрировал суду, с помощью каких медицинских инструментов проводится интубация тра-

хеи и утверждал при этом, что ни ларингоскопом, ни интубационной трубкой, которая вставляется в глотку строго по каналу ларингоскопа невозможно причинить перфорацию. Данное мнение он высказывал и другим экспертам, но поскольку все подписали заключение, он тоже его подписал, несмотря на то, что с данными выводами не согласен.

Заключение эксперта - это самостоятельный вид доказательств, который должен представлять собой мотивированный вывод, содержащий фактические данные по вопросам, поставленным перед экспертами следователем.

Не может быть положено в основу обвинения заключение экспертов, базирующееся на предположениях, а не на специальных познаниях в науке.

Выводы экспертов должны быть конкретными и категоричными. Вероятное заключение эксперта не отвечает требованию допустимости доказательств и не пригодно для обоснования выводов по делу. Его можно использовать только для выдвижения версий.

А ведь предположительный характер своих выводов, невольно подтвердили в судебном заседании все эксперты, пояснявшие, что поскольку никто в гортани больной Милавкиной Л.В. кроме врача-анестезиолога никаких манипуляций не производил, значит и причинил перфорацию именно он.

Ни один из экспертов, несмотря на то, что такой вывод имеется в заключениях, не смог в судебном заседании пояснить, в чем заключается техническая ошибка, какие конкретно неадекватные действия врача-анестезиолога Сидорова А.В. причинили перфорацию внутреннего органа Милавкиной Л.В.

Кроме того, сомнения в полноте и достоверности выводов экспертов порождает следующее:

В экспертизе (комплексной медицинской судебной экспертизе) №111-ОСЭ перед экспертами поставлен вопрос №1. Ответ №1 данной экспертизы не соответствует формулировке и смыслу поставленного вопроса и соответственно не содержит ответ о возможности диагностики перфорации гортани у Милавкиной Л.В. 30.05.08г.,

31.05.08г.. 01.06.08г.

В данной экспертизе также отсутствуют ответы на вопросы № 6 и № 7, хотя они формально зафиксированы, но по своей сути не отвечают на поставленные вопросы.

Экспертиза (комплексной медицинской судебной экспертизе) № 98-ОСЭ от 8 -29 сентября 2010г. также не содержит ответы на данные вопросы. Допрошенные в судебном заседании в качестве экспертов Даляков Г.П., Пискарёв А.С., Бунин В.Н., Рудак Е.Ф., Валужный П.Н. не дали ответы на вышеперечисленные вопросы. Эксперты Даляков и Валужный на большинство заданных им вопросов отвечали: «читайте заключение, здесь все записано», не разъясняя при этом свои выводы, указанные в экспертизе.

Кроме того, ни одно экспертное заключение, имеющиеся в материалах уголовного дела не содержит информации о возможности самопроизвольного повреждения гортани Милавкиной Л.В. с учетом ранее перенесенных заболеваний и медицинских манипуляций в области гортани (при осуществлении неоднократных эндотрахеальных наркозах), информации, имеющейся в амбулаторной карточке Милавкиной Л.В.

Если неполноту или неясность заключения эксперта невозможно устранить путем допроса экспертов, назначается дополнительная экспертиза.

Закон предусматривает проведение дополнительной экспертизы, которая назначается при недостаточной ясности или неполноте заключения экспертов, а также при возникновении новых вопросов по обстоятельствам, в отношении которых ранее уже проводилась экспертиза.

Несмотря на то, что стороной защиты заявлялось ходатайство о назначении дополнительной комплексной судебно-медицинской экспертизы для получения заключения специалистов по невыясненным вопросам, имеющих непосредственное значение для установления истины по делу, в удовлетворении данное ходатайства судом было необоснованно отказано.

3. Несмотря на разъяснения патологоанатома Зунава С.В. в судебном

заседании по вопросу оформления протокола патологоанатомического исследования №230 от 03.06.08г., из которых следует, что данный документ должен быть в обязательном порядке подписан заведующим патологоанатомическим отделением Рудык, который также как и он присутствовал на вскрытии, не содержащий подписи протокол не является надлежаще оформленным документом.

...

Получается, что единолично патологоанатомом производится вскрытие трупа больной, причиной смерти указывается серьезная причина - перфорация гортани, заключение патологоанатома, не получившее подтверждения со стороны заведующего отделением, передается для исследования членам ЛКК, а в дальнейшем и на исследование экспертов, которые берут единоличные выводы патологоанатома о перфорации за основу своего заключения, поскольку именно данный протокол, а не другие медицинские документы, прямо указывает на перфорацию.

4. Как следует из текста протокола заседания ЛКК №4 от 10.06.2008г., имеющегося в материалах уголовного дела, во время прений член комиссии Болотин Х.Х. высказывает свое мнение, согласно которого найденная перфорация не является ятрогенной, а несчастный случай. Он также делает предположение о том, что в данном случае перфорация вероятнее всего инструментальная (это дословно, включая слово «вероятно»). В данном же протоколе указаны пояснения Рудык о том, что такое ятрогения. Рудык поясняет: ятрогении 3 категории - это патологические процессы, необычные реакции, в том числе, обусловленные неадекватными, ошибочными или неправильными медицинскими действиями.

...

Таким образом, при изучении протокола ЛКК от 10.06.08г. сам собой напрашивается вывод о том, что при разборе причины смерти Милавкиной у врачей, членов комиссии отсутствует однозначное мнение о том, на каком органе было повреждение и какого характера, т.к. ятрогения у некоторых специа-

листов здесь под вопросом.

...

Всё это позволяет сделать вывод о том, что заключение ЛКК о наличии ятрогении 3-й степени, органе, где патологоанатом нашел повреждение, предположительное, а не утвердительное, причем единое мнение у членов ЛКК отсутствует. В судебном заседании председатель ЛКК пояснил: «напрямую факт ятрогении доказать невозможно, прямого свидетельства на этот счет нет, это в основном логическое заключение», он также утверждал, что в процессе введения больной Милавкиной в обезболивание, анестезиолог выполнил свою функцию, манипуляции анестезиолог выполнил в полном объеме. То, что не была распознана перфорация анестезиологом, то это объясняется, что эта зона визуальному контролю не поддается. После экстубации и пробуждения больной, дополнительные осмотры анестезиологами не проводятся, при осложнениях подключаются другие специалисты. Даже в ОКБ не каждый больной после такой операции помещается в палату интенсивной терапии, это делается в каждом случае индивидуально. На вопрос защитника о том, повлияло ли на состояние больной - осложнение интубации непрописанность анестезиологом послеоперационного периода, председатель ЛКК ответил, что нет. Кроме того, он подтвердил, что осложнение протекало бессимптомно. Завышение риска анестезии анестезиологом, он считает правильным решением врача Сидорова А.В.

Таким образом, председатель ЛКК подтвердил в суде, что врач Сидоров А.В. сделал все адекватно, о чем свидетельствует проведение анестезии. Как следует из показаний главного врача МУЗ «...ская ЦРБ» в связи с тем, что нарушений в действиях анестезиолога на заседании ЛКК не было выявлено, никакие меры дисциплинарного характера к Сидорову со стороны руководства ...ской ЦРБ не принимались.

5. Согласно рецензии врача анестезиолога-реаниматолога ГУЗ ОКБ Туриева М.Б. на медицинскую карту больной Милавкиной МУЗ ...ская ЦРБ, протокол анестезии и наркозная карта оформлены грамотно.

Как следует из вывода рецензента анестезиологическое пособие больной Милавкиной Л.В. проведено грамотно, на достаточно высоком уровне для данной патологии, с использованием современных анестетиков. Каких-либо причин, которые могли косвенно или явно спровоцировать ятрогенное повреждение гортани не выявлено.

Как следует из выводов д.м.н. профессора Мустафина Р.Д. в рецензии от 07.07.08г. выбор способа обезболивания следует считать рациональным, на основании протокола анестезии и наркозной карты, операции проходила в условиях адекватного обезболивания без каких-либо осложнений на всех этапах анестезиологического пособия.

Суд при постановлении приговора в отношении моего подзащитного, не было проведено анализа данных рецензий.

Стороной защиты в качестве доказательства невиновности подсудимого Сидорова А.В. были представлены рецензия зав. отделением анестезиологии-реанимации ГУЗ ОКБ анестезиолога-реаниматолога высшей категории, кандидата медицинских наук Клякова М.Н., в которой указано, что травма гортани, трахеи или грушевидного синуса, повлекшая за собой развитие медиастенита, встречаются в практике анестезиолога-реаниматолога крайне редко. При незатруднительной интубации и экстубации повреждение этих анатомических структур вообще невозможно, поэтому механизм повреждения в данном случае требует анализа и вызывает сомнение его «инструментальный характер». Возможно, у больной было изменение этой области воспалительного характера, а интубация и экстубация трахеи, механическое воздействие интубационной трубкой или желудочного зонда привели к перфорации этой области. Это представляется более вероятной причиной, чем прямое воздействие интубационной трубки на здоровую неизмененную ткань глотки.

6. 30 мая 2008г. Милавкиной Л.В. назначают проведение операции в ...нской ЦРБ в связи с имеющимся у неё диагнозом: «желчекаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит, местный перитонит».

В ходе предоперационного осмотра Милавкиной 30.05.08г. врач-анестезиолог Сидоров, исходя из состояния больной, из того, что операция назначена Милавкиной в экстренном порядке, определяет 5 степень риска анестезии. Как показали допрошенные в судебном заседании свидетели и эксперты, данная степень риска даже была завышенной, но таким образом врач подстраховывает и свои действия, и больную Милавкину от нежелательных последствий анестезии для больной, при наличии ожирения 3 степени. Затем, в операционной с помощью ларингоскопа и интубационной трубки проводит комбинированный наркоз с применением мышечных релаксантов. С применением ларингоскопа через ротовую полость в трахею Милавкиной была введена интубационная трубка №7, проведена ручная искусственная вентиляция легких смесью газов.

После окончания операции и восстановления самостоятельного дыхания у Милавкиной, интубационная трубка удаляется из полости рта, осматривается Сидоровым, который не обнаруживает никаких видимых следов, указывающих на наличие повреждения внутренних органов и утилизируется. Поскольку признаки повреждения гортани отсутствуют, записи о трудностях интубации врачом не делаются. Допрошенные в качестве свидетелей медсестра анестезистка ..., хирургическая медсестра ..., хирурги ... и ..., пояснили, что операция и наркоз у Милавкиной прошли без осложнений, о том, что анестезиолог Сидоров столкнулся с какими-либо трудностями при проведении интубации трахеи Милавкиной им ничего не известно и сам Сидоров по этой проблеме никаких опасений не высказывал. После того, как все рефлексы у Милавкиной были восстановлены, по истечении 2-х часов после операции, после проведенного осмотра Сидоров А.В. выполнил в полном объеме свои профессиональные и должностные обязанности, Сидоров прекратил наблюдение за больной Милавкиной. Записи в карте Милавкиной о необходимости обратить внимание на состояние гортани Милавкиной, Сидоров не делает, поскольку

ничего и не вызывает опасений, нет никаких жалоб на состояние после перенесенного наркоза. Большая Милавкина передается под ответственность и наблюдение дежурных врачей и лечащего врача Мушалиева. То, что профессиональные обязанности врачом -анестезиологом Сидоровым в отношении Милавкиной выполнены в полном объеме подтверждают допрошенные в судебном заседании свидетели ...

Свидетели ..., эксперт Пушкарев пояснили, что профессиональные обязанности врача-анестезиолога прекращаются через 2 часа после операции, если у больной восстановлено дыхание и остальные рефлексы.

Отсутствие вины моего подзащитного в причинении смерти Милавкиной по неосторожности в связи с выполнением своих профессиональных обязанностей подтверждают показания следующих свидетелей:

- свидетеля .., пояснившего суду, что описание трудностей процесса интубации необходимо только при наличии данных трудностей. Отсутствие записей Сидорова о трудностях интубации это не небрежное отношение к своим обязанностям, говорит только об одном - о том, что их просто не было. Медведев не согласен с выводами экспертов о том, что имела место техническая ошибка при интубации трахеи Милавкиной. Практически повредить гортань интубационной трубкой невозможно. Если бы все таки произошла перфорация, то пошла бы пена из трубки, а при экстубации была бы кровь. Повреждение гортани Милавкиной могло произойти в результате того, что женщина перенесла несколько интубационных наркозов, в результате истончения слизистой, какой-то вирусной инфекции. Свидетель тоже пояснил в суде, что Сидорова как специалиста знает давно, на протяжении нескольких лет работает вместе с ним, отметил его как грамотного, профессионального врача который не первый день осуществляет анестезию посредством интубационного наркоза, всегда в полном объеме исполняет свои профессиональные обязанности.

Свидетель... сообщила о том, что

перед анестезией Сидоров проверил состояние Милавкиной, сам момент интубирования она не видела, но когда Сидоров после операции осматривал больную, она осмотрела интубационную трубку, следов крови на ней она не видела, а вообще процесс анестезии прошел как обычно.

Свидетель... сообщила о том, что врач-анестезиолог несет ответственность за больного во время операции и непосредственно после операции, потом вся ответственность за больных лежит на лечащем враче. Данный свидетель также пояснила, что интубационная трубка заводского изготовления, сделана из такого материала, что причинить повреждения ей невозможно. Если бы имело место повреждение во время операции, то последствия были бы на лицо, а не спустя трое суток после операции. Врача Сидорова она знает уже 38 лет и сомнений в его квалификации у неё никогда не возникало.

Свидетель ... сообщила о том, что он присутствовал на операции Милавкиной в качестве 2-го хирурга, операция прошла нормально, если бы имела место перфорация гортани, то врач-анестезиолог обязательно это бы заметил, т.к. на интубационной трубке была бы кровь. Сидорова он знает как грамотного врача, работает с ним очень много лет, никогда претензий к нему как к специалисту не было.

Свидетель ...пояснил суду, что он являлся председателем ЛКК, на заседании которой разбирался случай со смертью Милавкиной. Ятрогенная связана с манипуляциями анестезиолога, но напрямую доказать это невозможно. Прямых доказательств нет. Анестезиолог, проводивший анестезию Милавкиной был опытный, на его взгляд выполнил все свои профессиональные обязанности, все свои манипуляции выполнил правильно. Место перфорацию у Милавкиной не просматривается без специального диагностического оборудования, а потому врач -анестезиолог ни при каких обстоятельствах не мог увидеть поврежденный участок. На вопрос, мог ли Сидоров предвидеть возможность перфорации, свидетель ответил: он и так все сделал, чтобы обезопасить

Милавкину во время наркоза, поставив 5 степень риска. То, что Сидоров поставил 5 степень риска анестезии – так это было сделано правильно. Анестезиолог отвечает за больную только до момента прихода больной в полное сознание.

Эксперт Пушкарев показал, что травма, независимо от действий анестезиолога, наносится всегда при интубации трахеи, ведь это интервенция посторонним предметом во внутренний орган человека. Больная Милавкина была до этой операции неоднократно интубирована, слизистая у неё могла иметь рыхлый характер. Пушкарев пояснил, что перфорация - это прорыв в соседнюю полость, с диагнозом перфорация он не согласен, т.к. обязательно при такой травме наличие крови, а наличия крови не говорит не один документ. После операции, если на трубке нет следов крови, врач-анестезиолог не обязан осматривать гортань больной. Даже если и осмотрен, то ничего бы не увидел. По заключению экспертизы он имеет своё особое мнение, считает, что перфорации не было, вывод о перфорации сделан экспертами на основании протокола патологоанатома. При этом Пушкарев совершенно категорично утверждал, что правый грушевидный синус относится к глотке, а не к гортани. Когда подписал заключение эксперта о перфорации в области гортани, то допустил ошибку, не знал в тот момент тонкости анатомического строения глотки и гортани.

...

7. Внутренние повреждения гортани, глотки возникают в результате воздействия на них изнутри, т.е. через рот или трахеостому. Чаще всего внутренние ранения вызываются острыми инородными телами. Такие повреждения могут возникать также при интубации, например с целью наркоза. Такие травмы объясняются не только недостаточной осторожностью или неопытностью врача, но и особенностями патологического процесса. Почему у Милавкиной образовался воспалительный процесс, который развивался скрытно и при этом достаточно стремительно и привел к смерти больной это осталось невыясненным.

Можно было бы говорить о небрежном отношении Сидорова к своим обязанностям и больной Милавкиной, если бы он в результате самонадеянности, не учитывая анатомически особенности Милавкиной, её заболеваний, занизил степень риска, а ведь она должна быть 3-4 степени. В соответствии со ст. 5 УК РФ лицо подлежит уголовной ответственности только за те общественно-опасные действия (бездействия) и наступившие общественно-опасные последствия, в отношении которых установлена его вина.

Основой обвинительного приговора ...кого районного суда от 09.03.2011г., является предположительный, ничем не обоснованный вывод экспертов о технической ошибке, которая привела к перфорации инструментального характера.

Приговор, постановленный на основе предположительных заключений и выводов не может отвечать требованиям уголовно-процессуального и уголовного законодательства и подлежит отмене.

На основании изложенного и п.2 ч.1 ст.378, п.1 ч1 ст.379 УПК РФ, прошу приговор ...кого районного суда ...кой области от 09 марта 2011г. в отношении Сидорова Анатолия Викторовича по ч.2 ст. 109 УК РФ отменить, производство по уголовному делу прекратить.

Адвокат АК ...кого района Кондина С.С.

Цифровые копии материалов уголовного дела (приговор, заключение экспертов и т.д./ были направлены в Центр медицинского права для проведения анализа и при наличии оснований - подготовки дополнения кассационной жалобе, что и было сделано.

Из дополнения к кассационной жалобе, подготовленной авторами статьи на приговор ...ского районного суда ..кой области от 09.03.2011 года

Одним из необходимых и достаточных условий привлечения к уголовной ответственности по ч. 2 ст. 109 УК РФ является нали-

чие причинно-следственной связи между действиями виновного лица, ненадлежащее выполняющего свои профессиональные обязанности и наступлением смерти.

Согласно протокола патологоанатомического исследования № 230 от 3 июня 2008 года, ответа на вопрос 11 заключения дополнительной комплексной судебно-медицинской экспертизы № 111-ОСЭ непосредственной причиной смерти больной Милавкиной Л.В. явился инфекционно-токсический шок (состояние острой недостаточности кровообращения, приводящей к тяжелым метаболическим расстройствам и развитию полиорганной патологии). Смерть больной констатирована 2.06.08 в 19.30 ч.

Медицинское вмешательство больной по экстренным показаниям ввиду наличия острого калькулезного холецистита было начато 30.05.08 года в 11.35 посредством предоставления осужденным анестезиологического пособия. Операция была завершена 30.05.08 года в 13.35, осужденный наблюдал больную на протяжении 2-х часов после окончания операции, т.е. до 15 часов 35 минут.

Таким образом, с 11.35 до 15.35 30.05.08 г. или на протяжении четырех часов Сидоров А. В., являлся лечащим врачом Милавкиной Л.В., под которым ст. 58 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан понимает врача, оказывающего медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в медицинской организации. На лечащего врача правовой нормой вышеназванной статьи возложена обязанность по организации своевременного и квалифицированного обследования и лечения пациента.

Обязанности лечащего врача Сидорова А. В. в отношении пациентки Милавкиной Л.В. закончились 30.05.08 года в 15.35 минут.

После 15 часов 35 минут 30.05.08 больная находилась под наблюдением иных лечащих врачей хирургического отделения ...нской ЦРБ, обязанных вышеназванной правовой нормой организовывать своевременное и квалифицированное обследование и лечения пациента.

Заключением экспертов установ-

лено и осужденным не оспаривается, что в промежутке времени с 15 часов 36 минут 30.05.08 и до констатации смерти больной у Милавкиной Л.В. 2.06.08 в 19 часов 30 минут возникли следующие заболевания: флегмона шеи, гнойно-некротический медиастинит, двухсторонний фиброзно-гнойный плеврит, перикардит, переросшие в инфекционно-токсический шок.

До 15 часов 35 минут 30.05.08 вышеназванных заболеваний у Милавкиной Л.В. не было.

Согласно записям в медицинской документации 31.05.2008 в 10.30 дежурным врачом отмечено появление жалоб на боли в горле, снижение АД до 90/60 рт.ст.

31.05.2008 в 21.35 больная осмотрена зав. хирургическим отделением, констатировано наличие отека лица, подчелюстных областей, инфильтратов в этих областях, что было расценено как сиалоаденит (воспаление слюнных желез)

2.06.2008 в 7.40 при повторном осмотре зав. хирургическим отделением отмечено появление подкожной эмфиземы лица, шеи, грудной стенки, появились жалобы на одышку. Больная была консультирована ЛОР - врачом, выставлен диагноз «Травма слизистой гортани с прободением. Посттравматический ларингит», в 9.15 принимается решение о переводе больной в ГУЗ ...нская областная больница.

2.06.2008 больная переведена в ГУЗ ...нская областная больница для дальнейшего лечения, куда поступила 12.20 ч.

02.06.2008 в 17.30 под эндотрахеальным наркозом проведена операция. На операции выявлен гнойный медиастинит (серозное или гнойное воспаление клетчатки средостения).

В послеоперационном периоде нарастали явления интоксикации, легочно-сердечной недостаточности с явлениями нестабильной гемодинамики, остановкой сердечной деятельности и констатации в 19.30 биологической смерти.

Обязанность лечащих врачей (дежурного врача хирургического отделения ...ской ЦРБ, заведующего хирургическим отделением отделения ...ской ЦРБ) наблюдавших Милавкину Л.В. после 15 часов

35 минут 30.05.08 и до 9 часов 15 минут 2.06.08 г. согласно ст. 58 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан заключалась в своевременном и квалифицированном обследовании и лечении Милавкиной Л.В.

За данное время с 15 часов 36 минут 30.05.08 и до 9 часов 15 минут 2.06.08 г. или в течение 66 часов наблюдения вышеназванными лечащими врачами вышеназванные заболевания флегмона шеи, гнойно-некротический медиастинит не были распознаны, соответственно ими не предпринимались действия по патогенетической терапии, направленной на купирование очага инфекции, в результате неблагоприятные последствия генерализации инфекционного процесса распространились за пределы очага и стали необратимыми, направленными на неизбежное прекращение витальных функций у Милавкиной Л.В. (инфекционно-токсический шок) при нахождении ее в ГУЗ ... областная больница.

По данным специальной медицинской литературы флегмона шеи не является заболеванием, при котором неизбежно (всегда и только всегда) наступает летальный исход. Данное суждение вытекает и из ответа на вопрос 4 заключения дополнительной комплексной судебно-медицинской экспертизы № 111- ОСЭ.

Условием благоприятного исхода данного заболевания является его своевременное распознавание и проведение квалифицированного лечения: своевременное вскрытие и создание условий для оттока гноя; в раннем периоде антибиотики; при тяжелых формах широкое иссечение некротизированных тканей.

Из рисунка 1 необходимо и достаточно следует, что при наличии 66 часового наблюдения Милавкиной Л.В. лечащими врачами хирургического отделения ...ской ЦРБ нельзя считать законным и обоснованным доказанность того, что действиями осужденного и наступлением смерти у Милавкиной Л.В. имеется причинно-следственная связь.

Согласно приказа Минздрава СССР от 21.07.1988 N 579 (в ред. Приказа Минздрава РФ от

25.12.1997 N 380) «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов» (п.12) в компетенцию врача - хирурга входит обладание знаниями и умениями по профилактике, диагностике, клинике, лечению и умению диагностировать и оказывать необходимую помощь при гнойных воспалениях кожи и подкожной клетчатки («Международная классификация болезней МКБ-10» относит флегмоны к инфекциям кожи и подкожной клетчатки).

Подобные требования к компетенции врача - хирурга содержатся и в приказе Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»

На основании изложенного, п. 2 ч.1 ст. 378, п.1. ч.1. ст. 379 УПК РФ,

Прошу

Приговор ...ского районного суда ...кой области от 09 марта 2011 в отношении Сидорова Анатолия Валентиновича по ч.2 ст. 109 УК РФ отменить, производство по уголовному делу прекратить.

Сидоров А.В.

Осужденному было предложено представлять его интересы одним из авторов в суде второй инстанции, а также заранее через канцелярию областного суда подать дополнение к кассационной жалобе, чтобы судьи смогли ознакомиться с изложенными доводами.

Осужденный сначала согласился, а затем посоветовался со своим адвокатом, которая ему сказала, что смысла в подаче дополнений к кассационной жалобе не видит, как и сомневается, что ходатайство о допуске дополнительного защитника будет удовлетворено. Врач принял точку зрения своего адвоката и подал дополнение на самом судебном заседании по рассмотрению кассационной жалобы. Суд дополнение не стал рассматривать, сославшись на то, что подобные



Рисунок 1. Схема наблюдения за пациенткой Милавкиной Л.В. лечащими врачами

действия необходимо предпринимать заранее.

В результате приговор был оставлен 14 апреля 2011 года в силе, доводы адвоката не были приняты во внимание.

Позиция адвоката в защиту интересов осужденного строилась на доказывании отсутствия вины врача. Позиция специализированных юри-

стов основывалась на отсутствии факта причинно-следственной связи между действиями врача-анестезиолога и наступившим летальным исходом у пациентки.

С точки зрения авторов статьи еще на этапе судебного следствия стороне защиты надо было акцентировать внимание именно на отсутствии причинно-следственной

связи между действиями врача-анестезиолога и наступившим летальным исходом у пациентки, но для этого защитнику надо обладать определенным опытом по ведению т.н. «врачебных дел», какими адвокаты, за редчайшим исключением, не обладают.

Приговор вступил в силу, а могло быть иначе...

А знаете ли Вы, что...

... с 1 января 2012 года производство в суде второй инстанции по обжалованию судебных постановлений федеральных судов первой инстанции будет носить характер апелляционного производства, а производство в суде надзорной инстанции станет производством в суде кассационной инстанции.

А знаете ли Вы, что...

... согласно ст. 86 ТК РФ работники и их представители должны быть ознакомлены под роспись с документами работодателя, устанавливающими порядок обработки персональных данных работников, а также об их правах и обязанностях в этой области.



Акопян Андрей Степанович, директор Республиканский центра репродукции человека МЗ РФ, Председатель этического комитета Российской Медицинской ассоциации, доктор медицинских наук



Баринов Евгений Христофорович, к.м.н., доцент кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ



Карпенко Андрей Александрович, генеральный директор Московского филиала ООО «Центр медицинского права», юрист, врач, г. Москва
Координаты для связи: 115088, г. Москва, ул. 2-ая Машиностроения, д.17, стр.1 тел. (499) 755-79-87



Комаров Георгий Алексеевич, зав. кафедрой управления государственным и муниципальным здравоохранением МАГМУ, Заслуженный врач Российской Федерации, д.м.н., профессор, член-корр. РАЕН.
Координаты для связи: 123182 Москва, ул. Авиационная 13, кв. 14; Тел. (495) 490-45-54, 8-917-507-49-40; E-mail: komarovga@yandex.ru



Максимов Станислав Юрьевич, директор Пензенского филиала ООО «Центр медицинского права», юрист, врач, г. Пенза
Координаты для связи: 440008, г. Пенза, ул. Захарова, д.1, оф.3.2.2; тел.: (8412) 290-002; E-mail: cmp58@pravo-med.ru



Панов Алексей Валентинович, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», управляющий ООО «Центр медицинского права», юрист
Координаты для связи: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.16, к.2, тел.(495) 618-00-81



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

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. Если статья имеет несколько соавторов, то право приоритета в сроках публикации возникает при условии подписки на журнал всех авторов, в противном случае статья публикуется в общей очередности.

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.

1.11. Направляя статью для публикации, автор соглашается с ее публикацией в открытом доступе через год после опубликования в журнале на сайте Индекса научного цитирования, что является одним из требований включения журнала в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России.

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».

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Мисюлин Сергей Сергеевич, Председатель Правления НП "Содействие объединению частных медицинских центров и клиник", к.м.н. (г. Москва) – **председатель**

Акопян Андрей Степанович, директор Центра репродукции человека МЗиСР, д.м.н. (г. Москва)

Ануфриев Сергей Анатольевич, исполнительный директор Некоммерческого партнерства "Единая медицина", к.м.н. (г. Санкт-Петербург)

Баринев Евгений Христофорович - доцент кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ, к.м.н. (г. Москва).

Борисов Дмитрий Александрович, генеральный директор ООО «Компания «Реднор», к.э.н.

Вандышев Валерий Васильевич, д.ю.н., профессор кафедры уголовно-правовых дисциплин юридического факультета НОУ Межрегиональный институт экономики и права (г. Санкт-Петербург)

Егоров Константин Валентинович, ст. преподаватель Кафедры государственно-правовых дисциплин Казанского филиала ГОУ ВПО Российская академия правосудия, к.ю.н.

Кадыров Фарит Накипович, заместитель председателя комитета правительства Санкт-Петербурга по здравоохранению по экономическим вопросам, д.э.н. (г. Санкт-Петербург)

Лазарев Сергей Владимирович, Председатель Правления НП «Федерация медицинских бизнес-экспертов», к.м.н. (г. Москва)

Леонтьев Олег Валентинович, профессор, филиал государственного университета "Высшая школа экономики" (г. Санкт-Петербург), д.м.н.

Назарова Инна Борисовна, заместитель директора аналитического Центра Высшей школы экономики (Государственный университет) д.э.н., канд. социол. наук, (г. Москва)

Тихомиров Алексей Владимирович, адвокат, Московская областная коллегия адвокатов, д.м.н., к.ю.н. (г. Москва)

Ходачек Александр Михайлович, д.э.н., профессор, директор СПб филиала государственного университета "Высшая школа экономики" (г. Санкт-Петербург)

Холиков Иван Владимирович, Главное Военно-медицинское управление Минобороны РФ, д.ю.н. (г. Москва)

Черепанова Изольда Семеновна, д.м.н., профессор, кафедра управления и социологии здравоохранения ФУВ РГМУ (г. Москва)

РЕДАКЦИЯ

ТИХОМИРОВ Алексей Владимирович - главный редактор
ИВАНОВ Алексей Викторович - выпускающий редактор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

ЛЕОНТЬЕВ Олег Валентинович, Санкт-Петербург
ПАНОВ Алексей Валентинович, Омск
БАРИНОВ Евгений Христофорович, 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.