

Коррупция в здравоохранении

Безопасность пациентов

Законодательная реформа
здравоохранения

В чем отличие американской инициативы от российской законодательной реформы здравоохранения? В том, что, во-первых, американцам предлагается единожды заплатить на здравоохранение и по щадящим ставкам. У нас граждане содержат здравоохранение тройным-четверным бюджетом за свой счет. Во-вторых, врач в Америке получает столько, что ему вполне хватает на безбедную и достойную жизнь. У нас врач влачит жалкое существование, которое жизнью назвать нельзя. В-третьих, финансовые (страховые) институты там работают на страховых принципах и без вливаний государства. Им есть, что терять при снижении страховых взносов, предлагаемых законопроектом. У нас именно государство содержит псевдостраховой институт (государственные внебюджетные фонды ОМС), который и работает по нереалистичным тарифам, и включает на пути к медицинским организациям цепь посредников (псевдомедицинских псевдостраховых организаций), которые, в свою очередь, мало того, что и на себя тратят изрядную толику, но и медицинские организации обдирают, как липку.

Закон не успел вступить в силу, а мы уже видим проблемы, например, с лекарственным обеспечением, с редуцированными медицинскими кадрами и реально уменьшающейся заработной платой. Тут и там множится информация о врачах-убийцах. Это неизбежно будет только усугубляться, потому что закон нафарширован декларациями и отсылками к полномочиям бюрократии, ничего не давая для действительности охраны здоровья, которая складывается за пределами бумажек на чиновничьих столах, между практическими медиками и пациентами.

У этого закона нет траектории, концепции, она изначально не была сформулирована. В нем нет именно выверенной созидательной динамичной идеи регулирования отношений. Есть только статика запретов и ограничений и подчинения всех и вся отраслевому ведомству, витиевато названному «уполномоченный федеральный орган исполнительной власти».

По неведомым никому причинам этот закон пытаются представить как некую реформу здравоохранения. На самом деле он ничего не меняет в прежней организации здравоохранения, доставшейся нам по наследству. Здравоохранение у нас до сих пор остается социалистическим анклавом в капиталистическом окружении. И вместо того, чтобы сначала поменять не соответствующую экономическим, политическим, юридическим и прочим реалиям систему организации здравоохранения, нам, по существу, навязывается новый фантик, иная обертка, выдаваемая за великое благо. Суть, система организации здравоохранения осталась со свойственными ей пороками и системными сбоями, могущими неизбежно только усугубляться.

Так, может быть, нам заимствовать законопроект Обамы, чтобы устранить проблемность нашей организации здравоохранения и нашего отраслевого законодательства? И дешевле для граждан, и для врачей – решение.

О том, как будут развиваться события, мы информируем вас, наших читателей.

**Главный редактор
Алексей Тихомиров**

ПОДПИСКА

**Оформить подписку на журнал
“Главный врач: хозяйство и право”
МОЖНО:**

- **Через редакцию:
- на 2012 год – 7650 рублей**
- **Через каталог Роспечати “Газеты и журналы.
2 полугодие 2012 года”:
- подписной индекс – 47661**
- **Через Объединенный каталог “Пресса России”:
- подписной индекс – 39350**

**При подписке через редакцию оплату следует производить
по следующим реквизитам:**

Некоммерческое партнерство Информационно-правовой центр “ЮрИнфоЗдрав”

**р/счет № 40703810890000000187
в ОАО Банк “ОТКРЫТИЕ” г.Москва
БИК 044585297
корр. счет № 30101810500000000297**

**ИНН 7715385513
КПП 771501001
ОГРН 1037715054618**

ВНИМАНИЕ!

Просим Вас при заполнении графы “Назначение платежа” указать телефон с кодом города, а также почтовый адрес (с индексом) организации.
Например: (495)123-45-67, 123445, г.Москва, ул. Медиков, д.1, офис 12.
Оплата годовой подписки на журнал “Главный врач: хозяйство и право”. НДС не облагается.

ПРИМЕЧАНИЕ: Телефон лучше указывать в первую очередь, так как при отправке платежного поручения текст в графе “Назначения платежа” может быть сокращен. Зная Ваш номер телефона, мы всегда сможем связаться с Вами для уточнения деталей подписки.
Если по каким либо причинам вы не получили очередной номер журнала после оплаты подписки – свяжитесь с редакцией по телефону (495) 618-00-81 или по электронному адресу jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru.

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ:

02/2012

ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

СОДЕРЖАНИЕ

ЛАКОНИЧНО

А.В. Тихомиров
ДЕТСКАЯ БОЛЕЗНЬ ЮРИСПРУДЕНЦИИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ 2

ПОЧТИ ОФИЦИАЛЬНО

А.В. Тихомиров
КОРРУПЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 5

ОБЗОР

В.А. Бондарев, Л.Р. Корецкая
ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛПУ
И РАСХОДОВ НА СОДЕРЖАНИЕ ПАЦИЕНТА 8

А.В. Панов, А.А. Карпенко
БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ: ТОЧКА ЗРЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ (окончание) 12

С.В. Лазарев
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО НАДЗОРА
КАК УСЛОВИЕ РАЗВИТИЯ САМОРЕГУЛИРОВАНИЯ ПО
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОМУ ТИПУ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 19

Д.А. Шепелева, А.В. Тихомиров
ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА 24

И.В. Бойко, Е.В. Виноградова
ХАРАКТЕРИСТИКА ТИПИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРАВ БОЛЬНЫХ,
ПОСТРАДАВШИХ ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
И НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ 27

Т.А. Балебанова
ПРАВОВОЙ СТАТУС МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА
КАК СУБЪЕКТА КОРРУПЦИОННЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ 34

А.В. Тихомиров
ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ 40

ИССЛЕДОВАНИЕ

Н.В. Горелова, Л.А. Огуль, М.А. Шаповалова
БЮДЖЕТИРОВАНИЕ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА 49

ПРАКТИКА

Е.Х. Баринов
ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ
В ПРАКТИКЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ 52

Издание входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации.

А.В. Тихомиров

ДЕТСКАЯ БОЛЕЗНЬ ЮРИСПРУДЕНЦИИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ¹

Медицинская юриспруденция, конечно, пребывает еще в нежном возрасте. Но от того, не случится ли задержки ее развития, зависит будущее нашего здравоохранения

Ключевые слова: медицинская юриспруденция, юридическая практика, правовой реализм

Когда настало время экономического передела, оно ознаменовало начало упадка здравоохранения в его сложившемся социалистическом виде. Пришел рынок. Издержки его становления наглядно продемонстрировали необходимость укрепления регулятивной функции права.

Мир изменился. Все обрело свою цену. И бесплатное здравоохранение. И имущественное благополучие медиков. И благоразумие чиновников от медицины и от власти. Все может быть выражено в цифрах. Как со знаком плюс, так и со знаком минус.

Организации погрузились в рыночное существование, смысл которого - хозяйствование. Организация, осуществляющая медицинскую деятельность, существует пока экономически оправдано ее существование. Это обеспечивается реализацией товаров, работ, услуг медицинского назначения - путем производства и передачи непосредственному потребителю. За плату.

Но благо приобретений всегда сочетается с бременем утрат. Отсюда возникает естественная потребность приобретения преумножить, а утраты - сводить к минимуму. Добиться этого не просто.

Вот когда право проявляет свойства инструмента экономического развития. В простейшем варианте для этого достаточно всего лишь установить корректные правила игры. И придерживаться их. А в случае недоразумений иметь их под рукой, чтобы на них ссылаться.

Руководитель медицинской организации обычно начинает с очевидной для него аксиомы, что лучший знаток права - это он сам. Кому-то нужно немного времени, чтобы прийти к неутешительному в отношении собственной юридической осведомленности выводу, но немало и таких, кто дальше этого этапа уже не сдвинется. Те же, кто добрался до второго этапа, приглашают юриста в качестве работника.

Логика этого вполне очевидна: будет, мол, отстаивать интересы организации. Но, во-первых, юрист - это не прислуга, поскольку право - это не инструмент прислуги. Право - это универсальный инструмент и это инструмент для всех. Во-вторых, знаток права едва ли смирится с зарплатой, которую готов ему установить руководитель медицинской организации. Больница, даже частная клиника - не банк, чтобы позволить себе достойно содержать юриста. В-третьих, практика юриста организации будет скудна вширь и поверхностна вглубь, чтобы он хотя бы сохранил квалификацию. Как бы то ни было, до третьего этапа - приглашения юриста по сделке (договору) - добираются считанные единицы руководителей медицинских организаций.

Но и на этом этапе неизбежны разочарования. Юрист общей практики, великолепно владеющий своим ремеслом, не сведущ в специфике медицинской деятельности.

К чему все это приводит в жизни?

Прежде всего, проблему представляет договор с пациентом. Кто-то отождествляет этот договор с добровольным информированным согласием, кто-то - с договором об оплате медицинских услуг. Один полагает, что договор с пациентом необходим лишь при оказании платных медицинских услуг или что в отношениях медицинского страхования необходимости в нем нет. Другой стремится на все оказываемые в организации услуги создать единый формуляр договора с пациентом. Третий составляет такой договор как нечто среднее между договором поставки и договором подряда. Четвертый включает в содержание такого договора множество обременительных для пациента условий. И ни в одном из формуляров такого договора не раскрывается то, что не только предусмотрено для него по закону, но и предполагается здравым разумением.

Коль скоро это - договор ни о чем, не удивитель-

¹ Врачебная газета № 9(12) сентябрь 2000. - С.14.

но, что другой проблемой является претензионная практика. На стадии возникновения конфликта в этом случае не обнаруживается средств, позволяющих по ним сверять меру исполненного по договору. Переговоры, если они ведутся, заходят в тупик и конфликт перерастает в спор, разрешаемый в судебном порядке.

Пациенты ведь тоже изменились и ведут себя в духе времени. Кто-то готов к конструктивному диалогу, кто-то - лишь к непримиримому обличению. Один будет удовлетворен покаянным словом, другой - отступным, а третий строит своеобразный бизнес на том, на чем ему удастся подловить организацию, к которой он обращает основательные по этой причине требования.

Поэтому следующая проблема - это умение отстаивать свою позицию в суде, удовлетворить справедливые требования оппонента, но при этом не поступаться своими интересами.

Сформировать доказательную базу, т.е. совокупность аргументов или контраргументов в подкрепление выработанной концепции, без понимания существа медицинской помощи в конкретном случае невозможно. Целям доказательств и опровержений служат вопросы к участникам процесса. Сформулировать такие вопросы, не владея фактической стороной дела, невозможно, даже великолепно усвоив юридическую его сторону. Равным образом, необходимо сформулировать вопросы перед судебно-медицинской экспертной комиссией таким образом, чтобы ответы на них подтверждали собственную позицию, а не позицию оппонента. Кроме того, экспертные выводы могут отклоняться от поставленных вопросов, уводить в сторону или попросту утверждать сомнительные истины. Для этого их необходимо уметь проанализировать и продемонстрировать их изъяны суду с тем, чтобы отвести их полностью или в части, назначить дополнительную или повторную экспертизу.

Очевидно, со всеми этими задачами - казалось бы, сугубо юридическими - юрист общей практики справиться не способен. Это может осилить только юрист с медицинским образованием.

Отсюда возникает ряд проблем - как микро-уровня, так и макро-уровня.

Первая - проблема микро-уровня - должен ли это быть юрист с последующим медицинским образованием или врач с последующей юридической подготовкой. Эта проблема заключается отнюдь не в последовательности получения образования, а в психологии профессии. Различия в психологии врача и юриста едва ли могут вызвать сомнения. Должен ли юриспруденцией в медицине заниматься специалист с двойным образованием, имеющий психологию врача или имеющий психологию юриста? Ответ, думается, очевиден.

Попутно возникают вопросы, должен ли такой переученный на юриста врач обладать достаточным

практическим медицинским опытом? Или это может быть опыт организатора здравоохранения? А может ли таким юристом в медицине стать медсестра? И пр., пр.

А отсюда - в каких учебных заведениях - медицинских или юридических - должен готовиться такой специалист? И каким числом выпускаться?

В этой связи следует обратить внимание, что во все века во всех странах такие специалисты были (см. работы проф. А.П. Зильбера, Петрозаводск), но всегда это были штучные специалисты.

На настоящий момент намечилось два пути: образно говоря, юриспруденция для себя и юриспруденция для других.

Первый путь открыт любому медику - и врачу, и фельдшеру, и медсестре - как это было принято прежде "без отрыва от производства". Предполагается, что осваивающий основы юриспруденции медик собирается и впредь работать в медицине, но при этом со знанием основ права. Проблематика его юридических интересов широка и многогранна. Как показывает практика, а по этому пути идут многие врачи за рубежом, это могут быть вопросы инцеста, насилия в семье или экстракорпорального оплодотворения наряду с телемедициной и исследованием феномена зомбирования. Так, в Штатах существует множество своего рода клубов по подобным интересам, даже в виде учебных заведений (например, American College of Legal Medicine). Занимаются правовыми вопросами в медицине также практические врачи и преподаватели медицинских дисциплин (например, гинеколог, профессор Fillmore Buckner, MD, JD, Seattle, WA). Ничто не мешает участвовать в такой деятельности и заинтересованным юристам.

Однако участвовать в практике юридического обеспечения профессиональной деятельности медика и

**На настоящий момент намечилось два пути:
образно говоря, юриспруденция для себя и
юриспруденция для других.**

хозяйственной деятельности медицинской организации должен специалист другого свойства, для которого это не хобби, а способ бытия и самореализации. Этот - второй - путь доступен тем медикам, которые не предполагают оставаться в медицине, а избрали для себя профессию юриста. Таких не может быть много - хотя бы в силу жесткой конкуренции. Но и цена таких специалистов высока.

Вторая проблема - законотворчество в сфере охраны здоровья, когда законопроекты создаются - пусть авторитетными и учеными - медиками, а не юри-

стами. И даже там, где участие принимают юристы, довлеющее влияние оказывают медики. У нас есть без преувеличения толковый Закон о психиатрической помощи и гарантиях граждан при ее оказании. Но если и дальше двигаться по этому пути, то неизбежно придем к Закону о взятии мазков в смотровом кабинете и гарантиях стерильности применяемых шпателей. Очевидно, проблема заключается не в регламенте деятельности по поводу психического ли, физического ли здоровья, а в регламенте правовой защиты принадлежащего гражданину блага - здоровья. Тогда все станет на свои места. Пред-

Следует различать понятия хозяйничания (распоряжения по своему усмотрению) и хозяйствования (занятия хозяйственной деятельностью).

метом правового регулирования будет обращение с защищаемым законом благом (здоровьем) и оборот объектов гражданских прав (товаров, работ, услуг) по поводу здоровья. Необходим основополагающий закон о здоровье. А вместо этого предлагаются законы о здравоохранении, о частной системе (?) здравоохранения и им подобные. Выработку основ законодательной техники и ее специфики в сфере охраны здоровья необходимо предоставить юристам от медицины.

Третья проблема - управление в сфере охраны здоровья. Традиционное администрирование непригодно для рыночных условий. Между тем командно-административный способ управления прежнего периода механически подменен лицензионно-административным способом. Рычаги воздействия при этом ищутся в отношении добросовестных участников рынка больше, чем в отношении маргиналов.

Поэтому здравоохранение в рынок так и не вошло, оставшись топтаться на пороге, декларируя реформы отрасли и реструктуризацию в ней всего, что только возможно. Паллиатив из полумер, в том числе в виде обязательного медицинского страхования, оказался настолько же непригодным для новой жизни, как и его отсутствие.

За поликлиниками и больницами оставили название "учреждение", но от этого не изменился производственный характер их деятельности - т.е. деятельности по производству медицинских услуг. Привязан-

ность же режима хозяйствования такой организации к режиму имущества, лишь закрепленного за ней и находящегося не в ее собственности, ставит учреждения здравоохранения перед альтернативой: либо целесообразно хозяйствовать, либо целесообразно использовать имущество. И чем крупнее подобная организация, чем больше имущества, которым она наделена, тем серьезней эта альтернатива.

Следует различать понятия хозяйничания (распоряжения по своему усмотрению) и хозяйствования (занятия хозяйственной деятельностью). До сих пор органы управления здравоохранением полагают себя вправе хозяйничать в отрасли, администрируя процесс хозяйствования в подведомственных лечебно-профилактических учреждениях и понукая лицензионной уздой самостоятельные медицинские организации.

Между тем выдвинутый президентом принцип равноудаленности бизнеса от власти применим и в сфере охраны здоровья: либо хозяйствовать, либо управлять. Субъекты хозяйствования должны быть самостоятельны и в процессе хозяйствования, и в ответственности. И равны юридически и фактически. И подчиняться закону - так же, как закону должны подчиняться органы управления. Вместо этого последние создают для первых помимо закона некий параллельный регламент, соответствие которому требуют соблюдать в повседневной деятельности. До управления на основе закона наша организация здравоохранения явно не созрела. Задача закона - предоставить регулирование формально определенным правилам, обязательным для власти и для подвластных. Задача организации здравоохранения, как она вытекает из бытующей практики, - предоставить решение вопросов всех вместе и каждого в отдельности усмотрению чиновника органа управления здравоохранением.

Понятно, что при таком - внеправовом - подходе затормозится любая хозяйственная деятельность. Отсюда вытекает и обратное: развитие хозяйствования возможно лишь в правовом русле. Поэтому и реформа здравоохранения возможна только через правовое преобразование управления здравоохранением с приданием ему юридически безупречных функций. А это возможно также лишь с участием юристов здравоохраненческого профиля.

Таким образом, медицинская юриспруденция, конечно, пребывает еще в нежном возрасте. Но от того, не случится ли задержки ее развития, зависит будущее нашего здравоохранения, если, разумеется, исходить из того, что Россия стремится стать правовым государством.

КОРРУПЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Показано, что вместо борьбы с коррупцией в здравоохранении изжить ее можно правильным позиционированием интересов

Ключевые слова: коррупция, здравоохранение, интересы

ПРОБЛЕМНАЯ ОБЛАСТЬ.

Здравоохранение остается социалистическим анклавом в капиталистическом окружении: медики ходят на работу в одну систему координат, возвращаясь домой в другую. Получая в первой средства к существованию, явно недостаточные для использования во второй, медики поставляются государством в состояние вынужденного мздоимства. Мздоимство в практической медицине – следствие безынициативности государства.

Здравоохранение не только сохранило, но и мультиплицировало бюрократический аппарат, имеющий доступ к средствам государственной казны. Злоупотребление этими средствами, в том числе и коррупция – следствие несостоятельности бюджетной организации финансирования социальной сферы.

Граждане не получают от здравоохранения того, финансирование чего осуществляет государство в сфере охраны здоровья.

Государство не создало ясной логической конструкции организации здравоохранения, отличной от прежнего времени. На протяжении двух десятилетий происходили хаотичные паллиативные латания возникающих прорех и борьба со следствиями единой системной совокупности причин.

ПРИЧИНЫ:

1. В социальной сфере не разделены государство и экономика, бюрократия и бюджетники:

1.1. Осуществляется единое по характеру распределение при разной по характеру деятельности;

1.2. Единое по характеру распределение осуществляется по отраслевому признаку, а не по признаку различий характера деятельности;

1.3. Социальная ценность медицинской профессии подменяется декларативными гарантиями социально-безответственного государства;

2. Зарубежные капиталистические заимствования (обязательное медицинское страхование и пр.) интегрированы в сохраняющуюся социалистическую модель здравоохранения: воспроизводственные механизмы оказываются неработоспособными в связке с механизмами освоения, проедания, потребления;

3. Здравоохранение происходит в государстве, а в охране здоровья нуждается общество, притом что здравоохранение и медицина не разведены, в связи с чем:

3.1. Здравоохранение как функция государства детерминируется бюджетным процессом, притом что за состояние здравоохранения общество видит ответственным медицину, а не государство;

3.2. Медицина складывается в обществе, а платежный механизм вовлекает ее в бюджетный процесс;

3.3. За здравоохранение выдается не то, что им является: предназначенные на охрану здоровья граждан средства потребляются учреждениями здравоохранения, а пациент остается в стороне от платежного механизма, будучи не более чем статистом при движении средств государственной казны в государственные же учреждения здравоохранения;

4. Бюрократия в здравоохранении по сравнению с бюджетниками непомерно избыточна притом, что занята не охраной здоровья, а бюджетным распределением и административным подчинением тех, кто осуществляет практическую охрану здоровья. При этом финансируется отраслевая бюрократия не в долях от финансирования практического звена, а многократно выше, в то время как само практическое звено содержит хуже неквалифицированных рабочих.

5. В отсутствие правовых и реалистичных оснований учреждения социальной сферы интегрированы в административно-финансовый механизм государства, не будучи государственными органами: осуществляя товарную по характеру деятельность, они подчиняются правилам бюджетного распределения; осуществляя нужную обществу деятельность, они административно подотчетны государству. Работники учреждений здравоохранения лишены профессиональной самоидентификации и ответственности за результаты профессиональной деятельности.

СЛЕДСТВИЯ.

1. Пациенты содержат охрану здоровья двойным-тройным-четверным бюджетом: от налогов, от «платных» медицинских услуг, от оплаты врачебной мзды, от платы в частной медицине из-за несостоятельности государственного здравоохранения. Ответственность за перманентный кризис здравоохранения, по существу, принимает на себя общество, а не самоустраивающееся от этого государство.

2. Учреждения здравоохранения в силу «прозрачности» положения не способны организовать деятельность медработников, лишенных равно профессио-

нальной и финансовой мотивации. Медработники все более безразличны к результатам своей деятельности, гражданско-правовую ответственность за которые несут учреждения здравоохранения. Вместо охраны здоровья здравоохранения все более становится калечащим.

3. Государство становится все более социально-безответственным. Повышая финансирование здравоохранения по экспоненте, оно неспособно удовлетворить возрастающие потребности социальной сферы. И не потому, что эти потребности общества перерастают в социальный каприз – просто накапливается крити-

Здравоохранение остается социалистическим анклавом в капиталистическом окружении: медики ходят на работу в одну систему координат, возвращаясь домой в другую.

ческая масса нелеченного здоровья, а вкладываемые государством средства все хуже работают, дают хоть какую-то социальную отдачу.

РЕШЕНИЯ.

- ликвидировать законодательные инновации последних лет за неосновательностью, нереалистичностью и коррупциогенностью;
- отделить публичную сферу от сферы гражданско-го оборота по дифференцированно финансируемому государством результату деятельности, имеющему и не имеющему форму товара (обособить содержание бюрократии и социальные предоставления, а в последних – товарные и нетоварные предоставления);
- признать единственным инструментом социальной политики средства публичного финансово-имущественного менеджмента;
- в основу новой модели организации социальной сферы положить позиционирование интересов всех субъектов общественных отношений в парадигме правового реализма;
- отношения возмездного оказания услуг гражданам в социальной сфере с участием государства формировать в гражданско-правовом формате договора в пользу третьих лиц, а не в административном формате подведомственности на вещной основе имущественной принадлежности;
- отделить финансовые и товарные институты в социальной сфере;
- ликвидировать институт учреждений (провести их бесприватизационную партикуляризацию) в социальной сфере и вывести весь институт товаропроизводителей в гражданский оборот;
- отделить бюджетный процесс и гражданско-пра-

вовое финансирование государством социальной сферы, реорганизовать финансовые институты: оставить многократно сокращенный публичный распределительный институт в бюджетной сфере и вывести весь платежный институт в гражданский оборот (преобразовать обязательное медицинское страхование в механизм банковских расчетов);

- создать сеть объектов здравоохранения, предоставляемых в аренду товаропроизводителям (субъектам медицинской деятельности);
- наделить граждан банковскими картами, позволяющими им в индивидуализированных пределах голосовать государственным рублем за свой выбор субъектов медицинской деятельности;
- создать институт профессиональной общественности (профессиональное сообщество и его органы), одновременно придав врачам положение фриленсеров (подобно нотариусам, адвокатам и пр.) с запретом работы по трудовому найму;
- подчинить сферу охраны здоровья действию законодательства о техническом регулировании;
- обособить медицинское сообщество от отраслевого ведомства, освободив от его административных влияний;
- законодательно оформить теорию медицинской услуги и медицинского деликта;
- сделать вменяемыми стандарты в сфере охраны здоровья, отдельно в обороте товаров, работ и услуг медицинского назначения, для целей определения, измерения и оценки качества потребительского предоставления, предоставив их усмотрению института медицинского саморегулирования и устранив любые попытки нормировать профессиональные медицинские технологии;
- разработать технические регламенты как профессиональные медицинские нормативы безопасности пациентов, оставив их уделом института медицинского профессионального самоуправления и ограничив разрешительную систему в здравоохранении исключительно потребностями соблюдения безопасности медицинской деятельности с солидарной ответственностью государства с причинителями вреда вследствие соблюдения приведших к нему публичных ограничений и запретов.

ОСНОВЫ ЦЕЛЕПОЛАГАНИЯ:

Государство никогда не изведет коррупцию до конца. Коррупция – удел маргиналов. Уровень коррупции за пределами маргинализма служит индикатором порочной организации общественных отношений в регулируемой системе, в том числе, и в сфере охраны здоровья.

Государство должно отвечать за состояние здравоохранения, а за состояние медицины – медицинское сообщество. Индикатором состояния здравоохранения, но не медицины, является состояние общественного здоровья. Индикатором состояния медицинского сообщества является высокая социальная ценность

медицинской профессии. Индикатором состояния сферы охраны здоровья в целом является эффективность экономического оборота в отрасли.

Государство должно так позиционировать интересы в регулируемых правом общественных отношениях, чтобы их стороны были мотивированы к наиболее эффективной их реализации, и чтобы в этом случае отпала необходимость в запретах и ограничениях, свидетельствующих о несостоятельности государства. Мерой экономического интереса государство должно мотивировать субъектов медицинской деятельности к удовлетворению интересов пациентов в своем индивидуальном здоровье. Индикатором эффективности

государства в социальной сфере является социальная отдача от экономической деятельности, осуществляемой равноудаленными от него хозяйствующими субъектами.

Государство должно сформулировать концепцию эффективной непрямой конвертации опосредованных экономической деятельностью хозяйствующих субъектов финансовых вложений государства в социальный результат, целям чего должна служить соответствующая институционализация сферы охраны здоровья, свободная от неосновательных транзакционных издержек и закреплённая правовым законом.

Подписка в любом почтовом отделении связи по каталогу "Роспечать"

ф. СП-1	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="font-size: small;">ФГУП "ПОЧТА РОССИИ" УФПС г.Москвы</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;">АБОНЕМЕНТ на журнал</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">47661</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;">(индекс издания)-</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Главный врач: хозяйство и право</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: x-small;">(наименование издания)</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; font-size: x-small;">Количество комплектов:</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-weight: bold;">на 2012 год по месяцам:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td><td style="text-align: center;">11</td><td style="text-align: center;">12</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-weight: bold;">Куда</td> <td colspan="10" style="font-size: x-small;">(почтовый индекс) (адрес)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-weight: bold;">Кому</td> <td colspan="10" style="font-size: x-small;">(фамилия, инициалы)</td> </tr> </table>	ФГУП "ПОЧТА РОССИИ" УФПС г.Москвы		АБОНЕМЕНТ на журнал	47661	(индекс издания)-		Главный врач: хозяйство и право		(наименование издания)		Количество комплектов:		на 2012 год по месяцам:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							X	X	X	X	X	X	Куда		(почтовый индекс) (адрес)										Кому		(фамилия, инициалы)															
ФГУП "ПОЧТА РОССИИ" УФПС г.Москвы																																																																					
АБОНЕМЕНТ на журнал	47661																																																																				
(индекс издания)-																																																																					
Главный врач: хозяйство и право																																																																					
(наименование издания)																																																																					
Количество комплектов:																																																																					
на 2012 год по месяцам:																																																																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																										
						X	X	X	X	X	X																																																										
Куда		(почтовый индекс) (адрес)																																																																			
Кому		(фамилия, инициалы)																																																																			
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-weight: bold;">ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-size: small;">на журнал</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">47661</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: x-small;">(индекс издания)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Главный врач: хозяйство и право</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: x-small;">(наименование издания)</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; font-size: x-small;">Количество комплектов:</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Стоимость подписки _____ руб. _____ коп.</td> <td style="font-size: x-small;">Количество комплектов:</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Стоимость переадресовки _____ руб. _____ коп.</td> <td style="font-size: x-small;">Количество комплектов:</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-weight: bold;">на 2012 год по месяцам:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td><td style="text-align: center;">11</td><td style="text-align: center;">12</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="font-weight: bold;">Куда</td> <td colspan="11" style="font-size: x-small;">(почтовый индекс) (адрес)</td> </tr> <tr> <td style="font-weight: bold;">Кому</td> <td colspan="11" style="font-size: x-small;">(фамилия, инициалы)</td> </tr> </table>	ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА		на журнал		47661		(индекс издания)		Главный врач: хозяйство и право		(наименование издания)		Количество комплектов:		Стоимость подписки _____ руб. _____ коп.	Количество комплектов:	Стоимость переадресовки _____ руб. _____ коп.	Количество комплектов:	на 2012 год по месяцам:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							X	X	X	X	X	X	Куда	(почтовый индекс) (адрес)											Кому	(фамилия, инициалы)										
ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА																																																																					
на журнал																																																																					
47661																																																																					
(индекс издания)																																																																					
Главный врач: хозяйство и право																																																																					
(наименование издания)																																																																					
Количество комплектов:																																																																					
Стоимость подписки _____ руб. _____ коп.	Количество комплектов:																																																																				
Стоимость переадресовки _____ руб. _____ коп.	Количество комплектов:																																																																				
на 2012 год по месяцам:																																																																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																										
						X	X	X	X	X	X																																																										
Куда	(почтовый индекс) (адрес)																																																																				
Кому	(фамилия, инициалы)																																																																				

В.А. Бондарев, Л.Р. Корецкая

ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛПУ И РАСХОДОВ НА СОДЕРЖАНИЕ ПАЦИЕНТА

Проведен анализ финансирования ЛПУ, анализ медицинских услуг при типичной практике ведения больных за период 2006-2010 гг., проведена оценка расходов на пребывание больных в неврологическом стационаре

Ключевые слова: клинико-экономический анализ, анализ «стоимость» болезни

Мы оценивали организацию медицинской помощи в неврологической практике на примере НУЗ Отделенческая больница на ст. Астрахань-1 ОАО «РЖД» [2,3,4,5].

В структуре прикрепленного к данному лечебно-профилактическому учреждению контингента за период 2006-2009 гг. показатели имели стабильные доли: лидировала доля работников ОАО «РЖД», которая в среднем составляла 69,6%, на втором месте стояла доля пенсионеров железнодорожного транспорта и членов семей железнодорожников - 21,3% и минимальную долю составляло территориальное население - 9,1%. В целом численность прикрепленного контингента увеличилась с 13336 человек в 2006 году до 14695 человек в 2009 году, имея базовый темп роста 110,2% в основном за счет увеличения числа работников ОАО «РЖД».

Несмотря на введение новых форм отчетности и учитывая факт, что во всех ЛПУ статистика заболеваемости проводилась по МКБ-10, по работе неврологической службы достоверные сведения по отдельным нозологиям получить крайне сложно, т.к. доминирующие в структуре заболеваемости дорсопатии относятся к классу XIII «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (M00-M99), цереброваскулярные болезни - к классу IX «Болезни системы кровообращения» (I00-I99), черепно-мозговые травмы и их последствия - к классу XIX «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» (S00-T98). Таким образом, при изучении показателей общей заболеваемости учитывалось лишь количество больных, диагнозы которых относились к классу VI «Болезни нервной системы» (G00-G99).

Проведенный анализ поликлинической медицинской документации показал, что неврологическая заболеваемость на 1000 прикрепленного населения

за период 2006-2009 гг. составляла 9,20/00, превышая данный показатель по Астраханской области и по России более чем в два раза. Это можно объяснить тем, что основным направлением деятельности данного ведомственного учреждения является безопасность движения поездов, в связи с чем отмечается значительная настороженность в плане выявления неврологических заболеваний и их обострений.

Отделение неврологии не период 2006-2010 гг. было развернуто на 30 коек на базе многопрофильной отделенческой больницы и имело статус общеневрологического. Простоя койки неврологического профиля, соответственно и экономического ущерба от простоя койки за период 2006-2010 гг. не было. Обеспеченность прикрепленного населения врачебными кадрами в отделении - 2,10/00. Обеспеченность прикрепленного населения неврологическими койками - 21,60/00, средний абсолютный прирост данного показателя составил -0,15 коек. Обеспеченность прикрепленного населения неврологическими койками в данном лечебном учреждении в три раза превосходит аналогичный показатель по Астраханской области. Это свидетельствует о большей доступности стационарной медицинской помощи неврологического профиля. Средняя длительность пребывания пациента на неврологической койке - 12,8 койко-дней. Средний абсолютный прирост данного показателя составил 0,55 койко-дней. В сравнении со средней длительностью лечения на койке неврологического профиля по Астраханской области, средний койко-день в данном лечебном учреждении был несколько ниже: на 0,4 койко-дня.

Долевое распределение пациентов показало, что на амбулаторное лечение выписано 17,6% пациентов. Тенденции снижения у данного показателя не было

Источник	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
ОМС (%)	23,9	23,9	27,7	27,6
Платные медицинские услуги (%)	12,7	11,5	12,3	13,5
ДМС «ЖАСО»	24,7	22,2	21,9	20,4
Средства на обеспечение безопасности движения поездов (%)	21,3	19,4	24,1	24,3
Целевые средства дирекции медицинского обеспечения (%)	17,4	22,9	13,9	14,1
Прочие (%)	0	0,1	0,1	0,1

Таблица 1. Доходы по источникам финансирования

сформировано. Выявлена средняя обратная корреляционная зависимость между средней длительностью пребывания пациента в стационаре и количеством пациентов, выписанных на амбулаторное лечение ($r = -0,65$ при уровне значимости $p < 0,05$). Таким образом, при увеличении среднего количества койко-дней снижается число пациентов, нетрудоспособных по окончании стационарного лечения. По-видимому, это связано с тем, что при низком показателе среднего койко-дня при типичной практике ведения больных пациенты не получают полноценного лечения в стационаре, и, соответственно, доля пациентов, выписанных на амбулаторное лечение, была выше.

Нами проведен анализ финансирования лечебно-профилактического учреждения в целом. К источникам финансирования ЛПУ относились фонд ОМС, платные медицинские услуги, фонд ДМС «ЖАСО», средства на обеспечение безопасности движения поездов, целевые средства дирекции медицинского обеспечения, выделяемые для обеспечения медицинской помощью пенсионеров железнодорожников и членов семей железнодорожников и прочие (состоявшие в основном из средств, получаемых за сдачу площадей в аренду) (таб 1).

Средства ОМС в структуре всех финансовых поступлений в ЛПУ занимали лидирующее положение, составляя в среднем 25,8% и изменяясь в интервале от 23,9% в 2006 г. до 27,6% в 2009 г. Платные медицинские услуги в структуре всех поступлений в ЛПУ составляли в среднем 12,5% и изменялись в интервале от 11,5% в 2007 году до 13,5% в 2009 году. Средства фонда ДМС «ЖАСО» составляли в среднем 22,3% и доля его медленно уменьшалась с 24,7% в 2006 году до 20,4% в 2009 году. Средства, выделяемые на обеспечение безопасности движения поездов, составляли в среднем 22,3% и изменялись в интервале 19,4% в 2007 году до 24,3% в 2009 году. Целевые средства дирекции медицинского обеспечения составляли в среднем 17,1% и варьировали в интервале от 22% в 2007 году до 14,1% в 2009 году. Прочие средства имели стабильную минимальную долю 0,1%. Тенденции роста или снижения данных показателей не было сформировано.

Таким образом, отмечалось увеличение доли средств ОМС, средств, выделенных на обеспечение безопасности движения поездов и платных медицин-

ских услуг, тогда как снижалась доля средств ДМС «ЖАСО» и целевых средств дирекции медицинского обеспечения.

В целом за период 2006-2009 гг. доля корпоративных средств (61,6%), к которым относились средства ДМС, средства на обеспечение безопасности движения поездов и целевые средства стабильно преобладала над долей некорпоративных источников дохода (38,4%), к которым относились средства ОМС и платные услуги.

При распределении корпоративных и некорпоративных источников дохода за период 2006-2009 гг. нами выявлено, что доля корпоративных источников дохода снижалась с 77,4% в 2006 году до 58,8% в 2009 году со средним абсолютным приростом -9,5%, средним темпом роста 1,9%, базовым темпом роста 75,9%, а уравнение регрессии свидетельствовало о формирующейся тенденции снижения. Доля некорпоративных источников дохода увеличивалась с 36,6% в 2006 году до 41,1% в 2009 году со средним абсолютным приростом 2,5%, средним темпом роста 2,0% и базовым темпом роста 112,3%.

Объемы финансирования ЛПУ распределялись следующим образом: в стационар 57% и несколько меньше – в поликлинику 43%.

По коэффициентам рентабельности продаж нами определялась доля чистой прибыли в объеме продаж предприятия.

Показатель рентабельности по валовой прибыли в среднем за период 2006-2009 гг. составлял 3,9%. Наименьшая величина его отмечена в 2006 году (2,7%), наибольшая в 2007 году (4,9%). Базовый темп роста коэффициента составлял 111,1%. Тенденции роста или снижения у данного коэффициента не отмечено. Показатель рентабельности по прибыли от продаж составлял в среднем 4,7%, изменяясь в интервале от 5,9%

По коэффициентам рентабельности продаж нами определялась доля чистой прибыли в объеме продаж предприятия.

в 2006 году до 3,9% в 2009 году с базовым темпом роста 66,1%, средним абсолютным приростом -1%, средним темпом роста 1,9% и имея формирующуюся тенденцию снижения. Рентабельность по прибыли до налогообложения изменялась в пределах от 2% в 2008 году до 3,4% в 2009 году, в среднем составляя 2,7%. Рентабельность по чистой прибыли в среднем составляла 2,6% и варьировала от 0,9% в 2008 году до 4,4% в 2007 году. Тенденции роста (снижения) у данных показателей не выявлено.

По коэффициенту рентабельности оборотных акти-

вов нами оценивались возможности предприятия в обеспечении достаточного объема прибыли по отношению к используемым оборотным средствам компании.

Анализ показал, что данный показатель составлял в среднем 22,7% и изменялся в интервале от 6,8% в 2008 году до 46,3% в 2007 году с темпом прироста -86,9% в 2008 году и 32,6% в 2009 году. Средний абсолютный прирост данного коэффициента составил 2,5% со средним темпом роста 2,6%. Тенденции роста или снижения рентабельности оборотных активов не выявлено. По коэффициенту рентабельности внеобо-

Таким образом анализ показал, что наибольшую долю расходов составляли затраты на параклинику и на пребывание в условиях стационара.

ротных активов, средний показатель которой составлял 1,4%, оценивалась способность предприятия обеспечивать достаточный объем прибыли по отношению к основным средствам компании. Коэффициент рентабельности основных средств был наименьшим в 2008 году (0,5%), наибольшим в 2007 году (2,1%). Базовый темп роста за период 2006-2009 гг. составил 115,4% со средним абсолютным приростом 0,1%. Тенденции роста (снижения) данного коэффициента не сформировано.

По коэффициенту абсолютной ликвидности (рекомендательная нижняя граница 0,2) нами оценивалась способность компании досрочно погасить кредиторскую задолженность.

Анализ таблицы показал, что данный коэффициент был стабильно высоким и варьировал с 0,21% в 2007 году до 3,47% в 2009 году, средняя его величина составляла 1,3%. Базовый темп роста коэффициента за период 2006-2009 гг. составил 502,9%, средний темп роста составлял 2,25%, а уравнение регрессии ($b=0,55$) свидетельствовало об устойчивой тенденции роста.

С целью более детальной оценки оказания помощи неврологическим больным в исследуемом отделении, нами был проведен клиничко-экономический анализ медицинских услуг за 2009 г., а также анализ «стоимость болезни» при типичной практике ведения больных, поступивших в неврологическое отделение НУЗ Отделенческая больница на ст. Астрахань-1 ОАО «РЖД» за период 2006-2010 гг.

Долевое распределение основных прямых медицинских затрат показало, что в 2006-2010 гг. они имели стабильные доли.

Наибольшая часть приходилась на расходы пара-

клиники - 30,1%. Эти расходы включали в себя затраты на лабораторное обследование, функциональную диагностику, затраты на физиотерапевтическое лечение. На втором месте была доля затрат на косвенные расходы - 25,3%. В данные расходы были включены затраты, связанные с амортизацией медицинского оборудования, использование площадей, плата за коммунальные услуги. Уравнение регрессии свидетельствовало о формирующейся тенденции роста ($b=0,32\%$) данного показателя. На третьем месте стояла заработная плата основного персонала - 12,2%, которая имела устойчивую тенденцию роста при $b=0,62\%$. На четвертом месте стояла доля расходов, связанная с питанием пациентов - 10,1%. И только лишь на пятом месте стояла доля расходов, связанных с фармакотерапией - 8,4%, имеющих устойчивую тенденцию роста при $b=0,62\%$. Наименьшие доли составляли расходы на заработную плату общеучрежденческого персонала (6,2%), затраты на расходные материалы (2,5%), начисления на заработную плату основного персонала (3,3%), начисления на заработную плату общеучрежденческого персонала (1,8%).

Таким образом анализ показал, что наибольшую долю расходов составляли затраты на параклинику и на пребывание в условиях стационара. Затраты на фармакотерапию при лечении больных составляли от 7% в 2008 году до 10,7% в 2010 году.

Для более точной оценки расходов нами проведен также ABC-анализ структуры основных прямых медицинских затрат [1,6].

Было установлено, что в класс А входили расходы на содержание пациента в условиях стационара: косвенные расходы (амортизация медицинского оборудования, использование площадей, плата за коммунальные услуги), заработная плата основного персонала, питание пациента (кроме расходов на параклинику, которые составляли 30,1%). Абсолютно ясно, что в структуре затрат расходы на пребывание в стационаре не могут быть основной составляющей при лечении больного. Затраты на медикаментозную терапию входили лишь в класс В, что также недопустимо.

Средние затраты на 1 пациента за период 2006-2010 год увеличились с 4790,1 руб. на 1 пациента в 2006 году до 9657,9 руб. на 1 пациента в 2010 году (рис 5.2.2), т.е. в два раза. Данный показатель имел устойчивую тенденцию роста при $b=0,46\%$. Это связано с увеличением цен на лекарственные средства, инфляцией, а также с использованием в лечении новых, более дорогостоящих препаратов.

Непрямые или косвенные затраты, связанные с потерей трудоспособности, были определены нами с учетом экономических потерь за период отсутствия пациента на рабочем месте и состояли из расходов по бюджету социального страхования и потери величины валового регионального продукта у пациентов, госпитализированных в неврологическое отделение.

Расчет расходов по бюджету социального страхования производился с учетом количества койко-

дней, проведенных больными в стационаре. С учетом 100% оплаты по листу временной нетрудоспособности, сумма выплат по социальному страхованию определялась среднемесячной заработной платой одного работника в день. Выплаты из бюджета социального страхования на 1 пациента в год составляли 4817,4 руб. в 2006 году, 5873,8 руб. в 2007 году, 7631,4 руб. в 2008 году, и у данного показателя отмечалась формирующаяся тенденция роста при $b=0,31\%$.

При расчете потери величины валового регионального продукта учитывались статистические данные по Астраханской области. С учетом среднего пребывания больного на койке, недопроизводство ВРП или экономические потери из-за временной нетрудоспособности одного пациента в год составляло в 2006 г. - 8588,2 рублей, в 2007 г. - 11059,3 рублей, в 2008 г. - 15448,9 рублей, а уравнение регрессии свидетельствовало о формирующейся тенденции роста ($b=0,39\%$) стоимости болезни.

Стоимость болезни с учетом прямых медицинских затрат, с учетом расходов по бюджету социального страхования и экономических потерь в результате недопроизводства ВРП составляла 18195,7 руб. в 2006 году, 23350,6 руб. в 2007 году, 29781,8 руб. в 2008 году. Данный показатель также имел формирующуюся тенденцию роста при $b=0,32\%$.

Таким образом, долевое распределение затрат показало, что показатели имели стабильные доли и стоимость болезни была высокой в основном за счет потери величины валового продукта, который составлял в среднем 48,8%. На втором месте стояла доля расходов по бюджету социального страхования - 25,8%, и наименьшей была доля медицинских затрат - 25,5%.

Список источников:

1. Белоусов Ю. Б., Зырянов С. К., Дмитриук Т. М. Использование ABC/VEN-анализа в клинико-экономическом анализе лечебно-профилактических учреждений (учебно-методическое пособие). М, 2003.- С.7-9.
2. Воробьев П. А. Клинико-экономический анализ в развитии системы управления качеством в здравоохранении. Сборник докладов заседания коллегии Минздрава России от 18-21.03.03.- М: Русский врач, 2003.- С.223-228.
3. Воробьев П. А., Авксентьева М. В., Юрьев А. С. Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи). М: Ньюдиамед, 2004.- С.404-407.
4. Герасимов А. Н. Медицинская статистика. МИА.- Москва, 2007.-350с.
5. Елисеева И. И., Юзбашев М. М. Общая теория статистики - Москва: «Финансы и статистика», 2003.- 520 с.
6. Служба клинической фармакологии в лечебном учреждении: Учебное пособие /Г. А. Батищева и др.; под ред. В. Г. Кукеса, Ю. Б. Белоусова, Ю. Н. Чернова.- Ростов н/Д: Феникс, 2007.- 160с.

В следующих номерах:

Институциональная организация здравоохранения

Медико-экономическая парадигма

Недостаток медицинской услуги

Разрешительная система в здравоохранении

Полномочия медицинской общественности

А.В. Панов, А.А. Карпенко

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ: ТОЧКА ЗРЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ¹ (окончание)

Пациент нуждается в том, чтобы его слушали и слышали

Ключевые слова: пациентоориентированность, безопасность пациента, зарубежный опыт

От автора перевода: пациент является главным объектом приложения здравоохранения, имеющим свои потребности, которые являются интернациональными, т.к. проявляются в любой стране мира. Проведенное исследование в США и его результаты в силу одинаковых потребностей пациентов имеют прямое отношение и к проблемам в отечественном здравоохранении, в разрешение которых может и должен быть использован зарубежный опыт.

Потеря доверия

Мои трехлетний сын примерно через четыре месяца после смерти старшей дочери в один прекрасный день посмотрел на меня и спросил: «Мама, а врачи не сделали больно Энни?» Вы представляете – что происходило в его уме. И я сказала: «Энни падала неоднократно, но никто не попытался не допустить ее повторных падений». (Из стенограммы с интервьюированным)

Второй вывод касается доверия / недоверия и ожиданий от взаимодействия со здравоохранением. Вследствие потери доверия к медицинским организациям и системе здравоохранения в целом возникли серьезные опасения за будущие встречи с ним.

Этот страх служил серьезным препятствием для начала конструктивного диалога с системой здравоохранения, даже если его отсутствие могло привести к возникновению других серьезных последствий для состояния здоровья.

Я ощутил - все мое понимание о мире о том, что он является хорошим и добрым, куда то ушло. Потом я осознал, что всем нам по-прежнему необходима медицинская помощь. Я не мог просто избежать этой проблемы, она была огромной в нашей семье из-за того, что на людей, которые причинили нам неизгладимый вред, нам необходимо по-прежнему полагаться и верить, что они заботятся о нас. Но мы все очень боимся и мы должны были найти способ, чтобы построить доверие и забыть негативный опыт. (Из стенограммы с интервьюированным)

нограммы с интервьюированным)

Этот участник опроса столкнулся с дилеммой преодоления опасения от возобновления контактов с системой здравоохранения после личного опыта получения врачебной ошибки. Соответственно, данный факт обусловил необходимость рассмотрения вопроса о роли доверия, ожиданий и отношения как между пациентом и врачом, так и между пациентом и системой здравоохранения в целом.

У пациента, пострадавшего от здравоохранения, все равно остается потребность оказания медицинской помощи от той самой системы, к которой он потерял всякое доверие. Как научиться вновь доверять системе, иметь в ней полную уверенность после того как столкнулся с ее худшими проявлениями?

Слово «доверие» в английском языке может быть использовано в качестве существительного или в качестве глагола.

Как существительное, слово относится к чему-то, что существует в отношениях между людьми, например, уверенность друг в друге. К этому слову имеют отношение такие прекрасные качества, как справедливость, истина, честь, достоинство; чувство ответственности и профессионализма (Soanes, 2000).

Доверие является внутренним стержнем некоторых форм отношений, таких, например, как отношений врач-пациент (Hovey, 2006).

Из этого определения становится очевидным, что доверие - это не только то, что может проявляться в отношениях, но и является ожиданием кого-то в смысле социального значения.

У нас есть просто врачи, а есть великие врачи. После того, что случилось с моим сыном, мы до сих пор посещаем кардиолога с моими другими детьми, потому что он сказал нам о том, что, вероятно, они могут иметь одинаковые проблемы в здоровье.

Иногда мне кажется, что я достигла такого же уровня доверия, но я еще ни разу не была поставлена в такое положение, при котором мне бы приходилось задавать вопросы врачу. И мне интересно знать - если

¹ Продолжение. Начало в номере 1/2012 год «Главный врач: хозяйство и право», стр. 34-38

бы я оказалась в подобной ситуации снова, насколько я была бы тверда и требовательна в помощи другим пациентам, чтобы предотвратить с ними то, что когда-то случилось с моим ребенком и со мною т.к. я не добилась никакой реакции со стороны медицинского персонала, они просто не захотели со мной адекватно общаться. (Из стенограммы с интервьюированным)

Глагол доверять имеет отношение к тому, что делается или можно сделать (Soanes, 2000). Доверять - может означать иметь уверенность в каких-то качествах и профессиональных способностях. В сущности, доверять - быть уверенным в лице, в том, что он осуществляет правильные действия, которые отвечают социальным нуждам общества и его индивидуумов (Hovey, 2006 г.).

Я думаю, что есть только одно слово, которое важно для меня, которое я узнал через собственную ситуацию, которое в полной мере отвечает безопасности пациентов - это слово доверять (доверие). Мы должны создать систему, которая позволяет пациентам доверять своим врачам во всех отношениях, и не только когда врачи становятся светилами и не когда они извлекают опыт из сделанных ошибок или этически всегда поступают честно и благородно. И доверие, на мой взгляд, это сущность хорошего медицинского обслуживания, именно с него оно начинается, и потому, если что-то пойдет не так именно мы должны восстановить эти доверительные отношения, поэтому это для меня большое дело. (Из стенограммы с интервьюированным)

Доверие - именно в этом главном контексте должны находиться взаимоотношения между пациентом и его врачом в системе здравоохранения. В центре внимания должен быть человек, имеющий опыт физических страданий и нравственных переживаний от врачебных ошибок, который не имеет другого выбора, как доверять врачу и системе здравоохранения в целом. Пациент не в состоянии поставить себе официально диагноз или идентифицировать свою болезнь или назначать лечение, для этого пациент должен войти во взаимодействие с системой здравоохранения для удовлетворения этих нужд. Пациент имеет разумные ожидания и предполагает, что ему будут предоставлять медицинское обслуживание в установленные сроки, с проведением надлежащих действий, эффективного общения и без излишнего беспокойства о вероятности стать жертвой врачебной ошибки.

Кроме того существует, например, самообвинение матери в том, что она должна была защитить своего ребенка любой ценой, но не смогла.

Мы говорим о своего рода предательстве, которое мать ощущала со стороны коллег из медицинского сообщества. Проблема также и в том, что ей придется в дальнейшем находиться в этом профессиональном сообществе. Чувство предательства со стороны которого она испытала так и не смогло покинуть ее.

Исходя из этого исследования доверие и ожидания

человека, пострадавшего от врачебной ошибки играют значительную роль в системе отношений пациент - система здравоохранения.

Доверие пациента к системе здравоохранения должно быть реализовано в том числе через письменные или устные социальные гарантии, предшествующие оказанию медицинской помощи.

Независимо от того, как предполагается принцип доверительных отношений проводить в жизнь, оно как явления в повседневной практике присутствует, даже если и предполагается обратное. Соответственно, доверие это не то, что может применяться в качестве указания сверху или через набор инструкций, подобное тому, как никого по команде нельзя обязать испытывать любовь или страх. Однако желательно, чтобы все возможные действия были направлены именно на создание доверительных отношений как результата всех целеустремлений (Hovey, 2006).

Чувство уверенности в том, кто соответствует вашим ожиданиям, означает снижение потенциала для разочарования и недоверия, которые являются условиями, влияющими негативно на пациента и членов его семьи.

Необходимо восстановление пациентоориентированности

Предоставление пациентам права оценки событий и полученные вследствие этого данные являются ключевой фразой, спусковым механизмом, от которого мы должны отталкиваться, когда говорим о качестве медицинских услуг и тех действиях, которые мы должны предпринять для того, чтобы предотвратить и обратить вспять те негативные тенденции, которые происходят в здравоохранении.

Третий вывод с точки зрения пациентоориентированности означает, что важно знать приоритеты пациента и оценивать - как они будут реализовываться

Чувство уверенности в том, кто соответствует вашим ожиданиям, означает снижение потенциал для разочарования и недоверия, которые являются условиями, влияющими негативно на пациента и членов его семьи.

в медицинском обслуживании с позиции интересов пациента.

Ishikawa с соавторами (2005) предположил: пациенты более склонны считать, что их взаимодействие со своим врачом является пациентоориентированным в том случае, когда они имеют возможность быть непосредственным участником медицинского диалога.

Этот вывод подтверждается следующей цитатой одного из участников интервью, работающего организатором здравоохранения: «Я думаю, что нужно предоставить пациентам и членам их семей чувство-

вать себя способными изменить существующее положение вещей. Для этого необходимо расширить права и возможности пациентов. Это позволит нам /системе здравоохранения/ знать, что они чувствуют и эти знания обеспечат нас информацией о том, что нужно предпринимать для обеспечения отвечающего потребностям пациентов медицинского обслуживания. Такой подход действительно может дать нам эту необходимую информацию».

Право пациентов на «минимальное количество разговора» (Ishikawa и соавторы, 2005, стр. 906) должно быть защищено даже в случае и краткосрочного посе-

Право пациентов на «минимальное количество разговора» должно быть защищено даже в случае и краткосрочного посещения медицинской организации.

щения медицинской организации.

Врач, опрошенный в процессе интервью, говорил о необходимости привлечения полученных знаний и опыта о пациентоориентированности в практику здравоохранения: «Я приношу полученные знания в медицинскую организацию, чтобы помочь моим сотрудникам лучше функционировать во взаимоотношениях с пациентами. Я думаю о том, как пойти и поговорить с пациентами и членами их семей, когда у них возникают вопросы о безопасности или им подобные. Даже просто для того, чтобы дать им возможность пообщаться со мной и показать свои эмоции и снять эмоциональное напряжение. Потому что зачастую время не предоставляет мне такой возможности».

Несмотря на преимущества действительно пациентоориентированной модели, в которой пациент и члены его семьи должны быть услышаны, следующий комментарий одного из участников опроса иллюстрирует один из барьеров участия пациентов в собственном лечении: «Они могут очень хорошо выполнять свои обязанности по взаимоотношениям пациентами. Но я должен им дать понять, что благодарен за их бдительность и внимание, за включение меня в обсуждение процесса оказания медицинской помощи, но я бы хотел дать им также понять, что я не собирался злоупотреблять своими полномочиями».

Актуальность обозначенных вопросов пациентоориентированности требует, чтобы на всех уровнях полученные данные были услышаны, признаны и оценены. Не достаточно понимать разумом, что слышать голос пациента очень важно. Нужны реальные перспективы того, что система здравоохранения будет открыта для изменений в интересах пациентов и членов их семей. Это вид преобразований не единственный, который

может быть достигнут или полностью реализован только после чтения об этом исследовании. Данные преобразования требуют значительных изменений в представлении о другом участнике коммуникаций и, возможно, будут реализованы только после содержательного и длительного взаимодействия с теми пациентами и/или членами их семей, которые на себе испытали последствия врачебных ошибок. (Levinas, 1996)

Пациентцентрированность предполагает возможность слушать друг друга, действовать реально и находить взаимопонимание в здравоохранении.

Такой подход не может быть полностью освобожден от эмоциональной составляющей, но считается, что он оправдан с точки зрения формирования отношений между пациентами и членами их семей и врачами.

Обсуждение

Я столкнулся лицом к лицу с врачебной ошибкой и получил отклик в сердцах всех тех врачей фармацевтов и медсестер, кто хочет поступать правильно, но иногда надо вспоминать и тех лиц, действия которых непосредственно привели к врачебным ошибкам. (Из стенограммы с интервьюированным)

Информация, изложенная в этой статье, демонстрирует сложность человеческих взаимоотношений в реализации опыта по предотвращению врачебных ошибок.

Коммуникации в системе здравоохранения среди медицинского персонала, пациентов и членов их семей могут объяснены через такие понятия как сближение, согласование и культивирование, которые должны присутствовать между ними на практике (Bleakley & Bligh, 2008; Соорер с соавторами, 2003). Несмотря на это, умение слушать, эмоциональные связи и доверие являются триедиными составляющими пациентоориентированного подхода, о котором часто писали, но не так понимали или не так токовали и применяли его на практике.

Интерпретации требуют не только педагогический подход каждого из нас, это, прежде всего, взаимопонимание сторон, в котором смысл слова является ясным не только для говорящего, но и для того, кто слышит эти слова. Вербальный характер интерпретации, каждая интерпретация включает в себя возможность построения отношения с другими людьми (Gadamer, 1989, стр. 397)

На практике для пациентов и членов их семей требуются кто-то, кто будет их слушать и взаимодействовать с ними с точки зрения социального и профессионального медицинского общения, что и будет означать пациентоориентированную модель оказания медицинской помощи (O'Brien & O'Brien 2002).

Содержание пациентоориентированности в системе здравоохранения означает, что здравоохранение реагирует на коммуникативные потребности пациента и членов его семьи, даже если и на это будет уделено несколько минут времени. Результаты исследования акцентируют внимание не только на том, почему кто-

то слушал или не слушал, но и на том, что пациентоориентированность медицинской помощи должна быть существенно усилена через повышение способности внимательно слушать. Трансформирование способности слушать (McWilliam, 2007) означает способность интерпретации, понимания и учета эмоционального настроя говорящего (Gadamer, 1996; Speraw, 2009). При работе с уязвимыми группами мы всегда должны помнить о том, что в их памяти сохранились воспоминания о том - каково это быть уязвимым, находиться в отчаянии и быть подавленными. Именно здесь искусство медицины и герменевтики необходимо связать воедино с целью обеспечения актов интерпретации и понимания.

«Определенные недостатки в современной медицине связаны с ее отказом от герменевтической концепции самопонимания. В поиске избегания субъективной интерпретации медицина дошла до того, что исчезло понимание пациента, как субъекта живого, дышащего и чувствующего» (Leder, 1990, стр. 9).

Пациентоориентированные подходы ждет большое разочарование, если медицинские работники будут строго придерживаться только медицинских технологий без учета контекста взаимоотношений и общения, так необходимых для достижения благоприятных результатов лечения. Если эти важные составляющие пациентоориентированности не будут включены в работу, как необходимые сопутствующие инструменты, то изменения качественных показателей вопросов безопасности пациентов не произойдет. Вместо улучшения взаимопонимания и укрепления личных отношений, что непосредственно влечет повышение безопасности пациентов, врачи почему предпочитают переходить на «ты» с техникой, а не с людьми. Следовательно, имеет место непонимание необходимости концентрации на подходе к пациенту с позиции совершенствования навыков межличностного общения (O'Brien & O'Brien, 2002). Мы считаем, что пациентоориентированная медицинская помощь возможна лишь после ряда шагов или контрольного списка действий. Подлинная пациентоориентированность охватывается концепцией «Ничего обо мне без меня». Этот лозунг возник из движения инвалидов в Южной Африке (Leff, Campbell, Gagne, & Woocher, 1997 с. 489), и отражает суть пациентоориентированности, так как по нашему мнению является целостным и адекватным.

Этот подход был использован в качестве первого шага вперед к поощрению пациентоориентированной медицинской помощи (Davis и соавторы., 2005). В самом деле, с точки зрения пациентоориентированности движение инвалидов, может быть, внесло самый значительный вклад в понимание того, как реализовать пациентоориентированность через личностно-центрированную модель планирования (Holburn & Vietze, 2002; O'Brien & O'Brien, 2002). Для реализации перспектив концепции пациентоориентированности необходимо, чтобы пациенты стали партнерами медицинского персонала. Подобное требует расширения

их прав и возможностей, а также самоопределения к собственному здоровью.

Это понимание не может быть достигнуто через приказной порядок /введением инструкции/ в медицинском профессиональном сообществе, оно должно быть достигнуто посредством переговоров.

Последствия для будущего

Исследования и образовательные программы

Чтение этих интервью был трудным и эмоционально опустошающим. Мне казалось, что в некотором роде я совершил долгое путешествие. Я был тронут и возмущен, поймал себя на мысли, что все медицинские работники, прежде чем получить такой профессиональный статус, должны побывать пациентами в больницах, чтобы получить собственный опыт, что сделает их более скромными, более щедрыми и готовыми прикладывать дополнительные усилия в интересах пациентов, а также быть более осторожными для их блага.

Пациентоориентированность, как правило, оформлена в виде набора определенных правил и постулатов, которые узнают врачи от своих коллег, как образцов для подражания, а также является частью образовательного процесса со стороны медицинского обучающего персонала. Для студентов медицинских вузов образовательный процесс призван дать знания о необходимости социального подход к медицине, осознания необходимости слушать и слышать пациента. Как показывают исследования студенты – юноши демонстрируют гораздо большую эрозию полученных знаний в этой области, чем студенты - девушки (Woloschuk, Harasym, & Temple, 2004).

В текущем образовательном процессе концепция пациентоориентированности медицинской помощи, как это ни парадоксально, не стоит во главе угла. Bleakley и Bligh (2008) обсуждали возможности того,

В текущем образовательном процессе концепция пациентоориентированности медицинской помощи, как это ни парадоксально, не стоит во главе угла.

что медицинский образовательный процесс может быть изменен в сторону пациентоориентированности с привлечением к обучению студентов пациентов в качестве педагога. Моделирование ситуаций и даже актеры часто используется в образовательном процессе, чтобы помочь системе здравоохранения набрать опыт в общении с пациентами через наглядность, практику и обратную связь.

Этот опыт предполагает возможность системы здравоохранения к переходу от ощущения дискомфорта во взаимоотношениях при информировании о плохих

новостях или негативных характеристиках медицинских технологии и возможности причинения вреда при их применении к осознанию безусловной необходимости раскрытия подобной информации пациенту и членам его семьи.

В конце концов, все знают, что в процессе обучения имеет место моделирование столкновений между студентами медиками и актерами, выступающими в роли пациентов. В пациентоориентированной модели обучения от студентов и актеров, играющих роль пациентов, необходимо создание атмосферы сопереживания, эмоциональной близости, что требует вовлеченность

Отношение к мнению пациента, воспринимаемому системой здравоохранения как нечто малозначащее должно быть в корне изменено.

сторон в коммуникации и соответственно, необходимость изменения программ обучения (Mezirow, 1991).

Отношение к мнению пациента, воспринимаемому системой здравоохранения как нечто малозначащее должно быть в корне изменено.

Эта статья является примером того, как голос пациента и членов его семья могут и должны быть поставлены на ведущие роли в обеспечении безопасности медицинской помощи, о роли пациента в построении пациентоориентированной модели здравоохранения, акцентированной, прежде всего на безопасность самих пациентов.

Пациентоориентированность не может быть чем – то недостижимым и призвана стать чрезвычайно мощным средством, чтобы помочь в восстановлении вещей: «Никаких оправданий не может быть, чтобы не делать этого. Все очень ясно и понятно. Это означало так много. Я был поражен тем, как мои чувства могут измениться под воздействием семинара», - высказал свою точку зрения один из его участников.

Будущие исследования должны быть проведены исходя из концепции пациентоориентированности и в контексте объединения медицинского сообщества для совместной работы по созданию на основе переговоров модели и философии для улучшения пациентоориентированности медицинской помощи.

Это становится реальностью благодаря работе таких организаций, как CAPS, выступающих в качестве организаторов взаимодействия пациентов и членов их семей по ведению индивидуальных и коллективных переговоров с системой здравоохранения для ее сосредоточения на пациентоориентированности

Мы надеемся, что это понимание и инициативы

будут взяты на вооружение другими организациями, дальнейшие исследования будут продолжены и расширены в рамках данного проекта.

Заключение

Потери создают в наших душах опустошающие места, наполненные болью и тоской за то, что эти потери не могут быть никогда восстановлены. Этот опыт не что иное, как способ не допускать произошедшего в будущем. Вы проходите путь, страшный и непредвиденный, тошнотворный из за чувство покинутости, страха, потери смысла жизни, глубокой печали, скорби и опустошения от утраты чей-то жизнь, которая могла быть прожита (Из стенограммы с интервьюированным)

Участник опроса, процитированный выше, обращает внимание на тягостные воспоминания последствий врачебных ошибок и значимые потери.

Новые доказательные данные можно найти в современной литературе о том, что отношения пациент врач играют значимую роль в достижении повышения безопасности пациентов (Baker и др., 2004; Bleakley & Bligh, 2008; Ishikawa и соавт., 2005).

Несмотря на вышеизложенное, наличие теоретических знаний не обязательно автоматически трансформируются в знания, которые доступны или применимы на практике. Мы считаем, что всеобъемлющее теоретическое рассмотрение, подтверждающее необходимость эффективной коммуникации должно найти свое отражение в деятельности лиц, отвечающих за процессы планирования в здравоохранении.

O'Brien и O'Brien (2002) утверждали следующее: «Человек в центре планирования находится тогда, когда люди решают слушать внимательно и таким образом, происходит усиление голоса людей, которые подвергались или подвергаются риску быть услышанными» (стр. 8). Считается, что нахождение человека в центре планирования - это одновременно и философия и одновременно набор взаимосвязанных работ, что приводит к одновременному многоуровневому изменению. Это сложный, интерактивный, динамичный, долгосрочный процесс личного, организационного и социального изменения, процесс, который никогда не может быть уменьшен или измерен в его мельчайших деталях (Mount, 2002, цитируется по Holburn & Vietze, 2002, стр. XXI)

Полученные эмпирические данные о необходимости пациентоориентированности требуют от системы здравоохранения быть открытой для интеграции. Другими словами, успешное получение и передача медицинских знаний также зависит от личностных факторов и моральных ценностей организаторов здравоохранения, допущенных принимать стратегические решения

Мы утверждаем, что в дискуссии о пациентоориентированности необходимо включение пациента. Мы считаем, что важно и ценно учитывать не только технологические аспекты безопасности пациентов (системы мониторинга, стандарты обследования и лече-

ния, медицинские технологии), но и родственные им аспекты ориентации на пациента для того, чтобы дать ему приоритет и значение при оказании медицинской помощи. Герменевтика через процесс интерпретации, через общение людей приводит к пониманию общих тем и насущных проблем. Во время такого общения сокращается дистанцирование, цель дискурса заключается в стимулировании разговора, даже если это становится трудно и непросто.

При этом мы относимся уважительно к общению и предлагаем лично-ориентированное взаимодействие, которые может стать преобразующим с возможностью обучения как одного, так и одновременно двух сторон общения. Герменевтика имеет потенциал для раскрытия смысла намерений, который, иногда скрыт в контексте и исследователи могут расширить понимание текста не только в плане его буквального содержания, но и человеческих действий, взаимодействий, поведения, решений и эмоций, которые имеют место: «Данный метод понимания окружающей действительности с одной стороны является обычным, с другой стороны является уникальным по интуиции, используется для сравнений и прогнозов. Но в обоих случаях он остается искусством, потому что он не может быть превращен в механическое применение правил. Необходимость в прогнозах останется всегда.» (Gadamer, 1989, стр. 190)

Через толкование различных точек зрения философская концепция герменевтики создает совершенно новый способ понимания действительности по сравнению с используемым нормативным подходом.

Именно с этой точки зрения понятие пациентоориентированность может быть целостно используема для улучшения безопасности пациентов. Все это потребует достаточно сложной работы и комплексного подхода. Но если все это обеспечить надлежащим образом, то лично-ориентированный подход реально сможет обеспечить привлечение пациентов / потребителей и членов их семей в улучшении обеспечения безопасности пациентов.

Использованная литература

1. Abma, T. A., Nierse, C. J., & Widdershoven, G. A. M. (2009). Patients as partners in responsive research: Methodological notions for collaborations in mixed research teams. *Qualitative Health Research*, 19, 401-415. doi:10.1177/1049732309331869
2. Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., & Cox, J. (2004). The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686. doi:10.1503/cmaj.1040498
3. Bergeson, S. C., & Dean, J. D. (2006). A systems approach to patient-centered care. *Journal of the American Medical Association*, 296(23), 2848-2851. doi:10.1001/jama.296.23.2848
4. Binding, L. L., & Tapp, D. M. (2008). Human understanding in dialogue: Gadamer's recovery of the

genuine. *Nursing Philosophy*, 9(2), 121-130. doi:10.1111/j.1466-769X.2007.00338.x

5. Bleakley, A., & Bligh, J. (2008). Students learning from patients: Let's get real in medical education. *Advances in Health Science Education*, 13(1): 89-107. doi:10.1007/s10459-006-9028-0

6. Consumers Advancing Patient Safety. (2008). The Chicago patient safety workshop proceedings final report. Retrieved from <http://www.patientsafety.org/>

7. Cooper, L. A., Roter, D. L., Johnson, R. L., Ford, D. E., Steinwachs, D. M., & Powe, N. R. (2003). Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Annals of Internal Medicine* 139(11), 907-915. Retrieved from <http://www.annals.org/>

8. Davis, K., Schoenbaum, S. C., & Audet, A. M. (2005). A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10), 953-957. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0178_2.x

9. Entwistle, V. A. (2007). Differing perspectives on patient involvement in patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 16(2), 82-83. doi:10.1136/qshc.2006.020362

10. Gadamer, H. G. (1989). *Truth and method* (2nd ed.). (J. Weinsheimer & D. G. Marshal, Trans.). New York: Continuum. (Original work published 1975)

11. Gadamer, H. G. (1996). *The enigma of health: The art of healing in a scientific age*. (J. Gaiger & N. Walker, Trans.). Stanford, CT: Stanford University Press.

12. Holburn, S., & Vietze, P. M. (Eds.) (2002). *Person-centered planning: Research, practice, and future directions*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

13. Hovey, R. B. (2006). *What does it mean to live with osteoporosis?* (Doctoral dissertation). Retrieved from Proquest Dissertations & Theses (AAT NR25705).

14. Hovey, R. B., Morck, A., Nettleton, S., Robin, S., Bullis, D., Findlay, A., & Massfeller, H. (2010). *Partners*

Через толкование различных точек зрения философская концепция герменевтики создает совершенно новый способ понимания действительности по сравнению с используемым нормативным подходом.

in our care: Patient safety from a patient perspective. *Journal of Quality and Safety in Health Care*, 19, e59. doi:10.1136/qshc.2008.030908

15. Hovey, R. B., & Paul, J. (2007). Healing, the patient narrativestory and the medical practitioner: A relationship to enhance care for the chronically ill patient. *International Journal of Qualitative Methods*, 6(4), 53-65.

16. Institute of Medicine, & Committee on Quality of Health Care in America. (2000). In L. T. Kohn, J. M., Corrigan, & M. S. Donaldson (Eds.), *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: Institute

of Medicine National Academy Press.

17. Ishikawa, H., Hashimoto, H., Roter, D. L., Yamazaki, Y., Takayama, T., & Yano, E. (2005). Patient contribution to the medical dialogue and perceived patient-centeredness: An observational study in Japanese geriatric consultations. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10): 906-910. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0200.x

18. Leape, L. L. (2009). Errors in medicine. *Clinica Chimica Acta*, 404(1), 2-5. doi:10.1016/j.cca.2009.03.020

19. Leder, D. (1990). Clinical interpretation: The hermeneutics of medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 11(1), 9-24. doi:10.1007/BF00489234

20. Leff, H. S., Campbell, J., Gagne, C., & Woocher, L. S. (1997). Evaluating peer providers. In C. T. Mowbray, D. R. Moxley, C. A. Jasper, & L. L. Howell (Eds.), *Consumers as providers in psychiatric rehabilitation* (pp. 488-501). Columbia, MD: IAPSR Press.

21. Levin, D. M. (1989). *The listening self: Personal growth, social change, and the closure of metaphysics*. London: Routledge.

22. Levinas, E., (1996). *Basic philosophical writings* (A. T. Peperzak, S. Critchley, & R. Bernasconi, Trans. & Eds.). Bloomington, IN: Indiana University Press.

23. Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 53-62. doi:10.4065/mcp.2009.0248

24. Lyons, M. (2007). Should patients have a role in patient safety? A safety engineering view. *Quality and Safety in Health Care*, 16(2), 140-142. doi:10.1136/qshc.2006.018861

25. McWilliam, C. (2007). Foundations of continuing education at the cutting edge: Promoting transformative knowledge translation. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27(2), 72-79. doi:10.1002/chp.102Hovey et al. 11

26. Merriam, S. B., Caffarella, R. S., Baumgartner, L. M. (2002). *Learning in adulthood: A comprehensive guide* (3rd ed.). San Francisco: John Wiley and Sons.

27. Mezirow, J. (1991). Transformative dimensions of

adult learning. San Francisco: Jossey-Bass.

28. Monrouxe, L. V., Rees, C. E., & Bradley, P. (2009). The construction of patients' involvement in hospital bedside teaching encounters. *Qualitative Health Research*, 19, 918-930. doi:10.1177/1049732309338583

29. Moules, N. J. (2009). Therapeutic letters in nursing: Examining the character and influence of the written word in clinical work with families experiencing illness. *Journal of Family Nursing*, 15(1), 31-49. doi:10.1177/1074840709331639

30. O'Brien, J., & O'Brien, L. (2002). *A little book about personcentered planning*. Toronto, Canada: Inclusion Press.

31. Schwappach, D. L. B. (2010). Engaging patients as vigilant partners in safety. *Medical Care Research and Review*, 67(2), 119-148. doi:10.1177/1077558709342254

32. Sepucha, K. R., Fowler, F. J., & Mulley, A. G. (2004). Policy support for patient-centered care: The need for measurable improvements in decision quality. *Health Affairs*, 23(Suppl. Web Exclusives), 54-62. doi:10.1377/hlthaff.var.54

33. Soanes, C. (Ed.). (2000). *Oxford dictionary of current English* (3rd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.

34. Speraw, S. (2009). "Talk to me—I'm human": The story of a girl, her personhood, and the failures of health care. *Qualitative Health Research*, 19, 732-743. doi:10.1177/104973209334517

35. Street, R. L., O'Malley, K. J. O., Cooper, L. A., & Haidet, P. (2008). Understanding concordance in patient-physician relationships: Personal and ethnic dimensions of shared identity. *Annals of Family Medicine*, 6(3), 198-205. doi:10.1370/afm.821

36. Vincent, C. A., & Coulter, A. (2002). Patient safety: What about the patient? *Quality and Safety in Health Care*, 11(1), 76-80. doi:10.1136/qhc.11.1.76

37. Woloschuk, W., Harasym, P. H., & Temple, W. (2004). Attitude change during medical school: A cohort study. *Medical Education*, 38(5), 522-534. doi:10.1046/j.1365-2929.2004.01820.x

А знаете ли Вы, что...

... проект Федерального Закона «О внесении изменений в части первую, вторую, третью и четвертую Гражданского кодекса Российской Федерации, а также в отдельные законодательные акты Российской Федерации» внесен в Государственную Думу. Вносимые поправки вызваны тем, что с принятия первой части Гражданского кодекса прошло полтора десятилетия. С тех пор жизнь далеко шагнула вперед, законы от нее чуть-чуть отстали.

А знаете ли Вы, что...

... поправки в Гражданский кодекс предусматривают обязательное участие нотариусов в оформлении сделки с недвижимым имуществом и в передаче нотариусами документов в регистрирующий орган.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО НАДЗОРА КАК УСЛОВИЕ РАЗВИТИЯ САМОРЕГУЛИРОВАНИЯ ПО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОМУ ТИПУ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В статье показана роль саморегулирования в сфере оказания медицинских услуг для решения проблем предпринимателей, возникающих при проведении государственного надзора и контроля

Ключевые слова: лицензирование медицинской деятельности, лицензионные требования и условия, государственный контроль и надзор, саморегулирование

Доклад на I Конгрессе частных медицинских организаций

Гарантом конституционного права граждан России на охрану здоровья и медицинскую помощь выступает государство. Для обеспечения этих прав государство выполняет ряд функций, одной из которых является проведение государственного контроля и надзора за деятельностью организаций, оказывающих медицинские услуги.

Проблемы, возникающие при этом у исполнителей медицинских услуг, обусловлены несколькими причинами. Это, в частности:

1. Несовершенство законодательной и нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения.
2. Неэффективная процедура лицензирования медицинской деятельности и лицензионного контроля.
3. Слабая юридическая подготовка и знание своих прав и обязанностей как со стороны проверяемых, так и со стороны проверяющих.

В настоящее время законодательные и нормативно-правовые акты в здравоохранении разрабатываются без учёта реальной деятельности частной системы здравоохранения в России.

Требования, предъявляемые к государственным учреждениям, состоящим на бюджетном финансировании, автоматически переносятся на предпринимателей, что зачастую приводит не просто к лишней бумажной и никому не нужной работе, дополнительной и неоправданной трате финансовых средств собствен-

ника, а иногда и просто к невозможности выполнения предъявляемых требований. Как следствие такого положения – протокол об административном нарушении и вновь финансовые траты предпринимателей уже на оплату штрафа.

Типичным примером избыточности требований нормативно-правовых документов в частной медицине является требование о наличии различных комиссий в частных организациях при оказании медицинских услуг наравне с государственными учреждениями. Возникает законный вопрос, каким образом индивидуальному предпринимателю выполнить все требования по созданию комиссий в том случае, если он работает один? И проблема даже не в том, что самому себе нужно разрешать, перед собой отчитываться, что уже противоречит здравому смыслу, но ведь при этом всё должно быть задокументировано на случай проверки, и на всё это тратится время, силы и деньги.

Например, приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 сентября 2008 г. N 513н «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации» предусмотрено создание врачебной комиссии создается в медицинской организации независимо от ее организационно-правовой формы. И если до 1 января 2012 года можно было данный приказ не применять в индивидуальным предпринимателям, то с введением в действие Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» индивидуальные предприниматели приравни-

ваются к медицинским организациям (п.11, ст. 2).

Сложно представить, каким образом индивидуальный предприниматель будет проводить оценку качества и эффективности собственных лечебно-диагностических мероприятий и каким образом будет выполнять требования о предоставлении самому себе письменных отчетов по итогам работы за квартал и текущий год. А ведь проверяющие требуют и наличия еженедельных протоколов врачебной комиссии.

Другую сторону нормативно-правового регулирования представляет приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 февраля 2007 г. N 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания», запрещающий выписывать рецепты на наркотические средства и психотропные вещества списков II и III частнопрактикующим врачам, но предоставляющий право назначения наркотических средств и психотропных веществ в особых случаях (проживание в сельской местности, где находится только участковая больница и/или родильный дом, не имеющие врача) по решению органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации самостоятельно работающим фельдшеру или акушерке.

Тем самым государство ставит частнопрактикующих врачей на уровень ниже фельдшера и акушерки.

Отдельной проблемой для частной медицины стали нормативные документы, определяющие порядок оказания медицинской помощи. Устанавливаемый для государственных учреждений порядок, в большинстве случаев неприменим к частной медицине. И если в случае с проектом порядка оказания медицинской помощи по косметологии Национальный союз региональных объединений частной системы здравоохранения своими активными действиями смог предотвратить введение этого порядка, способного обрушить рынок косметологических услуг в России, то в отношении остальных удалось пока добиться только того, что вновь выпускаемые проекты порядков содержат фразу – «Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала не распространяются на организации частной системы здравоохранения».

Другой проблемой в отличие от избыточности нормативно-правовой базы служит её полное отсутствие, как это было до недавнего времени в случае контроля качества медицинской помощи, которые осуществляли органы надзора в регионах. Мало того, что в отсутствие документов, регламентирующих данный вид контроля, в регионах вообще проводили проверки в соответствии с фантазиями местных чиновников, при этом повсеместно нарушалось требование законодательства о сохранении врачебной тайны. Проверяющие, не имея права доступа к амбулаторным картам, повсеместно только их и проверяли.

С вступлением в действие закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» этот вид контроля заменен на контроль качества и безопас-

ности медицинской деятельности». Прошло уже два месяца, но и по этому виду контроля нет нормативно-правовых документов, и мало того, что неизвестно, какой орган власти проводит государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, но также никому не известно, каким образом проводить данные мероприятия по контролю.

В субъектах Федерации до настоящего времени не установлены даже уполномоченные органы, осуществляющие государственный контроль в сфере охраны здоровья. Но, тем не менее, местные департаменты и министерства, несмотря на изменение законодательства и отсутствие полномочий, продолжают проводить проверки качества оказания медицинской помощи по жалобам граждан в частных медицинских организациях, хотя прав на это у них в настоящее время нет.

В настоящее время разработка министерством нормативно-правовой базы деятельности в здравоохранении не успевает за изменениями в законодательстве.

Чтобы устранить существующие перекосы в законодательстве и нормативно-правовой базе необходимо провести ревизию всех приказов Минздравсоцразвития на предмет соответствия предъявляемых в них требований требованиям безопасности пациентов, а не требованиям хозяйственной деятельности медицинских организаций, с целью устранения административных барьеров при осуществлении медицинской деятельности.

Сделать это предстоит объединениям предпринимателей и саморегулируемым организациям по предпринимательскому типу в здравоохранении, которые непосредственно заинтересованы в создании цивилизованного рынка медицинских услуг и создания благоприятных условий деятельности на этом рынке при обеспечении качества и безопасности оказываемых услуг.

Для этого необходимо использовать все методы работы. Это и обращение в прокуратуру с просьбой внести протест на противоречащие закону нормативные акты, на основании которых проводятся проверки. Это и работа в общественных советах, создаваемых при министерствах, департаментах и ведомствах. Это и участие в проведении анализа проектов нормативных документов на коррупциогенность.

Одним из самых существенных административных барьеров в медицинской деятельности на сегодня является процедура лицензирования и проведение лицензионного контроля.

Лицензирование медицинской деятельности проводится государством в целях предотвращения ущерба правам, законным интересам, жизни или здоровью граждан, возможность нанесения которого связана с осуществлением юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями этой деятельности.

Однако за 20 лет своего существования система лицензирования медицинской деятельности в России полностью себя дискредитировала.

По данным проверок, проведённых Федеральной антимонопольной службой, в 2008-2010 годах лицензии на медицинскую деятельность в 54% случаев выдавались с нарушением законодательства. При этом нарушалось право лицензиатов на простое переоформление лицензии без сбора документов при продлении срока действия лицензии, при осуществлении деятельности на новом месте и при расширении перечня работ и услуг.

За указанный период только 16% лицензиатов, имевших законное право на переоформление лицензии, смогли воспользоваться своим правом. В остальных случаях лицензирующие органы даже не информировали лицензиатов об их праве на упрощённую процедуру переоформления лицензии в течение 10 дней, заставляя собирать пакет документов и ожидать 45 дней получение новой лицензии

Неэффективность лицензирования обусловлена тем, что государство на практике лицензирует только хозяйственную деятельность медицинских организаций, не затрагивая непосредственно медицинскую деятельность практикующих врачей.

Органы лицензирования больше проверяют предполагаемую деятельность при выдаче лицензии, чем в последующем реальную медицинскую деятельность медицинской организации. В Москве в плановом порядке проверяют только 2% лицензиатов. При этом проверяется только хозяйственная деятельность предпринимателя, а не процесс оказания медицинской помощи. Возникает закономерный вопрос – в пользу кого проводятся такие проверки? Ведь если целью лицензирования медицинской деятельности является предотвращение нанесения вреда, ущерба здоровью пациентов, то и проверяться должна деятельность, способная нанести этот вред, а это деятельность практикующих врачей.

Актуальной на сегодняшний день является проблема ответственности перед пациентом за результаты оказания медицинской помощи. Непосредственный исполнитель – лечащий врач – несёт ответственность перед пациентом только в случае причинения вреда здоровью пациента. В случае оказания медицинской помощи ненадлежащего качества ответственность перед пациентом несёт главный врач организации, который пациента не видел, помощи ему не оказывал, но, тем не менее, несёт ответственность в принципе за чужую работу, за чужое мышление.

Главный врач просто физически не может знать, каким образом проходит лечение каждого, обратившегося в медицинскую организацию пациента, каким образом каждый из подчинённых врачей ставит клинический диагноз, назначает лечение и следит за его эффективностью.

Не чувствуя ответственности перед пациентом за результаты лечения, врачи не затрудняют себя и вопросами повышения квалификации, расширения спектра технологий эффективного лечения.

В то время, как главный врач, будучи администра-

тором по должности должен нести ответственность за организацию лечебного процесса, за обеспечение условий деятельности лечащего врача, врач должен в полном объёме нести ответственность перед пациентом за проводимое лечение.

Проверке должны подлежать не объёмы помощи, не соблюдение стандартов, а безопасность медицинской помощи, которая в первую очередь зависит от квалификации врачей, а не от законности владения помещениями и оборудованием. Однако квалификация зависит не от объема полученных знаний, а от способности к клиническому мышлению, способности предвидеть последствия оказания медицинской помощи и предотвращать в процессе оказания медицинской помощи нежелательные побочные явления и осложнения. Оценку данных качеств могут проводить только профессионалы от медицины, но ни в коем случае не чиновники государственного органа разрешительной системы. Следовательно, если следовать логике безопасности медицинской помощи, то лицензированию должна подлежать профессиональная деятельность врачей, которая должна проводиться по рекомендации профессионального сообщества.

Лицензирование врачей мотивирует их к повышению профессиональных знаний, необходимых для получения рекомендации профессионального сообщества.

В сложившейся ситуации неэффективности лицензирования хозяйственной деятельности медицинских организаций необходимо осуществить переход к лицензированию медицинской деятельности врачей, что не только поставит процедуру лицензирования в цивилизованное русло, но и устраним административные барьеры при осуществлении медицинской деятельности. Это полностью согласуется с проводимой работой профессиональных медицинских сообществ

В сложившейся ситуации неэффективности лицензирования хозяйственной деятельности медицинских организаций необходимо осуществить переход к лицензированию медицинской деятельности врачей.

по становлению врача в России как субъекта права, способного нести гражданскую ответственность перед пациентом за свою деятельность.

Понятно, что изменить систему лицензирования медицинской деятельности сегодня достаточно сложно, поэтому на первом этапе можно пойти по пути прибалтийских стран и проводить лицензирование одновременно как медицинских организаций, так и врачей.

При такой организации процесса лицензирования хозяйствующий субъект уже не будет отвечать своей лицензией за профессиональную деятельность врача,

и в случае приостановки деятельности лицензии у конкретного врача, медицинская организация сможет принять на работу другого специалиста без ущерба своей деятельности.

Несмотря на существующий процесс лицензирования медицинской деятельности, направленный на недопущение к медицинской деятельности недобросовестных участников, количество жалоб на деятельность лицензиатов неуклонно растёт. При этом, если жалобы на работу частных медицинских организаций от общего количества жалоб составляет 7%, то в пересчёте на общее количество частных медицинских организаций это составляет всего 0,8%. В то же время количество жалоб на деятельность государственных и муниципальных учреждений в 2010 году выросло в 2,2 раза – с 16% до 36%. То есть на деятельность каждой третьей больницы или поликлиники в органы лицензирования в 2010 году поступила жалоба.

Проверки по жалобам пациентов в 2008-2010 годах проводились только в половине случаев, при этом деятельность частных организаций проверялась в 2 раза чаще, так же как и чаще принимались меры административного наказания по итогам проверок.

У нас почти нормой стало, что по жалобе пациента чиновники проверяют не факты, изложенные в жалобе, а всю деятельность организации с целью найти хоть что-то отрицательное, за что можно выписать протокол об административном наказании. Ведь если организацию не накажут, то пациент будет писать в другие инстанции, пока не добьётся поставленной цели. Зачастую именно цели, а не правды. Ведь чаще всего целью потребительского экстремизма является возврат затраченных денег.

В данной ситуации нагрузку с органов власти по разбору жалоб пациентов должны взять на себя саморегулируемые организации по предпринимательскому типу, которые вполне в состоянии самостоятельно заниматься разбором жалоб пациентов на деятельность своих членов. Для этого в СРО кроме контрольной комиссии имеется и третейский суд, который может в случае доказанной вины обязать организацию выплатить финансовые средства пациенту.

Для этого необходимо будет подписать соглашение с органами власти, по которому жалобы пациентов будут направляться в исполнительный орган СРО, который в первую очередь заинтересован, как и все члены СРО, в сохранении положительного имиджа организации. Поэтому у саморегулируемой организации, в отличие от органов власти, имеется прямой интерес в объективном подходе к разбирательству жалоб пациентов.

Излишние требования к предпринимателям, предъявляемые как в ходе лицензирования, так и в ходе проверок, проводимых органами надзора, зачастую обусловлены не чрезмерными требованиями законодательства, а тем фактом, что чиновники имеют слабую юридическую подготовку и нередко сами не знают требований как законов, так и подзаконных норматив-

ных актов, регламентирующих осуществление медицинской деятельности. Задача предпринимателей в этом случае состоит в том, чтобы аргументировано объяснить проверяющим неправомерность предъявляемых требований. Но для этого нужно самим быть юридически грамотными.

Как пример можно привести распространённое заблуждение о якобы безлицензионной деятельности, повсеместно осуществляемой частными медицинскими организациями. Имеется масса постановлений арбитражных судов о привлечении предпринимателей к административной ответственности за безлицензионную деятельность. И никто, выступая ответчиком в суде, внятно не объяснил уважаемому суду, что на самом деле лицензия на медицинскую деятельность у организации имеется, иначе лицензионные органы не пришли бы с проверкой лицензионных требований и условий, а речь в данном случае идёт только о том, что в приложении к имеющейся лицензии нет требуемых работ и услуг. При наличии лицензии на медицинскую деятельность предприниматель не может привлекаться к ответственности за безлицензионную деятельность. А такого нарушения, как отсутствие в приложении к лицензии необходимых работ и услуг в кодексе об административных правонарушениях нет, следовательно, не может быть и административного наказания.

Мы собственными деньгами оплачиваем свою юридическую безграмотность вместо того, чтобы платить за своё юридическое образование.

Поэтому одним из направлений деятельности создаваемых саморегулируемых организаций должно стать повышение юридической грамотности предпринимателей. Правовая грамотность не только сохраняет финансовые средства организации, но и создаёт положительный имидж организации на рынке медицинских услуг.

Говоря о государственном контроле и надзоре нельзя обойти экономическую составляющую этих мероприятий.

Никто не считал потери экономики в результате проводимого государственного контроля и надзора, тем более никто не считал потери предпринимателей при этом. Индивидуальный предприниматель вообще прекращает деятельность на время проверки, несёт убытки, которые государство естественно не возмещает.

Потери экономики складываются из двух частей: прямые затраты на уплату штрафов и «отступных» и непроизводительные затраты времени. Здесь существует прямая зависимость. Чем больше контроль, тем больше потери экономики в стране. Пациент в итоге получает увеличение стоимости медицинских услуг, потому что предприниматель должен возместить понесённые расходы.

Выходом из такой ситуации может быть переход от проведения выездных проверок к проверкам документарным и мониторингу медицинской деятельности по данным отчётов, предоставляемых лицензиатами

органам надзора. Тем более, что Закон о лицензировании не ставит выездные проверки в обязательное условие осуществления лицензионного контроля. Исключение контактов лицензиатов с представителями органов надзора позволит кроме того снизить и коррупционную составляющую государственного контроля и надзора.

Как показывает мировая практика, какой бы совершенной не была государственная сеть лечебно-профилактических учреждений, все равно будет существовать спрос на медицинские услуги, предоставляемые коммерческими структурами. И грамотная организация контрольно-надзорных мероприятий позволит не только обеспечить безопасность при оказании медицинской помощи, но и дать толчок развитию цивилизованного рынка медицинских услуг.

«Необходимо изменить всю идеологию государственного контроля за деятельностью бизнеса, резко ограничив эти функции. Новая стратегия должна основываться на «презумпции добросовестности» бизнеса - исходить из того, что создание условий для деятельности добросовестных предпринимателей важнее возможных рисков, связанных с недобросовестным поведением».

Выводы:

1. Государственный надзор в здравоохранении – один из инструментов социальной политики, задачей которого является регулирование доступа в экономический оборот добросовестных производителей безопасных медицинских услуг. Государство при этом должно выступать на стороне пациентов, а не подведомственных медицинских организаций.

2. Система лицензирования медицинской деятельности в настоящее время не выполняет своей основной функции - предотвращение ущерба правам, законным интересам, жизни или здоровью граждан. Растущее с каждым годом количество жалоб пациентов на медицинские услуги ненадлежащего качества показывает неэффективность сложившейся процедуры лицензирования хозяйственной деятельности медицинских организаций.

3. Выполняя функцию лицензирования медицинской деятельности, органы лицензирования должны нести ответственность за безопасность оказываемых лицензиатами медицинских услуг перед пациентами, а не перед вышестоящим органом управления. При этом лицензионный контроль должен носить профилактическую, а не карательную направленность. В случае судебного иска к лицензиату со стороны пациентов на оказание медицинских услуг ненадлежащего качества орган лицензирования должен вместе с лицензиатом нести солидарную ответственность и выступать соответчиком при рассмотрении дела в судебных органах.

4. Отсутствие должного эффекта от лицензирования медицинской деятельности обусловлено направленностью лицензирования на хозяйственную деятельность медицинских организаций. Учитывая, что медицинская деятельность – это в первую очередь профес-

сиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, а носителем профессии в здравоохранении является врач, необходимо от лицензирования медицинских организаций осуществить переход к лицензированию врачей.

5. Для перехода к лицензированию врачей необходимо законодательно установить статус врача как субъекта гражданского оборота, создав тем самым действенный механизм правовой ответственности врача за результаты своей деятельности. При этом солидарную ответственность с врачом должно нести профессиональное медицинское сообщество, членом которого он обязан быть. Тем самым будет разделена ответственность перед пациентом между медицинской организацией и врачом, как непосредственным исполнителем медицинской деятельности. В этом случае лицензионный контроль должен будет осуществляться не за хозяйственной деятельностью медицинской организации, а непосредственно за медицинской деятельностью врача.

6. При этом хозяйственная деятельность медицинских организаций по обеспечению условий для работы врача при оказании медицинских услуг пациентам должна подлежать аккредитации вместо лицензирования. Критерии аккредитации медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования должны устанавливать страховые организации, являющиеся плательщиками в пользу застрахованного гражданина, а в частной системе здравоохранения – независимые организации по аккредитации. Учредителем независимых организаций по аккредитации могут быть саморегулируемые организации по предпринимательскому типу в здравоохранении.

7. С развитием саморегулирования по предпринимательскому типу в здравоохранении, законодательно установленный государственный контроль за качеством и безопасностью медицинской деятельности, должен быть делегирован саморегулируемым организациям, так как устанавливаемые при саморегулировании стандарты предпринимательской деятельности в полной мере обеспечивают оказание медицинских услуг надлежащего качества.

Использованные источники:

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 сентября 2008 г. N 513н «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 февраля 2007 г. N 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».

Д.А. Шепелева, А.В. Тихомиров

ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА

Недостаток качества и безопасности медицинской составляющей
медицинского туризма должен стать квинтэссенцией
соответствующих стандартов

Ключевые слова: медицинский туризм, медицинская услуга, недостаток
потребительского предоставления

Проблемы правового обеспечения медицинского туризма в целом создают несколько обстоятельств. Прежде всего, это отсутствие единой устоявшейся терминологии. Далее, это отсутствие единой, особенно международной, системы правового регулирования выездного получения и въездного оказания медицинской помощи и различия национальных правовых режимов и практики организации медицинского обслуживания. Наконец, это отсутствие единых подходов к содержанию и оформлению отношений в сфере осуществления медико-туристской деятельности.

Не претендуя на абсолют, мы исходим из того, что видовые понятия оздоровительного и лечебного туризма объединяются в рамках родового понятия медицинского туризма. Это удобно для того, чтобы отделить одно от другого в соответствии с неодинаковыми правовыми последствиями. Одно дело – отдых и попутное общее оздоровление, хотя бы и со специфической хронических заболеваний, другое – острая, хотя бы и не ургентная, необходимость в лечении конкретного, прогрессирующего и угрожающего заболевания. Это первый бином.

В медицинском, и прежде всего в лечебном, туризме существует двойственность. Что в нем – от туризма, а что – от медицины? Если говорить о лечебном туризме, то в нем, по общему правилу, от туризма – договор перевозки туда и обратно. Если речь о размещении, то – сопровождающих лиц, а если о самом пациенте, то – только в случае амбулаторного лечения, *out-patient*. Потому что если предполагается стационарное лечение, *in-patient*, то, понятно, оно включает и размещение. От медицины в нем – все, что касается медицинской помощи. Очевидно, правовые последствия перевозки (и даже размещения) и медицинской помощи – разные. Это второй бином.

Однако и при получении медицинской помощи нет однородности правовых последствий. Что при оказании медицинских услуг при лечебном туризме от

медицины, а что – от консюмеризма? Оказание собственно медицинской помощи – это одно, а размещение, потребительское обслуживание и обеспечение комфорта при ее оказании – другое.

Медицинская помощь оказывается в товарной оболочке медицинской услуги, предоставление которой подчиняется правилам законодательства о защите прав потребителей, но объектом этой услуги является здоровье, т.е. благо, принадлежащее индивиду и непередаваемое никому более. При этом медицинское воздействие на здоровье юридическими правилами не регулируется – нельзя переливать несовместимую кровь, накладывать шину при переломе через один сустав и пр. не потому, что это запрещено законом. В отличие от своей товарной формы, медицинская помощь подчиняется не нормам права, а правилам медицины, причем писанным и не писанным. Это третий бином.

Как и все товары, медицинская услуга характеризуется двумя основными свойствами: качеством и безопасностью. Это четвертый бином.

Качество корреспондирует цене. Это категория потребительских предпочтений – соответствие предъявляемым потребителем или обязательным требованиям и пригодность предоставления для потребительских целей. За качество предоставления потребитель голосует деньгами.

Безопасность же медицинских услуг – это отсутствие угроз и опасностей для здоровья в процессе их оказания: состояние защищенности жизненно важных интересов личности; возможность предотвращения возникновения и развития вреда, а также воздействия на пациента опасных факторов медицинской деятельности.

Российское законодательство отдельно предусматривает также категорию недостатка, относимую к самому предоставлению. Но очевидно, что это – издержки законодательства, а не права, и недостаток

Субъектно-объектная структура договора об оказании медицинской услуги

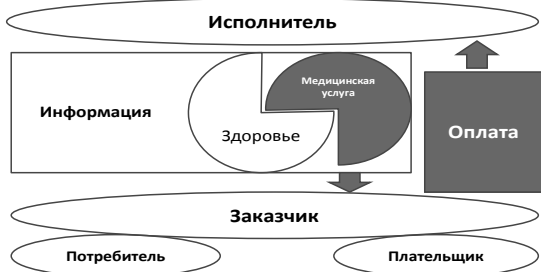


Рисунок 1.

– это характеристика не услуги, а ее качества и безопасности.

Налицо и возможное расхождение ожидаемого и достигнутого итога. Это пятый бином.

И, прежде всего, это – следствие асимметрии информации в отношении оказания медицинской помощи. Пациент не может владеть всей полнотой информации, как лечащий его врач. Но пациент – обладатель права на собственное здоровье. И любого рода утраты и приобретения для здоровья при медицинском вмешательстве должны охватываться его волей. А осознанно изъять волю он в состоянии лишь тогда, когда имеет доступную, достоверную и достаточную для принятия решения информацию. Но пациент может добросовестно или недобросовестно заблуждаться и при наличии необходимой информации.

Возможное расхождение ожидаемого и достигнутого итога медицинской услуги – это также следствие отсутствия у нее результата. Врач берется лечить пациента, но не обязуется его излечить. Медицина – это искусство возможного, и способна достигнуть лишь того, что ей доступно. А пациент и при этом может добросовестно или недобросовестно заблуждаться.

Наконец, возможное расхождение ожидаемого и достигнутого итога медицинской услуги может быть следствием ее неосвязаемости, нематериализованности. В характеристиках услуги нельзя убедиться до ее оказания. А производится услуга одновременно с ее потреблением. Соответственно, после получения услуги остаются сомнения, что это было то, что надо. А медицинская услуга еще и неизбежно связана с возможными явлениями послеоперационной травмы, осложнениями и т.д. Пациенту сложно понять, где благо, а где вред, если что-то беспокоит, где-то болит и тянет после того, как лечение получено.

При оказании медицинских услуг объектом и договорных, и внедоговорных обязательств является здоровье. При оказании любых других услуг объект договорных обязательств может быть каким угодно иным, и лишь внедоговорные обязательства возникают вследствие причинения вреда здоровью.

По поводу целенаправленного воздействия на здоровье складываются отношения оказания/получения медицинских услуг, осуществляемых лишь после того, как изъяснена воля правообладателя-пациента. Воле-

При оказании медицинской помощи:

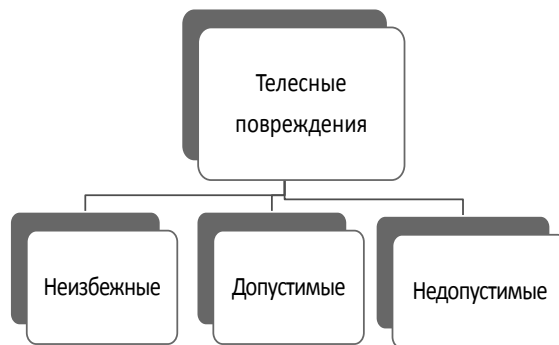


Рисунок 2.

изъявление при этом менее всего – из-за асимметрии информации – охватывает существо медицинской помощи. Действительно, пациенту не разобраться в массиве медицинской информации. А вот чем он поступает в части здоровья и что приобретает от медицинской помощи взамен, это ему важно. Это – помимо отношений потребительского обслуживания.

Отношения по поводу здоровья в связи с оказанием медицинских услуг оформляются соответствующими сделками.

В части обязательств встречных предоставлений услуги и ее оплаты, отношения сторон оформляются договором о возмездном оказании медицинских услуг. Если пациент как получатель медицинских услуг не совпадает в одном лице с плательщиком за них, то эти отношения оформляются как договор в пользу третьего лица.

В части воздействия на здоровье как принадлежащее пациенту в качестве правообладателя благо его волеизъявление оформляется односторонней сделкой – добровольным информированным согласием (рис.1).

В силу единства здоровья как объекта равно договорных и внедоговорных обязательств договор об оказании медицинских услуг является уникальным в том, что именно в договорных отношениях по поводу здоровья порождаются деликтные обязательства, обязательства из причинения вреда здоровью.

Вредообразование порождается соответствующим посягательством. Применительно к медицинской деятельности несущее благо и вред действие не очевидно. Для этого необходимо отличать действия, вынужденно причиняющие неизбежные телесные повреждения (например, операционный доступ или ампутацию органа), от действий, представляющих собой недопустимое отклонение от профессиональных технологий. Промежуточное положение занимают действия при проявлении возможных, прогнозируемых, предсказуемых осложнений. Если в случае наступления таких осложнений предпринимаются адекватные действия, как и в первом случае, они посягательством не являются. Если такие действия не предпринимаются или

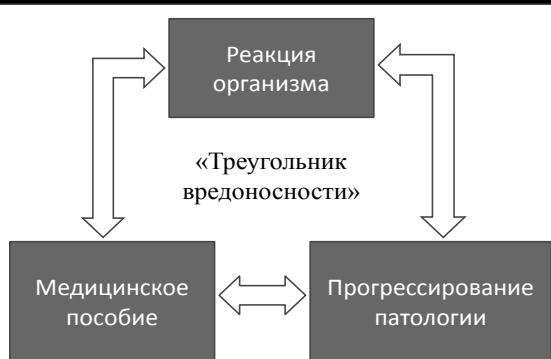


Рисунок 3.

предпринимаются не те, которые необходимы, как и во втором случае, они являют собой посягательство. Посягательством является также действие вышедшего из-под контроля источника повышенной опасности – аппаратуры, применяемой в медицинской деятельности (рис.2).

Однако далеко не всегда вред здоровью пациента в случае его наступления обусловлен действиями врача или других медиков. В «треугольнике вредоносности» оставшиеся углы занимают тяжесть прогрессирования патологии и реактивность организма пациента. Например, смерть при наркозе порой не зависит от предусмотрительности врача. Не следует забывать, что медицина – искусство познанного (рис.3).

Таким образом, медицинская составляющая услуг медицинского туризма таит немало проблем. Усугубляет их негармонизированность национальных законодательств и отсутствие единого международного законодательства в этой части.

Преодолеть эти проблемы в значительной мере позволяет формирование единой договорной политики в медицинском туризме.

Во-первых, необходима параметрика предоставления. Она достигается определенностью, измеримостью и доступностью оценке как самого предоставления, так и его ключевых характеристик, т.е. качества и безопасности. Тогда на основе понятных критериев станет ясно, где заканчиваются договорные и начинаются внедоговорные обязательства; где заканчивается



Рисунок 4.

обслуживание и начинается медицина.

Во-вторых, необходима дифференцированная конкретизация и формализация категории недостатка – равно качества и безопасности предоставления. Тогда сформируется ясность, что считать посягательством как ненадлежащее исполнение договорных обязательств и как возникновение внедоговорных обязательств вследствие причинения вреда здоровью.

В-третьих, необходима такая практика агентирования в медицинском туризме, которая, будучи основана на юридических (договорных) началах, позволяет сформировать во всей полноте и донести до клиента-пациента систему защиты его интересов на случай как недостатков качества, так и недостатков безопасности – мерами ли страхования, судебного разбирательства или возмещения государством.

Договор и добровольное информированное согласие – это эффективные инструменты медицинского туризма. Их неотъемлемой частью следует сделать договорные стандарты качества и безопасности, предмет которых сфокусировать на недостатке предоставления. Недостаток качества и безопасности медицинской составляющей медицинского туризма должен стать квинтэссенцией таких стандартов.

Тогда пациент уже в месте отправления получит своего рода «дорожную карту» того, на что идет и на что может рассчитывать в месте назначения со всеми необходимыми деталями, в том числе на случай всевозможных отклонений (рис.4).

А знаете ли Вы, что...

... после вступления поправок в Гражданский кодекс закрытые и открытые акционерные общества и общества с дополнительной ответственностью прекратят свою деятельность в России, вместо них появятся публичные и непубличные юридические лица.

А знаете ли Вы, что...

... после вступления поправок в Гражданский кодекс для государственной регистрации юридических лиц их учредители будут вправе использовать типовые уставы, формы которых утверждаются уполномоченным государственным органом в порядке, установленном законом о государственной регистрации юридических лиц, что позволит ускорить процедуру регистрации юридических лиц.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТИПИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРАВ БОЛЬНЫХ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

Освещены типичные ситуации, в которых отмечаются регулярные нарушения гражданских прав больных, пострадавших от профессиональных заболеваний и несчастных случаев на производстве. Указанные явления возможны на этапе составления актов о случае профессионального заболевания, затем в ходе определения органами медико-социальной экспертизы степени утраты больными профессиональной трудоспособности, при назначении и индексации страховых выплат. Одной из причин ряда нарушений является несовершенство действующей нормативной базы. В то же время многие негативные проявления вызваны несоответствием практики работы многих государственных учреждений Российской Федерации критериям правого государства

Ключевые слова: профессиональные заболевания, медико-социальная экспертиза, права больных, социальное страхование

В настоящее время в Российской Федерации права больных, пострадавших от профессиональных заболеваний (ПЗ) и несчастных случаев на производстве, детально регламентированы федеральным законодательством. Механизм осуществления законодательных гарантий для указанного контингента больных одинаков за исключением механизма составления акта, документирующего вину работодателя. Реализация прав пострадавших от неблагоприятных условий труда на производстве обеспечивается деятельностью целого ряда государственных организаций: Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ), Фондом социального страхования (ФСС) РФ. Однако, в прак-

тической работе, как врачи, так и юристы сталкиваются с регулярными и нередко грубыми нарушениями гарантированных законодательством гражданских прав пострадавших на производстве больных. Данная статья ставит цель охарактеризовать наиболее типичные подобные нарушения и наметить пути их устранения. Изложенные сведения могут быть полезны врачам различных специальностей (как клинического, так и гигиенического профиля), работодателям, руководителям государственных организаций, участвующих в процессе реабилитации больных, пострадавших от ПЗ и несчастных случаев на производстве.

С точки зрения большинства больных установление диагноза ПЗ автоматически гарантирует им последующую реализацию всех предусмотренных Федеральным

Законом № 125 от 24.07.1998 «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее ФЗ №125) прав, как, например, получение единовременных и ежемесячных страховых выплат, оплату медикаментозного лечения, обеспечение санаторно-курортным лечением. Однако, согласно действующему законодательству (Постановление Правительства РФ от 15 декабря 2000 г. N 967 «Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний») правоустанавливающим документом в данном случае является не заключение специализированного

Потенциально опасна для заболевшего и ситуация, когда работодатель отказывается признать свою вину в развитии ПЗ.

медицинского учреждения (профцентра) о профессиональном характере заболевания, а акт о случае ПЗ.

Этот акт составляется комиссией из представителей работодателя и Роспотребнадзора. Причем, комиссия создается не по инициативе Роспотребнадзора, а приказом работодателя, который должен быть издан в течение 10 дней после получения извещения об установлении заключительного диагноза ПЗ. В реальной практике работодатель может практически безнаказанно многократно затягивать этот срок. Практически в 100% случаев извещения об установлении диагноза ПЗ профцентры рассылают обычными (не заказными) письмами. В их штате нет курьеров для регулярного хождения на почту с кипой заказных писем. Получив не зафиксированную почтой корреспонденцию, администрация предприятия может без лишней огласки её уничтожить и далее утверждать, что никаких сведений об установлении работнику диагноза ПЗ к ней не поступало.

Чтобы сдвинуть дело с «мертвой точки», профцентру после жалоб больных приходится высылать дубликат извещения заказным письмом с уведомлением о вручении или передавать дубликат извещения факсом так, чтобы был получен протокол о его успешной передаче. Далее документальные подтверждения получения работодателем извещения передаются вместе с заявлением больного в прокуратуру или суд. И лишь после получения предписания прокурора или решения суда иные работодатели издают приказ об образовании комиссии по расследованию ПЗ. Меры административного наказания работодателей за такого рода недобросовестное поведение действующим законодательством в явном виде не предусмотрены.

Следующий очень неудобный для больного с ПЗ

недостаток действующего законодательства состоит в том, что нигде явно не прописаны сроки, в течение которых должен быть завершена работа комиссии по расследованию случая ПЗ. В итоге, сколько бы месяцев ни тянулась как бы идущая работа комиссии, предъявить к ней формально обоснованные претензии о затягивании сроков составления акта о случае ПЗ практически невозможно.

Встречаются и случаи составления акта о случае ПЗ не у того работодателя, который виновен в его развитии. Например, ПЗ развилось в период работы пострадавшего на одном предприятии, а диагноз ПЗ установлен в период его последующей работы на другом предприятии, где нет вредных производственных факторов, вызвавших данное ПЗ. В такой ситуации периодически расследование ПЗ проводится работодателем, у которого пострадавший больной работает в настоящее время. В этом случае возникает юридическая коллизия, поскольку акт хотя формально и подписан работодателем, однако, по существу дела не является документом, устанавливающим профессиональный характер заболевания, возникшего у работника на данном производстве. Между тем, именно такую функцию должен выполнять этот документ в силу п.30 «Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний». Данная ситуация чревата для больного тем, что ФСС назначит страховые выплаты из заработка по последнему месту работы, где не имелось производственных вредностей, а следовательно, и заработная плата была поэтому значительно ниже, чем на вредном производстве.

Другим проявлением нарушений прав больного является «келейная» деятельность комиссии, к участию в которой не допускается пострадавший или его доверенный представитель. В такой ситуации весьма легко по инициативе обиженного работодателя вписать в акт необоснованную собственную вину больного в возникновении ПЗ. Например, одному из наших пациентов с профессиональной пояснично-крестцовой радикулопатией в вину было поставлено то обстоятельство, что он в начале ПЗ не начал жаловаться работодателю на боли в пояснице. И это якобы лишило администрацию предприятия возможности принять меры к недопущению прогрессирования ПЗ. Претензия абсолютно необоснованна, так как сведения о состоянии здоровья работника составляют предмет врачебной тайны, работник не обязан делиться ими с кем-либо. Но в итоге назначенные потом больному страховые выплаты были заметно уменьшены ФСС в виду формально установленной вины пострадавшего в развитии ПЗ.

Потенциально опасна для заболевшего и ситуация, когда работодатель отказывается признать свою вину в развитии ПЗ, составляя в акте об этом особое мнение, либо вовсе отказываясь от подписания акта. Пользуясь этим, в последующем иногда бюро МСЭ отказываются определять больным, попавшим в такую ситуацию, степень утраты трудоспособности, а иногда

и ФСС выносит решение о признании случая нестраховым. Обычным оправданием подобной практики является утверждение, что если работодатель своей вины не признал, или акт не подписал, то акт де юридической силы не имеет. Но такая точка зрения на законе никак не основана.

Эпизодически встречаются случаи отказа органов Роспотребнадзора от составления акта о случае ПЗ под тем предлогом, что по мнению его руководителей условия труда больного у данного работодателя были недостаточно вредными, чтобы повлечь развитие ПЗ. При этом обычно в профцентр направляется письмо с просьбой отменить уже поставленный диагноз ПЗ и отозвать извещение об установлении заключительного диагноза ПЗ. Подобная практика также явно противоречит действующему законодательству.

При несогласии больного с действиями (или бездействием) комиссии по составлению акта о случае ПЗ, ему приходится обращаться с иском в суд. Судебное разбирательство может тянуться несколько месяцев. И пока больной не получит адекватно составленный акт о случае ПЗ или о несчастном случае на производстве, добиться назначения страховых выплат за повреждение здоровья он не может. Лишь после получения данного акта, в котором документированы профессиональный характер заболевания и вина работодателя, у больного появляется возможность подать документы в бюро МСЭ для установления степени утраты профессиональной трудоспособности, вызванной повреждением здоровья на производстве. Дата приема документов бюро МСЭ считается днем начала экспертизы. Этим днем и будет датировано решение об определении степени утраты профессиональной трудоспособности.

Таким образом, за все время, пока акт о случае ПЗ составлялся или подвергался оспариванию в судебном порядке из-за неадекватного содержания, страховые выплаты пострадавшему не могут быть назначены даже «задним числом». Хотя в этом период больной может уже потерять и прежнюю работу, и прежний заработок. Ранее действовавший Кодекс законов о труде РСФСР однозначно запрещал увольнение больного с ПЗ или производственной травмой до определения ему степени утраты профессиональной трудоспособности и гарантировал сохранение за этот период среднего заработка. Из действующего Трудового кодекса РФ такая норма исключена.

Первая возможная неприятная неожиданность для больного, подающего документы в бюро МСЭ, – это возможная длительная очередь (в 2-3 месяца) от приема документов до проведения очного освидетельствования. Длительность такого ожидания опять-таки никак не регламентирована. Если больных с производственными травмами бюро МСЭ травматологического профиля стараются обычно принять вне общей очереди, то для больных с ПЗ подобная практика не принята. Но гораздо более серьезные последствия для больного могут иметь иные недостатки работы

бюро МСЭ. Во-первых, встречаются неправомерные отказы в определении степени утраты профессиональной трудоспособности. Как ни странно, и до настоящего времени периодически практикуется подобные отказы больным, у которых ПЗ было официально диагностировано в пенсионном возрасте после прекращения работ в неблагоприятных условиях труда. Мотивация таких действий по существу совпадает с п. 31 «Временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», который был отменен как противоречащий нормам гражданского права определением Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 15.07.2003.

Другим формальным мотивом для необоснованного отказа в определении степени утраты трудоспособности в указанной ситуации, является ссылка на положение на ст. 3 ФЗ №125 о том, что степень утраты профессиональной трудоспособности – это «выраженное в процентах стойкое снижение способности застрахованного осуществлять профессиональную деятельность до наступления страхового случая». Бюро МСЭ делается вывод, что неработающий пенсионер на момент официального установления диагноза ПЗ страхованию от несчастных случаев и ПЗ априорно не подлежал, а если он не был застрахованным, то на определение степени утраты профессиональной трудоспособности права не имеет. При этом упускается по меньшей мере два обстоятельства. Первое – за период фактического формирования ПЗ во время работы во вредных условиях труда больной подлежал указанному виду страхования. Второе – проверка того, подлежал ли больной страхованию, вообще не входит в компетенцию бюро МСЭ.

Периодически учреждения МСЭ обосновывают

Периодически учреждения МСЭ обосновывают отказ в установлении степени утраты профессиональной трудоспособности тем, что больной с ПЗ рационально трудоустроен и незначительно потерял в заработке.

отказ в установлении степени утраты профессиональной трудоспособности тем, что больной с ПЗ рационально трудоустроен и незначительно потерял в заработке. Например, одна наша больная – медсестра по массажу после выявления комплекса профессиональной патологии от физических перегрузок из трех ПЗ была трудоустроена медсестрой функциональной диагностики. Эксперты бюро МСЭ решили, что в данном случае профессия сохранена, а значит, и утраты профессиональной трудоспособности не произошло.

Такой подход противоречит требованиям действующей

щего законодательства. Поскольку ФЗ № 125 определяет порядок возмещения вреда, причинённого жизни и здоровью работника при исполнении им обязанностей по трудовому договору (контракту), то и степень утраты застрахованным профессиональной трудоспособности должна определяться в зависимости от его способности выполнять трудовую функцию, которая являлась обязательным условием трудового договора.

В силу статьи 57 Трудового кодекса РФ трудовая функция работника (работа по должности в соответствии со штатным расписанием, профессии, специальности с указанием квалификации; конкретный

Ещё один противоправный повод отказать больному в определении степени утраты трудоспособности – это высказать несогласие бюро МСЭ с профессиональной этиологией заболевания.

вид поручаемой работнику работы) является обязательным условием трудового договора. Медицинская сестра по массажу и медицинская сестра функциональной диагностики – это две разные профессии.

Ещё один противоправный повод отказать больному в определении степени утраты трудоспособности – это высказать несогласие бюро МСЭ с профессиональной этиологией заболевания. Экспертиза связи заболевания с профессией вообще не входит в компетенцию учреждений МСЭ. Чтобы оправдать явное самоуправство, используется софистическое рассуждение о том, что специальная лицензия нужна лишь на установления связи заболевания с профессией, а на отрицание такой связи никакой лицензии не требуется, поэтому, де, бюро МСЭ имеет все полномочия не признать решение профцентра и комиссии, составившей акт о случае ПЗ, об установлении связи заболевания с профессией.

Но гораздо чаще права больных на адекватное проведение медико-социальной экспертизы нарушаются другим способом, когда бюро МСЭ устанавливает степень утраты профессиональной трудоспособности в заниженном размере. Обычно это происходит, когда больному определяется утрата не профессиональной, а общей трудоспособности. Такая подмена особенно болезненна для больных с аллергическими ПЗ, перешедшими в стадию ремиссии, или с выраженной профессиональной шумовой нейросенсорной тугоухостью. Возвращение на работу в ту профессию, где возникло ПЗ, таким больным в подавляющем большинстве случаев категорически противопоказано. И при этом степень утраты профессиональной трудоспособности должна приближаться к величине 80-100%. Однако, с точки зрения оценки общей трудоспособ-

ности делается вывод, что больные могут продолжать трудовую деятельность в весьма широком круге иных профессий как физического, так и административного, а иногда и умственного труда. Исходя из такого соображения, бюро МСЭ либо вовсе не определяет степень утраты трудоспособности, либо устанавливает её в символическом размере 10-20%.

В работе некоторых бюро МСЭ отмечалось чередование разных подходов к больному, когда при первичном освидетельствовании ему определяется адекватная степень утраты профессиональной трудоспособности, включая группу инвалидности по ПЗ и существенные проценты утраты трудоспособности, но через 2-3 года при переосвидетельствовании совершается переход к определению уже утраты общей трудоспособности. При этом снимается группа инвалидности и резко сокращаются проценты утраты трудоспособности. Такое «чередование» подходов чаще всего отмечалось по отношению к больным с профессиональной шумовой тугоухостью.

В ряде субъектов РФ периодически практикуются откровенно примитивистко-механистические подходы к определению степени утраты трудоспособности. Например, за каждое ПЗ определяется независимо от его выраженности по 10% утраты, или больному за любой комплекс ПЗ назначается суммарно 10%. В течение последних двух лет были отмечены случаи, когда бюро МСЭ как будто достаточно объективно для сложившейся практики определяли степень утраты трудоспособности по каждому из имеющихся у больного ПЗ, но потом их не суммирует. Например, больному, страдающему тремя ПЗ, определяются за пылевой бронхит 30% утраты, за профессиональную полиневропатию – 20%, за профессиональную шумовую тугоухость – 10%. Далее, вместо того, чтобы просуммировать полученные по каждому заболеванию результаты и получить итоговый показатель в 60% утраты, в справке, которая выдается больному, указывается один частный максимальный показатель, в данном случае – 30%. В итоге страховые выплаты у данного больного окажутся в последующем занижены вдвое.

Весьма распространенный способ занижения степени утраты профессиональной трудоспособности – это неправильное определение специалистами бюро МСЭ величины снижения квалификации. Например, на крупном добывающем предприятии рабочему квалифицированного физического труда в связи с установлением вибрационной болезни 2 ст. противопоказана работа в должности машиниста буровой установки, которая характеризуется воздействием комбинированной вибрации. По мнению экспертов бюро МСЭ, при его трудоустройстве с работы машиниста буровой установки 6 разряда в профессию слесаря по ремонту оборудования 5 разряда снижение квалификации произошло на 1 тарификационный разряд, в связи с чем имеются основания для установления ему 30 % утраты профессиональной трудоспособности.

Данный вывод экспертов противоречит пунктам 7 и 8 «Временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», утвержденных постановлением Министерства труда и социального развития РФ № 56 от 18.06.2001г. Указанные нормы устанавливают, что критерии оценки возможности выполнения профессиональной деятельности связаны с различием тарифно-квалификационных разрядов в рамках соответствующей профессии. Кратность снижения квалификации определяется с учетом установленных тарификационных разрядов, классов, категорий для данной профессиональной деятельности. Диапазон разрядов для профессии машиниста буровой установки согласно Единому тарифно-квалификационному справочнику составляет с 4 по 6 разряд. Следовательно, в данном случае произошло снижение квалификации на 3 тарификационных разряда, в связи с чем имеется основание для установления пострадавшему 50% утраты профессиональной трудоспособности.

Еще один механизм определения степени утраты профессиональной трудоспособности в заниженном размере – это занижение степени утраты трудоспособности больным, которым установлен диагноз заболевания смешанной (профессиональной и по другой причине) этиологии. До 90-х годов прошлого века больным с таким диагнозом проценты утраты повсеместно традиционно определялись во вдвое меньшем размере, чем при заболеваниях чисто профессиональной этиологии, хотя такого рода практика и не имела никакого законодательного основания. Около 10 лет назад, казалось бы, справедливость восторжествовала, и бюро МСЭ начали выполнять установку п. 8 «Инструкции по применению списка профессиональных заболеваний»: «При смешанной этиологии профессиональных заболеваний экспертные вопросы должны решаться как по профессиональному заболеванию». Однако, с начала последнего финансово-экономического кризиса в 2009 г. эта нормативная установка стала «забываться» некоторыми бюро МСЭ.

При удручающей регулярности нарушений в определении степени утраты профессиональной трудоспособности добиться восстановления справедливости для больных очень непросто. Законодательно больной имеет две возможности: подать либо жалобу в вышестоящее бюро МСЭ, либо исковое заявление в суд. Доминирующей тактикой судьи при рассмотрении исков больных к бюро МСЭ является направление дела на экспертизу в другое (чаще вышестоящее) бюро МСЭ. А бюро МСЭ даже при явных нарушениях, допущенных своими коллегами или, тем более, подчиненными, крайне редко признают их. Добиться направления дела на экспертизу в учреждение, не входящее в иерархию бюро МСЭ, возможно далеко не всегда.

Подобные судебные процессы тянутся, по меньшей мере, месяцами. Оплата экспертизы по своей вели-

чине обычно далеко не символическая и возлагается на истца, то есть на больного. Кроме того, в связи с полным отсутствием познаний в гражданско-процессуальном законодательстве и в медицинском праве, больному, как правило, необходимо нанимать для помощи в ведении судебного процесса грамотного и энергичного адвоката (законного представителя), что бывает очень накладно для человека, потерявшего высокооплачиваемую работу, и не получающего за это должную компенсацию.

Отмечается и некорректная практика в ходе освидетельствования больных в бюро МСЭ, когда сотрудники ФСС, не просто присутствуют на освидетельствовании, но и осуществляют врачебный осмотр больных, а затем предлагают экспертные решения по определению степени утраты трудоспособности. Присутствие представителей ФСС при освидетельствовании больных в бюро МСЭ формально оправдано ст. 18 ФЗ №125, которая утверждает, что страховщик имеет право «участвовать в расследовании страховых случаев, освидетельствовании, переосвидетельствовании застрахованного в учреждении медико-социальной экспертизы». Однако, поскольку ФСС не является медицинской организацией, а его сотрудники не занимают врачебных должностей, расширительное толкование данного права явно недопустимо. Та же ст. 18 явно и указывает на полномочия представителей ФСС: «участвовать... в определении ... нуждемости в социальной, медицинской и профессиональной реабилитации». А это явно далеко не эквивалентно врачебному обследованию больного с целью определения степени утраты трудоспособности. Моральный ущерб больному от этой практики, казалось бы, невелик, но мотив такого «участия» экспертов ФСС в работе бюро МСЭ достаточно очевиден – оказание воздействия на врачей МСЭ с целью определения степени утраты

Еще один механизм определения степени утраты профессиональной трудоспособности в заниженном размере – это занижение степени утраты трудоспособности больным, которым установлен диагноз заболевания смешанной этиологии.

трудоспособности в заниженном размере, что может привести уже к существенному материальному ущербу для пострадавшего работника.

К сожалению, даже максимально выгодный для больного результат освидетельствования в бюро МСЭ, не гарантирует ему быстрой и полной реализации его материальных прав. Данные права по нормам действующего законодательства (в первую очередь ФЗ №125) реализуются в заявительном порядке – то есть только после подачи документов больного в ФСС. Ст. 15 ФЗ №125 устанавливает, что пакет необходимых

документов представляется в ФСС либо страхователем (то есть работодателем) либо застрахованным (то есть больным). В этом перечне работодатель стоит на первом месте, но более чем в 99% случаев от такой деятельности в пользу пострадавшего по его вине работника он совершенно безнаказанно уклоняется.

Обязанности ФСС по отношению к заболевшим застрахованным работникам расписаны в ФЗ №125 весьма детально, но, тем не менее, на практике они регулярно нарушаются. Встречаются случаи существенного затягивания рассмотрения документов сверх установленного ФЗ №125 10-дневного срока,

Обязанности ФСС по отношению к заболевшим застрахованным работникам расписаны в ФЗ №125 весьма детально, но, тем не менее, на практике они регулярно нарушаются.

в течении которого должно быть принято решение о назначении страховых выплат. Одним из мотивов такого поведения сотрудников ФСС является попытка собрать не требуемые ФЗ №125 сведения (копии санитарно-гигиенической характеристики условий труда больного, медицинской документации или выписки из нее из медицинских учреждений по месту работы или жительства заболевшего) и на их основе своими силами провести повторную экспертизу связи заболевания с профессией. ФСС не является медицинской организацией и потому не вправе выполнять такого рода медицинскую экспертизу. Но, принимая в свой штат бывших врачей, он периодически пытается заниматься и такой деятельностью.

В случае выявления в документации каких-либо формальных противоречий принятие решения о назначении страховых выплат обычно откладывается, а ФСС в это время стремится добиться отмены диагноза ПЗ и акта о случае ПЗ. Наиболее «мягкой» тактикой является направление писем в профцентр с просьбой пересмотреть решение об установлении связи заболевания с профессией. Наиболее агрессивная тактика – подача искового заявления в суд с требованием признать недействительными медицинское заключение о наличии у больного ПЗ и акт о случае ПЗ. Судебные процессы по данным искам отличаются особой сложностью, могут тянуться до 2-3 лет, неоднократно проходя через отмену уже принятых решений в кассационных и надзорных инстанциях. За все это время больной обычно каких-либо выплат за ущерб здоровью не получает. Действовавшее до 2000 г. законодательство наделяло Рострудинспекцию правом в досудебном порядке выносить предписания об обязанности в конфликтных ситуациях произвести выплаты

больным, пострадавшим от ПЗ и производственных травм. Из ныне действующего законодательства, такая норма исключена.

В случае принятия решения о назначении страховых выплат весьма типичным нарушением материальных прав больных со стороны ФСС является занижение размера ежемесячных страховых выплат путем неполной индексации среднего заработка, из которого исчисляется размер страховых выплат. Суть проблемы заключается в том, что расчет ежемесячных денежных выплат за снижение трудоспособности вследствие ПЗ или несчастного случая на производстве производится на основе выбранного больным заработка, который имелся к моменту либо прекращения работ во вредных условиях труда, либо официальной диагностики ПЗ, либо к моменту определения степени утраты трудоспособности. По прошествии нескольких лет покупательная способность выплат, если их рассчитывать из фиксированной величины имевшегося когда-то среднего заработка, будет существенно снижаться из-за постоянных инфляционных процессов. Чтобы защитить в такой ситуации интересы больного, с 1993 года был введен механизм индексации страховых выплат на специально установленные по годам коэффициенты. Таким образом, ФСС следует каждый год пересчитывать размер ежемесячных страховых выплат, учитывая все возрастающее с каждым годом количество повышающих коэффициентов.

Примером типичного нарушения прав больного в данной ситуации является применение сотрудниками ФСС в таких расчетах не всех установленных нормативными актами повышающих коэффициентов. Наиболее неблагоприятна ситуация для больного, прекратившего работу 15-20 лет назад, но обратившегося в ФСС из-за несвоевременной официальной диагностики ПЗ только в настоящее время. По смыслу правовых норм имевшийся 15-20 лет назад заработок должен подвергнуться процедуре «осовременивания» путем увеличения с применением значительного количества повышающих коэффициентов. В ряде случаев ФСС вовсе отказывается делать подобный перерасчет, ссылаясь на свои внутренние инструкции. Показательным является случай, когда одному нашему больному, прекратившему в конце 1990 года работу в профессии экскаваторщика с заработком в 300-400 рублей, были назначены ежемесячные страховые выплаты в размере 5 рублей 85 копеек.

Одним из способов снизить величину осовремененного заработка является «квалифицированный совет» сотрудника ФСС больному, подающему заявление о назначении страховых выплат, направленный на то, чтобы пострадавший указал в заявлении период, за который будет рассчитываться утраченный заработок (год работы до фактического развития ПЗ, или до его официальной регистрации, или до определения степени утраты трудоспособности) в наименее выгодном для себя варианте. Но чаще встречается занижение страховых выплат на некоторую величину из-за того,

что при расчетах используются не все повышающие коэффициенты, которые должны были бы применяться. В результате у некоторых больных страховые выплаты занижаются на 100-200-300 рублей, но иногда и в несколько раз. У другого нашего пациента за счет занижения размера страховых выплат за период с сентября 2006 года по 31 августа 2010 года накопилась сумма задолженности в размере 1 343 322 рубля 80 копеек. Взыскать такую задолженность с ФСС удалось лишь после серии примерно трехлетних судебных процессов, а потом многократных обращений к судебным приставам.

В последние 2 года в судебной практике повсеместно отмечается отказ от назначения пострадавшим больным пени, которые следовало бы начислить за несвоевременное исполнение ФСС своих обязательств или за назначение страховых выплат в заниженном размере. Законодательство, предусматривающее выплаты пени в таких случаях не изменялось. Но четкая привязка такой практики судов к началу последнего финансово-экономического кризиса 2009 г. по нашему мнению явно указывает на причину перемены.

Сами законодательные установки последних лет явно ухудшают материальные возможности больных, пострадавших на производстве. Например, в последние годы индексация ранее назначенных больным страховых выплат осуществляется ежегодно с помощью законодательно установленных повышающих коэффициентов. Так, в 2009 г. выплаты индексировались на 13%, в 2010 г. – только на 10%, а с 01.01.2011 предусмотрена их годовая индексация всего на 6,5%. Несопоставимость величин индексации с реальным ростом цен очевидна.

Изменения, вносимые в ФЗ №125 за последние годы привели к тому, что появилось ограничение на оплату проезда больных к местам санаторно-курортного лечения, выражающиеся в разрешении оплачивать только проезд в общем или плацкартном вагоне железной дороги. Тогда как ранее не было ограничений на оплату проезда в купейном вагоне или даже авиаперелета. Вряд ли идут на пользу больным установленные отредактированным ФЗ №125 ограничения на оплату лекарств и средств протезирования, когда возмещается лишь стоимость отечественной продукции, а импортной – лишь при отсутствии отечественных аналогов. С нашей точки зрения, например, вопрос о том, является ли отечественный препарат церебролизат полноценным аналогом швейцарского церебролизина, по меньшей мере очень неоднозначен. Регулярно вызывает нарекания больных качество отечественных слуховых аппаратов, которые изготавливаются для пациентов с выраженной степенью шумовой тугоухости.

Традиционно сохраняются изъяны законодательства, позволяющие не оплачивать реально необходимые пострадавшим на производстве больным реабилитационные мероприятия. Например, более 50 лет законодателями и правительством РФ даже и не рас-

сматривается вопрос об оплате этим больным немедикаментозного лечения, такого как массаж, физиотерапия, иглотерапия, мануальная терапия. На вопросы пострадавших следуют разъяснения, что такие виды медицинской помощи они могут получать в рамках госгарантий или обязательного медицинского страхования. На деле же в рамках указанных гарантий относительно адекватно финансируется лишь работа кабинетов физиотерапии с морально устаревшей аппаратурой, добиться же бесплатного для больного качественного и регулярного проведения курсов массажа или мануальной терапии практически невозможно.

Следует охарактеризовать и явную неадекватность в реализации права больных, пострадавших на производстве, на возмещение морального вреда, причиненного ПЗ или несчастным случаем на производстве. В данном случае выплаты должны производиться работодателем. Четких рекомендаций для судов по расчету такого рода выплат в РФ традиционно нет. В судебной практике даже с процветающего градообразующего предприятия за неизлечимое ПЗ или трудовое увечье, повлекшее полную утрату профессиональной трудоспособности, затруднительно взыскать сумму, превышающую 100 000 рублей.

Таким образом, перечисленные многочисленные нарушения в реализации гражданских прав больных, пострадавших от ПЗ и несчастных случаев на производстве, приводят к наиболее очевидному выводу, что причина целого ряда таких проявлений кроется в недоработанных, запутанных, а иногда и явно подредактированных в интересах работодателя и страховщика нормативных актах. Но, в то же время, главным и очень серьезным негативным фактором является укоренившаяся практика работы ряда государственных органов, допускающая регулярные и очевидные

Сами законодательные установки последних лет явно ухудшают материальные возможности больных, пострадавших на производстве.

нарушения прав больных. Поэтому устранение приведенных в данной статье негативных явлений можно только лишь после радикального изменения социально-политической системы РФ в сторону реального правового государства, приоритетом которого является гарантия осуществления законных прав и интересов граждан.

Т.А. Балебанова

ПРАВОВОЙ СТАТУС МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА КАК СУБЪЕКТА КОРРУПЦИОННЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ

Статья посвящена особенностям и сложностям правового статуса медицинских работников для признания их в качестве субъектов коррупционных преступлений. Автор рассматривает особенности законодательного регулирования, разъяснения судебных органов и возможные трудности, возникающие при выявлении коррупционных преступлений в сфере здравоохранения

Ключевые слова: коррупционные преступления, медицинский работник, правовой статус, специальные полномочия

ОТ РЕДАКЦИИ.

Автор, затрагивая актуальную тему должностных преступлений, опускает все же несколько важных обстоятельств, существенных для правовой реальности и справедливости закона.

Нет привязки. В отсутствие привязки получается, что ответственность устанавливается ради ответственности, а не для защиты конкретных охраняемых уголовным законом интересов. К чему должна быть привязана ответственность медработников, приравненных к должностным лицам? Очевидно, к доступу к расходованию средств государственной казны (больничные, льготные рецепты и пр. – соцстрах).

Нет универсальности - по той же причине. Работники учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций должны нести ответственность приравненных к должностным лицам лиц на равных. Если использовать критерий служебного положения, то таковое неприменимо к работникам частных медицинских организаций. Тем самым работники государственных учреждений здравоохранения в силу факта трудоустройства поражаются в правах по сравнению с работниками частных медицинских организаций.

При этом медработники едины в профессии. Нахождение в трудовых отношениях - с государственными учреждениями здравоохранения или с частными медицинскими организациями - не меняет их профессионального положения. Работая в государственных учреждениях здравоохранения, они не являются работниками государственных органов, государственными служащими. Они остаются врачами, фельдшерами или медсестрами.

Одновременно следует подчеркнуть, что осуществ-

ление медработниками сугубо лечебных функций вне выполнения организационно-распорядительных и/или административно-хозяйственных функций – даже в государственных учреждениях здравоохранения – вообще не подпадает под действие норм о должностных преступлениях.

Все сказанное свидетельствует не о правовых проблемах медицинской профессии, а о системной несостоятельности социалистического института учреждений социальной сферы в современной капиталистической действительности. А несовершенство уголовного законодательства в этой части и является следствием этого, и порождает следствия своего несовершенства, искажая правовую действительность.

Коррупционные преступления представляют сложную по своей структуре совокупность правонарушений, поскольку характеризуются повышенной степенью общественной опасности, уголовно-правовыми запретами и наказанием, обладают разнообразными формами проявления и не имеют исчерпывающего перечня деяний, утвержденного на нормативном уровне.

Так, статья 1 Федерального закона от 25 декабря 2008 года № 273-ФЗ «О противодействии коррупции»¹ перечисляет несколько составов преступлений, ответственность за которые предусмотрена статьями Особой части Уголовного кодекса Российской Феде-

¹ См.: Собрание законодательства Российской Федерации. - 2008. - № 52 (ч. 1). - Ст. 6228.

рации², но оговорка «либо иное незаконное использование физическим лицом своего должностного положения вопреки законным интересам общества и государства в целях получения выгоды в виде денег, ценностей, иного имущества или услуг имущественного характера, иных имущественных прав для себя или для третьих лиц либо незаконное предоставление такой выгоды указанному лицу другими физическими лицами» не позволяет сформулировать единый перечень коррупционных преступлений, установленный законом.

По мнению автора, отсутствие нормативного перечня коррупционных преступлений объясняется не экономией законодательного материала, а мировым опытом антикоррупционного нормотворчества - коррупция определяется не через исчерпывающий перечень преступных деяний и иных правонарушений, а посредством общих норм и признаков, раскрывающих ее объективную сторону. Однако на внутриведомственном уровне в целях унификации подходов к учету коррупционных преступлений попытки определить их перечень делались неоднократно³. Причем, в нормативных документах используются два термина - «коррупционное преступление» и «преступление коррупционной направленности», но ввиду идентичности признаков этих деяний, автор рассматривает данные понятия как тождественные.

Всю совокупность коррупционных преступлений, совершаемых в сфере здравоохранения, автор предлагает условно классифицировать на три группы в зависимости от объекта преступления:

1) преступления, посягающие на собственнические отношения («Мошенничество, совершенное лицом с использованием своего служебного положения» (часть 3 статьи 159 УК РФ), «Присвоение или растрата, совершенное лицом с использованием своего служебного положения» (часть 3 статьи 160 УК РФ));

2) преступления, посягающие на законные интересы коммерческой или иной организации, не являющейся государственным или муниципальным органом и учреждением («Злоупотребление полномочиями» (статья 201 УК РФ), «Коммерческий подкуп» (статья 204 УК РФ));

3) преступления, посягающие на интересы государственной и муниципальной службы («Злоупотребление должностными полномочиями» (статья

285 УК РФ), «Нецелевое расходование бюджетных средств» (статья 285.1 УК РФ), «Нецелевое расходование средств государственных внебюджетных фондов» (статья 285.2 УК РФ), «Превышение должностных полномочий» (статья 286 УК РФ), «Получение взятки» (статья 290 УК РФ), «Дача взятки» (статья 291 УК РФ), «Служебный подлог» (статья 292 УК РФ), «Халатность» (статья 293 УК РФ).

Приведенные автором составы преступлений обладают такими общими признаками как наличие надлежащего субъекта (должностного лица); связь преступного деяния со служебным положением; обязательное наличие у субъекта преступления корыстного мотива; совершение большинства коррупционных преступлений с прямым умыслом, выделяя в качестве исключения из этого общего признака преступную халатность, подразумевающую совершение деяния по легкомыслию или небрежности.

Перечисленные выше коррупционные преступления получили широкое распространение в различных сферах общественной жизни. Однако наибольшую угрозу для здоровья и жизни людей представляют те из них, которые совершаются в системе здравоохранения.

Прежде всего, следует отметить, что автор рассматривает здравоохранение в широком значении этого термина, отождествляя понятие «здравоохранение» с законодательным понятием «охраны здоровья», поскольку содержание и цель данных терминов едины - сохранение и поддержание здоровья граждан и предоставление медицинской помощи каждому, кто в ней нуждается.

В пункте 2 статьи 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁴ приводится определение понятия «охрана здоровья граждан» - это система мер политического, экономического,

Коррупционные преступления представляют сложную по своей структуре совокупность правонарушений, поскольку характеризуются повышенной степенью общественной опасности, уголовно-правовыми запретами и наказанием, обладают разнообразными формами проявления и не имеют исчерпывающего перечня деяний, утвержденного на нормативном уровне.

правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти РФ, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержа-


² См.: Собрание законодательства Российской Федерации. - 1996. - № 25. - Ст. 2954.

³ См.: Приказ Генерального прокурора Российской Федерации от 11 февраля 2008 года № 23 «Об утверждении и введении в действие статистического отчета «Сведения о работе прокурора по надзору за исполнением законодательства о противодействии коррупции и о результатах расследования уголовных дел коррупционной направленности»; Приказ руководителя Следственного комитета при прокуратуре РФ от 19 марта 2009 года № 7 «Об утверждении и введении в действие формы статистической отчетности «Сведения о противодействии коррупции при организации деятельности по выявлению, расследованию, раскрытию и предупреждению коррупционных преступлений следственными органами Следственного комитета при прокуратуре Российской Федерации»; Указание Генерального прокурора РФ и МВД РФ от 28 декабря 2009 года № 399/11/1 «О введении в действие Перечней статей Уголовного кодекса Российской Федерации, используемых при формировании статистической отчетности».


⁴ См.: Собрание законодательства Российской Федерации. - 2011. - № 48. - Ст. 6724.

ния его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Таким образом, здравоохранение как система мероприятий затрагивает абсолютно все сферы жизнедеятельности соответствующей отрасли, поскольку кроме непосредственного оказания медицинской помощи подразумевает подготовку и повышение квалификации медицинских работников, производство и поставку медицинского оборудования и инструментов, планирование бюджета медицинских учреждений, определение принципов формирования стоимости медицинских услуг, страхование жизни и здоровья граждан



Область здравоохранения является приоритетной в развитии любого общества и государства.



и, в конечном счете, объединяет всё, что направлено на охрану их здоровья.

Мы видим, что область здравоохранения является приоритетной в развитии любого общества и государства, так как призвана каждому гарантировать медицинскую помощь и поддержание здоровья, а также обеспечивать прогрессивное осуществление единой социально-экономической политики, опираясь на здоровое (психологически и физически) население страны. В связи с чем, исследование и пресечение коррупционных преступлений, совершаемых в сфере здравоохранения, является крайне актуальным для современной науки и правоприменительной деятельности.

В настоящей статье автор исследует важнейший отличительный признак коррупционных преступлений в сфере здравоохранения, а именно - особый субъектный состав как установленную уголовным законом необходимость наличия в составе преступления специального субъекта - должностного лица - для признания фактически совершенных действий или бездействий коррупционным преступлением. При этом следует указать, что актуальность вопроса о специальном субъекте преступлений в здравоохранении объясняется сложностью правового статуса медицинских работников, не все из которых могут рассматриваться в качестве должностного лица и привлекаться к уголовной ответственности. В связи с чем, объектом исследования автор обозначает правовой статус медицинских работников, а целями проводимого анализа видит раскрытие признаков должностного лица - медицинского работника, установление недостатков правового регулирования и выработку авторского подхода к рассмотрению медицинских работ-

ников как субъектов коррупционных преступлений. Кроме того, особую значимость вопрос об уголовной ответственности медицинских работников как должностных лиц приобретает также и в контексте того, что установленные законодателем меры ответственности служат как целям пресечения, так и целям наказания за совершенное преступление, тем самым восстанавливая социальную справедливость и обеспечивая гарантированную защиту прав граждан на охрану здоровья.

В Федеральном законе от 25 декабря 2008 года № 273-ФЗ «О противодействии коррупции» в качестве источника опасности для общества и государства рассматривается физическое лицо, использующее свое служебное положение. Данное определение должностного лица носит достаточно общий характер и не всегда позволяет точно определить субъекта коррупционных преступлений в сфере здравоохранения.

Поскольку речь идет о коррупционных преступлениях как об общественно опасных деяниях, запрещенных Уголовным кодексом Российской Федерации под угрозой наказания, при формальной характеристике субъектного состава необходимо руководствоваться определением должностного лица, которое приводится в пункте 1 примечании к статье 285 Уголовного кодекса Российской Федерации, в соответствии с которым под должностным лицом понимается лицо, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющее функции представителя власти либо выполняющее организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, а также в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках и воинских формированиях Российской Федерации.

Под функциями представителя власти понимаются функции должностных лиц в государственных органах исполнительной власти, функции депутатов законодательных органов, а также функции должностных лиц органов судебной власти, прокуратуры, что подтверждается Постановлениями Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 10 февраля 2000 года № 6 «О судебной практике по делам о взяточничестве и коммерческом подкупе»⁵; а также от 16 октября 2009 года № 19 «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий»⁶.

В качестве организационно-распорядительных полномочий рассматриваются руководство коллективом, расстановка и подбор кадров, организация труда подчиненных, поддержание дисциплины, применение мер поощрения и наложение дисциплинарных взысканий. К административно-хозяйственным функциям могут быть отнесены полномочия по управлению и распоряжению имуществом и денежными средства-

⁵ См.: Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. - 2000. - № 4.

⁶ См.: Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. - 2009. - № 12.

ми, находящимися на балансе и банковских счетах учреждения, а также принятие решений о начислении заработной платы, премий, осуществление контроля за движением материальных ценностей, определение порядка их хранения⁷.

Но для того, чтобы применить приводимое уголовным законом определение должностного лица к медицинским работникам и определить границы его толкования, необходимо раскрыть, каким образом законодатель определяет медицинского работника.

В соответствии с пунктом 13 статьи 2 вышеназванного Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинским работником является физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность. По смыслу пункта 10 статьи 2 названного Федерального закона под медицинской деятельностью понимается профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Как следует из изложенного, понятия медицинского работника и осуществляемой им деятельности хотя и указывают на должностные обязанности, но не конкретизируют их содержание. А ведь в любом государственном и муниципальном учреждении здравоохранения в обязанности ряда медицинских работников (например, главные врачи, заведующие отделениями, главные медицинские сестры) входят функции по непосредственному управлению персоналом, организации рабочих мест, распределению нагрузки, вынесению или принятию организационных, в том числе касающихся распределения денежных средств, решений и так далее. Таким образом, можно сделать вывод, что приводимые Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определения медицинского работника и осуществляемой им деятельности имеют сугубо профессиональную окраску и тесно связаны только с непосредственным процессом диагностирования, лечения и реабилитации, умалчивая о том, что в должностные обязанности медицинского работника также могут входить функции управления и распоряжения.

Получается, что законодательное определение медицинского работника по смыслу шире дефиниции

должностного лица, приведенной Уголовным кодексом Российской Федерации, и не позволяет сопоставить оба понятия на равном уровне и обозначить тех медицинских работников, которые могут быть субъектами коррупционных преступлений. Да и само понятие деятельности, осуществляемой медицинским работником, подразумевает участие в ней широкого круга сотрудников учреждения, в котором производится лечение больного, и не позволяет выделить организационно-распорядительные и административно-хозяйственные группы полномочий. Однако по смыслу пункта 1 примечания к статье 285 Уголовного кодекса Российской Федерации действия лиц, не выполняющих организационно-распорядительные и административно-хозяйственные функции, не могут оцениваться в рамках коррупционного преступления. В связи с чем, возникает вопрос о границах распространения понятия должностного лица на медицинских работников.

Так, в юридической литературе под должностным лицом в области здравоохранения понимается «лицо, обладающее властными полномочиями в сфере медицинской деятельности, осуществляющее организационно-распорядительные и административно-хозяйственные функции в органах управления здравоохранением, лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и других учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения»⁸. По нашему мнению, данное определение четко соответствует смыслу уголовного закона, но для использования в качестве критерия при установлении статуса медицинского работника как субъекта коррупционного преступления его необходимо дополнить указанием на обязательное наличие непосредственной или опосредованной связи деятельности такого должностного лица с пациентом, находящемся на лечении.

Понятия медицинского работника и осуществляемой им деятельности хотя и указывают на должностные обязанности, но не конкретизируют их содержание.

Практическая деятельность медицинских работников, не обладающих указанными выше полномочиями, несмотря на свою высокую значимость, является, как правило, ограниченной рамками исполнения и согласования действий с вышестоящим руководством (к примеру, с заведующим отделением) и доля именно организационной и административной самостоятельности ничтожно мала. В связи с чем, автор считает недопустимым распространение понятия должностного лица на любого медицинского работника, и под

⁷ См.: Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 10 февраля 2000 года № 6 «О судебной практике по делам о взяточничестве и коммерческом подкупе».

⁸ См.: Стеценко Г.С. Медицинское право. - СПб., 2004. - С. 319.

должностным лицом подразумевает исключительно тех медицинских работников, которые занимают руководящие должности, выполняя организационно-распорядительные функции в лечебно-профилактических учреждениях и их структурных подразделениях (главные врачи, начальники госпиталей, медсанчастей, заведующие отделениями, временно исполняющие должностные обязанности (дежурные врачи), а также выполняющих административно-хозяйственные функции (главные и старшие медицинские сестры). К примеру, Нагатинским районным судом города Москвы осужден Александр Новосельцев – бывший заведующий

Во всех случаях совершение коррупционных преступлений медицинскими работниками связано с их служебной деятельностью.

щий отделением помощи на дому государственного учреждения здравоохранения города Москвы «Хоспис №5», который на протяжении длительного времени вымогал взятки за госпитализацию и лечение особо тяжелых онкологических больных. Например, в августе-сентябре 2007 года Новосельцев потребовал 30 тысяч рублей за госпитализацию и лечение больного раком легкого 4-й степени, при получении которых он и был взят с полицными сотрудниками отдела по борьбе с экономическими преступлениями отдела внутренних дел Южного административного округа города Москвы. Суд назначил Новосельцеву наказание в виде 3 лет лишения свободы и, кроме того, на 3 года лишил его права занимать руководящие должности в системе здравоохранения.

В качестве особого критерия медицинского работника – должностного лица можно обозначить наличие у него доступа к расходованию выделенных медицинскому учреждению денежных средств, поступивших в распоряжение данного лица с целью распределения их в соответствии с планом финансирования учреждения на те или иные нужды (закупка лекарств, оборудования и прочее). Следственными органами Следственного комитета Российской Федерации по Алтайскому краю завершено расследование уголовного дела в отношении главного врача муниципального учреждения здравоохранения «Алтайская центральная районная больница» Николая Гаврилова. Он обвиняется в совершении преступления, предусмотренного частью 1 статьи 285.2 УК РФ («Нецелевое расходование средств государственных внебюджетных фондов»). Следствием установлено, что с марта 2008 по март 2009 года Гаврилов израсходовал более 1 миллиона 600 тысяч рублей из средств территориального Фонда обяза-

тельного медицинского страхования не на приобретение лекарств, а на покупку инвентаря и другие цели. Уголовное дело с утвержденным обвинительным заключением направлено в суд для рассмотрения по существу⁹.

Также к указанному критерию можно отнести случаи единоличного решения медицинским работником, например, главным врачом, вопроса о выплате надбавок к заработной плате подчиненных. Так, в 2011 году в Ивановской области были уволены десятки главных врачей в связи с нарушениями, связанными с начислением заработных плат персоналу больниц и поликлиник. В результате чего при разработке Программы модернизации здравоохранения Ивановской области Территориальный фонд обязательного медицинского страхования был вынужден внести существенную поправку в раздел «О финансировании увеличения заработных плат медиков». Теперь решение о начислении той или иной надбавки медсестрам, фельдшерам или врачам будет принимать коллегиальный орган из трех и более самых авторитетных сотрудников больницы или поликлиники.

Но к категории должностных лиц могут быть приравнены и рядовые медицинские работники, принимающие решения организационного характера, а также дающие заключения и оформляющие документы, на основании которых у пациентов возникают определенные права и обязанности. Только для рассмотрения медицинского работника в качестве должностного лица необходимо, чтобы именно в момент совершения преступления он осуществлял организационно-распорядительные или административно-хозяйственные функции.

Во всех случаях совершение коррупционных преступлений медицинскими работниками связано с их служебной деятельностью. Основным способом совершения подобных преступлений может выступать и получение незаконного вознаграждения за совершение в отношении граждан действий, выражающихся во внесении в документы несоответствующих действительности сведений, например, заведомо необоснованная выдача листков временной нетрудоспособности.

Таким образом, на основании приведенных выше доводов автор предлагает выделять следующие признаки, используемые для установления статуса медицинского работника как должностного лица - субъекта коррупционного преступления:

- 1) осуществление организационно-распорядительных или административно-хозяйственных функций;
- 2) исполнение указанных функций либо на постоянной основе, либо временно или по специальному полномочию;
- 3) наличие связи между деятельностью медицинского работника и лицом, в отношении которого было совершено преступное деяние.

⁹ См.: Деньги до врачей не дошли [Электронный ресурс]. // Интернет-газета «Трибуна». // URL: http://www.tribuna.ru/news/society/money_to_the_doctors_did_not_reach (дата обращения – 10 марта 2012 года).

Уголовный кодекс Российской Федерации использует также в статье 201 понятие лица, выполняющего управленческие функции, под которым в соответствии с пунктом 1 примечания к данной статье является лицо, постоянно, временно либо по специальному полномочию выполняющее организационно-распорядительные или административно-хозяйственные функции. Ввиду схожести возложенных на лицо функций автор предлагает распространять данное определение и на медицинских работников в границах, аналогичных понятию должностного лица.

Таким образом, правовой статус медицинского работника как субъекта коррупционных преступлений раскрывается посредством наличия обозначенных выше полномочий. Однако подобная трактовка имеет и свои недостатки в практической деятельности. Так, может возникнуть ситуация, когда должностное лицо медицинского учреждения занимается взяточничеством через своих подчиненных, которые не могут быть признаны субъектами рассматриваемых преступлений ввиду отсутствия у них специальных полномочий, требуемых для признания лица субъектом анализируемых преступлений. Тем самым доказать факт совершения преступного деяния может оказаться затруднительным. Данное обстоятельство заставляет задуматься об отдельном законодательном регулировании статуса субъектов коррупционных преступлений в исследуемой сфере, преследуя цель предотвратить совершение подобных преступлений, уничтожить ощущение безнаказанности корыстных действий и выявить максимально возможное число преступных деяний, избежав прикрываемости совершенного отсутствием признаков должностного лица.

В соответствии с вышеизложенным можно сделать вывод, что статус субъекта коррупционных преступлений, совершаемых в сфере здравоохранения, с формальной стороны, не вызывает сложностей у правоприменителей при принятии решения о наличии или отсутствии в деяниях медицинского работника состава преступления. Однако с точки зрения развития корыстных преступных намерений в среде медицинских работников столь формальный подход законодателя является неэффективным и несоответствующим действительному положению вещей.

Использованные источники:

1. Уголовный кодекс Российской Федерации. // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. - № 25.

2. Федеральный закон от 25 декабря 2008 года № 273-ФЗ «О противодействии коррупции». // Собрание законодательства Российской Федерации. - 2008. - № 52 (ч. 1).

3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. - № 48.

4. Приказ Генерального прокурора Российской Федерации от 11 февраля 2008 года № 23 «Об утверждении и введении в действие статистического отчета «Сведения о работе прокурора по надзору за исполнением законодательства о противодействии коррупции и о результатах расследования уголовных дел коррупционной направленности» [Электронный ресурс]. Дата обновления: 15.12.2010. Доступ из системы ГАРАНТ // ГАРАНТ ЭКСПЕРТ 2010 / НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС». Версия от 26.02.2012.

5. Приказ руководителя Следственного комитета при прокуратуре РФ от 19 марта 2009 года № 7 «Об утверждении и введении в действие формы статистической отчетности «Сведения о противодействии коррупции при организации деятельности по выявлению, расследованию, раскрытию и предупреждению коррупционных преступлений следственными органами Следственного комитета при прокуратуре Российской Федерации» [Электронный ресурс]. Дата обновления: 15.12.2010. Доступ из системы ГАРАНТ // ГАРАНТ ЭКСПЕРТ 2010 / НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС». Версия от 26.02.2012.

6. Указание Генерального прокурора РФ и МВД РФ от 28 декабря 2009 года № 399/11/1 «О введении в действие Перечней статей Уголовного кодекса Российской Федерации, используемых при формировании статистической отчетности» [Электронный ресурс]. Дата обновления: 15.12.2010. Доступ из системы ГАРАНТ // ГАРАНТ ЭКСПЕРТ 2010 / НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС». Версия от 26.02.2012.

7. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 10 февраля 2000 года № 6 «О судебной практике по делам о взяточничестве и коммерческом подкупе». // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. – 2000. - № 4.

8. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 16 октября 2009 года № 19 «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий». // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. – 2009. - № 12.

9. Деньги до врачей не дошли [Электронный ресурс]. // Интернет-газета «Трибуна». // URL: http://www.tribuna.ru/news/society/money_to_the_doctors_did_not_reach (дата обращения – 10 марта 2012 года).

10. Стеценко Г.С. Медицинское право. - СПб., 2004.

А.В. Тихомиров

ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Вступивший в действие Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не только не улучшил, но в значительной мере ухудшил состояние правового регулирования отрасли, подчинив ее ведомственному диктату вместо того, чтобы при наличии соответствующей реалиям модели организации отрасли оформить развитие в ней эффективного гражданского оборота

Ключевые слова: здравоохранение, правовое регулирование, социальная эффективность законодательства

Инициированный Минздравсоцразвития РФ, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Закон Об основах) создал новую правовую конфигурацию в сфере охраны здоровья в отрыве от социальной реальности, складывающейся в соответствии с действующей правовой доктриной и общим законодательством. Еще на этапе законопроекта он был подвергнут критике¹, не учтенной при его принятии.

Закон Об основах не только сохранил действующую социалистическую модель организации здравоохранения в капиталистическом государстве, но и легитимировал верховенство ведомства, «уполномоченного федерального органа исполнительной власти» в обороте товаров, работ и услуг в сфере охраны здоровья. Если прежние Основы 1993 г. предприняли – пусть и несовершенный, противоречивый и далеко не полноценный – шаг в сторону гражданского оборота в отрасли, то новый закон не просто возвращает здравоохранение к рубежу до принятия Основ, но и ужесточает социалистический административно-командный режим в условиях, в которых он в нынешних условиях культивироваться не может.

1. ДЕТЕРМИНАНТЫ СУБЪЕКТНОГО СОСТАВА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Закон Об основах в силу многочисленных отсылок к полномочиям отраслевого ведомства, по существу, оформил приоритет бюрократического усмотрения не

только над нормами права, и не только этого закона, а и конституирующих гражданский оборот актов общего законодательства, но и над гражданскими правами и свободами участников этого оборота в отрасли. Притом, что урегулированная – пусть и недостаточно, без учета отраслевой специфики – актами общего законодательства объективная реальность совершенно другая, Закон Об основах как акт специального законодательства создает в сфере охраны здоровья виртуальную реальность в режиме наибольшего благоприятствования для отраслевого ведомства.

В отличие от прежних Основ, обособляющих категории «предприятий, учреждений и организаций, деятельность которых направлена на охрану здоровья граждан», Закон Об основах использует обобщающее понятие медицинских организаций², среди которых выделяя категорию федеральных государственных учреждений. Закон Об основах не закрывает также доступ к финансированию деятельности всех медицинских организаций вне зависимости от организационно-правовой формы и формы собственности³ (а не только учреждений), среди

² Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Положения настоящего Федерального закона, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности. В целях настоящего Федерального закона к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность (п/п.11 ст.2 Закона Об основах).

³ Медицинская организация имеет право участвовать в оказании гражданам Российской Федерации медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обя-

¹ Тихомиров А.В. Анализ законопроекта МЗиСР «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 4. - С.6-15; Тихомиров А.В. Доклад на заседании Общественной палаты РФ // Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 5. - С.2-3.

них выделяя лишь участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и наделяя их дополнительными обязанностями (п.2 ст.79).

Несмотря на внешнее проявление единства и общности правового режима, в действительности это не более чем подчинение частной медицины ведомственному контролю на основе административных установлений – в частности, через обязывание медицинских организаций «осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи» (п/п.2 п.1 ст.79): государственные учреждения здравоохранения и прежде находились в административном подчинении органам управления здравоохранения, а частные медицинские организации получили ограничители, которых прежде не было и необходимость введения которых не очевидна и обоснования не обнаруживает.

Более того, такие ограничения Закон Об основах, по существу, устанавливает неявно только для частных медицинских организаций, поскольку для государственных учреждений здравоохранения другой закон (Федеральный закон Российской Федерации от 8 мая 2010 г. N 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»⁴), напротив, предусматривает расширение свобод. При этом речь идет не об адаптации государственных учреждений здравоохранения к условиям оборота медицинских услуг в соответствии с характером осуществляемой деятельности (об их разгосударствлении, партикуляризации), а о публичной интервенции с помощью их модификаций в гражданский оборот, в частноправовое пространство. Учреждения здравоохранения, оставаясь в публичной имущественной принадлежности, подразделяются на три разновидности (казенные, бюджетные и автономные) в зависимости от свободы доступа к «платным» услугам, к доходам за счет средств граждан, общества, помимо налогов.

Аналогичным образом под действием Закона Об основах претерпела изменения, адаптированные к потребностям ведомственного администрирования, конфигурация законодательного определения положения членов неоформившегося медицинского сообщества.

Основной причиной таких изменений является невозможность сохранения в сфере деятельности по поводу здоровья ситуации, в которой за действия работников – как по договорным (ст.402 ГК РФ), так и по внедоговорным (ст.1068 ГК РФ) обязательствам – отвечает работодатель. В отсутствие равно моральной (в силу девальвации социальной ценности медицинской про-

фессии) и материальной (в силу непомерно низкой зарплаты) мотивации медицинские работники все более безразлично относятся к результатам труда, из-за чего пациенты все чаще обращаются в суд, и на работодателя возлагается все большая имущественная ответственность, не восполняемая практически не работающими механизмами регресса.

За рубежом (особенно в странах, где нет трудового права, и носитель медицинской профессии является самостоятельным хозяйствующим субъектом) функции упорядочения сформированного медицинского сообщества осуществляют его органы – медицинские ассоциации и палаты, но не государственное отраслевое ведомство. В России – в стране медицинских работников – медицинская общественность не обособлена от государственного отраслевого ведомства, чтобы иметь такие органы и через них осуществлять свою правосубъектность, в силу этого также не определенную. А чтобы медицинская общественность получила, как за рубежом, профессиональную автономию, носители медицинской профессии должны лишиться привязки к положению исключительно наемного работника: в России они не имеют иного определения, кроме как «медицинские работники».

Вместо того, чтобы пойти по пути заимствования полезного зарубежного опыта и законодательно оформить создание института профессиональной медицинской общественности через необходимые изменения существующей действительности, Закон Об основах ввел ужесточение требований к профессиональному положению медицинского работника,

Законодательная инновация состоит в том, что вопреки правовому смыслу разрешительной системы, которая распространяется на рыночных операторов, хозяйствующих субъектов в экономическом обороте, Законом Об основах она распространена на работников таковых – носителей медицинской профессии, которым вменяется аккредитация⁵ (ст.69).

Подтверждением неслучайности такого подхода является положение Закона Об основах о страховании профессиональной ответственности (п/п.7 п.1 ст.72) вопреки тому, что в соответствии с действующей в стране правовой доктриной страхованию подлежит гражданская ответственность (ст.ст.931-932 ГК РФ). Очевидно, что если это ответственность гражданско-правовая, то – субъекта экономической деятельности, каковым медицинский работник не является; если аккредитуется врач с возложением на него профессиональной ответственности, которая подлежит страхованию, то

⁵ Аккредитация специалиста - процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи либо фармацевтической деятельности. Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения основных образовательных программ среднего, высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти

зательного медицинского страхования (п/п.2 ст.78 Закона Об основах).

⁴ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 19, ст. 2291; N 31, ст. 4209; N 46, ст. 5918; N 49, ст. 6409.

– чем отлично положение работника и работодателя, аккредитованного и неаккредитованного врача, какой правовой природы и чем отличается в обоих случаях его ответственность, чтобы подлежать или не подлежать и какому страхованию? А как подлежащая страхованию профессиональная ответственность работника соразмеряется с гражданской ответственностью работодателя?

Вместо обособления института профессиональной медицинской общественности от отраслевого государственного ведомства Закон Об основах устанавливает институт котируемого административного признания организаций медицинской общественности, на которые переносится бремя страхования профессиональной ответственности состоящих в них медицинских работников, государственным отраслевым ведомством (ст.76). А как профессиональная ответственность работника одной (медицинской) организации, в которой он осуществляет деятельность, наступает для него при членстве в другой (профессиональной некоммерческой) организации, в которой страхуется ответственность за риски этой деятельности? А какими благоприятными последствиями сказывается котируемое административное признание организаций медицинской общественности отраслевым государственным ведомством в вопросах наступления профессиональной (гражданской) ответственности за результаты медицинской деятельности?

Таким образом, вместо достижения формальной определенности положений Закон Об основах создает неясность и порождает вопросы. Вместо размежевания социальных институтов и социальных групп по характеру деятельности, результат которой имеет или не имеет товарную форму, Закон Об основах просто подчиняет первых вторым, а с этим – частноправовые отношения товарообмена публичному администрированию со стороны государственного отраслевого ведомства. Законом Об основах ведомству предоставляются юридические инструменты административной субординации гражданско-правовых институтов в сфере охраны здоровья. Если хозяйственная активность субъектов медицинской деятельности Законом Об основах подчиняется ведомственному администрированию, то в части ответственности акцент смещается с работодателя на работника, положение которого также администрируется государственным отраслевым ведомством через посредство неизвестной правовой природы института аккредитации специалистов. С этим вводится также неизвестной правовой природы страхование профессиональной ответственности. При этом организациям медицинской общественности для демпфирования гражданской ответственности объединяемых субъектов медицинской деятельности вменяется обязанность получить допуск от государственного отраслевого ведомства. В соответствии с Законом Об основах положение субъектов медицинской деятельности детерминируется не их позицией в обороте товаров, работ, услуг медицинского назначения, а тем, которое признано отраслевым ведомством. Вопреки различиям характера регулируемых Законом

Об основах общественных отношений их субъектный состав смешан им и обобщен в вертикаль субординации отраслевому ведомству под инновационным названием «уполномоченный федеральный орган исполнительной власти».

2. ДЕТЕРМИНАНТЫ ОБЪЕКТНОГО СОСТАВА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

В той мере, в какой объекты медицинской деятельности представляют меновой интерес для субъектов этой деятельности, от закона естественно ожидать реалистичную определенность характеристик этих объектов, от чего в значительной степени зависит эффективность динамики отношений товарообмена. Напротив, если медицинская деятельность составляет часть деятельности государства, то закону надлежит раскрыть, что является объектом деятельности состоящего на государственной службе медицинского персонала. Единым и общим не может быть объект правового регулирования деятельности, различающейся имеющим или не имеющим товарную форму результатом. Единой и общей не может быть и мера правового режима объектов публичных и частных отношений.

Здоровье является детерминирующим объектом, по поводу которого под защитой закона складываются различные правоотношения, в том числе в сфере охраны здоровья. Здоровье – это универсалия для самых различных правоотношений – от посягательств до медицинской помощи, от умысла, неосторожности и случайностей во вред до целенаправленного вмешательства во благо. Здоровье не подлежит обобщению – это персонализированное благо, являющееся объектом права индивида, которое по совокупности может лишь учитываться как общественное здоровье, не становясь при этом общественным или публичным (государственным) достоянием.

Здоровье – это качественная характеристика биологического и социального бытия человека, складывающаяся из набора количественных параметров: антропометрических; физических; физиологических, биохимических и др. Это – имеющийся уровень функциональной и метаболической эффективности организма, для каждого – свой: для ребенка и пожилого, спортсмена и инвалида, здорового и больного. Тем или иным здоровьем человек обладает и в состоянии физического, психического и социального неблагополучия, при котором присутствуют и заболевания, и расстройства функций органов и систем организма, вопреки определению п/п.1 ст.2 Закона Об основах – оно попросту не соответствует действительности.

Охрана здоровья граждан, будучи предметом правового регулирования Законом Об основах, является обобщающим объектом неодинаковой деятельности субъектов равно публичного и частного права в этой сфере в интересах сбережения здоровья граждан. Соответственно, субъекты публичного и частного права в сфере охраны здоровья осуществляют каждый свою, различную по характеру деятельность.

Государство реализует публичную функцию – здравоохранение. Вопрос в том, в чем эта функция заключается.

В социалистический период здравоохранение, как и любая другая функция государства, включала в себя и административную активность органов управления здравоохранением, и медицинскую деятельность учреждений здравоохранения – и осуществление ими этой деятельности, и ее финансовое обеспечение.

В новое время, на фоне изменившихся политических, правовых и экономических реалий, фактического разделения по результату деятельности медицины (фармации, медицинской техники и пр.) и здравоохранения, формирования оборота товаров, работ, услуг медицинского назначения, государству необходимо определить, что собой представляет здравоохранение вне привязок прошлого. Необходимо, наконец, диверсифицировать долю государственного участия в охране здоровья граждан. Понятие здравоохранения как функции государства осталось законодательно не выделенным, не определенным и не раскрытым.

Вместо этого Закон Об основах (п/п. 2 ст.2⁶) не только отождествляет здравоохранение с охраной здоровья, подменяя первое вторым, но и подчиняет сферу охраны здоровья приоритетам здравоохранения, смешивая деятельность публичных структур с медицинской деятельностью субъектов частного права, возлагая функции здравоохранения не только на субъектов медицинской деятельности, но и на пациентов: едва ли можно допустить, что осуществление «системы мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического)» - это удел организаций и граждан.

Соответственно, вместо организации здравоохранения как функции государства Закон Об основах регламентирует организацию оказания медицинской помощи, выделяя для этих целей понятия лечения, диагностики, профилактики, а также состояния, заболевания – основного и сопутствующего, тяжести заболевания или состояния и т.д.

Подобно тому, как врач в качестве медицинского работника не является субъектом гражданских прав и правоотношений, оформленные Законом Об основах медико-организационные построения не приобретают значения правовых детерминант медицинской деятельности – они не обнаруживают себя ни в сфере действия публичного, ни в сфере действия частного права.

Напротив, обобщающие медико-организационные построения, являющиеся конституирующими элементами известных праву объектов медицинской деятельно-

сти, безусловно, нуждаются в законодательном определении и раскрытии. Однако для этого, по меньшей мере, медицинская деятельность должна получить ясное отнесение к сфере действия публичного или частного права. Законом Об основах она, между тем, отнесена к сфере профессиональных отношений (п/п.10 ст.2)⁷.

И если мерой профессиональных отношений меряется медицинская деятельность, то та же мера применяется и к составляющим ее элементам.

Поэтому и медицинская услуга представляет собой не то же, что в гражданском обороте – в сфере действия гражданского права. Если общее законодательство устанавливает, что услугой в качестве объекта гражданских прав (ст.128 ГК РФ) и гражданских правоотношений являются определенные действия или определенная деятельность (п.1 ст.779 ГК РФ), результаты которой не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе осуществления этой деятельности (п.5 ст.38 НК РФ), то в соответствии с Законом Об основах (п/п.4 ст.2) «медицинская услуга – это медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение». Какое значение и для чего, Законом Об основах не устанавливается. Возникает вопрос, можно ли и как пользоваться такой дефиницией медицинской услуги для целей правоприменения, особенно в отсутствие какой-либо согласованности с существующими дефинициями общего законодательства. Медицинская услуга как объект гражданского оборота представлена в специальном законодательстве медико-организационной дефиницией, не имеющей ничего общего с дефиницией правовой.

Медицинская помощь Законом Об основах (п/п.3 ст.2) определена как комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Иными словами, объект экономических отношений, получивший невнятное определение в специальном законодательстве, признается им элементом медико-организационной структуры.

Более того, не медицинская услуга как объект гражданского оборота, а именно медицинская помощь в значении медико-организационного обобщения наделяется Законом Об основах (п/п.21 ст.2) таким свойством, как качество – «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». По существу, характеристику объекта потребительского оборота получает объект, не

⁶ охрана здоровья граждан - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи

⁷ медицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях

находящийся в обороте.

Соотношение объектов медицинской деятельности также не получило ясности в Законе Об основах. Судя по всему, предполагается следующая структура: медицинская помощь, включающая в себя предоставление медицинских услуг (п/п.3 ст.2); медицинское вмешательство⁸ (п/п.5 ст.2); медицинская услуга как медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств (п/п.4 ст.2). Иными словами, медицинская помощь включает в себя медицинские услуги, а каждая медицинская услуга включает в себя медицинские вмешательства (ими, судя по формулировке Закона Об основах, предлагается считать и любые неинвазивные⁹ манипуляции и процедуры, например, применение термометра или тонометра, физиотерапию и пр.).

Очевидно, такая плоскостная структура не соответствует действительности. Бесспорно, медицинская помощь – это профессиональный процесс осуществления диагностических, лечебных, реабилитационных манипуляций в соответствии с правилами медицины. Этот процесс по правилам экономики разделяется на ряд дискретных элементов – каждый в товарной оболочке соответствующей медицинской услуги. Тем самым в составе любой медицинской услуги как товарного предоставления непременно содержится медицинская помощь как часть единого профессионального процесса ее оказания. Отсюда нет противоречия в том, что медицинская услуга является частью медицинской помощи и, наоборот, что медицинская помощь является частью медицинской услуги.

А вот понятие медицинского вмешательства применимо только к инвазивным манипуляциям и процедурам, и едва ли – к иным. По существу, это – негодная попытка подменить профессиональную составляющую медицинской услуги, т.е. медицинскую помощь в объеме соответствующих диагностических, лечебных, реабилитационных манипуляций и процедур.

Таким образом, собственно медицинская деятельность в соотношении составляющих ее элементов не получила необходимого раскрытия в Законе Об основах, чтобы можно было пользоваться соответствующими понятиями в правоприменительной практике.

Несмотря на непомерное углубление Закона Об основах в медико-организационные вопросы, к счастью, он оставил без излишней интервенции вопросы медицинских технологий, хотя и должен был соответствующим определением обособить их от объектов медицинской деятельности, служащих средствами производства медицинских услуг.

Всячески обходя оборотную организацию сферы охраны здоровья, Закон Об основах рассматривает не категории товаров, работ, услуг медицинского назначе-

⁸ Медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности

⁹ не связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки)

ния в их товарной форме, а медицинские услуги, лекарственные препараты, компоненты крови, специализированные продукты лечебного питания и заменители грудного молока, медицинские изделия, средства для дезинфекции, дезинсекции и дератизации при оказании медицинской помощи и др. в медико-организационном значении. Несостоятельность такого подхода очевидна хотя бы из положений ст.38 Закона Об основах, раскрывающих понятие медицинских изделий как готовых товаров¹⁰ (гл.30 ГК РФ), а не как результат работ (гл.37 ГК РФ), который признается изделием как исключение лишь в целях государственной регистрации¹¹ (п.5 ст.38 Закона Об основах). То, что это объекты потребительского оборота, Закон Об основах вообще обходит молчаливым, не раскрывая, какой правовой режим – купли-продажи или подряда – к ним применим. При этом к товарам, работам, услугам медицинского назначения в медико-организационном значении Закон Об основах устанавливает общий публично-правовой режим (допуска, надзора и контроля) без учета различий их частноправовых характеристик.

Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья (гл.11 Закона Об основах) также рассматривается как внеоборотная модель денежного снабжения, но не как система встречных предоставлений денежного эквивалента взамен товара, работы, услуги в отраслевом обороте. Финансирование охраны здоровья вообще и медицинской деятельности в частности законодательно не институционализировано.

Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья осуществляется за счет средств внебюджетных фондов (обязательного медицинского страхования), бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации (гл.11), в том числе, на условиях федеральных субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации (п.5 ст.34) – для финансирования деятельности получателей бюджетных средств (по общему правилу – бюджетных и автономных учреждений здравоохранения)¹² через субсидии, предоставленные на выполнение государственного (муниципального) задания.

Для частных медицинских организаций, участвующих в программе государственных гарантий бесплатного

¹⁰ Любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению, включая специальное программное обеспечение, и предназначенные производителем для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное назначение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболитического воздействия на организм человека

¹¹ Медицинские изделия, которые изготовлены по индивидуальным заказам пациентов, к которым предъявляются специальные требования по назначению медицинских работников и которые предназначены исключительно для личного использования конкретным пациентом, государственной регистрации не подлежат

¹² Федеральный закон Российской Федерации от 8 мая 2010 г. N 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»

оказания гражданам медицинской помощи, предусмотрено возмещение в порядке и в размерах, установленных соответствующей программой. Предполагается, что они оказывают услуги гражданам за свой счет, рассчитывая на последующее возмещение из государственной казны.

В соответствии с Законом Об основах (п.1 ст.84) за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств частного происхождения оказываются «платные» услуги: медицинские – предоставляемые по желанию граждан, а также немедицинские услуги (бытовые, сервисные, транспортные и иные), предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи.

Этим впервые в федеральном законе выделена категория «платных» медицинских услуг. Медицинские услуги дифференцированы не по своим объектным характеристикам, а по характеристикам встречного предоставления¹³ – их оплаты в зависимости от источников: за счет публичных средств государственной казны или за счет частных средств общества. Сами услуги с этим никак не меняют своих объектных характеристик, как и встречный эквивалент денежного предоставления. И без такой оплаты услуги – одинаково «платные» и бесплатные – попросту не оказываются как составляющие медицинской деятельности, осуществляемой на постоянной основе. Не услуги подвергаются делению по признакам платности или бесплатности, а оплата услуг по ее источникам: из частных средств или из государственной казны. Различия в источниках финансирования отражаются не на свойствах объектов взаимных предоставлений, а на конфигурации субъектного состава правоотношений – в зависимости от того, в свою или в чужую пользу производится оплата.

Бесплатных услуг не существует постольку, поскольку они являются объектами возмездных отношений. Услуги могут оказываться бесплатно для получателя – тогда, когда находится плательщик в его пользу (ст.430 ГК). Лукавством является выделение категории бесплатных «на безвозмездной основе, финансируемых за счет средств всех бюджетов бюджетной системы Российской Федерации и средств бюджетов государственных внебюджетных фондов» услуг – они все уже оплачены налогоплательщиками в пользу их получателей. В частной медицине платными являются все услуги, вопрос лишь в том, кто их оплачивает.

Распределение же финансовых средств в бюджетном процессе не является финансированием собственно охраны здоровья и медицинской деятельности. Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья результатует оплатой товаров, работ, услуг медицинского назначения, а не направлением на эти цели средств государственной казны. От того, как денежные сред-

ства проходят в процессе публичного распределения на соответствующие цели, социальный результат охраны здоровья и медицинской деятельности не достигается. А зависит социальный результат от того, насколько публичное распределение соответствует реальным потребностям охраны здоровья и медицинской деятельности, в том числе и в части эффективности платежного механизма.

Что же касается дополнительных услуг, то к ним Законом Об основах отнесены как обязательные при оказании медицинской помощи (бытовые и транспортные), так и не являющиеся отделимыми от медицинских услуг и конституирующие их (сервисные услуги). Без оказания бытовых (например, в стационаре) и транспортных (при перевозке пациентов или доставке необходимого для диагностики и лечения) услуг оказание собственно медицинских услуг зачастую невозможно. Без сервиса как части товарной составляющей медицинских услуг невозможна медицинская помощь как нетоварная их часть. В отрыве от основного предоставления оказываются услуги послепродажного сервиса (например, техническое обслуживание автомобилей), но не сопутствующие этому предоставлению обязательные атрибуты (обслуживание и комфорт), как в случае услуг, в частности медицинских. Самостоятельных сервисных услуг не существует.

Кроме того, дополнительные услуги вправе оказывать имеющие общую правоспособность коммерческие организации, которые их предоставляют вне зависимости от происхождения оплаты медицинских услуг. Имеющие же ограниченную правоспособность некоммерческих организаций государственные учреждения здравоохранения вправе осуществлять только медицинскую деятельность, соответствующую уставным целям. Оказание немедицинских услуг не составляет специальную правоспособность осуществляющих медицинскую деятельность учреждений здравоохранения.

Таким образом, налицо подмена понятий товарных объектов экономического оборота медико-организационными понятиями ведомственного здравоохранения. Такой необоротный объект, как здоровье, вообще остался за пределами внимания Закона Об основах, хотя бы и упомянут в понятийном аппарате в неупотребимой в правоприменительной практике формулировке. Вопреки различиям характера регулируемых Законом Об основах общественных отношений их объектный состав смешан им и обобщен в рамках признания «уполномоченным федеральным органом исполнительной власти». Объектный состав медицинской деятельности детерминирован отраслевым ведомством, а не конъюнктурой отраслевого оборота. В ведомственном обороте воспроизводятся те системные пороки детерминант, в том числе объектов медицинской деятельности, которые и породили длящийся два десятилетия кризис социалистического здравоохранения в капиталистическом обществе.

¹³ По тому же принципу – придания характеристики услугам по характеристикам встречного предоставления – Законом Об основах выделена категория высокотехнологичной медицинской помощи (ст.34). Если высокотехнологичная медицинская помощь это – всего лишь вопрос дороговизны медицинских услуг, то не самих этих услуг, которые просто являются гораздо более высокочрезмерными по себестоимости в отличие от обычных.

3. ДЕТЕРМИНАНТЫ ПРАВОВЫХ ОСНОВАНИЙ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Медицинская профессиональная деятельность в порядке оказания медицинской помощи пациентам осуществляется сведущими лицами, допущенными к ее осуществлению в соответствии с законом. На каких основаниях и при каких условиях оказание медицинской помощи является правомерным?

Медицинская экономическая деятельность складывается в возмездных отношениях и осуществляется систематически в порядке оказания медицинских услуг потребителям лицами, зарегистрированными в качестве хозяйствующих субъектов и имеющими разрешение на ее осуществление. На каких основаниях и при каких условиях правомерно оказание медицинских услуг?

Медицинской является деятельность по поводу здоровья. Здоровье является объектом медицинской деятельности. Медицинская деятельность осуществляется на пользу здоровью – это ее цель. Однако на пути достижения пользы для здоровья медицинская деятельность сопровождается издержками для него: умаление здоровья от патологии предотвращается меньшим – от лечения. Это – единственный вид деятельности, объектом и договорных, и внедоговорных (деликтных) отношений при осуществлении которой является здоровье. При осуществлении любых иных видов деятельности здоровье становится объектом только деликтных обязательств. На каких основаниях и при каких условиях умаление здоровья при осуществлении медицинской деятельности не является противоправным?

Эти вопросы и обуславливают необходимость установить детерминанты правовых оснований осуществления профессиональной медицинской деятельности, ее возмездности и умаления здоровья при ее осуществлении.

3.1. ДЕТЕРМИНАНТЫ ПРАВОВЫХ ОСНОВАНИЙ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста (п.1 ст. 69 Закона Об основах).

Аккредитация специалиста – процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи либо фармацевтической деятельности. Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения основных образовательных программ среднего, высшего и послевузовского медицинского образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном упол-

номоченным федеральным органом исполнительной власти (п.3 ст.69 Закона Об основах).

Отсюда, к осуществлению медицинской деятельности допускаются:

- выпускники профильных образовательных заведений;
- через процедуру административной аккредитации.

При этом объединенные по факту принадлежности к трудовому положению, к профессии или специальности (п.1 ст.76 Закона Об основах) профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими работниками, вправе принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья, в решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил, порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников, принимать участие в аттестации медицинских работников для получения ими квалификационных категорий. Медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают и утверждают клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (п.2 ст. 76 Закона Об основах), а избранные – в аттестации врачей для получения ими квалификационных категорий; в заключении соглашений по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и в деятельности фондов обязательного медицинского страхования; в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (п.3 ст. 76 Закона Об основах).

Образовательный статус выпускника профильного образовательного заведения Законом Об основах напрямую конвертируется в профессиональный статус специалиста через процедуру административной аккредитации, минуя медицинское сообщество, поскольку его органы наделяются какими угодно иными функциями, но только не конституирующими само это сообщество.

Как и повсеместно за рубежом, образовательный статус выпускника профильного образовательного заведения является условием, но не основанием обретения профессионального статуса.

Основанием для получения профессионального статуса является профессиональная пригодность, т.е. соответствие требованиям, предъявляемым профессией. А это – функция медицины, профессионального сообщества, а не здравоохранения, отраслевого ведомства.

За рубежом с профильным образованием специалист приобретает профессиональную правоспособность, а профессиональную дееспособность – с признанием в качестве профессионала. И признает его в этом качестве не орган государственной власти, а орган профессионального сообщества.

В России за отсутствием сформированного профессионального сообщества, с одной стороны, и сохранением социалистического приоритета государства в управлении делами общества, с другой стороны, отраслево

ведомство попросту узурпирует общественные функции. Такое положение дел и оформлено Законом Об основах. В результате мало того, что выделяются избранные, особо допущенные отраслевым ведомством «профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими работниками», но и уполномочиваются они на ограниченное «участие» в делах медицины, в делах, по существу, самого медицинского сообщества¹⁴, а также, почему-то, в делах здравоохранения, в делах даже не столько отраслевого ведомства, сколько оплаты государством медицинских услуг в пользу граждан¹⁵, к чему они, представляя профессию, а не отраслевое предпринимательство, отношения не имеют.

Кроме того, подтверждение аккредитации в дальнейшем один раз в пять лет в административном порядке создает правовую неопределенность: поражается ли в правах специалист, не прошедший очередную аккредитацию, и с какими последствиями.

Таким образом, вместо допуска к профессии через органы медицинского сообщества Закон Об основах устанавливает право на осуществление медицинской деятельности в порядке административной аккредитации. Образовательный статус выпускника профильного учебного заведения напрямую приравнивается к профессиональному статусу специалиста. Аккредитация специалиста не находит в Законе Об основах раскрытия ее правового значения для осуществления профессиональной деятельности.

3.2. ДЕТЕРМИНАНТЫ ПРАВОВЫХ ОСНОВАНИЙ ВОЗМЕЗДНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Квинтэссенция правовых оснований возмездности медицинской деятельности по Закону Об основах заложена в положении п.8 ст.84: к отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются положения Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года N 2300-1 «О защите прав потребителей». Иными словами, потребительскими – и потому возмездными – признаются отношения, источник платежей в которых имеет сугубо частную природу. Хотя это прямо и не установлено, подразумевается, что к отношениям, в которых плательщиком является государство, нормы законодательства о защите прав потребителей не применяются.

Тем самым, если в соответствии с прежними Основами граница пролегла между государственным и муниципальным здравоохранением, с одной стороны, и частной медициной, с другой стороны, то в соответствии с Законом Об основах – между медицинской деятельно-

стью, финансируемой по программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и «платными» медицинскими услугами. При этом в отличие от прежних Основ, не знавших еще категории «платных» услуг, под ними подразумевается не только деятельность субъектов частной медицины, но и автономных и бюджетных государственных учреждений здравоохранения за счет средств иных, чем из государственной казны. Иными словами, если государственные учреждения здравоохранения и частные медицинские организации осуществляют деятельность вопреки программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, то она подпадает под действие законодательства о защите прав потребителей, а если в рамках этих программ – не подпадает.

Таким своеобразным образом – по источникам финансирования – различая медицинскую деятельность, Закон Об основах никак не определяет характер той и другой. Различия закладываются в том, что в рамках программ государственных гарантий осуществляется бесплатное оказание гражданам медицинской помощи, а за плату из других источников – «платные» медицинские услуги. Иными словами, медицинская помощь оказывается бесплатно для граждан за счет средств государственной казны, а медицинские услуги оказываются за плату из частных источников.

В парадигме различий характера деятельности с результатом, имеющим или не имеющим товарную форму, медицинская помощь в рамках программ государственных гарантий объяснения не находит. Если детерминантами являются программы государственных гарантий, то – для финансирования деятельности по оказанию медицинской помощи или для определения самой этой деятельности? Если результат деятельности по оказанию медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий не имеет формы товара, то какой является эта деятельность?

Этих вопросов не возникло бы, будь это деятельность государства по финансовым предоставлениям гражданам, подобно социальным выплатам по беременности и родам, временной нетрудоспособности и т.п., только с целевым назначением на оплату медицинской помощи вопреки государству. Но, во-первых, это деятельность не государства, а учреждений здравоохранения (хотя бы и государственной принадлежности) и допущенных к этому частных медицинских организаций в рамках программ государственных гарантий; во-вторых, это не финансовые предоставления субъектов медицинской деятельности гражданам; в-третьих, это деятельность по поводу здоровья как объекта в принадлежности правообладателей-граждан. Иными словами, это особая (по поводу здоровья) деятельность, лишь финансируемая в рамках программ государственных гарантий, а осуществляемая не государством. Она заключается в предоставлениях гражданам того, что им необходимо исключительно для личных нужд – в потребительских предоставлениях.

¹⁴ в разработке клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, норм и правил в сфере охраны здоровья, в решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил, порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников, в аттестации медицинских работников для получения ими квалификационных категорий

¹⁵ в заключении соглашений по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и в деятельности фондов обязательного медицинского страхования; в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Однако значение потребительских предоставлений безразлично для Закона Об основах. Потребительский характер оборота медицинских услуг никак им не учитывается. Волеизъявлением граждан – получателей медицинской помощи (медицинских услуг) Закон Об основах пренебрегает: «...информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента» (п.7 ст.20), но «...порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» (п.8 ст.20). Речь идет о форме или формуляре? Форму сделки (письменную, устную или нотариальную) устанавливает гражданское законодательство. Добровольное информированное согласие – это односторонняя сделка, письменную форму которой легализует закон. А на каком основании исполнительная власть утверждает формуляр добровольного информированного согласия? А если пациент или его представитель отказывается что-либо подписывать, не отказываясь от медицинского вмешательства? И что индивидуального для блага в правообладании гражданина можно конкретизировать в типовом ведомственном формуляре?

Врачебную тайну (ст.13) Закон Об основах делает доступной для всех за счет исключений (п/п.4), а также при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи – даже с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных (п/п.8); в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности (п/п.10).

Договорные основания медицинских предоставлений вопреки установлениям общего законодательства Законом Об основах тоже никак не учтены: он касается каких угодно иных договоров, но только не договоров купли-продажи товаров, выполнения работ, оказания услуг медицинского назначения¹⁶.

Безразличие Закона Об основах к основаниям медицинских предоставлений вполне убедительно демонстрирует п/п.2 п.5 ст.84: «медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государ-

ственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги ... при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации». Может ли договор быть заключен с анонимом?

Очевидно, по общему правилу, правовым основанием осуществления медицинской деятельности Закон Об основах признает государственное задание, обеспеченное соответствующими субсидиями, а прочие возможности отнесены к исключениям.

В подтверждение этому Закон Об основах минует универсалию хозяйственного процесса осуществления медицинской деятельности, состоящий из оказания медицинских услуг. Он сосредоточивается лишь на медико-организационных вопросах и вопросах финансирования охраны здоровья (точнее, медицинской деятельности) государством. При этом правовая природа ни платежных отношений, ни потребительских предоставлений при осуществлении медицинской деятельности им не раскрыта.

С одной стороны, Закон Об основах не касается оборота медицинских услуг, просто обходя стороной любые упоминания о рынке. Фактически положения о «платных» услугах обращены к государственным учреждениям здравоохранения. Частная медицина, как и прежде, остается прозрачной для регулирования специальным законодательством, будучи в сфере действия общего законодательства, регулирующего оборот товаров, работ, услуг в реальном секторе экономики.

С другой стороны, Закон Об основах устанавливает режим администрирования не только оплаты медицинской деятельности за счет средств государственной казны (в рамках программ государственных гарантий), но и самого осуществления этой деятельности вне зависимости от источников ее финансирования (через положения об оплате внеоборотной категории медицинской помощи, контроле ее качества, об административных порядках и стандартах ее оказания, в том числе при оказании «платных» медицинских услуг).

Таким образом, в соответствии с Законом Об основах возмездность оказания медицинской помощи достигается ценой поражения в правах ее получателей. Медицинские предоставления в потребительском обороте выстраиваются по правилам отраслевого ведомства, а не в соответствии с нуждами и волеизъявлением их получателя. Субъекты медицинской деятельности Законом Об основах понуждаются к соблюдению этих правил, а не интересов получателей медицинских предоставлений. По существу, им запрещается руководствоваться интересами граждан ради получения за это соответствующего вознаграждения, поскольку и оплата производится, и ответственность по этой оплате наступает по совершенно иным критериям в рамках правил отраслевого ведомства.

(продолжение следует)

¹⁶ международный договор Российской Федерации (п.5 ст.1; п/п. 17 п.1 ст.14; п.3 ст.19; п.6 ст.69; п/п.3 п.5 ст.84); договор об оказании платных медицинских услуг, в т.ч. добровольного медицинского страхования (п.2 ст.84, п.2 ст.19; п.6 ст.26); о суррогатном материнстве (п.9 ст.55); о проведении клинических исследований (п/п.1-2 п.1 ст.74); о практической подготовке медицинских работников (п.2 ст.77).

БЮДЖЕТИРОВАНИЕ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Хронометраж работы сестринского персонала лежит в основе системы качества, эффективности оказания медицинской помощи и выбора данного лечебного учреждения пациентом

Ключевые слова: хронокарта, поэлементарные затраты времени, условно зависимые и независимые манипуляции

ВВЕДЕНИЕ.

Для определения конкретных задач и разработки основных направлений по совершенствованию качества сестринской помощи целесообразно следовать четырем критериям содержания деятельности по обеспечению качества медицинской помощи, рекомендуемым Всемирной организацией здравоохранения: выполнение профессиональных функций (техническое качество); использование ресурсов (эффективность); контроль степени риска (опасность травм или заболеваний в результате медицинских вмешательств); удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием. В этом аспекте имеет существенное значение анализ затрат рабочего времени медицинской сестры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Для определения поэлементарных затрат времени при оказании ухода и помощи новорожденному применялся метод хронометражных наблюдений. Разработана хронокарта затрат времени медицинской сестры обсервационного отделения новорожденных МУЗ «Клинический родильный дом». Хронометражные наблюдения проводились в течение одного месяца. Структура реально выполняемых средним медицинским персоналом функций включала: уход за пациентом, оказание диагностических услуг, выполнение лечебных мероприятий, осуществление неотложной медицинской помощи, обучение родильниц правилам грудного вскармливания и ухода за новорожденным, оказание профилактических и реабилитационных услуг, осуществление работ по инфекционной безопасности, подготовка рабочего места, делопроизводство, профессиональные взаимоотношения. На основе должностных инструкций палатных медицинских сестер и рекомендаций по нормированию труда НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения им. Н.А. Семашко в РАМН разработан перечень видов деятельности и трудовых операций, выполняемых медицинскими сестрами [1, 2]. Все виды

деятельности были распределены по четырем группам: основная деятельность; вспомогательная деятельность; работа с документацией; служебные разговоры. Согласно нормативным документам о стандартном распределении рабочего времени, необходимого палатной медицинской сестре для выполнения того или иного вида деятельности, основная деятельность – 50% рабочего времени, вспомогательная – 10%, работа с документами – 30%, служебные разговоры – 10% времени [3, 4].

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Хронометраж использования рабочего времени среднего медицинского персонала проводили на базе МУЗ «Клинический родильный дом» в обсервационном отделении новорожденных. В исследовании участвовали 15 медицинских сестер со стажем работы от 1 года до 30 лет и более, все имеют сертификаты по сестринскому делу в педиатрии и квалификационные категории. В смену работают 4 медсестры в течение суток, 1 процедурная медсестра, 1 молочная сестра в течение дня, 1 медсестра проводит скрининг на фенилкетонурию, муковисцидоз и врожденный гипотиреоз, 1 медсестра проводит аудиоскрининг, 1 медсестра проводит вакцинацию БЦЖ, работая в дневную смену. Исследование проводили в дневную рабочую смену медсестры, которая продолжается с 9.00 до 15.30. В ходе совместной работы с главной медсестрой больницы и старшей медсестрой отделения были выделены манипуляции, относящиеся к основной деятельности медперсонала среднего звена обсервационного отделения новорожденных, которые, в свою очередь, разбили на независимые и зависимые.

К условно зависимым отнесли манипуляции и процедуры, осуществляемые персоналом в ходе выполнения врачебных назначений. Данный вид манипуляций представляет собой в основном практические действия (собственно сестринские манипуляции): постановка инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривен-

ные, внутрикожные; сбор системы; венепункция; проведение инфузионной терапии, промывание желудка, проведение вакцинации ПГВ, проведение вакцинации БЦЖ, забор крови на скрининг, проведение аудиоскрининга, кормление из мензурки, проведение фототерапии, контрольное взвешивание новорожденного, асстирование при рентгенодиагностике, забор крови на исследования: билирубин, СРБ, АЛТ, АСТ. забор мочи на общий анализ, определение суточного диуреза; проведение оксигенотерапии, постановка клизмы.

К условно независимым отнесли манипуляции и процедуры, которые медсестры выполняют в основном без назначения врача, не требуют профессиональных практических (манипуляционных) сестринских навыков: информирование родильниц и родственников о правилах поведения в стационаре; ежедневный туалет новорожденного; взвешивание новорожденного; наблюдение за общим состоянием больного; оценка состояния пациента после проведенных манипуляций; измерение температуры тела; измерение частоты пульса; советы пациенту и рекомендации, беседы, создание благоприятной окружающей среды; организация безопасной окружающей среды; обеспечение инфекционной безопасности; психологическая подготовка пациента к исследованиям; сопровождение больного; приготовление постели; помощь при проведении гигиенических процедур; подмывание; контроль выполнения некоторых предписаний врача; обучение родильниц правилам грудного вскармливания и навыкам ухода за ребенком, за молочными железами; участие в организации питания.

К вспомогательной деятельности относились:

- обучение студентов медицинского училища и вновь прибывших сотрудников;
- подготовку к работе;
- взаимодействие с коллегами;
- получение и раскладку медикаментов;
- мытье рук и инструментария, подготовку к сдаче в ЦСО;
- кварцевание кабинетов, палат;
- подготовку материалов и биксов для стерилизации;
- вызов больного в кабинет, на консультации;
- надевание рабочей одежды.

Работа с документацией включает следующие позиции:

- заполнение документов по приему и передаче смены;
- заполнение необходимых граф в истории болезни (температурный лист и др.);
- регистрация выполненных врачебных назначений;
- выписка направлений на анализы;
- работа с документами, регламентирующими санэпидрежим, приказами и распоряжениями по ЛПУ.

Служебные разговоры включают:

- передачу и прием смены;
- отчет у старшей медсестры;
- обсуждение проблем пациента с лечащим врачом;
- участие в утренних конференциях;

• обсуждение интересов пациента с представителями других служб;

- ответ на телефонные звонки;
- вызов врача-специалиста.

К хозяйственной и прочей деятельности относят:

- обеспечение стерильным инструментарием, перевязочным материалом;
- контроль за сохранностью и исправностью медицинского оборудования;
- уборку рабочего места;
- переходы внутри ЛПУ.

Кроме того, было выделено личное время:

- для приема пищи;
- для личной гигиены.

Исследование проводили в следующем порядке:

- в начале смены наблюдатель заполнял на каждую из медсестер индивидуальный лист хронометража: Фамилия И.О. работника, возраст, квалификационная категория, общий и медицинский стаж работы, должность;
- наблюдатель при исследовании обязательно имел секундомер, ручку и жесткий штатив, на который прикреплял лист наблюдения;

• в лист хронометража рабочего времени введены виды рабочей деятельности, напротив которых в ходе наблюдения отмечали время, затраченное на тот или иной вид деятельности;

• в конце рабочей смены суммировали время отдельно по каждому виду деятельности и подводили итог;

• по результатам всех собранных данных по работе среднего медицинского персонала МУЗ КРД составили сводную таблицу, в которую занесли результаты исследования по затратам рабочего времени;

• в конце таблицы выведены средние показатели по каждому виду деятельности, которые явились результатом исследования.

Результаты и их обсуждение.

Результаты анализа проведенного хронометража деятельности медицинских сестер МУЗ КРД представлены в таблице 1.

Анализ результатов фотохронометражных замеров выявил неравномерную загруженность сестринского персонала в течение одной рабочей смены (24 час).

Более детальный анализ содержания выполняемых работ позволил установить, что одной из главных причин утяжеления работы медицинских сестер, наряду с нехваткой сестринского персонала в целом, является выполнение ими работ и услуг, которые могут быть делегированы младшему медицинскому персоналу.

В ходе исследования доказано, что сочетанное использование фотохронометражных наблюдений содержания профессиональной деятельности сестринского персонала и анкетного опроса является методической основой для разработки рекомендаций по совершенствованию нормативно-правовой базы деятельности среднего медицинского персонала.

Анализ сравнительной таблицы показывает:

- основная деятельность сестринского персонала составляет половину рабочего времени и соответствует

Наименование деятельности	Показатели персонала больницы	Эталон
Основная деятельность	50	50
Вспомогательная деятельность	15	10
Работа с документацией	13,6	30
Служебные разговоры	10	10
Хозяйственная и прочая деятельность	3,4	-
Личное время	8	-
Итого	100	100

Таблица 1.

среднероссийским показателям, приведенным в методических рекомендациях по хронометражу;

- на вспомогательную деятельность медицинские сестры, участвовавшие в эксперименте, затрачивают на 5% больше времени по сравнению со стандартом, т.к. медсестра выполняет многие функции младшего медицинского персонала;

- медперсонал отделения затрачивает на заполнение документации в 2,2 раза меньше времени, чем по эталону, т.к. в отделении разрабатывают и внедряют более совершенные формы ведения документации. Так, сотрудники отделения, в котором проводили хронометраж, разработали специальные бланки мониторинга жизненно важных функций пациента: медицинская сестра делает в бланке только небольшую отметку, экономя таким образом много времени (см. приложение). По-видимому, в лечебно-профилактическом учреждении, где составляли эталон, сестринскую документацию ведут в соответствии с устаревшими правилами. В кардиологическом отделении и в больнице есть все возможности совершенствовать работу в этом направлении;

- на служебные разговоры медсестры затрачивают одинаковое количество времени, что подтверждает возможность взятия данного показателя за основу в дальнейших исследованиях;

- хозяйственная и прочая деятельность занимает 3,4% рабочего времени, т. к. эта работа обеспечивает

связь между другими видами деятельности; в ОДБ личное время сотрудников занимает 8%. Этот полученный показатель можно взять за основу и включить в нормативные документы, т. к. в эталоне этот показатель не определен.

Рассмотрим время, затраченное на основную деятельность, составляющее 50% рабочего времени (зависимая деятельность – 20%, независимая – 30%).

Медсестра стала уделять больному и его семье больше внимания (независимые вмешательства, направленные на обучение пациента и его семьи).

ВЫВОДЫ.

Несмотря на то, что основная деятельность составляет 50% рабочего времени, детальный анализ данных хронометража показал, что общению с пациентами и их семьями медицинские сестры уделяли менее 30 мин в день. Введение в штат должности младшей медсестры позволит увеличить время, затрачиваемое на общение с пациентом, минимум на 10–20%. Создание психологического и физического комфорта для пациента (ребенка) и его родственников является немаловажным фактором, способствующим быстрому выздоровлению пациента, а, следовательно, влияющим на качество сестринской помощи.

Использованные источники:

1. Анализ и оценка деятельности учреждений здравоохранения, их подразделений и служб. – М.: ГРАНТЬ, 2002. – 504 с.

2. Федеральный профессиональный стандарт по специальности «Сестринское дело» (проект). - Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России». – Санкт-Петербург, 2008. – 133 с.

3. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. – М.: ОАО «Издательство “Медицина”», 2006. – 528 с.

4. Мамаев А.Н. Основы медицинской статистики. – М.: Практическая медицина, 2011. – 128 с.

А знаете ли Вы, что...

... поправки в Гражданском кодексе предусматривают, что при установлении, осуществлении и защите гражданских прав и при исполнении гражданских обязанностей участники гражданских правоотношений должны действовать добросовестно, при этом никто не вправе извлекать преимущество из своего незаконного или недобросовестного поведения.

А знаете ли Вы, что...

... после вступления поправок в Гражданский кодекс сторона, которая ведет или прерывает переговоры о заключении договора недобросовестно, обязана возместить другой стороне причиненные этим убытки. При этом убытками, подлежащими возмещению недобросовестной стороной, признаются расходы, понесенные другой стороной в связи с ведением переговоров о заключении договора, а также в связи с утратой возможности заключить договор с третьим лицом.

Е.Х. Баринов

ЛЕЧЕБНО – ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В ПРАКТИКЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

В статье приводится случай длительного нахождения хирургического материала в брюшной полости

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, инородные тела, брюшная полость

Проблема оставления инородных тел в брюшной полости при оперативных вмешательствах остается актуальной и в наши дни. По данным различных авторов в ургентной абдоминальной хирургии они составляют до 74%. Клинические симптомы инородных тел брюшной полости весьма разнообразны, что усложняет процесс диагностики и часто приводит к позднему лечению и неблагоприятным исходам (1,2).

Оставление инородных тел после оперативных вмешательств является врачебной ошибкой «лечебно-технического» характера. Понятие о врачебной ошибке совершенно исключает какой-либо умысел или противоправное действие. Следовательно, эти врачебные ошибки в уголовном законодательстве будут рассматриваться как невинное причинение вреда (статья 28 УК РФ), при летальном исходе – причинение смерти по неосторожности (статья 109 УК РФ). В части 2 статьи 28 УК РФ к деяниям, совершенным невинно, отнесены случаи, когда лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий, но не могло предотвратить эти последствия в силу не соответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам.

В большинстве своем подобные случаи рассматриваются в гражданском процессе, когда поданы иски как к лечебным учреждениям, так и непосредственно к врачам проводившим операции. Особо следует выделить часто встречающиеся профессиональные ошибки в хирургической практике вследствие нераспознавания послеоперационных осложнений.

Наглядным примером вышеизложенного являются следующие наблюдения из экспертной практики.

Гр-ка К., 56 лет была оперирована в экстренном порядке по поводу острого деструктивного калькулезного холецистита. Выполнялась лапароскопическая холецистэктомия из мини доступа. Через 4 суток больная была повторно оперирована по поводу несостоятельности культи желчного пузыря через срединный

лапаротомный доступ. На 13-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение. Но вскоре после выписки больную стали беспокоить боли в правом подреберье, периодическое повышение температуры тела, слабость, жидкий стул. В течение 4-х месяцев наблюдалась и лечилась в поликлинике по месту жительства по поводу постхолецистэктомического синдрома и панкреатита. После ухудшения состояния, нарастания явлений интоксикации была госпитализирована в стационар. После длительных обследований, консультаций различных специалистов (инфекциониста, оториноларинголога, уролога, проктолога, гастроэнтеролога, хирурга) и безрезультатного консервативного лечения больная была оперирована с диагнозом: «острая кишечная непроходимость?, абсцесс брюшной полости?». На операции выявлен гнойный выпот в брюшной полости, множественные межпеченочные спайки, инфильтрация стенки тонкой кишки. При разделении спаек вскрылись три межпеченочных абсцесса объемом до 120 мл густого гноя, перфорации стенки тонкой кишки. После разделения спаек в этой области был обнаружен дефект стенки тонкой кишки до 3 см в диаметре, где пальпировалось образование - большая хирургическая салфетка, которая была удалена, а участок кишки резецирован. Послеоперационный диагноз: «инородное тело тонкой кишки с множественными перфорациями ее стенки и формированием межпеченочных абсцессов. Острая обтурационная кишечная непроходимость. Распространенный гнойный перитонит». Несмотря на проводимую интенсивную терапию на фоне интоксикации, нарастала полиорганная недостаточность, что и привело к смерти больной.

В другом случае гр-ка П., 53 лет в экстренном порядке была оперирована по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Выполнена двухсторонняя поддиафрагмальная стволовая ваготомия, пилоропластика по Джуду. Через месяц после операции

у больной появились боли в области послеоперационного рубца, в левом подреберье, вздутие живота, не устойчивый стул. В течение 2,5 лет наблюдалась и лечилась амбулаторно с диагнозом: состояние после СПВ, спаечная болезнь брюшной полости. Через 2,5 года после операции с подобными жалобами поступила на стационарное лечение. При пальпации живота в левой половине его, ближе к подреберью определялось плотное, болезненное образование до 5 см в диаметре, не спаянное с кожей. При УЗИ и КТ брюшной полости выявлено объемное жидкостное образование размерами 10x11см («киста поджелудочной железы?»). От предложенной операции больная отказалась. Лишь через год обратилась за медицинской помощью, когда образование увеличилось в размерах до 18 см в диаметре. На операции: в левом подреберье выявлено плотно-эластической консистенции напряженное образование до 15 см в диаметре, спаянное с передней брюшной стенкой и желудком. Образование удалено. При его вскрытии в полости были выявлены сливкообразные гноевидные массы и участок марли, в развернутом виде 65x45 см. Больная выписана из стационара на 43 сутки после госпитализации.

Из описанных клинических случаев видно, что диагностика инородного тела в брюшной полости является чрезвычайно сложной и их исходы разные. В первом случае инородное тело вызвало образование пролежней, множественные перфорации тонкой кишки, межпетельные абсцессы и перитонит в ранние сроки после операции. Во втором случае салфетка в брюшной полости инкапсулировалась и не вызывала выражен-

ной реакции организма в течение трех лет, причинило лишь легкий вред здоровью.

Установить причину оставления инородных тел в брюшной полости по данным допроса хирургической бригады и медицинской документации не представлялось возможным.

Оба случая рассматривались в гражданском процессе и иски к лечебным учреждениям были судом удовлетворены.

Вышеизложенное свидетельствует, что только соблюдение всех правил выполнения оперативных вмешательств, создание доброжелательной обстановки во время операции и избегание излишней торопливости будут способствовать исключению оставления инородных тел в брюшной полости. Комплексная оценка клинических симптомов позволит провести более раннюю диагностику и удаление инородных тел брюшной полости, а также уменьшить количество неблагоприятных исходов и исков на лечебно-профилактическое учреждения со стороны больных и их родственников.

Использованные источники:

1. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Профессиональная ошибка в послеоперационном ведении больного как причина трагедии // Медицинская экспертиза и право. - 2012. - № 1. с.50.

2. Казарян В.М. Послеоперационные инородные тела в ургентной абдоминальной хирургии // Актуальные аспекты судебной медицины и экспертной практики, - вып.1, - М, 2008 – с.85-89.

НАШИ АВТОРЫ



Балебанова Татьяна Александровна, юрист-консульт ООО «Гарант-Сервис-Университет», аспирант кафедры криминологии и уголовно-исполнительного права Московской государственной юридической академии имени О.Е. Кутафина.
Координаты для связи:
E-mail: malu_g77@mail.ru.



Баринов Евгений Христофорович, к.м.н., доцент кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ
Координаты для связи:
111396, г. Москва, Федеративный пр., д. 17, кор. 6 (70 ГКБ),
Тел.: (495) 303-37-20



Бойко Иван Васильевич, д.м.н., доцент доцент кафедры медицины труда ФГБОУ «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздравсоцразвития РФ»
Координаты для связи:
e-mail: Ivan-Boiko@yandex.ru



Бондарев В.А., к.м.н., главный врач НУЗ Отделенческая больница на станции Астрахань-1 ОАО «РЖД»,
Координаты для связи:
Россия, 414041, г. Астрахань, ул. Сун-Ят-Сена, 62



Виноградова Елена Валерьевна, частно-практикующий юрист
Координаты для связи:
(812)717-96-41



Горелова Наталья Владимировна, ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздрава РФ, Астрахань, ассистент кафедры перинатологии с курсом сестринского дела
Координаты для связи:
414000, Астрахань, ул.Бакинская 121



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



Корецкая Людмила Рустемовна, к.м.н., НУЗ отделенческая больница на станции Астрахань-1 ОАО «РЖД»
Координаты для связи:
414041, г. Астрахань, ул. Сун Ят- Сена, 62.
E-mail: lelka1966@mail.ru



Лазарев Сергей Владимирович, эксперт Некоммерческого партнерства «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», к.м.н
Координаты для связи:
e-mail: selasik@mail.ru



Огуль Леонид Анатольевич, ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздрава РФ, Астрахань, доцент кафедры перинатологии с курсом сестринского дела, к.м.н.
Координаты для связи:
414000, Астрахань, ул.Бакинская 121



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), д.м.н, к.ю.н.
Координаты для связи:
127254, г. Москва, ул.Добролюбова, д.16, к.2, тел.(495) 618-00-81



Шаповалова Марина Александровна, ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздрава РФ, доцент кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением, д.м.н.
Координаты для связи:
414000, Астрахань, ул.Бакинская 121



Шепелева Дарья Александровна, юрист, НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав»
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 на год 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

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Редакция не несет ответственности за достоверность сведений, содержащихся в опубликованных авторских материалах, как и за содержание рекламных объявлений.

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.

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.