

**Национальная
медицинская организация**

**Конституционный
закон о медицине**

**Вопросы к Министру
здравоохранения РФ**

Учебный и деловой год начался внешне без резких перепадов.

Министерство сваяло документ о платных медицинских услугах, который был благополучно возвращен на доработку. Общество – и врачи, и пациенты – все шире против платных услуг в учреждениях здравоохранения вообще. Но власть продолжает хотеть этого не замечать.

Не задается у тех, кто с ложкой, впрячь в общее ярмо тех, кто с сошкой. На 5 октября министерство созывает съезд врачей всея Руси. По квотам. То есть практические врачи там тоже будут. В следовых количествах. Решать, понятно, предстоит не им. И даже не тем, кто от их лица вот уже два десятилетия исправно заигрывал с властью. Бюрократии нужна новая структура, которая, выражая как бы интересы практических врачей, была подконтрольна и подотчетна профильному министерству. Поэтому планируется сделать членство в ней обязательным.

Все шире неприятие обществом урезания отраслевого бюджета. Все резче проблемы даже не вообще с финансированием здравоохранения, а с лекарствами и с кадрами. И новые конфликты все назревают.

В Питере и Владимире родители обделенных чиновниками детей через прокуратуру и суд добиваются гарантированного лекарственного обеспечения. Отраслевое чиновничество все больше деградирует.

В Самаре возник второй доктор Хренов – правда, высочайшего класса профессионал, – громко покинувший кардиодиспансер. Лучшие все уходят. Остаются от безвыходности.

Врачи все чаще становятся фигурантами уголовных дел. Крепко за них взялся следственный комитет. И это уже не только дела о вменении обязанностей должностного лица (больничные, льготные рецепты и пр.), но и все активнее – о профессиональных преступлениях.

Проблемой – возможно, основной – стал кризис компетенций в медицинском сообществе. Падение уровня знаний, умений, навыков и т.д. среди медиков – далеко не новость. Однако параллельно этому – от поколения к поколению – растет их амбициозность и алчность (не путать с прагматичностью и трезвой оценкой своего мастерства). А об этом не говорят. Эффект Даннинга-Крюгера косит ряды медиков. И именно поэтому объективно невозможна консолидация медицинского сообщества: каждый – с приоритетом своего, зачастую дилетантского, мнения, неспособный слышать другие, особенно профессиональные, мнения и готовый к неадекватному одергиванию всех оппонентов. То, что не стало авторитетов – это полбеда. То, что медицинское сообщество накрыло воинствующей серостью – беда.

Поэтому ждать сейчас создания насколько бы то ни было работоспособной профессиональной медицинской организации нельзя: все, что есть и еще будет создано, подвергнется неоднократной реорганизации. Вопрос сейчас – не в таких организациях. Вопрос – в качестве самого медицинского сообщества.

Об этом мы информируем вас, наших читателей.

**Главный редактор
Алексей Тихомиров**

ПОДПИСКА

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

□ **Через редакцию:
– на 2013 год – 7950 рублей**

□ **Через каталог Роспечати “Газеты и журналы.
1 полугодие 2013 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**

ПРИМЕЧАНИЕ

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) 971-85-17 или по электронному адресу jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru.

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ:

05/2012

ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

СОДЕРЖАНИЕ

ЛАКОНИЧНО

А.В. Тихомиров
КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕРНИЗАЦИИ
(РЕФОРМЫ) ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 2008: ДОРОЖНАЯ КАРТА

2

ОБСУЖДЕНИЕ

Л.А. Михайлов, В.Н. Ярыгин, В.К. Леонтьев, Н.Ф. Измеров
КАК СОЗДАТЬ НАЦИОНАЛЬНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ?

4

Т.В. Нижегородцев
ТЕХНОЛОГИЮ СОЗДАНИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
НЕОБХОДИМО ПРИМИРИТЬ С РОССИЙСКИМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ

12

ОБЗОР

С.В. Лазарев
ГОТОВО ЛИ ВРАЧЕБНОЕ СООБЩЕСТВО К САМОУПРАВЛЕНИЮ?

14

А.В. Тихомиров
ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО
ФЕДЕРАЛЬНОГО КОНСТИТУЦИОННОГО ЗАКОНА
О РЕГУЛИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

16

Д.А. Шепелева
ПРЕДЕЛЫ ДОГОВОРНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СВЯЗИ
С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

22

С.В. Лазарев, Д.А. Борисов, С.С. Мисюлин, М.Ю. Шапран
САМОРЕГУЛИРОВАНИЕ КАК СПОСОБ САМОСОХРАНЕНИЯ
ЧАСТНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

25

А.В. Тихомиров
ОБЯЗАТЕЛЬСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

31

Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский, Е.Н. Черкалина
ТАКТИЧЕСКАЯ ОШИБКА В НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

43

А.В. Панов, К.Г. Хасикян
РЕФОРМА ДОЛЖНА БЫТЬ НАСТОЛЬКО ГЛУБОКОЙ,
ЧТО, МОЖЕТ БЫТЬ, ПРОЩЕ ВСЕ ЗАНОВО ВЫСТРОИТЬ

45

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

А.В. Тихомиров

КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНО – ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕРНИЗАЦИИ (РЕФОРМЫ) ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 2008: ДОРОЖНАЯ КАРТА

Модернизация здравоохранения заключается в индустриальной трансформации отрасли, создающей гражданский оборот в сфере охраны здоровья

Ключевые слова: модернизация здравоохранения, индустриальная трансформация отрасли социальной сферы, дорожная карта реформы сферы охраны здоровья

Health service system modernization is the branch industrial transformation creating civil turnover in health care sphere

Keywords: health service system modernization, social sphere branch industrial transformation, health care sphere roadmap

1. Казна разделяется на две части: ту, которая предназначена для содержания государства, власти и ту, предназначением которой является содержание социальной сферы.

Эта последняя тоже разделяется на две части: средства для безвозмездного содержания социальной защиты и средства для оплаты товаров, работ, услуг в пользу граждан (социальный платежный фонд).

Такая диверсификация структурирует казну по назначению государственных расходов, делая их прозрачными для контроля.

2. Подвергается банковской трансформации институт обязательного медицинского страхования со всеми посредническими цепями и взаимосвязями. Вместо него государством создается банк с разветвленной филиальной сетью. В нем – ввне государственной казны – целевым назначением размещается социальный платежный фонд. Тем самым предназначенные для оплаты товаров, работ, услуг в пользу граждан средства переходят в гражданский оборот, выходя за пределы действия бюджетного законодательства.

При этом расчеты по нуждам состояния здоровья каждого из граждан остаются за отраслевой бюрократией, а вот реальные средства выбывают из ее распоряжения.

Соответственно, граждане наделяются специальными дебетовыми картами этого банка, на которых размещаются средства, соответствующие нуждам их здоровья.

С помощью этих карт они сами расплачиваются с теми, кто оказывает им медицинские услуги, голосуя государственным рублем за свой выбор субъектов медицинской деятельности и создавая конкуренцию между ними за потребителя.

3. Ликвидируется институт государственных учреждений здравоохранения.

Бывшим медработникам этих учреждений придается положение самостоятельных экономических операторов – субъектов права (подобно индивидуальным предпринимателям) с запретом работодателям привлекать их по трудовому найму. Они сами получают доходы от своей деятельности – от оплаты оказываемых ими медицинских услуг. Именно с ними расплачиваются потребители с помощью специальных банковских карт. Более того, именно в этом банке могут обслуживать свои счета и сами медики.

Эти специалисты медицинской профессии объединяются в некоммерческие организации двух типов: по общности места профессиональной деятельности и по общности клинической профессии. Нахождение в первых позволяет им совместно осуществлять лечебно-диагностический процесс (на базе конкретной больницы, поликлиники и т.п.). Нахождение во вторых институционализирует медицинское сообщество и оформляет профессиональное самоуправление.

Объекты (недвижимость, оборудование, аппаратура и

пр.) остаются в государственной собственности (переходя лишь в федеральную принадлежность) по всей стране.

Это места деятельности специалистов медицинской профессии (кабинеты) и размещения пациентов (палаты), которые принадлежат не им, а государству.

А для управления этими объектами здравоохранения, для обеспечения всем необходимым специалистов медицинской профессии и пациентов государство привлекает создающиеся для этих целей бизнесом специализированные управляющие компании. Это могут быть и частные объекты здравоохранения и обслуживающие их управляющие компании, в которые в такой схеме превращаются существующие частные медицинские организации. Управляющие компании могут объединяться на основах экономического саморегулирования.

Принципиально важно стране не допустить приватизации в социальной сфере. Наоборот, следует продолжать строить и строить такие государственные объекты здравоохранения. Именно они – вместе с медицинским сообществом – воссоздают системность организации отрасли.

Государство, оставаясь фактическим плательщиком в пользу граждан, заинтересовано в экономичности своих затрат на эти цели. Ликвидация института обязательного медицинского страхования уже уменьшает непомерные транзакционные расходы, а перемещение платежных отношений в гражданский оборот делает ненужной избыточную бюрократию, что также сокращает коррупцию. Освобождение от налогов тех, кто своей экономической деятельностью прямо создает социальный результат (в отличие от косвенного участия в этом только налогами реального сектора экономики) – это еще один способ уменьшения цены медицинских услуг. И, наконец, либо минимизация арендной платы субъектов медицинской деятельности за пользование объектами здравоохранения, либо безвозмездное пользование ими также сократит цену медицинских услуг, оплачиваемых государством. В результате на плечах государства остается два основных вида расходов на медицинскую деятельность: оплата медицинских услуг и дотации обеспечивающей их инфраструктуре (управляющим компаниям).

А знаете ли Вы, что...

...согласно требований постановления Правительства РФ от 04.10.2012 г. N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» до заключения договора исполнитель в письменной форме начиная с 1 января 2013 года обязан уведомлять потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

А знаете ли Вы, что...

...в городе Воронеже начал работать центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний «Лечебно-диагностический онкологический центр», основанный на частной форме собственности. Стоимость проекта оценивается в 1 миллиард рублей. Новый онкоцентр оснащен позитронно-эмиссионными томографами, радиохирургической системой «КиберНож», системой лучевой терапии «ТомоТерапия», двухэнергетическим компьютерным и магнитно-резонансным томографом, УЗИ-аппаратом экспертного класса. Сотрудники нового онкологического центра прошли обучение в США, Италии, Германии. В штате медицинской организации насчитывается 47 медицинских работников.

А знаете ли Вы, что...

...председатель Правительства РФ участвуя 5 октября 2012 года в заседании Первого национального съезда врачей Российской Федерации сообщил следующее: «Приоритетной задачей государства остаётся создание достойных условий работы и жизни медицинских работников. За два ближайших года фонд заработной платы увеличится приблизительно на треть, а к 2018 году, как мы и договаривались, средняя зарплата врачей должна быть в 2 раза выше, чем средняя зарплата по соответствующему региону»

Л.А. Михайлов, В.Н. Ярыгин, В.К. Леонтьев, Н.Ф. Измеров

КАК СОЗДАТЬ НАЦИОНАЛЬНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ?

Для развития системы здравоохранения в России необходимо создание в ее структуре системы корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей - Национальной медицинской организации. Это возможно при условии наличия политического решения и модели организации включающей: систему имущества, финансирования и выборов. Вместе с тем, настоящее время общество мало информировано о принципах деятельности и структуре таких организаций. В статье авторами рассматриваются способы создания такой организации

Ключевые слова: профессиональное самоуправление, медицинское сообщество, национальная медицинская организация

To develop healthcare system in Russia it is necessary to establish in its structure the system of corporate management and regulation of doctors' professional activity – National Medical Organization. It is possible on condition that there is a political decision and a model of the organization which includes the system of property, financing and elections. At the same time the society nowadays is poorly informed of the principles of activity and of the structure of such organizations. In the article the authors examine ways of establishing such an organization

Keywords: professional self-government, medical community, national medical organization

Национальная медицинская организация (НМО) – это профессиональная организация, членами которой являются только врачи, т.е. лица, получившие высшее медицинское образование, квалификацию «врач», и давшие клятву использовать полученные знания во благо здоровья людей. Членами-корреспондентами НМО могут быть физические лица с высшим образованием по смежным медицинским специальностям: биохимики, физиологи, медицинские кибернетики, медицинские психологи и другие парамедики, а также фельдшера.

Медицинские сестры, провизоры и фармацевты имеют свои профессиональные организации и взаимодействуют с НМО, как партнеры через свои профессиональные организации.

Бухгалтера, водители, санитарки, уборщицы и другой вспомогательный персонал, работающий в медицинских организациях различной формы собственности, объединяются иными профессиональными организациями и через них могут вступать во взаимодействие как с НМО, так и с организациями, объединяющими медицинские организации различной формы собственности.

Правом голосования в НМО обладают только врачи

– члены организации. Члены-корреспонденты участвуют в деятельности организации только с правом совещательного голоса. Перечень специальностей, по которым предоставляется статус члена-корреспондента, устанавливают члены НМО, т.е. врачи. Принципиальное отличие НМО от других профессиональных медицинских организаций в том, что она является системой корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей, а, следовательно, составной частью национальной системы здравоохранения. НМО представляет мнение врачей России как внутри страны, так и за рубежом. И может осуществлять свою деятельность по общему или специальному закону.

Если нет каких-либо особых целей для организации собрания врачей у его организаторов, то само по себе врачебное собрание не может являться способом создания НМО и, следовательно, системы корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей. Непонимание того, что формальное создание организации не приводит к созданию системы, это «грабли», на которые так «успешно» наступают последние 20 лет. Однако, как показывает жизнь, «не страшны дурные вести, мы в ответ бежим

на месте, в выигрыше даже начинающий...» Это печально, но у этой печали, увы, есть свои причины, не устранив которые создать НМО невозможно.

Наука логики утверждает: если посылка неверна, а метод правильный, результат будет неправильный; если посылка верна, а метод неправильный – результат тоже будет неправильный. В данном случае и посылка неверна, и метод неправильный, потому что собрание врачей в создании НМО – это не начальный, а конечный, завершающий этап в формировании системы врачебного самоуправления и саморегулирования. В противном случае, собрание останется собранием, врачи – врачами, и никакой новой самостоятельно функционирующей системы в лице корпорации врачей в структуре системы здравоохранения создано не будет, а учрежденная таким собранием организация будет нежизнеспособной.

Если все же стоит задача сформировать в структуре национальной системы здравоохранения систему корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей, то начинать это делать нужно с создания условий для ее существования в уже действующей системе здравоохранения, иначе эта система отторгнет само начинание в силу своего устройства и в целях самосохранения. Создать эти преобразования возможно только на основе понимания того, как функционирует система здравоохранения при наличии в ней системы корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей и, конечно, с согласия самой системы, то есть руководителей органов управления здравоохранения, что возможно только при их заинтересованности в этом, либо при директивном проведении соответствующих изменений в самой системе, осуществимых с самого «сверху», т.е. на языке администрирования, понятном участникам системы.

В системе здравоохранения, действующей в РФ, единственным управляющим регулятором является государство, а способ регулирования – это администрирование, т.е. приказ. Система профессионального регулирования как система законодательством не предусмотрена. Если и есть в законе упоминания о профессиональном регулировании, то они не реализуемы потому, что государство не определилось с тем, что должна собой представлять система врачебного самоуправления и саморегулирования. Система, в которой регулятором является администратор, принципиально отличается от систем, где регуляторами являются те, кого до этого она регулировала. И тут возникает серьезный вопрос: а готов ли новый регулятор, российский врач, к выполнению возлагаемых на него функций, и есть ли ему чем отвечать за их выполнение. Такая готовность возможна только на основе глубоких опыта и знаний у самого регулятора такого предмета, как корпоративное управление и регулирование профессиональной деятельности врачей. Нужны ясные представления о системе ответственности регулятора, системе финансирования его деятельности, системе

принятия решений и способе его формирования. И это далеко не полный перечень задач, которые должны быть решены.

Вопрос государственной важности – функция и структура системы корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей! Непонимание, посредством чего и как саморегулируется профессиональная деятельность врачей, может привести к тому, что структура создаваемой организации будет формироваться десятилетиями, методом проб и ошибок. Но даже при наличии таких знаний, требуется понимание, как их реализовать в действующей системе права и что нужно в ней изменить, чтобы созданная система могла полноценно функционировать.

Но и это еще не все. Помимо желаний нужны знания о том, как в структуре действующей системы здравоохранения создать условия, при которых возникает потребность и необходимость в формировании системы самоуправления и саморегулирования, поскольку если таких условий создано не будет, даже при наличии опыта и знаний и всего прочего их применение будет невозможно, т.к. не будет востребовано.

Что необходимо для создания таких условий – отдельный вопрос, который хорошо знают специалисты. Однако их знания будут нужны только в том случае, если государство пожелает выступить заказчиком новой системы. В противном случае опыт и знания специалистов в сфере корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей будут не востребованы и никому не нужны, даже тем, кто, казалось бы, в них больше все заинтересован, а именно: правительство, врачи, общество, экономика, оборона, демография и каждый человек в отдельности.

Можно критиковать недостатки действующей системы здравоохранения; вместе с тем, следует признать, что система административного регулирования в ней выстроена не слабо. Беда в том, что эта система взята была вынуждена на себя функции, которые хорошо, т.е. с пользой для дела, она в принципе выполнять не может по своей приказной природе устройства, но тем не менее вынуждена выполнять, т.к. система врачебного самоуправления и регулирования профессиональной деятельности врачей, которая теоретически должна их осуществлять, не создана. Действующая система управления унаследовала от советской системы здравоохранения системную ошибку, которая появилась при переносе системы как она есть в рыночную экономику, правовое идеологическое поле отличное от советского. Двадцатилетние мытарства отечественного здравоохранения связаны с тем, что в его системе врач не субъект права. Какие бы средства не направлялись в такую систему, она все равно будет разрушаться изнутри. Стать врачу субъектом права без создания НМО невозможно, поскольку именно НМО несет имущественную ответственность и за результаты профессиональной деятельности врачей и за здоровье

населения, разделяя эту ответственность с самим человеком, работодателем и государством.

Если в советский период за здоровье человека отвечало государство, то в новых гражданско-правовых отношениях, прежде всего, - сам человек. Имея право на здоровье, он должен получить от государства механизм реализации этого права, именно с этой целью и существует система здравоохранения. Реализовать свое право человек может в первую очередь только через другого человека, обладающего знаниями о здоровье и болезнях, т.е. врача. Но если в системе здравоохранения врач не имеет прав, то он не имеет и

Сегодня многие функции регулирования, которые должны выполнять врачи, выполняет административная система, Минздрав может быть и рад был бы их передать, да некому.

обязанностей. Это вынуждает пациента действовать в обход действующей системы, что в свою очередь делает ее не эффективной.

Сегодня многие функции регулирования, которые должны выполнять врачи, выполняет административная система, Минздрав может быть и рад был бы их передать, да некому, с одной стороны. А с другой, профессиональное сообщество само не обладая знаниями в области врачебного самоуправления, не может создать вменяемого регулятора. Не может их создать и Минздрав, т.е. это не его компетенция. Сделать это могут только специалисты, и пока это понимание не возобладает, все обречены на проведение «советских» собраний врачей по приказу сверху без какого либо результата.

А теперь главное – такую систему невозможно создать без того, что называется «корпоративная культура». Надо честно признаться, что в нашей стране «корпоративная культура» не сформирована. Есть взаимодействие, но это понятие с совсем иным содержанием. Где взять, или правильнее, как привить корпоративную культуру? Ответ прост – только через взаимоотношения с ее носителями. Это, прежде всего национальные медицинские организации других стран и Всемирная медицинская ассоциация их объединяющая. Если кто-то наивно полагает, что без этой врачебной культуры можно создать врачебную корпорацию, то он ошибается. Именно на основе понимания этого факта, была проделана огромная работа, чтобы Россия стала членом Всемирной медицинской ассоциации. Этим надо дорожить, потому что до этого момента любые попытки наладить какие-либо отношения с национальными медицинскими организациями – членами ВМА заканчивались ответом: «сначала станьте членом

ВМА, т.е. воспримите культуру ВМА, ее правила, традиции, принципы, и потом мы будем сотрудничать с Вами». Именно поэтому так настойчивы просьбы Минздраву поддержать инициативу проведения Совета и Генеральной Ассамблеи Всемирной медицинской ассоциации в России.

Не менее большая ошибка, если кто-то полагает, что тему создания системы корпоративного самоуправления и саморегулирования можно рассказать «в двух словах» или понять, прочитав несколько статей или книг. Она сложна и как любая медицинская специальность требует и знаний и опыта. Обычная просьба высоких начальников коротко «в двух словах» рассказать им что такое «линейная алгебра» заканчивается в лучшем случае ничем и пустой тратой времени и денег. Т.е. знание предмета (а корпоративное управление и регулирование профессиональной деятельности врачей – это медицинская дисциплина, не менее сложная, чем все другие) является основой для ее создания и воспитания, и без соответствующих знаний систему не создать и корпоративную культуру не сформировать, если не предоставить им возможность формироваться самопроизвольно в ближайшие 100 лет.

Особое внимание хотелось обратить на следующее: создаваемая система не должна разрушать уже действующую систему здравоохранения, которая управляет и регулирует профессиональную деятельность врачей, и формироваться на свободном правовом и управленческом пространстве, активно взаимодействуя с административной системой. При этом только по мере своего становления и готовности некоторые функции регулирования, которые действующая административная система была вынуждена брать на себя, можно передавать во вновь создаваемую систему, притом что действующая система должна расширять и приобретать новые функции как в сфере администрирования, так и в сфере надзора за вновь создаваемым регулятором.

К большому сожалению, далеко не все различают понятия «самоуправление» и «саморегулирование», наивно полагая, что это одно и то же. Несовершенство системы самоуправления приведет к дефекту процесса саморегулирования и сама идея создания новой формы регулирования и управления может быть дискредитирована уже на начальном этапе. Очень важно понимание, почему так важно наличие этих систем в структуре национальной системы здравоохранения. Хотелось бы обратить внимание, что именно в структуре системы здравоохранения, а не независимо от нее, как ошибочно многие полагают. Иными словами, профессиональная независимость врачей необходима, но только в форме профессиональной автономии, а не в виде независимой системы, на что ясно указывает Мадридская декларация Всемирной медицинской ассоциации. Эта необходимость продиктована двумя основными факторами: самоуправление и саморегулирование обеспечивают самоорганизацию и саморазвитие. Т.е. иными словами, без них эти два процесса

запущены в структуре системы здравоохранения быть не могут и, как следствие, система здравоохранения вынуждена сама себя организовывать и развивать, что затратно и не эффективно. Без этих процессов система здравоохранения всегда будет ущербной в развитии и неконкурентоспособной по сравнению с системами, в которых врачи умеют самоуправляться и регулировать свою деятельность. Такая система начнет саморазрушаться, что приведет к бессмысленности вложения в нее финансовых средств. Классность врачей, способных к самоуправлению и саморегулированию, всегда будет выше, чем врачей, осуществляющих свою профессиональную деятельность на условиях аутсорсинга по приказу, а их ментальность и представления о выполняемой ими миссии кардинально отличается от ментальности наемного работника. Любой профсоюз рабов всегда будет формой еще большего их угнетения, и вот результат: наши врачи и помыслить не могут о профессиональной свободе, а их основная просьба «увеличить пайку». Это безжалостная эксплуатация нравственного долга и призвания опасна, так как неизбежно приведет к «синдрому выгорания» врачей.

В странах, где эти системы не созданы, государство вынуждено делать эту работу по управлению медицинской деятельности за врачей, освобождая тем самым их ответственность за здоровье человека. Это, как показывает практика, малопродуктивно, ведет к утрате кадрового потенциала, к потере врачебной этики и культуры и низкому уровню здравоохранения. Существование врачебной культуры и этики невозможно вне корпорации, чем выше развиты корпоративные отношения, тем на более высоком уровне в них присутствует культура и этика, профессиональная подготовка и заинтересованность врачей в высоком уровне здоровья населения. Причем не только профессиональная, но и материальная, т.к. чем меньше заболеваемость, тем выше тарифы на медицинские услуги и тем ниже трудозатраты врача. Деньги идут больным – это формула не для врачей. Другой хорошо известный нам механизм формирования культуры – это жесткая государственная идеология, однако он вряд ли воспроизводим в новых реалиях.

В отсутствии системы корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей невозможно разделение ответственности за состояние здоровья человека в стране между пациентами, работодателями, врачами и государством; их отсутствие априори делает систему здравоохранения слабой, а это порождает проблемы в демографии, обороне и экономике. При этом врач и врачебное сообщество в целом, отстраненные от общегосударственных интересов в сфере здравоохранения, малоэффективны как для государства, так и для граждан.

Создать систему корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей возможно при наличии необходимых и достаточных условий. Необходимым условием является политическое решение на уровне главы государства о создании

системы в структуре здравоохранения, сопровождающееся созданием условий в самой системе. Этого политического решения пытались добиться РМА и РМО в течение почти 20 лет, одни – через «протест» объединяя протестный электорат врачей. Другие через предложения сотрудничества с Минздравом. Надо признать, что эти методы не дали желаемого результата. К сожалению, это нормальная реакция отторжения трансплантата для действующей административной системы. Но даже если это политическое решение будет получено, начинать его осуществление следует никак не с общего собрания врачей, а с формирования достаточных условий, без наличия которых задача создания системы решена, в принципе, быть не может. Прежде всего, с создания функциональной модели системы врачебного самоуправления и саморегулирования. Повторюсь, выбор модели – это задача государственной важности, и здесь ошибки быть не может, иначе застрянем еще на 100 лет. На все вопросы должны быть даны математически точные формулировки, и только специалистами:

1. Цель создания организации
2. Миссия
3. Главная задача, основные задачи
4. Функции, структура
5. Принципы организации
6. Виды членства
7. Единый устав или нет
8. Форма: «общество», «ассоциация» или «палата»
9. Через какие структуры будет осуществляться управление, а через какие – регулирование
10. Готовность действующего законодательства к реализации этих условий, и т.д.

И это только касательно модели, и далеко не все.

Например, вопрос членства: это членство физических лиц или юридических лиц; это членство обяза-

Вопрос о добровольности или обязательности членства врачей в НМО в разных странах решается по-разному.

тельное или добровольное; это членство в рамках одного устава или разных уставов. А от решения вопросов о членстве зависит решение вопроса и принципах, и, что не менее важно, вопроса об экономике и порядке финансирования, имуществе организации, и так в отношении каждого пункта. При этом решение вопросов в рамках каждого достаточного условия имеет свою строгую логическую и правовую последовательность, которую нужно понимать и соблюдать.

Вопрос о добровольности или обязательности членства врачей в НМО в разных странах решается

по-разному. Так, палата – это форма, при которой членство врачей в национальной медицинской организации обязательное условие допуска к медицинской практике. Эта форма определяется только государственным законом. Пример – Германия, но в Финляндии членство добровольное, и 97% врачей – члены Финской медицинской ассоциации. При этом заметьте, что созданные врачебные палаты – всегда только часть НМО. Наш опыт создания врачебной палаты в Тверской области совместно с германскими коллегами в 2002 году показал, что далеко не все врачи хотят, чтобы их деятельность была подконтрольна врачебной корпорации. Многие доктора приспособились к тем условиям, в которых они работают. Их вполне устраивает, что оплата их работы осуществляется не только официально, и каких-либо дополнительных обязанностей они брать на себя не спешат, а, следовательно, и поддерживать создание НМО, которой им придется подчиниться, не станут. Не станут это делать и большинство руководителей медицинских учреждений, поскольку их функции в случае создания НМО претерпят существенные изменения. Это касается и чиновников в органах управления, а это уже называется «здоровая оппозиция со своими интересами», и с этим придется считаться. Подавляющее число врачей, работающих в органах управления здравоохранением, не заинтересовано в создании нового регулятора и не хочет расставаться со своими функциями, и у них нет даже тени сомнений в том, что этот новый регулятор сделает их работу гораздо хуже, чем они сами. И, кстати, будут правы т.к. менталитет врачебного сообщества сегодня не готов себя сам регулировать, а главное понимать, чем отвечать за это регулирование. Знаменитая работа Кессенду: «Проблема рабства в Древней Греции» - рабам дали свободу, и все остались на своих местах, там, где жили и трудились. То обстоятельство, что наличие в системе здравоохранения только административного регулятора приводит к её деградации и деградации врачебного сообщества, большинство чиновников особо не беспокоит. Это и понятно, т.к. это - не их компетенция и не их сфера ответственности за систему в целом, они не отвечают и за состояние врачебного сообщества.

Что, по нашему мнению, из себя должна представлять такая структура, как Медицинская Палата, и что регулировать. Эта организация должна объединять юридических лиц, то есть по организационно-правовой форме должна быть ассоциацией общественных организаций, в которую вошли бы через своих представителей такие организации, как национальная организация врачей, организации медицинских сестер, провизоров, фармацевтов и т.д., организация, представляющая врачей, работающих в государственных медицинских учреждениях, ассоциация самих врачей частных медицинских организаций, ассоциация частных медицинских организаций, ассоциация страховых компаний, занимающихся медицинским страхованием, ассоциация фармпроизводителей, ассоциация

дистрибьюторов лекарственных средств, ассоциация производителей дезинфицирующих средств, ассоциация производителей медицинской техники и оборудования, ассоциация по IT-технологиям в здравоохранении, ассоциация медицинских издателей, ассоциация пациентов и т.д., то есть организации по направлениям в системе здравоохранения.

Главной функцией Палаты должна стать помощь Министерству здравоохранения в развитии самой системы здравоохранения в целом; создание системы взаимодействия между представителями этих направлений и государства. Самое главное, что ее структура вполне позволила бы реализовывать эту функцию по всем задачам в сфере охраны здоровья граждан, и материально такая организация была бы самостоятельной и независимой за счет взносов ее участников, т.к. они в ней кровно заинтересованы.

Анализ этих и многих других факторов позволил сделать заключение, что корпоративную систему управления и регулирования профессиональной деятельности врачей нужно создавать на добровольной основе, в свободном правовом поле, не разрушая действующей системы здравоохранения. Эту новую систему надо «выращивать» и «вскармливать» и только по мере ее готовности, передавать ей какие либо полномочия из сферы административного управления.

Далеко не все административные органы будут отторгать чужеродную им систему. Органы надзора будут приветствовать ее создание, поскольку это будет способствовать существенному расширению их функций, так как большинство медицинских организаций в РФ государственной формы собственности, то органы надзора в сфере здравоохранения, по сути, выполняют роль контролирующих органов. Их надзорные функции получают активное развитие только при формировании системы корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей и, как следствие, создание системы их (аккредитации) лицензирования.

Система формирования имущества – следующее достаточное условие, которое должно быть создано. Не будем останавливаться на том, что ряд национальных медицинских организаций имеют огромные офисы и профицитные бюджеты. Они прошли путь более чем в 100 – 200 лет. Вопрос в том, как нам, не проходя их путь, решить этот вопрос сейчас в течение 2-3 лет. Вопрос пополнения бюджета организации – это не только вопрос оплаты труда большого количества персонала, содержание зданий, в которых находятся центральный и региональные офисы, или средства на реализацию своих функций. Это еще и вопрос имущественной ответственности организации за принимаемые решения. Если есть, чем отвечать, можно претендовать на права, а если нет – то и прав нет. Провести собрание не сложно, на что содержатся выбранные этим собранием органы управления и финансировать деятельность организации, и как запустить этот механизм в действие – это знают только

специалисты. Но если этот вопрос не решить, заранее его не просчитать, организация не сможет функционировать и выполнять возложенные на нее обязанности, а уровень врачебных разочарований уже находится ниже «ватерлинии».

Говоря о формировании имущества, нужно хорошо понимать, что без «пропуска» в действующую систему здравоохранения, находясь в изоляции от нее, врачебная корпорация имущественной базы сформировать не сможет. Этот «пропуск» действующая система выпишет только при условии принятия структурно-функциональной организации НМО. Если это не произойдет, любые объединения врачей останутся по своему статусу клубами, пусть даже по профессиональным интересам. Административная система будет их «подкармливать», однако конкурировать с аналогичными организациями, созданными в структурах врачебных корпораций экономически развитых стран, эти клубы не смогут. Рано или поздно это будет осознано, но чем позже это произойдет, тем сложнее будет проблема медицинских кадров и тем затратнее станет ее решение и в ресурсах и во времени.

Следующее достаточное условие – это система выборов. Именно она определяет выбор врача, так что без нее никак. Важно понимать, что система выборов – это система, работающая в режиме online, постоянно действующая система, и тот, кто это не понимает, не понимает сути процесса самоуправления и саморегулирования, его преимуществ перед администрированием. Без знания того, как организована эта система, невозможно провести даже общее собрание врачей в медицинском учреждении, не говоря уже о создании НМО и работе всех ее выборных органов. Нередко можно услышать мнение, что президента надо выбирать лет на 5: пока он войдет в систему, пока расставит свои кадры, пока начнет управлять. Тяжелая это болезнь – советский менталитет. Осознать, что корпорацией управляет не президент, а система, которую создают ее члены для многих, оказывается, невозможно. В крупнейших НМО всегда действуют три президента: президент элект, президент и паст президент. И это не случайно. Во-первых, каждый президент ведет свою программу, и НМО реализует три президентские программы сразу. Во-вторых, представительские функции столь важны, что выполнять их одному человеку на большой территории страны просто тяжело. И,

в-третьих, президентам не надо входить в курс дела, на эти позиции всегда выбираются врачи, прошедшие хорошую политическую школу в корпорации и блестяще знающие все проблемы. При этом выбор их кандидатур всегда основан на тех политических способах решения имеющихся проблем, которые предлагают они корпорации. И способы эти базируются на представлении мнения врачей по этим проблемам в сферах, где они могут быть решены. Основой врачебного самоуправления является свободный и добровольный выбор врача, за который он и врачебное сообщество, членом которого он является, несут материальную

ответственность. Без этого выбора решения просто не будут исполняться и работа корпорации остановится. Иными словами, без системы выборов невозможно создать корпорацию врачей, поскольку то, что будет создано, будет нефункционально, а значит – неинтересно государству, врачам и населению. Функция определяет структуру, а система выборов определяет функцию.

Есть еще два достаточных условия, без которых создание системы корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельностью врачей невозможно. Это создание системы льгот и привилегий для членов врачебной корпорации и создание единого информационного пространства для членов корпорации. Как уже отмечалось ранее, есть определенная логистика в построении корпорации. Так, от выбора модели зависит структура системы выборов и система формирования имущества. При различных моделях структура этих систем может существенно различаться между собой, что безусловно будет влиять на систему формирования бюджета организации. Система льгот и привилегий как и система единого информационного пространства, так же зависят от выбора модели организации и конечно должны быть синергичны системам выборов и формирования имущества. Как функционируют эти системы в тех или иных моделях НМО и насколько они «комфортны» или «некомфортны» для врачей специалистам хорошо известно. Они знают и то, насколько финансово затратно, политически, организационно и технически трудно, а часто и не возможно совершенствовать систему формирования имущества, выборов, льгот и привилегий, единого информационного пространства в ранее выбранной модели без ее изменения. Смена модели это не только психологическая ломка устоявшегося стереотипа, но и затраты иногда превышающие доходы НМО. Итак, необходимое условие – политическое решение; достаточные условия – модель и системы: формирования имущества, выборов, льгот и привилегий, единого информационного пространства, вот те вопросы, на которые нужно получить ответы, прежде чем приступить к созданию НМО.

Только после того, как будет понимание, как создать эти достаточные условия в действующей системе, можно будет начать класть на бумагу устав организации. Уставы тоже бывают разные: для «зонтичных» организаций – это один тип устава - конституционный, для организации с персональным членством – кодексный. Непонимание различий в функционировании этих разных типов уставов может существенно сказаться как на развитии самой организации, так и на ее экономическом благополучии. Некоторые руководители, которые привыкли исходить из имеющихся у них представлений о том или ином предмете и не задумывается над тем, что имеющихся представлений может быть недостаточно для принятия правильного решения. Это всегда опасно, особенно в таком деле как управление, в результате него огромное сообщество

врачей большой страны может оказаться заложником чьих-то неверных решений и обреченным на заторможенное развитие. Далеко ходить не надо, достаточно оглянуться на собственную историю и ее результаты. Опасность оказаться пленником некомпетентности, к сожалению, в нашей стране очень велика и очень реальна. Единственно спасение – это доверие к специалистам, но именно их у нас почему-то не очень любят, а причина одна – доминирование личных интересов над общественными.

Приняв во внимание все вышеназванные обстоятельства, следует вернуться к вопросу о принятии

Какое остается главное препятствие на пути к достижению положительного результата при наличии политического решения и понимания, как создать достаточные условия для создания системы корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей? Это менталитет!

политического решения. Такое решение может быть принято при понимании, посредством каких действий будут созданы достаточные условия, а для этого нужны знания. Получается, что без наличия этих знаний политического решения принять нельзя. И как бы не были популярны лидеры, проталкивающие идею саморегулирования в медицинской деятельности, реализовать они её не смогут в отсутствие этих знаний, как и не смогут получить политического решения. Россия уже потеряла 20 лет в этом вопросе, но может потерять еще больше, пройдя точку невозврата.

Не скрою, как создать все эти технологии и как они «лежат» на бумаге, для нас вопрос вчерашний. И если появится заказчик в лице государства, то и вполне реализуемый. Но до тех пор, пока он не будет решен в политической плоскости, создание организации лишено смысла, и все усилия обречены на отрицательный результат.

Какое остается главное препятствие на пути к достижению положительного результата при наличии политического решения и понимания, как создать достаточные условия для создания системы корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей? Это менталитет! И здесь проблемы делится на три составляющие:

1. Иллюзия, что создать систему корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей – легко, и не требует знаний и опыта, а главная культура о необходимости, которой многие даже не подозревают.

2. Руководители органов управления здравоохранения никогда ни в теории, ни на практике не работали с этой системой.

3. Врачи в подавляющем большинстве об этой систе-

ме понятия не имеют, не говоря уже об опыте и знаниях, в отсутствие которых они вряд ли смогут выполнять функцию регулятора.

Эти недуги лечатся только одним способом, с которого и надо начинать подготовку к созданию такой системы – образованием, причем системным образованием с привлечением мирового опыта, а это программа и мероприятия, и не на один год, но и не 5-10 лет. Систему можно создать за 2-3 года и запустить в действие. При этом при наличии политического решения, правильно выбранной стратегии и тактике, финансовых средств из бюджета на ее создание не требуется. Система изначально должна быть независима и, следовательно, способна финансировать сама себя. Если же кто-то просит денег на ее создание, то он либо не понимает, как функционирует система, либо его интерес лежит в другой сфере. И еще, результаты создаваемая система должна давать сразу, что называется «с колес» – и это главный признак верности принятых решений.

Да, специалистов немного. Но есть интернет-технологии и с их помощью при должной организации проблема может быть решена в течении нескольких лет, а не десятилетий. Нельзя такие сложные и жизненно важные вопросы как создание врачебной корпорации выносить на неподготовленную аудиторию. Вместе с тем, сам процесс подготовки этой аудитории, если он хорошо организован на системном уровне, имеет намного большее значение в подготовке проведения общего собрания врачей, чем само собрание.

Теперь, может быть, о самом важном. Система корпоративных отношений строится не на праве, не на разделении сфер влияния и т.п. Она строится на мировоззрении как системе духовно-нравственных ценностей, положенных в основу врачебного дела, миссии врача и миссии врачебной корпорации, выраженных в принципах организации. Она строится на понимании бесценности каждой человеческой жизни и бессмертия человеческой души, на глубоком осознании своего призвания и ответственности за полученные знания перед каждым человеком, обществом, государством, на защите интересов и социальной значимости этого призвания, как в своей стране, так и в мире, на глубине морали и масштабности врачебного мышления, его гуманности и общечеловечности. Мы очень оскудели за эти двадцать лет в своем сознании и в своем мышлении. Эта духовная бедность – причина того, что мы оказываемся не в состоянии объединиться вокруг высоких ценностей смысла человеческой жизни и занять свое место в мировой истории. Мы «работаем локтями» и даже не замечаем, какое впечатление производим на коллег и пациентов. Посмотрите, как проходят врачебные съезды, по сути, это обычные научно-практические конференции: ни одного вопроса по медицинской этике, отношений врача к врачу, врача к пациенту, прав пациентов, управления интеллектуальной собственностью, истории и теории медицины, и наконец, глобальных задач и проблем медицины и

здравоохранения в государстве и мире. Таких проблем не мало, но мы как-то сняли с себя ответственность за их решение, как и за здоровье человека в стране, мы лечим, но это ведь очень обедненное отношение к призванию врача. Культура, как и мировоззрение – это основа корпорации. Нет культуры, нет и корпорации. Если смотреть «сверху вниз», то право начинается там, где заканчивается культура и мораль. Мы уперлись в право, в законы и стали нищими в культурном отношении, а без нее нам корпорацию не создать, поскольку цель ее создания – человек, пациент, население страны, население мира, сам мир, а осознание этого требует высокого культурологического развития личности врача.

Созданием системы корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей в нашей стране занимались несколько структур, которые реально представлены тремя организациями: «Российская медицинская ассоциация», «Российское медицинское общество», «Медицинская палата». Каждая из них внесла свой вклад, и было бы справедливо, если эти организации выступили учредителями национальной медицинской организации России. Эта почетная миссия – дань уважения 20-летнему труду людей, которые нашли в себе силы следовать своим убеждениям, жертвуя многим.

Создать систему корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей невозможно без активного и заинтересованного участия Минздрава России. Собственно он – главный заказчик этой системы, поскольку именно он должен принимать решения о передаче тех или иных полномочий от себя в ее ведение.

Есть еще одно обстоятельство, которое нельзя не учитывать. Мы в мире не одни, и за тем, что происходит в нашей стране наблюдает немало «глаз», наблюдают и делают выводы. Россия – член Всемирной медицинской ассоциации. Этика требует, чтобы любое событие, связанное с врачами, тем более создание НМО, проходило с участием представителей стран-членов ВМА. Это важно и потому, что нам вместе работать. Это проявление нашей врачебной культуры и «врачебной внешней политики». Так делают все НМО. Это учтивость и дань уважения. Это демонстрация нашего отношения к зарубежным коллегам, их опыту, знаниям и достижениям. И это, прежде всего, уважение к самим себе.

Сегодня Министерство здравоохранения возглавил ученый и врач, пользующийся огромным авторитетом и доверием врачебного сообщества и в России и за рубежом. Будем надеяться, что министру удастся получить политическое добро на создание системы врачебного самоуправления и саморегулирования в нашей стране и выступить заказчиком ее создания. Однако, от того, насколько правильно и в нужной последовательности будут созданы достаточные условия для создания национальной медицинской организации, будет определяться то, сможем ли мы

реализовать эту возможность или нет. Может быть, хоть на этот раз столько лет повторяющаяся история с «джентльменами удачи»: «Ребята вы откуда?, - трудовые резервы, а Динамо бежит – все бегут» уйдет в историю, и на ее смену придут умные решения и нормальное полноценное развитие.

В одном из своих выступлений В.В. Путин сказал, что условием экономического развития страны является передача полномочий из сферы административного управления в сферу правового и профессионального регулирования, заметьте, «условием развития». Нет условий, нет и развития. Поэтому, если хотим решить проблему, надо создавать условия. И начинать это делать надо без правового нигилизма – «приказов», а на основе свободного выбора врачей, потому что врачебная корпорация создается, прежде всего, в интересах врача, его миссии и призвания. Если врач не видит своего интереса в корпорации, она не сможет существовать. А интерес в том, что бы врач сам принимал решение и сам нес ответственность за них. Врачам России можно и нужно доверять и они оправдают это доверие. Не они виноваты в том, что учились и работали в системе, которая не давала им самостоятельно развиваться и управлять профессией и обязанность государства в лице его руководителей исправить эту ошибку, создав условия для развития морального и профессионального потенциала врача в интересах страны и на благо людей.

Выборы – очень важный механизм, обеспечивающий жизнедеятельность общества и потому требующий постоянного совершенствования на всех уровнях. Без выборов невозможно сформировать функцию. Допустим, общество врачей формально выбрало президента, в результате президент начинает действовать от себя лично и не всегда в интересах общества. В действительности деятельность президента врачебного

Выборы – очень важный механизм, обеспечивающий жизнедеятельность общества и потому требующий постоянного совершенствования на всех уровнях.

общества вся направлена на изучение мнения врачей и его представления как в органах государственной власти на всех уровнях, так и в других инстанциях и организациях, включая международные организации. Выбирая президента, врачи выбирают свой представительный орган. Если не будет выбора кандидатов на этот пост, то мнения врачей представлять будет некому и, значит, этот функционал будет потерян для врачей, а вместе с ним и одна из важнейших функций корпорации.

Т.В.Нижегородцев

ТЕХНОЛОГИЮ СОЗДАНИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОБХОДИМО ПРИМИРИТЬ С РОССИЙСКИМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ

Кто может и должен взять на себя ответственность, связанную с оценкой профессиональных компетенций и допуск врачей к оказанию ими медицинской помощи – вот вопрос первостепенной важности. А то, что «не так сидим» - вторично

Ключевые слова: национальная медицинская организация, медицинское сообщество, медицинское образование

Who ought to take the responsibility for professional competence estimation and admission of doctors to provide medical care = that is the top priority issue. And what is «not so sit» - not of the first significance

Keywords: national medical organization, medical society, medical education

С удовольствием прочитал статью «Как создать национальную медицинскую организацию» и хотелось в первую очередь сказать большое спасибо авторам за то, что они восполняют дефицит предложений связанных со сложными вопросами организации здравоохранения. Тем не менее хотелось бы высказаться по мотивам затронутым в статье и начать с того что я на все сто процентов согласен с оценкой сложившейся ситуации - талантливо изложенной в первой части. Однако вторая часть вызывает много вопросов и первый из них - чем собирается заниматься создаваемая Национальная медицинская организация (НМО). Участниками НМО авторы предлагают стать юридическим лицам – организациям, представляющим врачей, провизоров, фармацевтов. Дальше – больше, врачам предлагается объединяться в рамках НМО отдельно из государственных клиник, отдельно из частных, добавляются страховщики, фармдистрибьютеры, производители дезинфицирующих средств, медицинской техники, программисты, издатели, пациенты и.т.д. Возникает закономерный вопрос, что будут делать столь разные люди на борту этого медицинского «ковчега» или выражаясь более понятными сравнениями – колхоза? В силу невероятной разности заявленных групп понятно, что обсуждать ремонт конкретных «сараяв» (вопросов) и решать конкретные проблемы в этом

формате невозможно. Видимо понимая это авторы очень «изящно» решают сложную методологическую проблему - «главной функцией Палаты должна стать помощь Министерству здравоохранения в развитии самой системы здравоохранения в целом; создание системы взаимодействия между представителями этих направлений и государства.», то есть все и ничего одновременно. Это не единственное внутреннее противоречие в статье, так коллеги совершенно правильно в первой половине статьи пишут, что надеется на самоорганизацию врачебного сообщества в нашей стране в ближайшее время не стоит и приводят собственный, видимо негативный, опыт создания врачебной палаты в Тверской области, а предложения прямо этому противоречат - «анализ позволил сделать заключение, что корпоративную систему управления и регулирования профессиональной деятельности врачей нужно создавать на добровольной основе...». А как же логика «если посылка верна, а метод неправильный – результат тоже будет неправильный». В целом дочитывая статью, у меня сложилось впечатление, что главная задача заключается в создании ещё одной переговорной площадки профессионального сообщества, в самом широком смысле этого слова с тремя спикерами во главе. Это задача бюрократическая и ни к чему хорошему не приведёт, критически важным, на мой

взгляд, является определение содержательных задач, только это может заинтересовать власть и только это даст ответ на многочисленные вопросы как нам реорганизовать врачебное (и прочее сопутствующее) сообщество для пользы дела. Что бы не быть голословным приведу пример одной из животрепещущих содержательных задач, которую Минздрав понимает, как ключевую проблему и которую без помощи профессионального сообщества он решить не в состоянии – это проблема повышения качества образования. Согласно номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 № 210н, количество специальностей, полученных в вузе – 9, количество основных специальностей – 44, количество специальностей, требующих дополнительной подготовки - 185. Одной из первых инициатив Министра здравоохранения В.И. Скворцовой – была инициатива повышения качества медицинского образования. Проблему медицинского образования Минздрав видит в устаревших образовательных программах, к решению этого вопроса собираются привлечь лучшие отечественные и международные умы. Тем не менее, кто недавно закончил ВУЗы понимают, что проблема современного образования не столько в программах сколько в оторванности образования и преподавателей от реальной медицинской практики. Ну не несут ответственности преподаватели за плохо подготовленного студента, за поставленную за деньги пятерку в диплом, им вообще по большому счету все равно ходит студент на занятия или нет. В этом смысле нет никакой разницы хорошая программа или плохая. В самое ближайшее время будет принят новый закон «Об образовании» в статьях

посвященных дополнительному профессиональному образованию, а это завершающий вид подготовки по медицинским специальностям, после прохождения, которой молодой врач вправе оказывать медицинскую помощь не предусмотрено государственной аккредитации соответствующих образовательных программ. Впрочем, уже сейчас медицинские ВУЗы не вправе выдавать по окончании программ ДПО дипломы государственного образца, поскольку Минздрав за все время действия предыдущего закона не разработал федеральные государственные требования к соответствующим программам подготовки, и они соответственно не могли быть по ним аккредитованы. В новом же законе федеральные государственные требования к программам ДПО и последующая аккредитация учебного заведения по ним не предусмотрены вовсе. После принятия нового закона Минздрав должен будет разработать и утвердить примерные дополнительные профессиональные программы подготовки по всем 185 специализациям, при этом, как будет осуществляться контроль качества освоения в связи с «примерностью» пока никто не знает. Таким образом, государство снимает с себя часть ответственности за качество образовательных программ и соответственно качество обучения по ним. Кто в этих условиях может и должен взять на себя ответственность, связанную с оценкой профессиональных компетенций и допуск врачей к оказанию ими медицинской помощи, ответ дан во многих юрисдикциях мира это могут сделать только профессиональные ассоциации, но как это примирить с нашим законодательством - отдельный содержательный вопрос. Уверен, таких узких мест много, их в первую очередь и нужно обсуждать, а уж как организационно оформить решения по ним будет ясно, когда эти решения появятся.

А знаете ли Вы, что...

...Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в Министерство здравоохранения Российской Федерации направлены письма (от 17.05.2012 и от 21.09.2012) с предложением по внесению изменений в Положение о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») утвержденное Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 N 291 в части лицензионных требований к образованию руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности.

С.В. Лазарев

ГОТОВО ЛИ ВРАЧЕБНОЕ СООБЩЕСТВО К САМОУПРАВЛЕНИЮ?

Создание национальной медицинской организации профессионального самоуправления в России неизбежно, но главное при этом, чтобы начальные шаги были сделаны в правильном направлении

Ключевые слова: врач, медицинское сообщество, профессиональное самоуправление

Professional self-governing national medical organization creation is inevitable in Russia, but correct initial steps in this direction are to be of special importance

Keywords: medical practitioner, medical community, professional self-governing

Статья «Как создать национальную медицинскую организацию», с моей точки зрения, написана очень своевременно. Актуальность её появления обусловлена сложившейся в настоящее время неопределённой ситуацией с врачебным сообществом в России. Оно, как бы, есть и, как бы, его нет.

Сегодня в стране появилось так много лидеров, объявляющих себя объединителями врачебного сообщества, что сами врачи уже перестали понимать, куда их в очередной раз вписали. Идя утром на работу или возвращаясь с ночного дежурства, врач и не подозревает, что в это время его включают в списки очередной ассоциации, палаты или партнерства. Лидеры этих организаций с трибуны заявляют о таком количестве объединенных ими профессионалов медицины, что если все эти цифры сложить, то в России такого количества врачей никогда не было и не будет.

При этом основной проблемой всей объединительной политики в России является преследование личных целей их лидерами и совковый менталитет руководителей данных сообществ, который невозможно искоренить на фоне сохраняющейся системы здравоохранения Семашко. До сих пор некоторые их речи начинаются со слов – «спасибо (такому-то) за то, что нас собрали здесь...». Не удивлюсь, если на предстоящем Первом Национальном съезде врачей Российской Федерации мы услышим аналогичные пассажи в речах выступающих. Ведь опять же данный съезд собирается не по волеизъявлению врачей, а по приказу Минздрава – сверху.

Необходимо отметить, что за два десятилетия реформ и модернизации здравоохранения в России мы потеряли главную составляющую этого процесса – врача. Вкладывая за эти годы средства в производ-

ственный потенциал, государство создало нежизнеспособную систему здравоохранения, в которой отсутствует главный компонент системы – врач, который по воле обновленного законодательства в одночасье внезапно потерял своё высокое звание и стал просто медицинским работником.

Дополнительно к этому за 15 лет развития «квазирыночных» платных медицинских услуг в государственных учреждениях государство в определённой мере растратило и нравственный потенциал отдельных врачей, превратив некоторых из них в откровенных вымогателей, пользующихся безвыходным состоянием пациентов в тяжёлых ситуациях. Этика и деонтология при этом постепенно отходят на второй план.

На этом фоне средства массовой информации дополнительно акцентируют внимание потенциальных пациентов на низком профессионализме сегодняшних врачей. Им вторят и наши руководители. Так глава Министерства здравоохранения Вероника Скворцова в эфире радиостанции «Эхо Москвы» рассказала, что уровень подготовки врачей в вузах упал до «бесстыдно низкого».

При этом сами врачи, непосредственно занимающиеся медицинской практикой, униженные системой и загруженные бумажной волокитой, только робко ропщут и изредка поднимают голос, когда уже становится невмоготу.

В таких условиях нельзя не согласиться с мнением Российской Медицинской Ассоциации (РМА), что в связи с неполной гражданской правосубъектностью граждан в России ещё в 70 годы прошлого столетия произошла люмпенизации работников (при этом не только в здравоохранении). Данный факт наглядно продемонстрирован в представленном РМА социаль-

но-психологическом портрете люмпенизированного работника по И.В. Андреевой (с изменениями) :

- отсутствие какой-либо активности по своей инициативе и негативное отношение к активности других;
- низкая ответственность и стремление уклониться от любого дела, требующего личной ответственности;
- стремление постоянно минимизировать свои трудовые усилия, неспособность работать без постоянного контроля за собой;
- средний уровень квалификации, отсутствие желания повышать квалификацию;
- предпочтение уравнилельной системы оплаты труда: «лишь бы другие не получали больше»;
- поиск любых форм и способов подчеркивания своей лояльности руководителю, в обмен на особые блага и преимущества.

Вышесказанное совсем не умаляет роли тех врачей, которые героически оказывают медицинскую помощь пациентам за нищенскую зарплату в условиях бюрократической системы, всячески препятствующей нормальному врачебному процессу, но возникает закономерный вопрос – а готово ли само врачебное сообщество к самоуправлению?

То, что лидеры готовы давно, даже не понимая сути этого процесса – это понятно. А врачи – готовы ли?

Обладают ли они достаточной степенью культуры корпоративного управления, на что правильно обращено внимание в статье? Имеют ли они понятие об этой системе, не говоря уже об опыте и знаниях? Готовы ли они к самостоятельному решению вопросов врачебной деятельности и ответственности за принимаемые решения?

Представленная статья как раз даёт только понятие о врачебном самоуправлении и поднимает вопрос о путях создания национальной медицинской организации. Но сделать это будет возможно только тогда, когда врачи осознают себя полноправными членами сообщества, в котором каждый голос слышен и каждый голос что-то значит. Когда они смогут, наконец, самостоятельно выбирать делегатов на свой съезд врачей, а не смотреть, как функционеры от медицины едут в Москву по разнарядке Минздрава на съезд министерства.

Создание национальной медицинской организации, объединяющей врачей на принципе самоуправления, неизбежно в России и главное при этом, чтобы начальный этап её создания был сделан в правильном направлении. Данная статья в определённой мере должна в этом помочь.

А знаете ли Вы, что...

...Бюджетным и автономным учреждениям в органах федерального казначейства открываются новые виды лицевых счетов: для учета операций со средствами на осуществление госзадания, для учета операций со средствами, предоставленными им в виде субсидий на иные цели и бюджетных инвестиций, для учета операций со средствами, поступающими в рамках реализации программ обязательного медицинского страхования.

А знаете ли Вы, что...

...основными чертами, принципиально отличающими скорую медицинскую помощь от других видов помощи, являются: 1) безотлагательный характер ее предоставления в случаях оказания экстренной медицинской помощи и отсроченный - при неотложных состояниях (неотложная медицинская помощь); 2) безотказный характер ее предоставления; 3) бесплатный порядок оказания скорой медицинской помощи; 4) диагностическая неопределенность в условиях дефицита времени (отсутствие верифицированного диагноза позволяет в ряде случаев ограничивающуюся синдромальной диагностикой и терапией).

А знаете ли Вы, что...

...медицинское освидетельствование подозреваемого или обвиняемого осуществляется врачебной комиссией медицинской организации, определенной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, в которой имеются условия, необходимые для проведения соответствующих исследований и обеспечения прав и законных интересов лица, в отношении которого проводится медицинское освидетельствование.

А.В. Тихомиров

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО КОНСТИТУЦИОННОГО ЗАКОНА О РЕГУЛИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Федеральный конституционный закон должен стать стержнем единой законодательной концепции в сфере охраны здоровья граждан

Ключевые слова: медицинское законодательство, медицинская деятельность, реформа здравоохранения

Professional self-governing national medical organization creation is inevitable in Russia, but correct initial steps in this direction are to be of special importance

Keywords: medical legislation, medical activity, health service system reform

Существует различие между правом как объективным явлением в жизни общества и законом как формой выражения права. Посредством объединения формальных признаков права и тех объективных факторов, которые придают праву качество справедливого регулятора общественных отношений, обеспечивается всеобщий масштаб и равная мера свободы для всех, кто находится в сфере правового регулирования.

Закон Об основах неисправим, но стал бы реализуемым в части последствий своей правовой некорректности, будь п.1 ст.98 дополнен следующим положением: «Государство несет совместно с причинителем имущественную ответственность за вред здоровью граждан, причиненный при:

- соблюдении причинителем стандартов, порядков и других нормативов, относящихся к полномочиям уполномоченного федерального органа исполнительной власти, других органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;

- несоблюдении уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, другими органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления предоставленных настоящим Законом полномочий в сфере охраны здоровья, в силу чего причинитель лишен возможности выполнить соответствующие стандарты, порядки и другие нормативы и избежать при-

чинения вреда здоровью граждан;

- несоблюдении уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, другими органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления предоставленных настоящим Законом полномочий в сфере охраны здоровья, в силу чего наступили вредные последствия для здоровья граждан».

Это не сделает Закон Об основах правовым, но придаст ему справедливость правового закона, однако при этом неисполнимость Закона Об основах опустошит государственную казну, сохраняя системность его пороков. Отсутствующая регулятивная эффективность восполнится лишь компенсацией несправедливости.

Ненужной всеобъемлемой избыточности Закона Об основах может быть противопоставлена лишь система специальных федеральных законов – каждый с соответствующим отдельным предметом правового регулирования – под управлением специального федерального конституционного закона.

Федеральный конституционный закон призван создать совокупность тензоров, которые, находя последнее воплощение в федеральных законах, воспроизвели бы заданную им парадигму. Иными словами, федеральные законы служат целям развития, углубления, детализации (но не изменения или замещения) положений федерального конституционного закона, с сохранением их смысла и значения.

Отраслевой оборот в сфере охраны здоровья нужда-

ется в создании регулятивного режима, охватывающего равно профессионально-медицинский и экономический аспекты организации фактической деятельности в этом обороте в условиях ясной дифференциации и формально-определенного раскрытия используемых в ней понятий, что может быть установлено только средствами права.

В этой связи, очевидно, можно выделить, во-первых, организационно-медицинский режим регулирования отраслевого оборота в сфере охраны здоровья. Действительно, поскольку медицинская помощь оказывается по правилам медицинской профессии, а не права, постольку требуется правовыми средствами оформить организацию ее оказания не в противоречии с этими правилами в их наиболее общем виде в интересах граждан-пациентов.

Во-вторых, можно выделить организационно-юридический режим регулирования отраслевого оборота в сфере охраны здоровья. Поскольку право оформляет соответствующие общественные отношения, необходимо установить кто, что, как, при каких условиях и с какими последствиями осуществляет в отношении здоровья граждан в отраслевом экономическом обороте.

В-третьих, можно выделить организационно-экономический режим регулирования отраслевого оборота в сфере охраны здоровья. Поскольку такой оборот нуждается в упорядочении, в том числе на условиях самоорганизации, требуется правовыми средствами так позиционировать интересы его участников, чтобы это обеспечило его эффективное функционирование и развитие.

Функционал каждого режима регулирования расширяется за счет внутреннего структурирования правовых потребностей:

1. Организационно-медицинский режим регулирования отраслевого оборота в сфере охраны здоровья:

- режим профессиональной состоятельности, пригодности к медицинской деятельности. Действительно, немаловажно, кто может осуществлять профессиональную медицинскую деятельность, на каких основаниях и при каких условиях;

- режим доступа к медицинской помощи. Требуется определить, как, куда, к кому и на каких основаниях пациент вправе обращаться за медицинской помощью (исключая экономические аспекты), чтобы никто не столкнулся с невозможностью ее получить по состоянию здоровья;

- режим преемственности медицинской помощи. Поскольку существует амбулаторная и стационарная медицинская помощь, помощь первичная и высокоспециализированная и т.д., необходимо предусмотреть, какой путь вправе пройти пациент в технологической последовательности этапов медицинской эвакуации в соответствии с объективными потребностями состояния здоровья;

- режим профессиональной оценки медицинской помощи. Поскольку медицинская помощь предпринимается во благо, но может оказаться во вред здоровью

пациента, необходим механизм оценки корректности ее оказания, доступный для формулирования правоприменительных вводов судом. Существующий механизм судебно-медицинской экспертизы требует своего развития и совершенствования;

- режим медицинской коллегиальности. Медицинское сообщество обладает возможностями достижения и поддержания высокого уровня профессиональных требований к своим членам, и механизм реализации этих возможностей нуждается в законодательном закреплении.

2. Организационно-юридический режим регулирования отраслевого оборота в сфере охраны здоровья:

- режим идентификации субъекта медицинской деятельности: кто осуществляет медицинскую деятельность, получает на ее осуществление лицензию, извлекает от ее осуществления доходы и несет связанные с ее осуществлением хозяйственные риски, риск гражданской ответственности по которым вправе застраховать и т.д.;

- режим идентификации объекта медицинской деятельности: каким товаром является медицинская услуга, как она соотносится с медицинской помощью, как на ней сказываются медико-технологические аспекты (диагностика, лечение, профилактика) профессиональной деятельности, как она определяется, измеряется и оценивается, какую ценность для потребителя представляет и как эта ценность устанавливается и пр.;

- договорный режим: договор как модель (основание) правоотношения и факт исполнения обязательств, а также как акт оформления правоотношения в связи с оказанием услуг по поводу здоровья граждан; соотношение договора и медицинской документации; соотношение договора об оплате медицинских услуг и добровольного информированного согласия о мере воздействия на здоровье; соразмерность цены медицинской услуги и ценности для ее потребителя; границы договорных и внедоговорных обязательств, а также границы гражданско-правовых и административных оснований оказания медицинской помощи, различия ее оказания в порядке медицинских услуг и в порядке действий в чужом интересе без поручения и т.д.;

- компенсаторно-платежный режим. Поскольку плательщик на стороне заказчика может быть представлен отдельно, постольку может быть обособлен договор об оплате медицинских услуг, нуждающийся в соответствующей законодательной детализации. Поскольку плательщиком в пользу граждан выступает, помимо остальных, и государство, постольку ему небезразлична цена медицинских услуг при оплате их из казны, и мера себестоимости в ценообразовании, а отсюда – механизмы влияния на себестоимость, в том числе через налоговые послабления и различные компенсации и т.п.;

- информационно-коммуникационный режим. Это вопросы личной, врачебной и коммерческой тайны и оборота информации, различения оборотной и необо-

ротной информации, накопления, передачи и использования сведений о здоровье граждан, предоставления информации правообладателю и третьим лицам и пр.;

- режим деликтной ответственности. В условиях, когда целенаправленным воздействием на здоровье предотвращается вред от патологии, должно быть ясно установлено, что – во благо, а что – не во благо, а также чем ответственность за причинение вреда при оказании медицинских услуг отличается от ответственности причинения вреда иными деяниями, что можно квалифицировать как вредообразующее посягательство (действие или бездействие), каковы составы деликта при оказании медицинских услуг и т.д.;

- разрешительный режим безопасности (допуска субъектов и объектов в отраслевой оборот) – это вопросы публичных требований к товаропроизводителям и их продукции, предупреждающие причинение вреда потребителям.

3. Организационно-экономический режим регулирования отраслевого оборота в сфере охраны здоровья. Известная парадигма четырех «И» (инфраструктура, институты, инновации, инвестиции) применительно к идее модернизации в социальной сфере может заработать в том случае, если будет дополнена главным – социальной ценностью профессии людей, своей деятельностью прямо создающих социальный результат (а не косвенно, опосредованно – через налоги). Таким образом, в правовом регулировании организации экономики отрасли можно выделить:

- социально-ценностный режим. Это те гарантии государства носителям медицинской профессии, которые вне зависимости от обстоятельств обеспечивают в порядке социальной оценки получение ими доходов, достаточных для ведения достойного образа жизни;

- инфраструктурный режим как стимулирование формирования в отраслевом обороте на условиях аутсорсинга удовлетворяющего его потребности обеспечительного бизнеса;

- институциональный режим как способ закрепления корректного позиционирования участников оборота по однородности интересов в соответствующей форме организации социальной жизни, обеспечивающей устойчивость связей и отношений в рамках общества;

- инновационный режим через создание действенных стимулов для разработки новых медицинских технических и технологических новинок, улучшающих, облегчающих, ускоряющих и удешевляющих лечебно-диагностический процесс;

- инвестиционный режим как создание модели привлекательного для вложения капиталов климата, в том числе через образование венчурных предприятий, для стимулирования развития науки и внедрения создаваемых разработок в практику товарообмена в отрасли.

Федеральный конституционный закон в сфере охраны здоровья граждан закладывает экономические, политические и организационные основы функционирования отрасли. Он становится своего рода сводом

отправных начал и диспетчером основных направлений правового регулирования общественных отношений в сфере охраны здоровья с помощью федеральных законов. Поскольку социальные блага в сфере охраны здоровья являются результатом экономической деятельности, постольку целью федерального конституционного закона является соответствующая конфигурация экономических отношений. Это достигается правовым картированием экономических процессов в сфере охраны как в специальном федеральном конституционном законе, так и в следующих ему специальных федеральных законах. Иными словами, положения всех законов должны быть гармонизированы с экономическими интересами, не в противоречии с которыми закон моделирует правоотношения.

Перед массивом законодательства, касающегося сферы охраны здоровья, стоят различные по назначению задачи. Это: задачи общего законодательства, общие и частные задачи специального законодательства (рис.1).

Концептуальное моделирование реформы здравоохранения основано на логике интересов позиционирования участников общественных отношений в здравоохранении и в целом решает следующие задачи:

- исключение конфликта интересов;
- договор – единственное основание оказания и оплаты медицинских услуг;
- отделение государства от экономики в здравоохранении;
- социальный результат – следствие экономической деятельности;
- регулирование – на основе взвешенных правил, а не усмотрения должностных лиц.

В связи с этим предлагается:

1. Изложить абзац 3 п.1 ст.2 ГК в следующей редакции:

Гражданское законодательство регулирует отношения между лицами, осуществляющими предпринимательскую деятельность, или с их участием, исходя из того, что предпринимательской является самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность с результатом, имеющим товарную форму, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке.

2. Основные понятия, используемые в Законе «О защите прав потребителей» (в преамбуле) в части, касающейся понятия «недостаток», изложить в следующей редакции:

недостаток качества товара (работы, услуги) - несоответствие товара (работы, услуги) или обязательным требованиям, предусмотренным законом либо в установленном им порядке, или условиям договора (при их отсутствии или неполноте условий обычно предъявляемым требованиям), или целям, для которых товар (работа, услуга) такого рода обычно используется, или

ЗАДАЧИ ОБЩЕГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА	ОБЩИЕ ЗАДАЧИ СПЕЦИАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА	ЧАСТНЫЕ ЗАДАЧИ СПЕЦИАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА
Дифференцировать деятельность по результату, имеющему или не имеющему товарную форму	Отделить государство от экономики социальной сферы. Разделить публично- (регулирование общественных отношений, фискальная и надзорная функции) и частноправовую (в качестве плательщика по обязательствам в пользу общества) роль государства в социальной сфере.	Отделить бюджетно-правовой режим распределения публичных финансов и гражданско-правовой режим оплаты товарных предоставлений
		Отделить платежи за счет средств государственной казны в пользу самого государства и в пользу общества
		Отделить бюджетно-правовое финансирование нетоварных социальных пособий и гражданско-правовое финансирование товарных предоставлений гражданам за счет государства
Дифференцировать сферы действия публичного и частного права	Разделить здравоохранение как финансовую функцию государства и медицинскую деятельность	Отделить сферу публичного администрирования от сферы экономической свободы в отраслевом обороте
		Разделить финансовые и товаропроизводящие институты в отраслевом обороте
		Разделить сферу охраны и сферу защиты здоровья, сосредоточив надзорно-разрешительный режим на безопасности предоставлений медицинского назначения
Дифференцировать недостаток качества и недостаток безопасности потребительских предоставлений, восстановив понятие телесных повреждений	Разделить потребительскую и медицинскую составляющие медицинской услуги	Отделить недостаток качества потребительского предоставления от недостатка безопасности равно потребительского и медицинского предоставления при оказании медицинских услуг
		Дифференцировать вред здоровью потребительского, техногенного, медицинского и информационного происхождения вследствие недостатка безопасности медицинских услуг
		Отделить неизбежные телесные повреждения от недопустимых через фильтр допустимых телесных повреждений

Рисунок 1. Основные задачи законодательства в сфере охраны здоровья.

целям, о которых продавец (исполнитель) был поставлен в известность потребителем при заключении договора, или образцу и (или) описанию при продаже товара по образцу и (или) по описанию;

существенный недостаток качества товара (работы, услуги) - неустранимый недостаток или недостаток, который не может быть устранен без несоразмерных расходов или затрат времени, или выявляется неоднократно, или проявляется вновь после его устранения, или другие подобные недостатки.

3. Абзац 3 п.2 ст.7 Закона «О защите прав потребителей» изложить в следующей редакции: Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу потребителя вследствие недостатка безопасности товара (работы), подлежит возмещению в соответствии со статьей 14 настоящего Закона

4. Абзац первый ст.1095 ГК РФ изложить в следующей редакции: Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков безопасности товара, работы или услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге), подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара, лицом, выполнившим работу или оказавшим услугу (исполнителем), независимо от их вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет.

Проект федерального конституционного закона ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ И РЕГУЛИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ .

«Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Государство в социальной сфере осуществляет деятельность с результатом, не имеющим товарной формы. Средства государственной казны распределяются отдельно в соответствии с тем, имеет или не имеет результат финансируемой деятельности форму товара, а также осуществляется финансирование в пользу государства или в пользу общества.

Любая деятельность с результатом, имеющим форму товара, работы, услуги, в том числе социального назначения, осуществляется в гражданском обороте.

Любые предоставления социального назначения (социальные предоставления) гражданам в социальной сфере производятся за плату, которую осуществляет государство (в пределах социальных гарантий) либо иной плательщик в их пользу, или каждый из них самостоятельно.

Любые финансовые услуги в социальной сфере, включая финансирование государством социальных предоставлений, реализуются в гражданском обороте вне зависимости от того, кому и кем они оказываются.

Статья 2. Социальная политика государства осуществляется посредством управления распределением средств государственной казны на выплату социальных пособий гражданам и на оплату социальных предоставлений (платежей в пользу граждан).

Каждый в пределах социальных гарантий государ-

ства имеет право на выплату социальных пособий и оплату социальных предоставлений за счет средств государственной казны.

Статья 3. На содержание органов государственной власти и их должностных лиц, в том числе в социальной сфере, средства государственной казны расходуются по правилам бюджетного законодательства.

На оплату предоставлений (товаров, работ, услуг) в пользу государства или в пользу общества (социальных предоставлений) средства государственной казны расходуются по правилам гражданского законодательства.

Статья 4. На выплату социальных пособий средства государственной казны расходуются на условиях социального страхования.

Средства государственной казны на выплату социальных пособий размещаются в гражданском обороте.

Статья 5. На оплату социальных предоставлений (товаров, работ, услуг) средства государственной казны расходуются по гражданско-правовым правилам их оплаты в пользу граждан, в том числе на условиях страхования, в соответствии с положениями законодательства о защите прав потребителей.

Средства государственной казны на оплату социальных предоставлений размещаются в гражданском обороте.

Раздел 2. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Статья 1. Сфера охраны здоровья включает здравоохранение и отраслевое экономическое пространство осуществления медицинской деятельности.

Статья 2. Здравоохранение – это функция государства по осуществлению социальной политики в сфере охраны здоровья. Эту функцию выполняют государственные органы здравоохранения и их должностные лица – государственные служащие.

Статья 3. Медицинской является профессиональная деятельность экономического характера по поводу здоровья граждан.

Медицинская деятельность подчиняется правилам медицинской профессии, общепринятым в мировом и национальном медицинском сообществе.

Медицинская деятельность осуществляется и оплачивается в гражданском обороте.

Стандарты качества (соразмерности) оплачиваемых, в том числе государством, медицинских услуг устанавливаются в договорных отношениях между сторонами.

Статья 4. Медицинская деятельность включает оказание медицинской помощи в форме медицинских услуг и в форме действий в чужом интересе без поручения, а также проведение клинического эксперимента.

Выполнение работ и продажа товаров медицинского назначения (в том числе лекарственных средств и медицинской техники), а также осуществление административных или обеспечительных функций медицинской деятельностью не является.

Статья 5. Медицинское сообщество в порядке само-

управления обеспечивает единство и автономию медицинской профессии, устанавливает минимальные профессиональные требования к технологиям оказания медицинской помощи, к профессиональной квалификации (пригодности) своих членов и к оценке их профессиональной деятельности.

В порядке саморегулирования медицинское сообщество осуществляет упорядочение экономических отношений по поводу здоровья граждан в связи с оказанием медицинских услуг посредством установления добровольных корпоративных нормативов (стандартов).

Государственный надзор и лицензирование медицинской деятельности осуществляется в части обеспечения ее безопасности в отсутствие или при неэффективности саморегулирования в медицинском сообществе.

Раздел 3. БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Статья 1. Обеспечение безопасности медицинской деятельности состоит в предотвращении и устранении возможных опасностей (угроз) для здоровья граждан в процессе ее осуществления.

Статья 2. Недостаток безопасности медицинской деятельности является противоправным посягательством и основанием ответственности за причинение вреда здоровью граждан.

Недостаток безопасности медицинской помощи выражается в отклонениях от медицинских технологий, допущении техногенных, рецептурных и других возможных опасностей (угроз) для здоровья граждан в процессе ее оказания и рассматривается по правилам специального федерального законодательства об охране здоровья граждан.

Недостаток безопасности потребительского обслуживания при оказании медицинских услуг рассматривается по общим правилам федерального законодательства о защите прав потребителей.

Недостаток информированного добровольного согласия рассматривается как неосторожное причинение вреда при исполнении профессиональных обязанностей.

Недостаток безопасности клинического эксперимента рассматривается как умышленное причинение вреда здоровью.

Статья 3. Не является недостатком безопасности медицинской деятельности причинение неизбежных телесных повреждений, без которых она не может осуществляться.

Не является недостатком безопасности медицинской деятельности причинение допустимых телесных повреждений для предупреждения или устранения возможного вреда здоровью.

Не является недостатком безопасности медицинской деятельности наступление вреда здоровью вследствие прогрессирования патологии или в силу реакции организма, которая не доступна прогнозированию из-за несовершенства состояния развития медицины.

Статья 4. Риски причинения вреда здоровью при осуществлении медицинской деятельности подлежат страхованию гражданской ответственности.

Статья 5. Безопасность медицинской деятельности обеспечивается соответствующими стандартами.

Стандарты безопасности медицинской деятельности вырабатываются медицинским сообществом, принимаются его органами и устанавливаются государством в качестве технических регламентов».

Таким образом, специальный федеральный конституционный закон, как прежде Основы законодатель-

ства, устанавливает наиболее общие, основополагающие, принципиальные положения, которые, в свою очередь, развиваются специальными федеральными законами по отдельным направлениям, каждый – в пределах своего предмета правового регулирования. Краткость, ясность и однозначность положений федерального конституционного закона на основе действующей в стране правовой доктрины позволяет ему стать стержнем единой законодательной концепции в сфере охраны здоровья граждан.

Подписка в любом почтовом отделении связи по каталогу “Роспечать”

ф. СП-1

ФГУП “ПОЧТА РОССИИ”
УФПС г.Москвы

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

Главный врач: хозяйство и право
(наименование издания)

Количество комплектов:

на 2013 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)

Стои- мость	подписки		Количество комплектов:
	руб.	коп.	
	переадресовки		

на 2013 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)

Д.А. Шепелева

ПРЕДЕЛЫ ДОГОВОРНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СВЯЗИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Приведены границы договорных отношений в связи с оказанием медицинских услуг

Ключевые слова: Договор возмездного оказания медицинских услуг, информированное добровольное согласие, здоровье

Provision of medical services contractual relations limits are revealed

Keywords: the agreement on the provision of medical services, the informed voluntary consent, health

Медицинская помощь не относится к числу гражданско-правовых категорий. Объектом гражданских прав является услуга. Медицинской является услуга, содержащая медицинскую помощь. Оборот медицинских услуг регулируется нормами законодательства о защите прав потребителей.

Медицинские услуги оказываются на основании договоров. Договор конституирует услугу. В силу договора услуга возникает как объект гражданских правоотношений. Услуга не может быть оказана без договора. Следовательно, и договорные обязательства в связи с оказанием медицинской помощи в составе медицинских услуг, и сами медицинские услуги как объект правоотношений имеют соответствующие параметры, а отсюда – и свои пределы, границы.

Медицинские услуги не могут оказываться без предварительно выраженного пациентом информированного добровольного согласия. Эта односторонняя сделка определяет допуски воздействия на здоровье при оказании медицинских услуг, соответствующие волеизъявлению правообладателя.

Обе сделки – и договор, и информированное добровольное согласие – совершаются по поводу здоровья и в связи с оказанием медицинской помощи. Поэтому вопрос о пределах волеизъявления правообладателя и действия правил медицины, медицинских услуг и медицинской помощи в их составе, о взаимном соотношении этих пределов и об их соотношении со здоровьем, являющимся объектом воздействия является актуальным.

В современной науке отсутствует исследование вопросов границ воздействия на здоровье, медицинской услуги, договорных обязательств в связи с оказанием медицинских услуг. Множество проблем, возникающих в данной сфере, остаются неисследованными

либо дискуссионными.

Это создает препятствия, прежде всего, в практике административного и судебного правоприменения, а также в договорной практике и деловом обороте в сфере охраны здоровья в целом: медицинские услуги не демонстрируют своей потребительской ценности и эквивалентности как предмет оплаты; на медицинскую помощь распространяются товарные требования; волеизъявление правообладателя и здоровье не являются приоритетом для исполнителя медицинских услуг и для плательщика (по договору в пользу потребителей) и т.д.

В результате в медицинской практике договор не приобретает значения справедливого и взвешенного регулятора в отношении по поводу здоровья в связи с оказанием медицинских услуг, информированное добровольное согласие не детерминирует меру медицинского воздействия на здоровье и рассматривается как ненужная формальность. Тем самым права пациента как получателя медицинских услуг и обладателя всего комплекса ассоциированных со здоровьем прав личности не доступны должной защите со стороны закона. Отсутствие формальной определенности границ предоставления и его характеристик, по существу, создает почву для споров о недостатках медицинской услуги, информации о ней и даже о причинении вреда здоровью при оказании медицинской помощи.

Между тем именно дифференциация составляющих предоставления и их границ позволяет эффективно упорядочить договорные отношения в этой сфере так, чтобы и правонарушения обрели ясные признаки за этими границами.

Проведенное исследование позволило сделать следующие обобщения:

- Договор возмездного оказания медицинских услуг

как сделка, оформляющая отношения эквивалентного товарообмена, характеризуется параметрами встречных предоставлений по поводу здоровья. Для целей понимания пределов договорных отношений необходимо, чтобы медицинская услуга и ее детерминанты (качество, безопасность, недостаток) обладали определённостью, измеримостью и доступностью правовой оценке по заранее известным критериям, с понятными индикаторами.

- Анализ представленных в русскоязычном сегменте сети Интернет формуляров договоров медицинских организаций с пациентами свидетельствует, что пределы (границы) договорных отношений между ними попросту не предусматриваются. Вместо информации о конкретной медицинской услуге дается информация для повышения санитарной культуры населения, в то время как потребитель нуждается в разрешении своей индивидуальной проблемы. В этот момент ему интересно то, что необходимо персонально ему, а вместо этого он подвергается испытанию медицинским информационным шумом. В качестве товара предлагаются не медицинские услуги, а диагностика, лечение, показания-противопоказания, осложнения (статистика), и разъяснения, какие существуют заболевания и методы их лечения, что для этого имеется в этой медицинской организации и сколько здесь стоит единица использования медицинского ресурса (субъектного, т.е. специалиста, и объектного, т.е. оборудования, аппаратуры и т.д.). Ведущей для медицинских организаций является не потребительская ценность, а ценность своего определения размера оплаты не определенного в качестве товара медицинского предоставления.

- Воздействие на здоровье в связи с оказанием медицинских услуг правомерно в границах соответствия медицинского вмешательства воле (информированному добровольному согласию) получателя (потребителя) медицинской услуги и правилам медицины. Не является правомерным медицинское вмешательство с пороками воли правообладателя, но в соответствии с правилами медицины. Не является правомерным медицинское вмешательство в соответствии с волеизъявлением правообладателя, но с отклонениями от правил медицины. Медицинскому вмешательству предшествует определение границ его влияния на здоровье потребителя, а осуществляется оно в рамках допусков медицинской профессии.

- Поскольку, в отличие от работы, услуга не имеет результата (тем более, вещественного), постольку его функцию вместе выполняют: момент (хронологический показатель начала или завершения услуги); эффект (полезное следствие действий, составляющих услугу); итог (основание, позволяющее считать услугу завершённой). Оплате подлежит не результат услуги, а сами действия, ее составляющие. Эти действия складываются в процесс их осуществления хронологически – от момента начала до момента завершения. Эти действия имеют (или не имеют) полезное следствие (соот-

ветствующий эффект), применительно к медицинской услуге – прогнозируемое в ряду возможных эффектов. В силу соответствующего основания, устанавливаемого договором, услуга признается завершённой тем или иным итогом (не равнозначным результату).

- Медицинская услуга длится от момента начала до момента завершения (юридический итог) составляющих ее действий. Фактический итог связан с наступлением благоприятного эффекта и (или) с исключением наступления неблагоприятного эффекта предпринятых действий и (или) прогрессирования патологии. Юридический и фактический итоги медицинской услуги могут совпадать либо расходиться, порой существенно. В некоторых случаях фактический итог лечебно-диагностической услуги может наступать по завершении реабилитационной услуги.

- Для фиксации факта обращения за медицинской помощью достаточно оснастить все медицинские организации и медицинские кабинеты электронными устройствами, позволяющими записать обращение на считывающий микрочип, зашитый в персональной карте потребителя (роль такой карты может выполнять широко распространяющаяся по стране в настоящее время социальная карта, или карта обязательного медицинского страхования, или банковская карта, подобно содержащей микрочип для безналичной оплаты проезда). В случае если факт обращения за медицинской помощью зафиксирован, при наступлении неблагоприятных для здоровья потребителя последствий необходимо обосновать свои действия (бездействие), в том числе в связи с задержкой оказания медицинской помощи, возникает у субъекта медицинской деятельности.

- Чтобы у субъекта медицинской деятельности были правовые основания для оказания медицинской помощи потребителю без задержек, достаточно предварительного установления рамочных договорных отношений. Это возможно посредством заключения предварительного договора (ст.429 ГК РФ) или договора (сделки) под условием (ст.157 ГК РФ).

- Равно недостаточные и избыточные договорные обязательства являются рисковыми для исполнителя медицинских услуг, позволяя заказчику (потребителю или плательщику в его пользу) налагать договорные санкции (например, пени), если они предусмотрены договором, и отказаться от исполнения договора с требованием возратить избыточно уплаченные средства. Граница обычных и рискованных договорных обязательств при оказании медицинских услуг разделяется те, которые являются необходимыми и достаточными, от тех, которые вместо взаимной пользы для сторон потенцируют для исполнителя потери по его же инициативе (например, подрядные обязательства о результате применены договором к услуге).

- Пределы договорных обязательств находятся на границе условий договора, а возникновение деликтных обязательств - на границе волеизъявления правообладателя в отношении своего здоровья и правил

медицины, вне зависимости от условий договора при том, что объектом тех и других обязательств при оказании медицинских услуг является здоровье. Не соглашение сторон детерминирует границу между договорными и внедоговорными обязательствами, а информированное добровольное согласие и правила

медицинской профессии.

Таким образом, договорные отношения в связи с оказанием медицинских услуг имеют пределы, обусловленные характером, форматом и спецификой этих отношений по поводу здоровья.

Подписка в любом почтовом отделении связи по каталогу "Роспечать"

ф. СП-1

ФГУП "ПОЧТА РОССИИ"
УФПС г.Москва

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

Главный врач: хозяйство и право
(наименование издания)

Количество комплектов: _____

на 2013 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

ПВ	место	литер
----	-------	-------

на журнал **47661**
(индекс издания)

Главный врач: хозяйство и право
(наименование издания)

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

на 2013 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)

С.В. Лазарев, Д.А. Борисов, С.С. Мисюлин, М.Ю. Шапран

САМОРЕГУЛИРОВАНИЕ КАК СПОСОБ САМОСОХРАНЕНИЯ ЧАСТНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье показаны проблемы частной системы здравоохранения, причины их возникновения и предложены варианты решения данных проблем

Ключевые слова: частная система здравоохранения, рынок медицинских услуг, саморегулирование, государственно-частное партнерство

In article problems of private health system, the reason of their emergence are shown and versions of the solution of these problems are offered

Keywords: Private health system, market of medical services, insurance, state-private partnership

В России медицинские клиники делят не на хорошие и плохие, а на государственные и частные. Вместо критерия качества в данном случае выступает критерий формы собственности. Это наиболее характерный показатель отношения государства к частной системе здравоохранения.

Конституцией предусмотрено наличие в России трёх систем здравоохранения – государственной, муниципальной и частной. Однако в дальнейшем на законодательном и нормативно-правовом уровне государство устанавливает неравенство этих систем.

Законом, например, запрещено в частных клиниках лечить наркоманов (1), участвовать в заготовке и переработке крови и её компонентов (2), оказывать услуги по трансплантации (3). Частнопрактикующим врачам запрещено использовать в работе наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Список II, психотропные вещества, внесенные в Список III (4).

Проектом приказа Минздрава России от 24 сентября 2012 г. «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков, порядка оформления этих бланков, их учета и хранения» индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, запрещено даже выписывать рецепты на данные на лекарственные препараты (5).

В то же время фельдшерам и акушеркам медицинских организаций (вне зависимости от формы собственности) разрешается выполнять отдельные функции лечащего врача и при этом назначать и применять

лекарственные препараты, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, а также выписывать рецепты на лекарственные препараты за своей подписью и с указанием своей должности (6,7).

Тем самым власть лишней раз доказывает своё отношение к частному здравоохранению, устанавливая нормативно-правовыми документами статус частнопрактикующего врача при осуществлении медицинской деятельности ниже фельдшера и акушерки.

Однако если муниципальная система здравоохранения фактически прекратила своё существование с выходом нового Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (8), то частное здравоохранение по оценкам специалистов наоборот, несмотря на массу административных барьеров, находится на подъёме.

Пациенты всё чаще обращаются в частные клиники ввиду недоступности медицинской помощи в государственных поликлиниках и больницах. Частная медицина, находясь в роли пасынка, фактически снимает социальную напряжённость в государстве, вызванную катастрофическим состоянием здравоохранения.

Государство, на практике препятствуя развитию частного здравоохранения, тем не менее, идёт по пути коммерциализации государственных учреждений, развивая в них платные медицинские услуги. За 15 лет этот «псевдорынок» уже привел к печальному итогу – развитию теневого рынка в больницах и поликлиниках в виде вымогательства со стороны отдельного

медицинского персонала и нравственной деградации части медицинского сообщества, которое стало видеть в пациенте не больного человека, а источник своего дохода. Такие врачи и медсестры, приходя на работу в частное здравоохранение, несут с собой весь багаж своего понимания «псевдорынка», в результате чего одной из проблем медицинских предпринимателей становится не только профессиональное обучение сотрудников, но и их нравственное воспитание, напоминая о существовании таких азов медицинской деятельности, как соблюдение правил этики и деонтологии.

Наличие дискриминации в допуске частных медицинских организаций к участию в Программе государственных гарантий и оказанию высокотехнологичной медицинской помощи не позволяет потребителям медицинских услуг в полной мере реализовать своё право на выбор медицинской организации и врача

Разорвать сложившуюся порочную практику поборов в государственных больницах и поликлиниках можно только полным запретом оказания платных медицинских услуг в данных организациях. Однако, несмотря на развернувшуюся полемику в медицинском сообществе о платных медицинских услугах, правительство накануне 1-го Национального съезда врачей 4 октября 2012 года принимает постановление № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (9), которым подтверждено право медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий предоставлять платные медицинские услуги. Тем самым сохраняется «псевдорынок» в государственных ЛПУ и отодвигается по времени создание цивилизованного рынка платных медицинских услуг.

Сегодня можно выделить несколько основных проблем, с которыми сталкивается частное здравоохранение:

- Неадекватность нормативно-правового регулирования в здравоохранении, так как при формировании нормативно-правовой базы не учитываются реалии рынка медицинских услуг и различия в государственной и частной форме собственности, что ведёт к необоснованной нагрузке на бизнес и созданию административных барьеров для частного здравоохранения.

- Не разработаны подзаконные акты для реализации федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в результате чего создаются проблемы в частных медицинских организациях при проведении государственного контроля и надзора.

- Недостаточно используется механизм обществен-

ной экспертизы проектов нормативно-правовых актов в здравоохранении.

- Существующая система налогообложения не учитывает социальной роли частных медицинских организаций. При этом отсутствуют льготы в налогообложении для малых и микропредприятий системы здравоохранения, которых в частном здравоохранении большинство.

- Наличие «квазирынка» в виде платных медицинских услуг в государственных ЛПУ, препятствующее созданию цивилизованного рынка медицинских услуг.

- Наличие дискриминации в допуске частных медицинских организаций к участию в Программе государственных гарантий и оказанию высокотехнологичной медицинской помощи не позволяет потребителям медицинских услуг в полной мере реализовать своё право на выбор медицинской организации и врача.

- Существующие тарифы ОМС установлены значительно ниже себестоимости медицинских услуг, что создаёт дополнительные трудности участия в системе ОМС частных медицинских организаций.

- Имеются существенные сложности с переходом на обязательные стандарты и порядки медицинской помощи в связи с организационно-правовыми различиями государственного и частного здравоохранения. Утвержденные порядки основываются на устаревших нормативах и не могут быть на практике применены в частной медицине.

- Недостаточное использование механизмов государственно-частного партнерства, предпринимательской инициативы, что препятствует внедрению инноваций и развитию реальной конкуренции в отрасли.

- Отсутствие в России единой национальной врачебной организации, способной взять на себя имущественную ответственность за результаты профессиональной деятельности врачей.

- Недостаточное участие гражданского общества в решении проблем охраны здоровья.

Неадекватность нормативно-правовой базы в здравоохранении является одним из основных административных барьеров и коррупциогенных моментов при проведении государственного контроля и надзора.

Например, норма закона о проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (10) определена как лицензионное требование в постановлении правительства (11) и как функция врачебной комиссии в приказе Минздравсоцразвития (12). Однако требование приказа министерства о составе комиссии, в которой должны быть председатель, заместитель, секретарь и члены комиссии, неприменимо для частного здравоохранения, так как нередко в частных медицинских организациях работает всего лишь врач и медицинская сестра.

Непомерной нагрузкой для медицинского предпринимательства становится выполнение порядков оказания медицинской помощи, так как требование надзорных органов в основном распространяется только на проверку наличия стандарта оснащения кабинетов.

Предпринимателям приходится как при лицензировании, так и при проведении надзора закупать оборудование и имущество в соответствии с требованиями нормативного документа, хотя при оказании медицинских услуг в данной организации оно не используется. При этом бремя дополнительной финансовой нагрузки ложится на пациента, так как возмещение понесенных расходов предприниматель закладывает в стоимость услуги.

Для устранения подобных перекосов предпринимательскому сообществу необходимо активнее использовать механизм общественной экспертизы проектов нормативно-правовых актов в здравоохранении, принимая участие в работе уже на стадии разработок этих нормативов.

В настоящее время Российское государство испытывает трудности с повышением доступности медицинской помощи путем механического наращивания бюджетных расходов, что неминуемо приведет вследствие инфляции к сокращению объемов государственных гарантий.

Рост бюджетных расходов требует увеличения налоговой нагрузки, в том числе, как ни странно это звучит, на предприятия социальной сферы, включая здравоохранения. В качестве примера можно привести единый социальный налог, представляющий самые большие налоговые затраты для медицинских организаций.

Необходимо создать условия для привлечения средств, направляемых на оплату медицинских услуг и на создание – обновление материальной базы здравоохранения.

Во всем мире, в развитых странах в частности, самостоятельно оплачивать медицинскую помощь в полном объеме способно не более 10% граждан. Именно поэтому используется принцип страхования. В рамках ОМС необходимо аккумулировать все средства, направляемые из бюджета на бесплатную для граждан медицинскую помощь. Страховые компании должны быть исключены из системы ОМС, которая является механизмом реализации программы государственных гарантий и формируется за счет обязательных платежей, приравненных к налогу, имеющему целевое назначение. При этом дефицит бюджета ОМС покрывается государством.

Необходимо законодательно установить возможность соплатежей потребителей медицинских услуг при участии медицинских организаций в системе ОМС на период перехода к рыночным тарифам ОМС.

Поскольку в настоящее время основная часть капитальных расходов в сфере государственной системы здравоохранения финансируется государством из бюджета, необходимо создание условий для привлечения частных инвестиций в сферу здравоохранения.

Условиями привлечения инвестиций в сферу здравоохранения являются:

1. Создание условий для добросовестной конкуренции на рынке медицинских услуг, приведение в соот-

ветствии с требованиями рынка платных медицинских услуг в государственных ЛПУ. Заниженные цены в государственных ЛПУ впоследствии потребуют дополнительных бюджетных расходов на восстановление зданий и оборудования.

2. Обеспечение медицинским организациям равного доступа к ресурсам ОМС независимо от формы собственности. Тарифы ОМС при этом должны соответствовать себестоимости услуг и обеспечивать воспроизводство основных средств. Тарифы ОМС должны включать реальные рыночные расходы, позволяющие при эффективной организации (загрузка на уровне 75 – 80%), выплачивать достойную зарплату врачам, оплачивать медикаменты (необходимо лекарственное страхование), покрывать амортизацию имущества, в том числе ускоренную амортизацию медицинской техники, имеющей тенденцию к моральному старению, с учетом инфляции, приводящей к обесцениванию амортизационных накоплений, и норму прибыли, регулируемую законодательно, в пределах которой налоги не взимаются.

3. Снижение себестоимости медицинских услуг является важным элементом экономических преобразований в сфере здравоохранения. Следует установить льготу по уплате единого социального налога и налога на имущество. Не должны взиматься налоги с доходов от оплаты по программе государственных гарантий, которая финансируется из бюджета за счет налогов. Необходимо установить налоговую ставку 0 процентов организациям, применяющим упрощенную систему налогообложения.

Налоги с прибыли не должны взиматься в пределах законодательно регулируемой нормы прибыли, выше которой должны взиматься значительные налоги при условии направления этой сверхприбыли на выплату дивидендов или финансирование проектов, не име-

Снижение себестоимости медицинских услуг является важным элементом экономических преобразований в сфере здравоохранения.

ющих целевого назначения в социальной сфере. В случае рефинансирования сверхприбыли обратно в социальную сферу налоги со сверхприбыли не должны взиматься. То же касается налогов на имущество, имеющее строго целевое назначение. Исключение может составить подоходный налог и социальный налог в накопительной части, которые должны иметь минимальное значение при дифференцированной шкале налогообложения.

4. Бюджетные средства всех уровней, включая финансирование высокотехнологической медицин-

ской помощи, должны распределяться на конкурсной основе между всеми медицинскими организациями независимо от формы собственности и ведомственного подчинения. Приоритетной формой стимулирования здравоохранения из бюджета любого уровня должно быть наполнение финансовыми средствами фонда ОМС.

Развитие кредитования предпринимательства необходимо постольку, поскольку медицинская техника дорого стоит, эксплуатируется длительное время, большинство малых предприятий не обладают первоначальным капиталом для ее закупки. В то же время

Развитие кредитования предпринимательства необходимо постольку, поскольку медицинская техника дорого стоит, эксплуатируется длительное время, большинство малых предприятий не обладают первоначальным капиталом для ее закупки.

кредитование дисциплинирует заемщиков, стимулирует эффективность хозяйственной деятельности в противоположность безвозвратному получению бюджетных средств ЛПУ.

Для снижения ставок по кредиту необходимо субсидирование процентной ставки. Поскольку медицинское оборудование является низко ликвидным, оно, как правило, не интересно банку в качестве залога, поэтому необходимы гарантии банкам.

Наряду с развитием кредитования, в тех направлениях медицинской помощи и географических территориях, где привлечение частных средств с помощью рыночных механизмов затруднено необходимо предоставление льгот — земельных участков, аренда имущества, кредитов, списываемых в течение определенного срока.

В России наступил период, когда необходимым условием дальнейшего развития становится возрождение медицины как профессии и возрождение врача как носителя этой профессии. В настоящее время практическая деятельность врача выстроена у нас не по правилам медицины в интересах пациента, а по нормативным документам министерства в интересах министерства. Работа по трудовому договору и по инструкциям Минздрава постепенно привела к люмпенизации, когда отсутствует какая-либо активность по собственной инициативе и вызывает раздражение активность других. Являясь наемным работником, врач лишается ответственности за свою деятельность и свободы применения профессиональных навыков.

Для полной реализации своих профессиональных возможностей врач должен стать самостоятельным субъектом права и нести полную юридическую и финансовую ответственность за любые последствия

своей деятельности. В этом случае он сможет объединяться во врачебные коллективы с корпоративной ответственностью, в которых зависимость доходов каждого от общего результата и обязанность всех членов врачебного сообщества нести ответственность друг за друга стимулируют врачей к рациональному экономическому поведению. Солидарная ответственность побуждает врачей более заинтересованно разбираться в сложных ситуациях и находить разумные решения проблемных вопросов лечения пациентов.

Развитие врачебного самоуправления позволяет обеспечить текущий мониторинг и регулирование технологического процесса оказания медицинской помощи, вовремя вмешаться в процесс с целью достижения положительного результата. В отличие от этого сегодня контроль осуществляется только по законченным случаям, когда даже при обнаружении ошибки ничего нельзя изменить.

Важным моментом при этом является то, что корпоративный контроль мотивирован на подтверждение профессиональной компетенции врача, а не на обоснование произведенных финансовых затрат.

Создание национальной врачебной организации является непереносимым условием создания корпоративной ответственности врачей в России. Одновременно необходимо поднимать уровень культуры профессионалов, который был растерян за эти годы. Врач в России должен осознать себя врачом.

Предприниматели заинтересованы в определении статуса врача как субъекта права и появлении врачебной организации с корпоративной ответственностью, так как это позволит перейти от лицензирования средств производства (как это происходит сейчас) к лицензированию непосредственно медицинской деятельности врачей. Учитывая то, что процесс лицензирования в стране достиг уже определённого тупика и является не просто административным барьером на пути предпринимательства, а барьером вообще к оказанию медицинской помощи, решение данного вопроса является необходимым условием дальнейшего развития медицинского предпринимательства в России.

Лицензия должна стать поручительством медицинского сообщества, а не правом на работу, как это происходит сегодня.

На фоне вышеизложенного развитие саморегулирования по предпринимательскому типу становится непереносимым условием самосохранения медицинского бизнеса в современных условиях.

Возможность разрабатывать в саморегулируемой организации (СРО) свои стандарты и правила предпринимательской деятельности позволяет вместо неадекватной нормативно-правовой базы министерства создавать вменяемые нормативы для осуществления медицинского бизнеса и перейти от стандартов объемов медицинской помощи к стандартам безопасности, по которым работает мировое медицинское сообщество. При этом важно, что эти нормативы разрабатываются и применяются не как защита от пациентов и

органов контроля, а как защита от врачебных ошибок и недопущения оказания услуг ненадлежащего качества.

Возможность проведения самоконтроля в СРО, который в отличие от государственного контроля носит не карательный, а профилактический характер, позволяет адекватно реагировать на обнаруженные недостатки и вовремя устранять недостатки в работе медицинской организации.

Развитие государственного контроля и надзора в настоящее время движется в сторону увеличения объёмов и видов проверок. В связи с появлением Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» кроме лицензионного контроля со стороны органов лицензирования появляется новый вид контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности со стороны органов Росздравнадзора и Федеральной службой по труду и занятости. А именно:

- проведения проверок соблюдения медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, прав граждан в сфере охраны здоровья граждан;

- проведения проверок соблюдения медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

- проведения проверок соблюдения медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

- проведения проверок соблюдения медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

- проведения проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;

- проведения проверок организации и осуществления ведомственного контроля и внутреннего контроля качества и безопасности

медицинской деятельности органами и организациями, указанными в части 1 статьи 89 и в статье 90 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- проведения проверок организации и осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность,

- Федеральной службой по труду и занятости государственной контроль осуществляется проведение проверок соблюдения медицинскими организациями, иными организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, безопасных условий труда.

Кроме того, опубликован проект постановления правительства РФ о федеральном государственном надзоре в сфере обращения лекарственных средств, которым предусмотрен контроль за применением лекарственных препаратов.

Появление девяти новых видов государственного контроля подталкивает предпринимателей к созданию СРО, как органа коллективной защиты. Федеральный закон от 26 декабря 2008 г. N 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» установил, что плановая проверка юридических лиц, индивидуальных предпринимателей - членов саморегулируемой организации проводится в отношении не более чем десяти процентов общего числа членов саморегулируемой организации и не менее чем двух членов саморегулируемой организации в соответствии с ежегодным планом проведения плановых проверок. Данное положение позволяет в какой-то мере выстроить барьер от чиновников, но не решает основной задачи – определения целесообразности всех данных видов государственного контроля и надзора, проводимых в отношении организаций, оказывающих медицинские услуги.

Если исходить из расчёта, что в стране в настоящее время около 60.000 организаций всех форм собственности оказывают медицинские услуги, то для проведения новых видов контроля требуется провести 540.000 проверок, потратив при этом при среднем

Возможность проведения самоконтроля в СРО, который в отличие от государственного контроля носит не карательный, а профилактический характер, позволяет адекватно реагировать на обнаруженные недостатки и вовремя устранять недостатки в работе медицинской организации.

времени проверки в 4 часа и час на написание акта 2.700.000 часов рабочего времени. Для проведения ежегодных проверок потребуется штат в 5000 сотрудников (проверки проводятся в количестве 2 человек). Учитывая среднюю заработную плату чиновника в 25 тысяч рублей затраты бюджета на проведение проверок составят 1 млрд. 80 млн. рублей только на зарплату, не считая канцелярских и проездных расходов. При штате Росздравнадзора в 500 человек каждая организация может быть проверена только раз в 10 лет при ежедневном проведении проверок. Возникает

закономерный вопрос не только о целесообразности создания новых видов контроля, а о целесообразности бюджетных трат при этом.

СРО при проведении внутреннего контроля позволя-ет не только проводить более качественный контроль, но и, исходя из приведённых выше расчётов, значи-тельно экономить бюджетные средства. Поэтому, с развитием саморегулирования по предприниматель-скому типу в здравоохранении, законодательно уста-новленный государственный контроль за качеством и безопасностью медицинской деятельности, должен быть отменен в отношении членов саморегулируемых организаций, так как устанавливаемые при саморегу-лировании стандарты предпринимательской деятель-ности и организованный самоконтроль в СРО в полной мере могут обеспечивать оказание медицинских услуг надлежащего качества.

Использованные источники:

1. Федеральный закон от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» ст. 55;

2. Федеральный закон от 20.07.2012 N 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов» ст. 5;

3. Закон РФ от 22 декабря 1992 г. N 4180-1 «О транс-плантации органов и (или) тканей человека» ст.4;

4. Приказ Министерства здравоохранения и соци-ального развития РФ от 14 декабря 2005 г. N 785 «О порядке отпуска лекарственных средств»;

5. Проект приказа Минздрава России от 24 сен-тября 2012 г. «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков, порядка оформления этих бланков, их учета и хранения» пункт 6.2 (<http://www.gosminzdrav.ru/docs/mzsr/projects/1742>);

6. Приказ Министерства здравоохранения и соци-ального развития РФ от 23 марта 2012 г. N 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, аку-шерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной

помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказа-нию медицинской помощи пациенту в период наблю-дения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотроп-ные лекарственные препараты»;

7. Проект приказа Минздрава России от 24 сен-тября 2012 г. «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков, порядка оформления этих бланков, их учета и хранения» пункт 4 (<http://www.gosminzdrav.ru/docs/mzsr/projects/1742>);

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

9. Постановление правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

10. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ст 90;

11. Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. N 291 «О лицензировании медицинской дея-тельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и дру-гими организациями, входящими в частную систе-му здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» пункт 5ж;

12. Приказ Министерства здравоохранения и соци-ального развития РФ от 5 мая 2012 г. N 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности вра-чебной комиссии медицинской организации»;

13. Федеральный закон от 26 декабря 2008 г. N 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индиви-дуальных предпринимателей при осуществлении госу-дарственного контроля (надзора) и муниципального контроля» статья 10.

А знаете ли Вы, что...

...п. 9 Правил противопожарного режима в Российской Федерации/Утверждены поста-новлением Правительства Российской Федерации от 25 апреля 2012 г. N 390/ вступившим в законную силу с 1 сентября 2012 г. предусматривает обязанность руководителя организа-ции обеспечить наличия на объекте с ночным пребыванием людей инструкции о порядке действий обслуживающего персонала на случай возникновения пожара в дневное и ночное время, телефонной связи, электрических фонарей (не менее 1 фонаря на каждого дежур-ного), средств индивидуальной защиты органов дыхания и зрения человека от токсичных продуктов горения.

А.В. Тихомиров

ОБЯЗАТЕЛЬСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Приведены правовые основы медицинской деятельности

Ключевые слова: медицинская деятельность, медицинская юриспруденция, медицинская услуга, медицинский деликт

Revealing legal basis of medical activity

Keywords: medical activity, medical law, medical service

Продолжение. Начало в № 4.

§ 4. ПРАВОВЫЕ ОСНОВАНИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

4.1.1. Информированное добровольное согласие как основание правоотношения (сделка).

Пациент в качестве получателя (потребителя) медицинских услуг остается обладателем права на защищаемое законом благо (здоровье), в отношении которого совершаются действия, составляющие эти услуги.

Волеизъявление получателя медицинской помощи – даже в условиях надлежащего ее оказания – отделяет правомерное причинение тех или иных повреждений от неправомерного.

Как действия в составе медицинских услуг, так и мера последствий для здоровья не могут не охватываться волеизъявлением правообладателя.

Медицинская помощь в составе медицинских услуг – не исключение. Волеизъявление правообладателя детерминирует саму возможность воздействия на здоровье, а не то, что содержание и объем такого воздействия. Все подчиняется воле правообладателя. Правила медицины также уступают воле правообладателя: лечить его против его воли нельзя.

Однако, учитывая асимметрию информации между врачом и пациентом, последний нуждается не в перечислении медицинских терминов и наукообразных названий вмешательств, манипуляций, процедур, а в определении того, чего он лишается и что приобретает в результате получения медицинской услуги. Информирование пациента состоит не в комментировании хода медицинского вмешательства или подведении итогов медицинского вмешательства. Задача правообладателя – понять, ценой какого умаления здоровья будет достигнуто благо для него, т.е. во что для здо-

ровья обойдется медицинское вмешательство, какой урон претерпит (в том числе, с учетом возможных рисков) ради какой пользы. Иными словами, правообладатель должен определиться, чем он готов поступить в результате медицинского пособия, чтобы не потерять большего от развития патологии на перспективу последующей жизни. Смысл такой информации в том, чтобы, соглашаясь на медицинское вмешательство, принимать и будущие изменения качества жизни после него. Поэтому ссылки на медицинскую документацию, в которой сплошь и рядом встречаются записи «о последствиях предупрежден» или «согласие на операцию получено», порочны.

Особенность информированного добровольного согласия состоит в том, что это – акт добровольного волеизъявления правообладателя, но в границах, определяемых правилами медицины. Волеизъявление правообладателя распространяется ровно до тех границ, в которых умаление здоровья ради последующей пользы для него доступно медицинскому вмешательству. Такие границы индивидуальны и не подлежат унификации и формализации в той мере, в какой уникальны здоровье каждого и имеющая у любого патология. Отсюда задачей специалиста медицинской профессии является предоставление правообладателю информацию о границах умаления здоровья и пользе для него в результате медицинского вмешательства, на основании которой он в состоянии осознанно изъявить свою волю. Именно поэтому информация предшествует волеизъявлению.

Информированное добровольное согласие – это односторонний акт распоряжения правообладателем собственным здоровьем. Его волеизъявление распространяется не на любые утраты и риски утраты здоровья, но лишь на необходимые для достижения пользы для него в результате медицинского вмешательства. Поэтому масштаб медицинского вмешательства дол-

жен быть обоснованным характером и тяжестью патологии и обосновывать масштаб обусловленного этим умаления здоровья. Смысл информированного добровольного согласия именно в том и состоит, чтобы конвертировать объективную необходимость в попытке справиться с патологией посредством медицинского вмешательства в субъективное приятие правообладателем.

Не любая, но лишь предваряющая медицинское вмешательство информация – о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи – напрямую относится к соответствующему добровольному

Не любая, но лишь предваряющая медицинское вмешательство информация – о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи – напрямую относится к соответствующему добровольному согласию.

согласию. Прочую, не сопровождающуюся последующим медицинским вмешательством – информацию – о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, фактических последствиях и результатах проведенного лечения (т.е. ту информацию, которая нужна впоследствии врачам для целей обеспечения преемственности лечебного процесса) – правообладатель вправе получить в любое иное время (при выписке и в неопределенное время после нее).

Информированное добровольное согласие – это не соглашение, не договор. По своей правовой природе информированное добровольное согласие – это односторонняя сделка, волеизъявление единственно правообладателя как действия, направленные на возникновение, изменение или прекращение правоотношения. Информированное добровольное согласие устанавливает границы, в которых правообладатель согласен на умаление здоровья в результате медицинского вмешательства ради последующих выгод для него.

В этом смысле информация для добровольного согласия на медицинское вмешательство и информация о состоянии здоровья соотносятся как часть с целым.

4.1.2. Имущественная и неимущественная сделкоспособность несовершеннолетних.

Чтобы изъявить свою волю, гражданин должен обладать надлежащей дееспособностью и, в частности, сделкоспособностью.

Осуществлять юридически значимые действия имущественного характера (совершать сделки, кроме мелких бытовых, получать заработок, пенсию и иные доходы и распоряжаться ими) гражданин, дееспособность которого ограничена судом, может только согласия попечителя (п.1 ст.30 ГК РФ). От имени гражданина, признанного недееспособным, сделки совершает его опекун (п.2 ст.29 ГК РФ). Опекун не вправе без предварительного разрешения органа опеки и попечительства совершать, а попечитель – давать согласие на совершение сделок, влекущих уменьшение имущества подопечного (п.2 ст.37 ГК РФ). До достижения несовершеннолетним четырнадцатилетнего возраста сделки вместо него (вне пределов его законной сделкоспособности) совершает законный представитель (п.1 ст.28 ГК РФ), а до восемнадцатилетнего возраста – он сам с письменного согласия законных представителей (п.1 ст.26 ГК РФ). Иными словами, речь идет о привязке ограничения дееспособности к возрасту в части распоряжения имущественными благами. Так осуществляется имущественная сделкоспособность подопечных. Волеизъявление в отношении имущества (например, при оплате медицинских услуг) может осуществлять либо подопечный с согласия попечителя, либо опекун вместо подопечного.

Подобных требований для осуществления подопечным личных неимущественных прав закон не содержит. Ограниченно дееспособные в силу возраста или решения суда и признанные судом недееспособными граждане не поступаются, в том числе при оказании медицинской помощи, правами, неразрывно связанными с личностью.

Закон Об основах (п.2 ст.54, и прежде Основы – ст.24) предусматривает, что несовершеннолетние, больные наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет и иные несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него. Иными словами, вне связи с делением лиц с неполной дееспособностью на малолетних (до 14 лет) и несовершеннолетних (до 18 лет) в соответствии с общим законодательством, в специальном законодательстве выделена возрастная граница 15 лет (с отсрочивающей поправкой на 1 год на случай заболевания наркоманией), и эта возрастная граница открывает право распоряжения таким неимущественным благом, как здоровье.

Таким образом, в части распоряжения имущественными и неимущественными благами, в том числе в связи с оказанием медицинской помощи (медицинских услуг), сделкоспособность граждан не является тождественной.

Установление возраста правомочности принятия решения в отношении своего здоровья в 15 лет, по существу, наделяет гражданина полной дееспособностью при осуществлении личных неимущественных прав независимо от возраста совершеннолетия.

4.1.3. Ответственность принимающих решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина.

Здоровье – благо, непередаваемое никаким образом, как и права на него. Никто не вправе присвоить по каким бы то ни было основаниям свободу распоряжаться здоровьем правообладателя, в том числе подвергать его медицинскому вмешательству безотностительно, помимо его воли.

Не обладая полной дееспособностью, гражданин не лишается прав, неразрывно связанных с личностью. Будучи субъектом прав, он сохраняет свойства личности.

Однако до достижения пятнадцатилетнего возраста субъектом осуществления права несовершеннолетнего в отношении здоровья признаются его законные представители (а для признанных ограниченно дееспособными или недееспособными – их попечители и опекуны до устранения причин пороков дееспособности). Но как ятрогенные последствия медицинской помощи могут быть отнесены к последствиям волеизъявления законных представителей в отношении здоровья несовершеннолетнего, так и последствия волеизъявления законных представителей в отношении здоровья несовершеннолетнего, стесняющие оказание ему медицинской помощи, могут быть отнесены к ятрогенным последствиям ее оказания.

Более того, без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя решение о медицинском вмешательстве принимается консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, – непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, в отношении которого проведено медицинское вмешательство (п/п.1 п.10 ст.20 Закона Об основах). В отличие от волеизъявления законных представителей в отношении здоровья несовершеннолетних, профессиональное решение исходит не из субъективного, а из объективного понимания обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи того объема и содержания, которые соответствуют тяжести патологического процесса. Профессиональное решение в отношении здоровья несовершеннолетних при оказании им медицинской помощи сравнимо с таковым при невозможности дееспособного лица выразить свою волю, а равно при оказании медицинской помощи лицам, признанным судом недееспособными или ограниченно дееспособными.

Тем самым, неразрывно связанные с личностью права признаются передаваемыми.

Поскольку волеизъявление (согласие или отказ) правообладателя является условием правомерности



условием (ст.157 ГК РФ).

Пока не создан механизм ответственности законных представителей или врачей перед правообладателем с пороками дееспособности за неблагоприятные последствия волеизъявления (согласия или отказа) или профессионального решения в отношении его здоровья.

Между тем такая ответственность в отсроченном порядке возможна и необходима, если в результате медицинской помощи без согласия правообладателя с пороками дееспособности на момент ее оказания наступили неблагоприятные последствия для его здоровья, которые он осознал по достижении необходимого возраста или по устранении причин, обусловивших пороки дееспособности.

4.2. ДОГОВОР О ВОЗМЕЗДНОМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.2.1. Общая характеристика договора возмездного оказания медицинских услуг.

Договор возмездного оказания медицинских услуг оформляет обмен встречными предоставлениями (оказания медицинских услуг и их оплаты) в отношениях по поводу здоровья (ст.779 ГК РФ).

Договор является консенсуальным, обоюдообязывающим, возмездным.

Это договор, в котором на стороне заказчика получателем услуг всегда выступает потребитель – физическое лицо как обладатель права на здоровье, а на противоположной – корпоративный (медицинская организация) или не корпоративный (индивидуальный предприниматель) субъект медицинской деятельности, которая является объектом разрешительной системы (подлежит лицензированию).

Если на стороне заказчика получатель услуги и плательщик за нее не совпадают в одном лице, то договор возмездного оказания медицинских услуг приобретает вид договора в пользу третьего лица (ст.430 ГК РФ). Это – наиболее распространенная договорная конструкция в социальной сфере в целом: медицинские услуги в пользу граждан оплачивают государство (в настоящее время через фонды обязательного меди-

цинского страхования), работодатели в пользу своих работников, родители в пользу детей, благотворительные фонды в пользу нуждающихся и т.д. Строго говоря, договор возмездного оказания медицинских услуг в этом случае дополняется договором об оплате этих услуг третьим лицом. Однако с этим никак не меняется потребительский характер договорных отношений.

В соответствии с договором в пользу третьего лица выгодоприобретатель становится в обязательстве каждой из сторон друг перед другом дополнительным кредитором с момента выражения намерения вос-

**Если плательщик оплачивает услугу,
а исполнитель в счет оплаты ее оказывает,
то объектом ее оказания является здоровье
получателя.**

пользоваться (п.2 ст.430 ГК РФ) или отказа воспользоваться (п.4 ст.430 ГК РФ) «выговоренным» правом. И в том, и в другом случае подобное выражение намерения представляет собой одностороннюю сделку.

Предоставление выгодоприобретателю по «выговоренному» сторонами договора в его пользу праву может не соответствовать действительным нуждам его здоровья – например, необходима полостная операция, а предлагается паллиативное лечение, не устраняющее проблему со здоровьем. В этом случае выражение выгодоприобретателем намерения (отказа) воспользоваться «выговоренным» правом может иметь характер сделки под отлагательным условием (ст.157 ГК РФ).

В случае договора в пользу пациента такие односторонние сделки выгодоприобретателя приобретают характер детерминантов условий для обеих сторон: исполнитель должен определиться с объемом и содержанием составляющих медицинскую услугу действий по состоянию здоровья пациента, а плательщик – с величиной оплаты, эквивалентной цене оказываемой пациенту услуги. Их консенсус и выражает односторонняя сделка выгодоприобретателя. Неадекватность каждого из этих предоставлений пациенту влечет ответственность каждой стороны договора в его пользу: исполнитель отвечает за несоответствие медицинского вмешательства потребностям здоровья пациента, а плательщик – за несоответствие оплаты необходимого по состоянию здоровья пациента медицинского вмешательства.

Основное назначение договора сводится к регулированию в рамках закона поведения участников посредством установления пределов их возможного и должного поведения, а также последствий отклонения

от подобных установлений.

Со времен римского права, как известно, сформировалось три значения понятия «договор»:

- как основание возникновения правоотношения (сделка);
- как само правоотношение, возникшее из этого основания;
- как форма существования правоотношения или как акт оформления этого правоотношения.

Если плательщик оплачивает услугу, а исполнитель в счет оплаты ее оказывает, то объектом ее оказания является здоровье получателя. Если же действия в отношении здоровья не охватываются договором с правообладателем, то вне зависимости от профессионализма они являются основанием возникновения внедоговорных обязательств из причинения вреда. Иными словами, в отсутствие договорных оснований воздействия на здоровье (медицинского вмешательства) получатель медицинской услуги свободен в обращении требований из причинения вреда к ее исполнителю.

Следовательно, факт наличия договора о содержании и объеме воздействия на здоровье получателя медицинской услуги исключает возникновение внедоговорных обязательств перед ним ее исполнителя в той мере, в какой договор в соответствии с правилами медицины, с учетом возможных сопутствующих эффектов (осложнений и т.п.) охватывает фактически наступившие последствия. Для защиты правомерных интересов договор больше нужен исполнителю медицинской услуги, чем ее получателю, поскольку в отсутствие договора профессионально оправданные составляющие воздействия на здоровье являются противоправным посягательством, не будучи предвзвешенно охвачены его волей.

При этом в предмете договора инициативным условием потребителя не может быть медицинская помощь как технология профессиональных действий. Договор не может следовать усмотрению пациента, как лечить, что делать или не делать врачу, какие диагностические, лечебные и/или реабилитационные приемы, методы, способы, манипуляции, вмешательства предпринимать или не предпринимать и в какой последовательности.

Профессионально оправданные или не оправданные составляющие воздействия на здоровье, оформленные записями в историю болезни (родов) или в амбулаторную карту, выписки, как и данными исследований, назначениями и пр., являются свидетельством исполнения обязательств по договору, но не основанием правоотношения. Отсутствие письменного договора не лишает исполнителя медицинских услуг права приводить письменные и другие (кроме свидетельских показаний) доказательства факта существования договора (п.1 ст.162 ГК), но не подтверждает условий сделки, а, следовательно, и согласия с ними получателя как единственного обладателя права на здоровье.

Медицинская помощь не перестанет быть вредообразующим посягательством и в том случае, если в отсутствие предварительного согласия правообладателя она будет соответствовать правилам медицины, что позволяет ему правомерно предъявлять к исполнителю медицинских услуг имущественные требования из причинения вреда.

Из отсутствия предварительно выраженной воли получателя медицинской услуги вытекает отсутствие ее согласования с волей исполнителя, который единственно по своей воле предпринял воздействие на здоровье как посягательство в отношении личности правообладателя. В этом смысле посягательство при оказании медицинской помощи ничем не отличается от других посягательств при уголовных и административных правонарушениях, связанных с причинением телесных повреждений.

Сделки между юридическими лицами между собой и юридическими и физическими лицами всегда должны совершаться в письменной форме (п.1 ст.161 ГК РФ). В случаях, прямо указанных в законе, несоблюдение такой формы сделки влечет ее недействительность (п.2 ст.162 ГК РФ).

Тем самым отсутствие письменного договора с получателем медицинской услуги (с правообладателем) о существе воздействия на здоровье (на объект его права) влечет соответствующую ответственность исполнителя.

Однако и наличие письменного договора исполнителя медицинской услуги с ее получателем не избавляет первого от возможной ответственности.

Если договор не охватывает существа правоотношения или охватывает его не полностью либо не так, как должен, это влечет правовые последствия.

Договор как документ может не содержать того, что должен содержать. В нем могут отсутствовать существенные и необходимые для заключения условия. Напротив, договор может быть изложен с воспроизведением общих правил диспозитивных норм закона в ущерб оформлению конкретного правоотношения. Договор может содержать явно обременительные для гражданина условия (например, неосновательное вменение ему обязанностей). В силу этих причин договор юридически может считаться незаключенным или недействительным.

Договор как документ может обуславливать пороки воли получателя медицинской услуги.

Договор может быть изложен так, что недоступен пониманию получателем медицинской услуги. Информация может быть представлена с употреблением медицинских терминов, незнакомых и заведомо неизвестных гражданам, не имеющим медицинского образования. Нередко предлагается информация, излишняя (например, обязательства «использовать все необходимые современные диагностические и лечебные хирургические методы, включая применение дорогостоящего оборудования и лекарственных препаратов», «привлекать при необходимости в каче-

стве консультантов специалистов других медицинских профилей») или угрожающая (например, статистика рисков наступления осложнений в процентном соотношении и пр.), без приведения к потребностям в информации пациента в конкретном случае.

Условия договора могут содержать информацию, не соответствующую действительности. Обычно это бывает при попытке исполнителя медицинских услуг привлечь пациента во что бы то ни стало. Это может быть обещание достижения заведомо недостижимого результата или безвредности заведомо небезвредного лекарства или небезопасного метода лечения.

Условия договора могут быть недостаточными для изъяснения воли.

Такими являются неоднозначные условия договора, из которых не следует с очевидностью, какова перспектива их выполнения (связаны они или не связаны с теми или иными рисками, наступят или не наступят те или иные последствия). Формальная определенность и внятность необходимы договору.

Часто из договора не следует, что именно он и оформляет соответствующее правоотношение – вместо этого он содержит программу обещаний на будущее (например, обязательства «определять объем и характер лабораторных, диагностических, инструментальных и других видов исследования, методов хирургического и терапевтического лечения», «определять длительность пребывания пациента в стационаре в зависимости от характера его заболевания, сложности операции и состояния пациента»).

Нередко в договоре перечисляется множество финансовых обязательств плательщика за медицинскую услугу в ущерб встречным обязательствам исполнителя перед получателем. Из-за этого возникает неопределенность не только предмета оплаты (медицинской услуги), но и мера обязательств в отношении

Если содержание фактического правоотношения не соответствует содержанию договора как сделки (основания правоотношения), это также влечет правовые последствия.

здоровья.

Если содержание фактического правоотношения не соответствует содержанию договора как сделки (основания правоотношения), это также влечет правовые последствия.

Договор как документ может скудно определять то, что широко представлено в правоотношении (при исполнении обязательств). Обычно это бывает, если определение услуги в договоре не соответствует ее характеристикам в фактическом правоотношении (например, если медицинской услугой признается

Недостаток	Качество
несоответствие или обязательным требованиям, предусмотренным законом либо в установленном им порядке, или условиям договора (при их отсутствии или неполноте условий обычно предъявляемым требованиям), или целям, для которых услуга такого рода обычно используется, или целям, о которых исполнитель был поставлен в известность потребителем при заключении договора (ЗоЗПП, преамбула)	соответствие предоставления или обязательным требованиям закона либо в установленном им порядке (если таковые предусмотрены), или договору, или обычно предъявляемым требованиям, пригодное для целей, для которых предоставление такого рода обычно используется, или для обозначенных потребителем конкретных целей (ст.4 ЗоЗПП)

Рисунок 7. Схема договора возмездного оказания медицинских услуг

койко-день в стационаре или посещение в поликлинике).

Договор может быть предусмотрен для оформления правоотношения иного, чем должно сложиться на его основании. Обычно это бывает, когда форма правоотношения (документарный бланк договора) механически переносится – с адаптацией или без адаптации – на правоотношение другого характера. Напротив, в договоре одного вида (услуги) могут быть использованы элементы договора другого вида (работы), из-за чего возникают повышенные или невыполнимые обязательства исполнителя (например, по гарантиям).

Обязательства по договору могут быть не исполнены или исполнены ненадлежащим образом. Это те случаи, когда фактическое правоотношение (исполнение обязательств или осуществление прав и обязанностей) не соответствует своему основанию (сделке) – не только в связи с профессиональной некорректностью оказания услуги, но и с последствиями для здоровья. Это наиболее частые причины наступления ответственности – уголовной (персональной) и (или) гражданской (имущественной) в зависимости от существа и величины ущерба здоровью. Особенно это касается просрочки исполнения (несвоевременного оказания медицинской помощи).

Таким образом, договор – это не вынужденная формальность, а инструмент обоюдной защиты законных интересов сторон правоотношения. Именно договором может и должна быть предусмотрена граница, отделяющая договорные и внедоговорные обязательства по поводу их общего объекта – здоровья. Если информированное добровольное согласие в одностороннем порядке устанавливает, в каких пределах правомерно умаление здоровья в результате медицинского вмешательства, то в договоре сторонами оговаривается, в каких пределах составляющие услугу действия правомерны или неправомерны.

4.2.2. Юридические характеристики медицинской услуги как договорного предоставления потребительского назначения

К юридическим характеристикам товарного предоставления относятся категории недостатка, качества и безопасности.

Обращает внимание практически полное обратное тождество определений недостатка и качества потребительского предоставления (рис.7), из чего может сложиться неверное представление, что недостаток предоставления – антипод его качества (например, что это несоответствие товара (работы, услуги) стандарту, условиям договора или обычно предъявляемым требованиям к КАЧЕСТВУ товара, работы, услуги).

Но в ст.ст.1095-1098 ГК РФ, например, речь идет о ВРЕДЕ, причиненном вследствие недостатков товара, работы или услуги.

Иными словами, недостаток – это универсалия, ассоциированная равно с качеством и безопасностью товарного предоставления.

Однако, будучи отнесена к предоставлению в целом (товару, работе, услуге), категория недостатка никак не соотносена с категориями качества и безопасности этого предоставления.

Тем самым правовые возможности потребителя вытекают из факта обнаружения недостатка предоставления, а правовые последствия – из пороков его качества или безопасности.

Между тем правовые последствия изъятий качества и безопасности товарного предоставления – разные. В одном случае причиняется ущерб имуществу, и действуют правила о возмещении убытков; в другом случае вред причиняется личности пострадавшего, и действуют правила о возмещении вреда здоровью или компенсации морального вреда.

Изъятия качества влекут применение договорных обязательств устранения убытков, а изъятия безопасности порождают внедоговорные обязательства вследствие причинения вреда личности. Недостаток качества предоставления не ведет к причинению вреда личности, а недостаток безопасности личности – к возникновению имущественного вреда. Соответственно, изъятие качества сказывается в имущественной сфере, безопасности – в сфере личной.

Обязательства, возникающие в связи с оказанием медицинских услуг, в общем виде представлены на рис.8.

Однако не недостатки собственно товарного предоставления приводят к этим последствиям, а различающиеся недостатки характеристик такого предоставления.

Тем самым только в привязке к характеристике предоставления недостаток влечет соответствующие характеру правонарушения последствия.

Применительно к медицинской деятельности это принципиально важно, что наиболее показательно на примере приведенного положения об устранении недостатков оказанной услуги третьими лицами (п.1 ст.29 ЗоЗПП). Допустим, пациент обратился в одну клинику с одними характеристиками качества и безопасности медицинской деятельности, но, приняв что-то за недостаток, по этому основанию перешел в другую клинику, с другими характеристиками качества и безопасности медицинской деятельности. Во второй



Рисунок 8. Обязательства, возникающие в связи с оказанием медицинских услуг

ного вмешательства, а потому, что усугублен последующим вмешательством. При этом речь идет не о пороках качества, а о пороках безопасности, поскольку отражается на здоровье.

Отсюда, в качестве нетождественных необходимо различение по отдельности недостатков (пороков) качества и безопасности медицинской услуги, в рассмотренном случае – с запретом устранения последних силами третьих лиц. Если это необходимо, клиника сама и за свой счет должна привлекать третьих лиц и соучаствовать с ними в устранении недостатка безопасности оказанной ею медицинской услуги. Что же касается недостатка качества, то он не затрагивает вопросов здоровья и воздействия на него, а потому и последствия имеет иные и отличные от устранения силами третьих лиц – постольку, поскольку обслуживание и оказание медицинской помощи в составе медицинских услуг неразрывно связаны, не существуя раздельно.

Таким образом, всего лишь позиционирование во взаимосвязи выделенных законодательством характеристик товарного предоставления ведет к четкому ограничению правомерного поведения от правонарушения и позволяет восполнить законодательные пробелы и разрешить проблемы квалификации правонарушений применительно к специфике медицинской деятельности.

4.2.2.1. Качество и недостаток медицинской услуги

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

Таким объектом является и медицинская услуга. Это – товар. Товар потребительского назначения. За который платят – будь то потребитель или иной плательщик в его пользу, в том числе государство. За качество товара покупатель голосует рублем. Товар хорошего качества покупают, плохого – нет. Так есть повсеместно в мире. Именно поэтому качество товарного предоставления – категория потребительских предпочтений.

Не будучи товаром, даже в товарной оболочке медицинской услуги, медицинская помощь лишена качества. Медицинская помощь либо оказывается в соответствии с правилами медицины с учетом возможных допусков, либо с вредообразующими отклонениями от этих правил, далекими от характеристик качества, представляя собой порок безопасности. Можно говорить об уровне медицинской помощи – применительно к товарным составляющим медицинской услуги, таким как ресурсы. Действительно, в условиях слабооснащенной сельской амбулатории ресурсы иные, чем в федеральном центре, но это вопрос возможностей, в то время как медицинская помощь не меняет своей сути.

В той мере, в какой медицинская помощь вариативна на уровне искусства, она не может быть унифицирована и регламентирована публичными инструкциями, что делать. Напротив, медицинская услуга в целях соразмерности со встречной оплатой, должна быть определенной, измеримой и подлежащей оценке и потому – может содержать обязательные элементы того, за что производится оплата.

В этом смысле к медицинской услуге и могут быть применимы стандарты. Имеются в виду стандарты соответствия товарного предоставления его оплате, эквивалентность товарообмена. В таких стандартах, по существу, плательщик определяет, за что он готов платить. Это платежные стандарты, не технологические, тем более – не стандарты, выражающие правила медицины: определенные, измеренные и доступные оценке (контролю) действия подлежат оплате в эквивалентном их ценности размере.

Качество товарного предоставления, по общему правилу, корреспондирует его цене: лучше товар – он дороже стоит, хуже – дешевле.

Соответственно, требования по качеству должны соотноситься с товарными характеристиками предоставления. Если при оказании медицинских услуг таковыми являются бренд, сервис, ресурсы, которые определяют цену услуг, то и требования по качеству относятся именно к этим товарным составляющим медицинской услуги.

Недостаток качества – это мера несоответствия товарного предоставления размеру оплаты по условиям договора. Например, договором было предусмотрено ведение пациента одним врачом, а фактически пациентом занимался другой врач; было оговорено использование диагностической аппаратуры с конкретной разрешающей способностью, а на деле была использована другая, с более скромными возможностями; был определен один уровень комфортности, а в действительности он оказался ниже и т.д.

Это и требует безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги, соответствующего уменьшения ее цены и полного возмещения убытков, причиненных в связи с недостатками качества оказанной услуги.

4.2.2.2. Безопасность и недостаток медицинской

услуги

Определение безопасности одновременно товара, работы и услуги (ЗоЗПП, преамбула) едва ли может быть с успехом применено к услуге вообще и к медицинской услуге в частности – разве что в части привязки к процессу ее оказания.

В общем виде безопасность медицинской услуги – это состояние защищенности жизненно важных интересов личности от внутренних и внешних угроз в процессе ее оказания.

Пациент, обращаясь за медицинскими услугами, так или иначе соприкасается с окружающей действи-

В общем виде безопасность медицинской услуги – это состояние защищенности жизненно важных интересов личности от внутренних и внешних угроз в процессе ее оказания.

тельностью – помимо собственно медицинской помощи, лечебно-диагностического процесса. Может быть неисправной розетка, в результате чего он получает удар электрическим током. Может быть разбито оконное стекло в палате, в результате чего он порезался. Может быть горячим напиток, который ему налили в столовой, в результате чего он обжегся. Может отравиться в столовой, сломать ногу на лестнице между этажами лечебного заведения, и т.д.

С целью профилактики несчастных случаев в лечебном заведении требуется создание условий безопасности доступных для пациентов сооружений и оборудования; рационализация размещения и пр., и особенно важно – активное выявление источников опасности с принятием соответствующих неотложных мер их устранения.

Вне оказания медицинской помощи существует немало факторов, способных нанести вред здоровью пациента при оказании ему медицинских услуг. И это – факторы иные, чем те, которые действуют в лечебно-диагностическом процессе. Это – факторы бытовой случайности или недостатка осторожности, но не пороки целенаправленного воздействия на здоровье. Иным является источник вредообразования.

Таким источником вредообразования является недостаток безопасности обслуживания (товарной составляющей медицинской услуги).

4.2.2.3. Безопасность медицинской помощи

Применительно к медицинской помощи безопасность – это отсутствие угроз и опасностей для здоровья пациента при ее оказании, а также возможность предотвращения воздействия на пациента опасных факторов и возникновения вреда.

Безопасность медицинской помощи – это свойство не товарного предоставления потребительского назначения в целом, каким является медицинская услуга, а лишь нетоварной ее части, подчиняющейся правилам медицины. Иными словами, это свойство той профессиональной деятельности, объектом и благ, и утрат от осуществления которой является один и тот же объект – здоровье. Будучи обращена ко благу, медицинская помощь может нести с собой и утраты.

В связи с этим возникает вопрос утрат. Вред здоровью всегда представляет собой утраты. Но всегда ли утраты здоровья представляют собой вред?

Так же, как здоровье является суммирующей качественной информационной характеристикой состояния организма, складывающейся из набора количественных параметров его функционирования: антропометрических, физических, биохимических, биологических и др., так и вред – это не более чем юридическая фикция, имеющая информационное воплощение в реальных утратах, сказывающихся на качестве жизни. Вред здоровью – это вопрос юридической квалификации возникших утрат в личной сфере; медицина же имеет дело с организмом и телесными повреждениями: медицинское воздействие осуществляется на органы и системы организма, а не непосредственно на здоровье. Телесные повреждения могут или не могут являть собой вред здоровью.

Медицинская помощь, так или иначе, сопряжена с причинением телесных повреждений. Телесные повреждения причиняются в случае доступа к патологическому очагу. Телесные повреждения причиняются самой патологией, очаг которой обуславливает нарушение органов и тканей организма. Но телесные повреждения могут быть причинены и дефектами оказания медицинской помощи.

В этом смысле телесные повреждения являются функцией надлежущей медицинской помощи: ради достижения блага для здоровья за счет причинения меньших (от медицинской помощи) предотвращается наступление больших (от прогрессирования патологии) телесных повреждений.

Однако телесные повреждения происходят и от ненадлежащего оказания медицинской помощи, и либо соразмерны таковым от тяжести и характера патологии, либо превосходят их.

В целом, телесное повреждение – это нарушение анатомической целостности или функционального состояния ткани, органа или части тела, вызванное внешним воздействием.

Телесные повреждения – это фактическое умаление здоровья. Юридической характеристикой вызванного внешним воздействием нарушения анатомической целостности или функционального состояния ткани, органа или части тела является ущерб (или вред) здоровью.

Телесные повреждения вовсе не обязательно являются вредом здоровью. Например, популярный татуаж или пирсинг, будучи связаны с причинением телесных повреждений, вредом здоровью не являются. Анало-

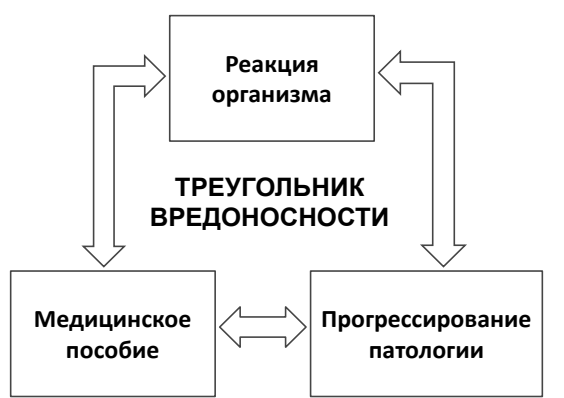


Рисунок 9. «Треугольник вредоносности», демонстрирующий, что вред здоровью может происходить отнюдь не только вследствие медицинской помощи

Телесными повреждениями проявляются и осложнения (побочные эффекты медицинского вмешательства, лекарственных препаратов, медицинской техники и пр.), неизбежно сопутствующие лечебно-диагностическому и реабилитационному процессу в соответствующей статистической вероятности возникновения. И вопрос не в том, что они возникают, а в том, принимаются ли меры их упреждения и устранения. Если нет, то в их отсутствие медицинская помощь не является надлежащей.

Однако вместо Правил судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений 1978 г. были утверждены Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека 2007 г. и Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека 2008 г. (несостоятельные во многих других вопросах, что вызвало широкое неприятие в среде юристов и судебно-медицинских экспертов), упразднившие категорию телесных повреждений.

Тем самым правовая квалификация вреда здоровью, по сути, была вменена в обязанность врачей. А выбор с этого времени ограничился правомерностью или неправомерностью причинения вреда (т.е. собственно посягательства, а не его последствий, которые в любом случае стали признаваться вредом здоровью).

Применительно к оказанию медицинской помощи стало возможным признавать вредом здоровью пациента любые телесные повреждения, лишь бы правомерным было поведение врача при этом: вред, причиненный правомерными действиями, подлежит возмещению лишь в случаях, предусмотренных законом (п.3 ст.1064 ГК РФ). А поскольку правила медицины не являются ни писанными, ни жестко однозначными, постольку правомерность профессиональных медицинских действий оказалась оценочной категорией, препятствующей единству правовой квалификации и правосудию.

Применительно к медицинской деятельности легальное выделение категории телесных поврежде-

ний необходимо уже хотя бы потому, что объектом и договорных, и деликтных обязательств является здоровье. Поскольку врач имеет дело не с правовой категорией здоровья, а с его биологическим воплощением – организмом, постольку своей целенаправленной профессиональной деятельностью он причиняет телесные повреждения, а не наносит вред.

Риски причинения телесных повреждений в интерпретации вреда здоровью пациента сопровождают медицинскую помощь. Тот, кто лечит, создает риски для того, кого лечит – и совсем иные, чем для себя. Тот, кто лечит – лицо, допускающее риск для того, кого лечит.

Риск признается обоснованным, если общественно полезная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам (п.2 ст.41 УК РФ). Однако, во-первых, допущение риска может повлечь не обязательно уголовное преследование, но и имущественную ответственность причинителя вреда; во-вторых, вред может возникнуть вследствие не рискованных действий допустившего его лица, а вследствие тяжести патологии или индивидуальной реакции подвергающегося риску лица, без предварительной возможности прогнозировать такую реакцию (рис.9).

Что касается телесных повреждений в связи с оказанием медицинской помощи, то вредом здоровью они являются далеко не всегда.

Те телесные повреждения, без которых нельзя обойтись при оказании медицинской помощи, являются неизбежными – например, доступ к патологическому очагу. Они не могут быть квалифицированы как вред здоровью – в противном случае медицинская помощь попросту неосуществима.

Напротив, те телесные повреждения, которые представляют собой следствие отклонений от принятых в медицине технологий, неоправданного выхода за пределы допущенного медициной, безусловно, не могут не быть признаны вредом здоровью. Это – недопустимые телесные повреждения.

Наконец, есть телесные повреждения, которые в связи с оказанием медицинской помощи заведомо могут наступить, а могут и не наступить (осложнения). Это – допустимые телесные повреждения. Их наступление можно предупредить (когда это возможно) или не предупреждать. Их можно устранить в случае возникновения, а можно не устранять. Соответственно, телесные повреждения в порядке проявления осложнений, свидетельствующего о пренебрежении их предупреждением, да не устраненных своевременно и должным образом, являются вредом здоровью.

Тем самым допустимые телесные повреждения могут наряду с неизбежными не подлежать квалификации в качестве вреда, а могут представлять собой вред здоровью, если не были заблаговременно предусмотрены и предупреждены или минимизированы и устранены.

В целом, медицинская помощь, будучи регламентирована не юридическими правилами, а правилами медицины, имеет подверженные юридической оценке последствия благоприятные и обоснованно или необоснованно неблагоприятные в виде неизбежных, допустимых и недопустимых телесных повреждений.

В той мере, в какой медицинская помощь вариативна на уровне искусства, она может быть унифицирована правилами медицины и регламентами безопасности.

Технический регламент – это документ, который устанавливает обязательные для применения и испол-

Технический регламент – это документ, который устанавливает обязательные для применения и исполнения требования к объектам технического регулирования.

нения требования к объектам технического регулирования. Технические регламенты в целом принимаются, в частности, в целях защиты жизни или здоровья граждан. В иных, кроме предусмотренных законом, целях принятие технических регламентов не допускается. Именно технический регламент как публичный документ может устанавливать необходимые предписания, исключая риск в ущерб безопасности медицинской помощи.

Технический регламент в сфере охраны здоровья важен уже тем, что становится единым мериллом для всех причастных в любых обстоятельствах и в любых процедурах. Нарушение технического регламента является отправной точкой, моделью сравнения в суде в случае возникновения спора о причинении вреда при оказании медицинской помощи или расследования соответствующего преступления, в том числе обязательной для судебно-медицинской экспертизы. Это существенно упрощает судопроизводство по медицинским делам.

В отличие от монополии всевозможных стандартов в здравоохранении, введение технических регламентов, во-первых, ограничивает акты по качеству (и цене) продукции от актов по ее безопасности; во-вторых, упорядочивает назначение публичных предписаний, исключая из их числа те, которые не относятся к сфере публичных интересов; в-третьих, формирует вполне однозначную, стройную и прозрачную систему безопасности медицинской помощи в составе медицинских услуг.

Польза технических регламентов в сфере охраны здоровья неоспорима и многообразна. Однако оказание медицинской помощи выведено из-под действия законодательства о техническом регулировании (п.4 ст.1).

4.2.3. Неисполнение или ненадлежащее исполнение договорных обязательств в связи с оказанием медицинских услуг.

Применительно к медицинской деятельности основным является вопрос, какие обязательства быстрее возникнут – договорные или вследствие причинения вреда (с последствиями – в зависимости от тяжести – уголовными или только гражданскими), в частности, из-за несвоевременности оказания медицинской помощи.

Если правоотношение оформлено договором (и ассоциированными односторонними сделками), то (если речь не идет о недопустимых и упущенных допустимых телесных повреждениях) основания ответственности за нарушение обязательства однозначны: Лицо, не исполнившее обязательства либо исполнившее его ненадлежащим образом, несет ответственность при наличии вины (умысла или неосторожности), кроме случаев, когда законом или договором предусмотрены иные основания ответственности. Лицо признается невиновным, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательства и условиям оборота, оно приняло все меры для надлежащего исполнения обязательства (п.1 ст.401 ГК РФ). Иными словами, критериями правомерного поведения является предупредительность в соблюдении договорных обязательств.

При задержке оказания медицинских услуг заказчик вправе на выплату законной неустойки (пени) в размере 3% за каждый период (день, час и т.д.) просрочки, а также на уменьшение цены за оказание услуги и другие санкции вплоть до отказа от исполнения договора или поручения оказания услуги третьим лицам за разумную цену с требованием от исполнителя возмещения понесенных расходов (ст.28 ЗоЗПП).

Ненадлежащим является оказание медицинской услуги с недостатком качества – с описанными выше санкциями.

И, естественно, ненадлежащим является оказание медицинской услуги с недостатком безопасности, однако, с иными последствиями – вследствие оказания вреда личности (здоровью).

4.3. ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА (УЩЕРБА) ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (МЕДИЦИНСКИЙ ДЕЛИКТ)

Причинитель вреда – это всегда хозяйствующий субъект (юридическое лицо или индивидуальный предприниматель), несущий бремя утрат за благо приобретений в обороте. Не является причинителем, например, страховщик как плательщик в пользу пострадавшего выгодоприобретателя. Не является причинителем работник, в том числе руководитель клиники, как и непосредственный причинитель (за его вредообразующие действия отвечает работодатель – ст.1068 ГК РФ).

Пострадавшим всегда является физическое лицо,

Перечень применимых норм права и составов медицинского деликта

Нормы права	Составы деликта
Ст. 1064 ГК (генеральный)	- медицинская помощь в порядке действий в чужом интересе без поручения; - клинический эксперимент
Ст. 1079 ГК (усеченный)	недостаток техногенной безопасности при оказании медицинских услуг
Ст. 1095 ГК (усеченный)	1. потребительский деликт (недостаток безопасности обслуживания); 2. ятрогенный деликт (недостаток безопасности медицинской помощи); 3. информационно-аконсенсуальный деликт (недостаток информации)

Рисунок 10. Классификация медицинского деликта

им случаях противоправного вредообразующего посягательства допускает безвиновную ответственность причинителя и усеченный состав деликта.

Применительно к медицинской деятельности ведущим является усеченный состав деликта. Это обусловлено тем, что:

- субъектом получения медицинской помощи всегда является физическое лицо, гражданин;
- медицинская помощь оказывается с применением технических средств;

- в абсолютном большинстве случаев медицинская помощь оказывается в товарной оболочке медицинской услуги, т.е. в отношениях с участием потребителя.

Отсюда квалификация правонарушения осуществляется по правилам ст.1079 (деятельность с источником повышенной опасности) или ст.1095 (потребительские предоставления с недостатками) ГК РФ – независимо от вины причинителя.

Состав генерального деликта (ст.1064 ГК РФ) относится к оказанию медицинской помощи в порядке действий в чужом интересе без поручения (гл.50 ГК РФ) или к клиническому эксперименту.

Общим для деликтных обязательств, возникших при оказании медицинской помощи, является вред здоровью, дополнительный к происходящему от имеющейся патологии. Величину и характер, а также происхождение (причинно-следственную обусловленность посягательством) телесных повреждений устанавливает судебно-медицинская экспертиза. Квалификацию же телесных повреждений в качестве вреда – вреда здоровью под возмещение по правилам ст.1085 ГК РФ или морального вреда под компенсацию по правилам ст.151 ГК РФ – осуществляет правоприменитель, суд. Какой бы такая квалификация вреда ни была, его суть – в утрате качества жизни и, в частности, трудоспособности, т.е. совокупности врожденных и приобретенных способностей к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта.

Дифференцируют составы медицинского деликта различия посягательств, приводящих к возникновению вреда (рис.10):

- Потребительский деликт – происходит из недо-

Состав гражданского правонарушения по медицинским спорам

Посягательство – недостаток (качества – по договорным обязательствам, безопасности – по внедоговорным обязательствам)	Вина по договорным и квазидоговорным обязательствам, исключая ИПО (ст.1079 ГК) и недостаток безопасности товарного предоставления (ст.1095 ГК)
ПСС – СМЭ (по внедоговорным обязательствам, исключая информационно-аконсенсуальный деликт)	Вред материальный – убытки (ст.15 ГК); физический – ущерб здоровью (ст.1085 ГК); моральный – страдания (ст.ст. 151, 1099 ГК)

Рисунок 11. Состав гражданского правонарушения по медицинским спорам

недопустимых, а также непредупреждением и/или неустранением допустимых телесных повреждений.

- Информационно-аконсенсуальный деликт – происходит из недостатка информации, необходимой и достаточной для волеизъявления по поводу здоровья, вследствие чего любая – даже надлежащая – медицинская помощь представляет собой противоправное деяние.

Таким образом, посягательством, дифференцирующим составы медицинского деликта, является вредообразующий недостаток товарного или профессионального предоставления или информации о нем.

В целом, охарактеризовать состав гражданского правонарушения – равно договорного и внедоговорного характера – позволяет следующая схема (рис.11)

1. Посягательством является недостаток качества или безопасности предоставления.

2. Вина учитывается в спорах о качестве или по поводу медицинской помощи в порядке действий в чужом интересе без поручения.

3. Причинно-следственная связь устанавливается с помощью судебно-медицинской экспертизы, кроме случаев информационно-аконсенсуального деликта (когда нечего подвергать такой экспертизе)

4. Вред может быть материальным (в спорах о недостатках качества), физическим и моральным (в спорах о недостатках безопасности).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинской является деятельность, приносящая доходы от производства и реализации медицинских услуг в отраслевом обороте. Это – экономическая, предпринимательская по своему характеру деятельность.

Она складывается в кругу договорных и внедоговорных обязательств. Медицинские услуги оказываются на основе договора. На основании факта причинения вреда здоровью возникают деликтные обязательства.

В гражданском обороте благо приобретений сочетается с бременем утрат: предприниматель извлекает доходы на свой риск возможных убытков. Эти убытки возникают как вследствие ответственности за неис-

полнение или ненадлежащее исполнение договорных обязательств, так и вследствие обязанности возместить (компенсировать) в имущественном выражении вред, причиненный личности пострадавшего.

Медицинская деятельность обладает значимой спецификой, которая неизбежно сказывается на квалификации ее правовых последствий.

Прежде всего, медицинской является деятельность по поводу здоровья. Это основная отличительная черта любых видов медицинской деятельности в любых ее формах.

Специфика медицинской деятельности определяется уже субъектным составом правоотношений по поводу здоровья. Это всегда профессиональная составляющая на одной стороне и физическое лицо (пациент) на другой. Это, по преимуществу, несовпадение в одном лице получателя медицинских услуг и плательщика в его пользу.

Объектный состав отношений товарообмена тоже специфичен: это не только объекты в обороте, но и объекты, не могущие находиться в обороте; это не только товар (медицинская услуга) и его оплата, но и здоровье и относящаяся к нему информация.

Но главное, очевидно, состоит в том, что медицинская услуга – это только в части товар, обращение которого регулируется юридическими правилами. В нетоварной части это – медицинская помощь, подчиняющаяся только правилам медицины.

Медицинская услуга – это товарная оболочка медицинской помощи. Но медицинская помощь может

оказываться и вне медицинской услуги – как действия в чужом интересе без поручения. Относящийся к медицинской деятельности клинический эксперимент имеет конфигурацию, обратную медицинской услуге: предоставление исходит от добровольца, подвергающегося риску, что предполагает оплату со стороны экспериментатора.

Различия в субъектном и объектном составе таких многообразных правоотношений по поводу здоровья приводят к неодинаковым и неоднозначным правовым последствиям. Один лишь деликт благодаря специфике медицинской деятельности происходит из совершенно разных видов посягательств, что сказывается на его правовой квалификации.

На правовую квалификацию медицинского деликта влияют и традиционные характеристики услуги, в силу специфики медицинской деятельности требующие соответствующей адаптации. Недостаток приобретает значение, относимое к качеству или безопасности предоставления – только при этом условии возможно квалифицирующе структурировать правовые последствия медицинских услуг во всем их разнообразии.

Тем самым обязательственная организация медицинской деятельности уже в настоящее время выражается ясной, стройной и логичной теорией, а возможные законодательные коррективы позволят и судебное правоприменение привести в соответствие с потребностями реалий медицинской деятельности.

А знаете ли Вы, что...

...Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) среди прочего осуществляет полномочие по соблюдению органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями, а также индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность, прав граждан в сфере охраны здоровья.

А знаете ли Вы, что...

...столичные власти готовы передать в управление бизнесу городские учреждения социальной сферы. Переданные в концессию больницы должны преобразиться в высококласные лечебные учреждения. И они по-прежнему будут принимать пациентов по системе ОМС. Потенциальные концессионеры обещают, что на оказание помощи по государственным гарантиям будет направлено порядка 40% мощностей новых центров.

Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский, Е.Н. Черкалина

ТАКТИЧЕСКАЯ ОШИБКА В НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В статье приводятся наблюдения из экспертной практики, связанные с дефектом оказания медицинской помощи в неонатологии

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, неонатология, заменное переливание крови

In article observation from the expert practice, the rendering of medical aid bound to defect in a neonatology is resulted

Keywords: forensic medical examination, neonatology, hemotransfusion

Следует отметить тот факт, что одно из ведущих мест среди исков граждан в судебные органы занимают иски в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи женщинам и, соответственно, новорожденным детям.

Необходимо подчеркнуть, что комиссионные судебно-медицинские экспертизы в отношении врачей-неонатологов заслуживают особого внимания. При проведении подобного рода экспертиз нами был выявлен ряд серьезных недостатков, связанных с оказанием неонатологической помощи. Так, в ряде случаев в медицинской документации отсутствовали сведения о сопутствующих заболеваниях, данные объективного исследования, не было записей об отказе родителей пациента от той или иной манипуляции, во многих картах отсутствовал план лечения и письменное согласие родителей пациента на лечение. Кроме того, не было указано, какие конкретно методы лечения применялись. В некоторых регионах врачи-неонатологи не владели техникой заменного переливания крови. Нередко допускались тактические ошибки. Все это, в свою очередь, ставило под сомнение правильность поставленного диагноза и выбора метода лечения (3, 4).

В качестве примера приведем случай из экспертной практики:

«08.11.00 в 18.10 родилась доношенная девочка, оценка по шкале Апгар 8-8 баллов с группой крови В (III) с резус положительным фактором от матери с группой крови 0(I). В 21.00 билирубин крови 105 мкмоль/л, в 22.00-106,2 мкмоль/л, 09.11.03 в 3.00-билирубин 108,3 мкмоль/л. Все это время состояние ребенка остается удовлетворительным, невростатус без особенностей. В 09.00 состояние ребенка оценивается как тяжелое, хотя статус врачами не описывается, тяжесть состояния ничем не обоснована, невростатус не описан. В 14.00 ребенку перелито 400

мл эритроцитной массы третьей группы и свежемороженой плазмы третьей группы 200 мл. После этого состояние ребенка резко ухудшилось. Развилась ядерная желтуха, начали развиваться признаки полиорганной недостаточности, олигурия с переходом в анурию, развился ДВС-синдром. 11.11.00 констатирована смерть ребенка...».

Главная ошибка врачей заключалась в неправильном подборе компонентов крови для ЗПК. Согласно методическим рекомендациям и литературным данным при АВО конфликте можно использовать только эритроцитную массу 0(I) группы сроком давности не более 5 суток и плазму IV группы или группы ребенка (в данном случае III) (1, 2).

Использованная в данном случае эритроцитная масса В (III) группы вызвала бурный гемолиз эритроцитов перелитой крови содержащимися в крови с - антителами, резкий подъем уровня билирубина, появление симптомов билирубиновой интоксикации, описанных в истории развития после трансфузии, а затем ядерной желтухи, приведшей к летальному исходу. Существенную роль сыграла давность эритроцитной массы (7 суток), так как при длительном хранении эритроциты разрушаются особенно легко.

В ходе судебного процесса иск потерпевших к лечебному учреждению был удовлетворен.

Использованные источники:

1. Методические рекомендации МЗ СССР № 11-28/8-17 от 15.07.1987 г. «Гемолитическая болезнь плода и новорожденного, клиника, диагностика, профилактика и лечение»

2. Неонатология под ред. Н.П.Шабалова – СПб, издательство «Специальная Литература», - 1997.

3. Пашинян Г.А., Ромодановский П.О., Баринов Е.Х., Черкалина Е.Н. К проблеме проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с оказанием

медицинской помощи в акушерстве и неонатологии//
 Медицинское право. – 2009. - № 3. – с.44-46.

4. Ромодановский П.О., Баринев Е.Х., Черкалина
 Е.Н. Роль медицинских документов при проведении

комиссионных экспертиз по материалам дел, свя-
 занных с ненадлежащим оказанием неонатологи-
 ческой медицинской помощи// Медицинская помощь.
 – 2009. - № 2. – с.5-6.

**Подписка в любом почтовом отделении
 связи по каталогу “Роспечать”**

ф. СП-1

ФГУП “ПОЧТА РОССИИ” УФПС г.Москва		АБОНЕМЕНТ на журнал		47661 <small>(индекс издания)</small>							
		Главный врач: хозяйство и право <small>(наименование издания)</small>		Количество комплектов:							
на 2013 год по месяцам:											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X						
Куда											
		<small>(почтовый индекс)</small>				<small>(адрес)</small>					
Кому											
						<small>(фамилия, инициалы)</small>					

ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА											
		на журнал		47661 <small>(индекс издания)</small>							
<small>ПВ</small>	<small>место</small>	<small>литер</small>	Главный врач: хозяйство и право <small>(наименование издания)</small>		Количество комплектов:						
Стои- мость	подписки		руб. ___ коп.		Количество комплектов:						
	переадресовки		руб. ___ коп.								
на 2013 год по месяцам:											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X						
Куда											
		<small>(почтовый индекс)</small>				<small>(адрес)</small>					
Кому											
						<small>(фамилия, инициалы)</small>					

А.В. Панов, К.Г. Хасикян

РЕФОРМА ДОЛЖНА БЫТЬ НАСТОЛЬКО ГЛУБОКОЙ, ЧТО, МОЖЕТ БЫТЬ, ПРОЩЕ ВСЕ ЗАНОВО ВЫСТРОИТЬ

В статье представлены результаты исследования вопросов, поступивших перед интервью Министра здравоохранения РФ Веронике Скворцовой главному редактору «Эха Москвы» Алексею Венедиктову, которое состоялось на радио «Эхо Москвы» 7 июля 2012 года. Эти данные позволяют обозначить те направления деятельности нового министра, которые ему необходимо предпринять в первоочередном порядке с точки зрения медицинского сообщества, а также предоставляют видение текущего состояния здравоохранения изнутри отрасли

Ключевые слова: здравоохранение

The results of the study questions received before the interview the Minister of Health Veronika Skvortsova editor of "Echo of Moscow" Alexei Venediktov, which was held on the radio "Echo of Moscow" July 7, 2012. These data allow us to identify some of the activities of the new minister that he should be taken as a priority in terms of the medical community, and provide a vision of the current state of health from within the industry

Keywords: health

Вопросы к министру здравоохранения со стороны медицинского сообщества как срез актуальности проблем, требующих скорейшего разрешения для функционирования отрасли (сост. А.В. Панов, К.Г. Хасикян)

Состоявшиеся президентские выборы и последовавшая за ними смена руководителя министерства здравоохранения с экономиста на врача породила определенные ожидания в обществе, которые складываются из субъективных оценок членов общества в виде высказываемого мнения в форме вопросов, предложений и иных суждений. Изучение этих оценок и их систематизация представляет определенный срез настроений в обществе, который дает пищу для размышлений о тех действиях, необходимых для осуществления новым министром здравоохранения Вероникой Скворцовой в интересах общества.

Всего перед интервью Вероники Скворцовой на сайте «Эхо Москвы» было зафиксировано 377 лиц, обратившихся под различными никами. Из них, исходя из формулировки вопросов и их содержания, 46% представляли медицинское сообщество (173 человека) и 54

% имели отношение к пациентам (204) человека. От обратившихся министру здравоохранения было задано 532 вопроса, от представителей медицинского сообщества - 249. Ниже выборочно представлены наиболее демонстративные из них:

- Как вы смотрите на то, чтобы клинику «Кремлёвку» отдать жителям областей, граничащих с Московской, а обитателей белого дома, включая Путина с Медведевым, федеральной думы и правительства РФ, включая вас, лечить в сельских больницах. Допустим, Рязанской области? Как вы смотрите на то, чтобы вас и всех чиновников из вышеперечисленных ведомств, лечили поддельными мед. препаратами из обычных сельских и городских аптек. А всю остальную страну - эффективными лекарствами из «Кремлёвки». Что вы имеете сказать по этому поводу?

- А почему бы не найти способ узаконить такое повсеместно распространенное явление, как «благодарности» больных врачу? Разрешить выздоровевшему пациенту СПУСТЯ НЕКОТОРОЕ ВРЕМЯ после выписки официаль-

но перевести врачу деньги. У доктора будет стимул хорошо работать, учиться, развиваться. Больной тоже не пострадает, ибо все должно быть только добровольно и обязательно ПОСЛЕ лечения. Так в некоторых хосписах делается. Ведь ни для никого не секрет, что сейчас врачу абсолютно пофиг на результат его труда, хорошо он работает или плохо - зарплата не меняется. Отсюда низкая квалификация и тоска врачей и обиды пациентов.

- Почему Вы не делаете официальных заявлений для Президента и Гос. Думы, о критическом состоянии здравоохранения в России. В том числе и о катастрофическом дефиците кадров, для ликвидации которого на данный момент не намечено никаких министерских планов.

- Какие специальные методы управления применяются в нашей медицине. В учебниках по менеджменту написано, что низкая зарплата создает базовую отрицательную мотивацию к труду (правило Герцберга). Иначе говоря, нежелание работать. Так вот, расскажите, какие методы используются в нашей медицине, чтобы медики, получая низкую зарплату, продолжали исполнять свои обязанности? Используется ли запугивание персонала? Угрозы? Унижение человеческого достоинства? Какую роль в управлении играет дефицит кадров, приближающийся к 1 миллиону человек? Насколько выгодно министерству, что многие медики вынуждены совмещать по 1,5 - 2 ставки? Почему нет официальных норм врачебной нагрузки на 1 ставку, и как это влияет на качество мед. помощи? Расскажите, как Вам удалось добиться отсутствия протестов медиков? Почему нет митингов протеста и забастовок врачей, как в Великобритании, Германии, в Израиле?

- Долго еще будет воплощаться в жизнь заявление Зурабова о том, что больных лечить БЕСПОЛЕЗНО, а врачам нужно главным образом заниматься профилактикой? В реальных затратах времени участкового врача - 70% занимает работа с больными, и 30% - профосмотры. А зарплата начисляется - базовая ставка около 5-6 тысяч и президентская надбавка (за профилактическую работу) - 10 тысяч. (кстати, итоговая сумма никак не похожа ни на 24, ни на 31 тысячу рублей). А диспропорция в оплате приводит к тому, что работа с больными оплачивается в несколько раз дешевле, чем со здоровыми. Так что, это целенаправленная политика? Министерство действительно хочет, чтобы врачи поменьше уделяли внимания больным?

- Я хирург в районной поликлинике. Стаж 16 лет. Зарплата на 1,5 ставки - 16 тыс. рублей. Кого вы обманываете? Где зарплата в 26 или в 31 тысячу? Я вам скажу где. У главного врача 8 заместителей и у каждого зарплата 100-400 тыс. рублей! У врача зарплата 10 тыс., у начальника 100 тыс. А в среднем 55 тыс. рублей! Всё выделяемое на больных разграбляется чиновниками на местах, а врачу доходит 17 рублей на одного пациента. Уже куры

даже не смеются! Вашими страховыми полюсами только одно место вытереть. Приходят больные, а помочь им нельзя... Запись на УЗИ на полгода вперед, запись к онкологу на 8 месяцев вперед, запись на операцию на 2 года вперед... Оборудования закупили, а работать на нём некому, все разбежались, молодёжь не идёт (дураков нет). Через пару лет это оборудование можно будет выкинуть. Путин повысил зарплату полицаям в 5!!! раз. А врачи государству не нужны. Ибо, чем больше народу загнётся, тем больше нефтеденег останется чиновникам и прочим прихлебателям. Хамское отношение государства к врачам, это хамское отношение государства к больным людям. Ведь медицины в России уже нет! Это страшно.

- Как случилось, что издательская фирма ГЭОТАР монополизировала издание научной медицинской литературы в рамках национального проекта «Здоровье»? И устанавливает на национальные руководства по медицине - за пределами высокие цены, делающие эту литературу недоступной для большинства врачей? И почему этой фирме было позволено похоронить идею национальной электронной медицинской библиотеки, создание которой обещал врачам Д.А. Медведев, в бытность свою вице-премьером? И почему, вместо постоянно обновляемой электронной базы данных, эта фирма предлагает только электронный справочник «Консультант врача», с данными 4-летней давности (за 2008 год)?

- 1. Каковы стратегические направления развития здравоохранения? К какой модели мы стремимся - американской, с превалированием частной медицины; или немецкой - «страховой»? Если к американской, то не рассматриваете в качестве пилотных проектов, акционирование существующих больниц (возможно с сохранением гос. блокирующего пакета)? Если к немецкой - то как собираетесь способствовать развитию конкуренции в области страховой медицины, т.к. в настоящее время фактически нет никакой конкуренции, а на пути финансового потока государство - больница, выросли два посредника фонд ОМС и страховая компания, с сомнительными функциями, но несомненными аппетитами.

2. Контроль качества предоставляемых медицинских услуг? Выстроенная в настоящее время модель не стимулирует конкретного врача к росту как в сугубо профессиональном - лечебном; так и в маркетинговом смысле. Штрафы СК на больницу - смешны и не в коей мере даже не задевают интересы - глав. врачей и конкретных докторов. Если хотите, могу предоставить расчеты.

3. «Медицина юридическая» - только повышение эффективности работы юристов от медицины как в защиту интересов врачей, так и пациентов, при помощи института судейства способно отрегулировать и отточить систему. В настоящее время, бесправие пациента стимулирует безалаберность врачей, в свою очередь абсолютная формальная незащищенность врачей от

грамотных действий нормального адвоката - приводит неадекватных сутяг к значительным денежным компенсациям и нервотрепке мед.персонала. Думали ли предпринимать шаги в направлении развития законодательной базы регулирующих медицинскую деятельность? Подготовку профессиональных кадров юристов в больницы - и адвокатов-специалистов для пациентов?

4. Оплата труда. Личный пример. Два диплома: медицинский 6 лет очно + 2 года ординатуры (в лучшем месте страны); экономический 4 года очно-заочно. На рынке труда востребован как врач-кардиолог с з/пл - 35-40 000 рублей. Как менеджер-экономист с з/пл в 55 - 60 000 рублей. Внимание вопрос. Ну, сами все понимаете...

5. Еще более актуальный и личный вопрос, поскольку реальность граничит с безумием. Возраст 24 года. 8 лет очно, 4 года очно-заочно. Два диплома, две специальности. Определенная востребованность на рынке труда... Как думаете чем я займусь в следующем году? Буду лечить людей? Или может быть организовывать, рассчитывать эффективность, выстраивать маркетинговые программы, системно повышать качество услуг? А вот и не угадали. Государство намерено насильно использовать меня в качестве дворника, строителя ж/д путей и просто как боксерскую грушу. Да, я о службе в армии. И об отсутствии военной кафедры в институтах (отменили ровно в мой учебный год) - это вообще как понимать? Вам нужны врачи? Управленцы-экономисты? Не понимаю. Где логика? Где смысл?

- Вопросы от практического доктора: 1. Когда прекратите «кошмарить» врачей амбулаторий бессмысленными и беспощадными медосмотрами: дополнительная диспансеризациями, основными, побочными, профосмотрами, медосмотр на работу, на «права» (водительские; вообще тупость), в школу, в садик, в кГБ, в лтп и т.д. и т.п. Это отвлекает врача от его основного прямого назначения, создает очереди. Этим могут и «фельшеры» заниматься. Это бездоказательная медицинская практика.

2. Нужно ли закрыть большинство ЦРБ (либо оснастить их не хуже городских и областных клиник) т.к. «недობольница» дискриминирует пациентов таких больниц (городские больные лечатся в лучших условиях и качественней). Как вам, например, лечение черепно-мозговой травмы без КТ (МРТ) в глубинке? Как вам фактически отсутствие санитарной авиации?

3. Почему на врачей поликлиник «навешана» фактически дистрибуция лекарств для льготников (в обязанность врача входит заказ препарата в аптеку, отслеживание его наличия)? ПОЧЕМУ ЭТО НЕ ВХОДИТ В ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ?

4. Долго будет длиться недоверие к врачам в вопросах выписки т.н. «дорогостоя» (к.-нить препарат за 200 рэ). Т.к. для его выписки нужно СОГЛАСОВАТЬ с различными замглавами. Не доверяете - выгоните или переучите.

5. Когда медицинское образование приблизится к

мировым требованиям и стандартам? (в частности, обучение на английском языке - вся наука делается только за рубежом)

6. Когда у большинства врачей з\п будет достаточная, чтобы, например, подписываться на зарубежные авторитетные издания, зарубежные новейшие статьи?

7. Когда отменят позорное хождение врачей по домам (по мукам)? Что им там делать? Пальцем лечить и тонометром диагностировать? То, что больной нуждается в госпитализации, так это и фельдшер увидит. Доктору место в оснащенном медучреждении.

- 1. когда доктору, чтобы хотя бы относительно сносно существовать, не потребуется работать на 2, а то и 3 работах, проводя на дежурствах 10-12-15 ночей?

2. когда в медицине перестанет осуществляться раздача степеней докторов и кандидатов, не подкреплённых никакой пользой для окружающих и объединяемых, разве только, полным отсутствием смысла в «творениях» соискателей?

3. когда взяточничество преподавателей и готовность осуществить её у студентов будет искоренено АБСОЛЮТНО и НАВСЕГДА?

4. когда уровень зарплаты будет В РАЗЫ выше среднего размера таковой по стране?

5. когда, наконец, Вы начнёте приезжать в какие-либо учреждения с проверкой, не оповещая заранее о ней кого только можно? И кому нужны результаты этих вояжей?

6. когда Вам не стыдно будет называться врачом, учитывая катастрофический уровень «популярности» профессии у окружающих?

7. окажете ли Вы первую помощь на улице окровавленному пострадавшему (если Вы вообще ходите по ним), понимая, что можете приобрести от него кучу передающихся через кровь инфекций (заразить семью) и осознавая, что государство плюнет на вас тут же и с удовольствием или же пройдёте мимо (речь не о детях и беременных) КАК Я, осознавая, что возможный срок за это (а тут ещё надо будет доказать) - ерунда в сравнении с вышеуказанными последствиями...

8. является ли неоказание помощи врачом на улице (врач - в состоянии алкогольного опьянения) незаконным с точки зрения УК?

9. не будет ли стыдно поговорить Вам дома с семьёй о медицине года через 2-3?:

- Я считаю, что модернизацию в медицине надо начинать с глубинки, а не с главообразующих городов. А для этого требуется глобальная компьютеризация всей медицины, и создание единой электронной базы данных истории болезни всех граждан России. Для этого потребуется, чтоб каждый врач и даже фельдшер имел и мог пользоваться компьютером, а лучше ноутбуком, поскольку зачастую врачам приходится посещать больных не только на дому, но и делать обходы по палатам. В дальних сёлах, и хуторах, где есть только фельдшерский пункт, фельдшеру, а может и даже врачу, если

такой имеется, требуется высоко квалифицированная консультация от специалиста, которую врач или фельдшер могут получить через Интернет. За границей уже есть приставки к компьютеру, при помощи которых можно произвести УЗИ на расстоянии. А также наблюдать за больными сердечниками на расстоянии. Это поможет повысить качество в медицине, даст возможность молодым мамам, которые сидят дома, подрабатывать, не выходя из него. Мне интересен Ваш подход как врача к этой проблеме, буду вам очень благодарен за ваш ответ.

- Как Вы считаете: руководить клиникой должен профессионал или менеджер? Я имею в виду конфликт Тахчиди и минздрава.

- Я врач, стаж работы 12 лет, за последние годы медленно становится хуже: зарплата не растет (несмотря на многочисленные громкие заявления - базовая ставка формально поднимается, но мизерными шажками - у меня она менее 5000 рублей, а общая сумма при расчете та же, а то и меньше), профессионализм медленно падает, отношение к пациентам переходит в денежную форму (молодой врач, заплативший за обучение в институте сотни тысяч, придя работать и получив зарплату в 7-8 тысяч смотрит на пациента как на источник заработка, по другому ему не выжить), больницы немного загрузили оборудованием (с этого чиновники имели хорошие откаты), но на обслуживание, ремонт, обучение персонала денег никто не выделяет - вот и гниет это все по разным ЦРБ, да и как должен по вашему работать врач с зарплатой 10-12 тысяч на томографе стоимостью в сотню миллионов. Страховые фирмы платят за лечение мизер по сравнению с реальными цифрами, причем альтернативы нет ни у пациентов ни у больниц, федеральные программы (в частности, нейрососудистая), если и работали первые годы, даже врачам прибавка шла, то сейчас все это превращено в формальность и показуху. Врачей никто не поощряет за профессионализм и хорошую работу, и не спрашивает, и наказывает за плохую, в основном требования - правильное оформление документов, количество которых растет как снежный ком, как и количество различных руководящих документов (зачастую такой бред присылают - посмотреть бы на тех, кто их пишет, тоже наверно по благу набраны). Хуже всего, что страдают от этого простые люди. Если все резюмировать, то реформа тут должна быть настолько глубокой, что может быть проще все заново выстроить. Что с этим всем собираетесь делать?

- Понимаете ли Вы, насколько забюрократизировано здравоохранение? Доктора буквально стонут под тяжестью тех бумаг, которые они вынуждены заполнять собственноручно буквально на каждый чих. Для оформления медкнижки всё время увеличивается количество врачей, которых нужно проходить ежегодно. Лучше бы новые больницы строили. Понимаете ли Вы, что этим

всем Ваше ведомство не столько поправляет здоровье, сколько отнимает его у граждан? А Ваши чиновники - они что, получают премию за каждое бюрократическое нововведение, что ли?

- Врач, работаю в МНТК «Микрохирургия глаза». У нас неожиданно для всех поменяли директора в ноябре 2011г. Назначили нового якобы менеджера. Результат: зарплата упала, объемы снизились, иностранцы перестали приезжать лечиться, практически нет платных больных, поэтому на десятки миллионов руб. снизились в/бюджетные доходы. Идут сокращения персонала, закрываются центры, отделения, кабинеты. По каким критериям Вы выбираете руководителя? Наш абсолютный «О» в офтальмологии и очень плохой управленец-хозяйственник (менеджер).

- когда же, наконец, деятельность врача, отделения, учреждения медицинского профиля будут оценивать не по выполнению пресловутого плана (койко-дней, количеству посещений и т. п. ерунде), а по эффективности лечения, эффективности оказания медицинских услуг? Подобное извращение в оценке работы медиков развращает как руководителей, так и сотрудников, увеличивая число приписок, несуществующих услуг, «мёртвых» коек и т.п. и т. д.

- В странах, с развитой экономикой и хорошо работающей страховой медициной, приход врача к больному на дом или очень дорог или вообще не предусмотрен. Есть скорая и скоромощные отделения в больницах. У нас врачи практически «забесплатно» ходят по домам, причём обязаны иногда своими ногами без машины обойти невероятное (25-30-50) адресов. На ваш взгляд это эффективно? от этого не стоит отказаться?

- Мы, простые врачи, просто захлебываемся от всякого рода отчетности: ежедневной, еженедельной, ежемесячной и т.д. и т.п. Физически некогда смотреть больных.

- Мы в Челябинске конечно рады за медиков Дальнего Востока, которые зарабатывают от 35 до 70 тысяч, но как быть в других регионах? В Челябинске даже в областных детской и клинической больницах, зав. отделением, КМН получает примерно 18-20, а рядовой врач 13-15 тысяч. Областной ФОМС недавно снизил тарифы на 20%, потом 10% вернул, но на эту же величину урезал госзаказ. В результате на нейрохирургов, которые буквально вытаскивают больных с того света, главный врач и экономист орут: почему вы перевыполнили план, будете лечить за свой счет. В больнице, находящейся практически полностью на бюджете, руководителям некоторых отделений заявляют - вы не перспективные, мало денег для больницы зарабатываете. И еще: сейчас очень актуально пенять врачам на дорогие расходные материалы, некоторые главные врачи открыто говорят, что брать сложных больных невыгодно, что надо

поменьше оказывать высокотехнологичную помощь. Работать в областной больнице на уровне ЦРБ - это, оказывается, сейчас самое лучшее: и дешево, и сердито. И последнее - два года назад практически вся больница прошла лицензирование на оказание высокотехнологичной помощи, и специалисты и оборудование - есть. А заказа нет. В результате, помощь такая оказывается, но она практически не оплачивается. Когда с монополией федерации здесь будет покончено?

- За 20 лет работы врачом-травматологом повидал много «реформаторов»: ни один из них не облегчил жизнь ни врачам, ни пациентам. Количество писанины растёт в геометрической прогрессии. Компьютерами нас оснастили, надо признать, но служат они, в основном, для сдачи огромного кол-ва отчётов: в горздрав, страховые компании, прокуратуру, СК, СЭС и т.д. Новые больничные листы - это просто «песня»: даже компьютерное их оформление занимает кучу времени и каждый второй возвращают с места работы пациента для переделывания и выдачи дубликата. А это не уменьшает очереди в регистратуру. Кто там задавал вопрос: «Почему нет забастовок медперсонала?» Возможно, что недолго ждать осталось...

- Когда то министр Зурабов, хоть его и не любили, на мой взгляд правильно сказал, что многие больницы сегодня проедают сами себя. С тех пор ничего не изменилось, огромное количество лишнего штата, пустых расходов, нерациональных закупок, бумажного пустого вала. Вот где значительное количество денег исчезает. Тришкин кафтан получается. Вверху все кажутся красивыми, а внизу - поверьте рядовому периферийному доктору - воспроизводятся трагикомично. Вопрос: почему медицина пытается как бы сидеть на двух стульях по организации, и в сов прошлом и в некоем подобии чего то капиталистического. Может быть лучше быстрее к какому-нибудь одному берегу?

- Знаете ли Вы, что врачей заставляют выполнять план по «добровольной» вакцинации граждан? Известно ли Вам, что добровольцев вакцинировать намного меньше, чем оплаченных вакцин? В курсе ли Вы, что врачи вынуждены уничтожать вакцины, потому что больше девать их некуда, сдавать нельзя, а не брать невозможно, так как последует увольнение? Согласны ли Вы с тем, что необходимо наказывать врачей, не сумевших «заставить» наших «глупых» граждан вакцинироваться? Поддерживаете ли Вы idiotские программы, на которые тратятся безумные деньги, выделяемые из нашего многострадального бюджета, которые просто спускаются в канализацию? Правильно ли наказывать именно рядовых врачей, а не Ваших функционеров-составителей нереальных планов по вакцинации? И ещё.. я знаю, что врачи офисов общей практики обязаны использовать огромное количество диагностического оборудования, дублирующее (вернее, имитирующее) основное оборудование в поликлиниках так вот, необ-

ходимый набор этого оборудования, стоящего под сотню тысяч, которое хрупкая женщина-врач должна всегда (!!!) носить с собой, весит более 15 кг, сумки не выдерживают - рвутся, как это возможно? реально ли? как можно носить с собой 15 кг хлама? полная чушь.... а если потеряет? а если отберут? кто будет платить за это? врач? открою Вам мааааленькую тайну - это оборудование заперто в кабинетах или просто лежит дома, чтобы не потерялось и не своровалось, денег на это потрачено - уйма, результат очевиден - туфта, нереальные планы кто должен понести за это безобразие ответственность? конечно, не врач, а тот «умник», кто это придумал, в первую очередь сам министр, согласны? вообще, кто составляет эти планы? вы там хоть считаете вес оборудования? есть ли целесообразность его использования? вообще, как? объясните

- Можно ли от вас ждать именно энергичных реформ в этой прогнившей отрасли, планируется ли вводить некоторые элементы конкуренции и рынка?

- В настоящее время лечебные учреждения возглавляют главные врачи, которые решают экономические вопросы и непосредственно лечением больных не занимаются. Тем не менее, именно главные врачи, а не лечащие врачи, принимают решения о выборе оборудования и медикаментов при закупках, что отражается впоследствии на лечебном процессе. В настоящее время сложилось так, что лечебными учреждениями часто руководят люди с высшим медицинским образованием, но практически врачами никогда не работавшими, и решающие экономические задачи, не имея экономического образования. Так сказать, «ни рыба, ни мясо». Кто, по Вашему мнению, должен руководить лечебным учреждением: врач с большим клиническим опытом (побывавший лечащим врачом длительный период времени) или профессиональный экономист, решающий финансовые проблемы ЛПУ и не вмешивающийся в работу медицинских профессионалов?

- Несколько лет назад увеличили зарплату терапевтам. Чем рассорили врачей. Чем оскорбили других, не менее важных специалистов. Будет ли выровнена зарплата всем врачам?

- Вы сообщили, что теперь врачи получают в среднем 31 тысячу рублей. До этого средняя зарплата составляла 26 тысяч. Вопрос: Вы владеете информацией о вакансиях? Вы владеете информацией о нехватке работников здравоохранения практически во всех медицинских учреждениях? А то, получается одно из трёх. Или Вы, мягко говоря, лжётё об уровне оплаты труда или органы занятости населения о наличии вакансий, или все медицинские работники бездельники и не хотят работать за такую зарплату.

- Политика министерства в области заработной платы прямо толкает врачей на побои с пациентами. Почему

врач-анестезиолог с 20-летним стажем, высшей категорией и кандидатской диссертацией, должен клянчить с пациентов «на чай» как таксист или официант? Как вы предполагаете жизнь семьи такого врача на 13 000 рублей «чистыми»? ДОКОЛЕ?

- Как прожить на стандартную зарплату в 15 т.р. и не брать взятки? Работать на 2 ставки, ночами, и получать 25 т.р.! Это после ВУЗа, 10 лет стажа, категория и проч.! Охранник в магазине получает больше. Масса бумаг, уголовная и адм. ответственность за пациентов, а на выходе - оплатил коммунальные, проезд до работы и питайся в буфете больницы. 2) Закупается дорогое оборудование, а учеба врачей - раз в 5 лет, просто повтор ВУЗовской программы, да и той бы не было, если бы не Приказ.

Надо уходить из медицины - это тупиковая ветвь развития в РФ.

- Что планируется сделать для повышения зарплат профессорско-преподавательскому составу мед. вузов??? Только не надо рассказывать про высокую среднюю зарплату (она складывается из зарплаты профессоров и зав.кафедрой и простых преподавателей, к тому же работающих на 1,5 ставки, а также зарплат преподавателей клинических кафедр, фактически получающих ещё и зарплату как врачи (тоже кстати не ахти какую, если на ставку и без кучи дежурств)!!! Вопрос о повышении ставок!!! Также прошу не сводить вопрос к сокращению преподавателей и увеличению нагрузки, если мы не хотим окончательно угробить медицинское образование!!!

- Работаю в Пермской краевой наркологической больнице врачом анестезиологом-реаниматологом, стаж более 20 лет, зарплата на 1,25 ставки (8-9 суточных дежурств) 10 тыс. рублей, причем за последние 1.5 года уменьшилась, несмотря на объявленные всенародно неоднократные увеличения фонда заработной платы (что это за фонд такой дырявый?), работать хуже или меньше мы не стали, поток больных за это время увеличился в разы, причем это больные с тяжелыми психическими отклонениями, требующие колоссальных физических и моральных затрат. Вы ГОВОРИЛИ ЧТО СРЕДНЯЯ ЗАРПЛАТА ВРАЧА ПО СТРАНЕ - 31 тыс.рублей., НО ВЕДЬ МЫ ЖИВЕМ С ВАМИ В ОДНОЙ СТРАНЕ! МОЖЕТ НАШЕ КРАЕВОЕ МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЕЗИНФОРМИРОВАЛО ВАС О РАЗМЕРАХ РЕАЛЬНЫХ ЗАРПЛАТ ПЕРМСКИХ ВРАЧЕЙ??? Наверно, смешно уже на что-то надеяться, но может быть

- В Центральном Черноземье базовый оклад ВРАЧА составляет 5805 рублей в месяц. Я с высшей категорией, чтобы заработать 15 - 20 тысяч рублей в месяц - работаю на 3-х, 3-х работах! Я имею в виду работу в день ежедневно по основной должности и беру дежурства в 2-х стационарах! КОГДА Вы, НАКОНЕЦ, УСЛЫШИТЕ РОССИЙСКИХ ВРАЧЕЙ? КОГДА ПОВЫСИТЕ НАМ ЗАРПЛАТУ?

- Вам известно, какие зарплаты у среднего (высшей категории, 20 лет стажа, анестезиология и реанимация) медперсонала в 1-ом меде? 20000 рублей на руки. Если надо могу «жировки» прислать. Это в Москве !!!!!

- Будете ли Вы пытаться проводить реформу медицинского образования в РФ, о жуткой неэффективности и слабости которого не говорил только ленивый? Огромное количество медвузов (институтов, академий, университетов) - порядка 70. Для сравнения в 47-миллионной Испании - около 5. При этом удручающее качество подготовки кадров, низкий процент выпускников, остающихся в медицине - такого нет ни в одной стране мира. Мое мнение - достаточно одного медвуза на федеральный округ. Необходима серьезная реформа: сокращение медицинских ВУЗов с одновременным значительным повышением финансирования и эффективности образования оставшихся.

- Во всех странах существует возрастной ценз на занятие должностей руководителей клиник, заведующих кафедрами и т.д. Это позволяет более эффективно ротировать кадры и развивать различные направления в медицине. У нас кафедрами и клиниками руководят «пенсионеры», которым 60 и более лет. Многие из них стагнируют и живут в прошлом. Это тоже тормоз для развития здравоохранения. Что будет делаться в этом направлении?

- В стране - диссертационный бум! Работают единицы, остальное плагиат под различными переименованиями, исследование в гор.больнице, то же в условиях муниципального образования. Защищаются доклады минувших лет, переводные статьи и т.д. Как долго так будет развиваться медицинская «наука»? Осень, продолжение гонки?

- Знакомы ли Вы со статистикой приёма в медвузы? Берут всех подряд (на компенсационной основе). Как можно голых троичников, едва преодолевших минимальную планку, набирать в МЕДИЦИНСКИЙ вуз? Это что за врачи будут!?? Нельзя же в погоне за прибылью опускаться до самой последней черты деградации и безнравственности

- Я хочу повышать свою квалификацию ежедневно, а не раз в пять лет. Медицинская литература при существующей врачебной зарплате недоступна (покупаем конечно но...). Отечественные журналы пронизаны скрытой рекламой. Сделайте для нас сайт, на котором будет выкладываться ВСЯ мировая медицинская литература. Пусть на сайт будет бесплатный доступ для всех врачей. Если, например, в Австралии опубликовали утром статью по моей специальности я хочу вечером её прочитать. Здоровье моих пациентов от этого выиграет. Или я ошибаюсь?

- В медуниверситетах два варианта сдачи экзаменов: выучить и выкупить. С первым - нет проблем, умным все рады, это правда. Но и второй (а это однозначно больше половины случаев) - был, есть и похоже всегда будет, т.к. в нем заинтересованы и студенты и преподаватели. Учиться в меде - сверхтрудно, да и зачем, когда есть второй вариант? О каком качестве медицины можно говорить до тех пор, пока преподаватели зарабатывают на некачественном обучении?

- Врач-кардиолог из Москвы. Немножко специализируюсь на медицинском образовании. Не пора ли наконец пойти на упрощение системы, которая занимается переподготовкой и сертификацией врачей в нашей стране? Приведу пример: Василий Пупкин - ведущий хирург районной больницы города Тютюкина. В штате 4 хирурга. Наш - зав отделением, кандидат наук и вообще ведущий специалист. Ну вот куда без него! И каждые 5 лет на 4 месяца (если ошибаюсь - поправьте, пожалуйста) он отправляется (в соответствии с нынешним положением о сертификации специалистов), допустим, в столицу, повышать свою квалификацию (а иначе работать будет без сертификата, что запрещено). Его «соседом по парте» на факультете постдипломного образования может запросто оказаться его однокашник - некто профессор Иван Иванович Иванов, который, собственно, и заведует кафедрой, проводящей этот сертификационный цикл (у него тоже истек очередной сертификат). Оба этих вымышленных коллеги никогда не окажутся за партой сертификационного цикла. Просто потому что доктор Пупкин позвонит своему товарищу - зав кафедрой профессору Иванову и после получения копий документов Пупкина Иванов естественно выпишет ему сертификат. И это будет мудро и правильно. Суть предложения проста: создание в максимально сжатые сроки программ дистанционного обучения специалистов (доктор Пупкин в течение месяца по окончании рабочего дня с интересом просмотрел 2-часовую лекцию с помощью Интернета. Потом ответил на тесты. И получил по электронной почте подтверждение своего обучения. И обучился, и людям продолжал помогать, и сэкономил деньги налогоплательщиков на проезд-проживание, и не имел возможности давать взятку за бумажку).

- Когда прекратится полнейшая чехарда с тарифообразованием в системе ОМС? Низкие тарифы на медуслуги в системе ОМС - это обман пациентов и издевательство над сотрудниками медучреждений!

- 1) планируется ли изменение тарифов ОМС, приближение их к реальным, адекватным цифрам, потому что именно низкие тарифы лежат в основе патологического круга прибыль ЛПУ - завышенная численность прикрепленного населения - приписки - необоснованное назначение повторных осмотров, дополнительных исследований, консультаций специалистов. Чтобы дать возможность врачам и в рамках ОМС каждый случай вести в рамках рекомендованных международных стан-

дартов, разгрузив их от лишней, в медицинском плане никому ненужной работы. И это, в том числе, позволит сократить количество тех же специалистов без ущерба качества оказанной медицинской помощи. 2) планируется ли выход на российский рынок международных медицинских страховок, таких как AIG, Liberty, AETNA и т.д., увеличение количества мед. учреждений, работающих в соответствии с международными требованиями, что позволит достаточно большому количеству людей среднего класса перейти в рамки адекватного ДМС? (я думаю, Вы прекрасно знаете разницу между ДМС, существующим на данный момент в России и условиями международной медицинской страховки)

- По некоторым данным, на содержание структур страховых компаний (ОМС) тратится около 20% бюджета здравоохранения. Собираетесь ли Вы что-либо предпринять для снижения этих неоправданных расходов? И по поводу многочисленных скандалов с закупками компьютерных томографов - расскажите, пожалуйста, сколько выявлено нарушений, какие денежные суммы похищены, сколько удалось вернуть, выявлены ли ответственные за эти нарушения, и лишились ли они своих должностей? Что планируете делать, чтобы в дальнейшем сделать невозможными финансовые махинации вокруг закупок оборудования для здравоохранения?

- В настоящее время (как и 30 лет назад) в провинции нет современных препаратов для снятия сильной боли у некурабельных онкобольных. Нет таблетированных форм наркотических препаратов, нет транскутанных систем. В результате больной получает многочисленные мучительные инъекции. Многочисленные, но все равно, слишком редкие, что противоречит современным принципам борьбы с болью (онкобольным нужно вводить лекарство до возникновения боли, а не тогда, когда у человека уже нет сил ее терпеть). Сколько еще будет продолжаться это варварство? Когда будут современные препараты в аптеках?

- В России вопрос необеспечения пациентов жизненно важной терапией в регионах - это обыденная повседневность. Как вы планируете это преодолевать? Будут ли учтены реальные потребности пациентов при разработке новой системы лекарственного обеспечения? И если да, то как - посредством привлечения к обсуждению профессионального и пациентского сообществ? создания института оценки технологий здравоохранения? Создания прозрачных процедур обновления государственных программ? Что будет с программой 7 нозологий?

- А когда же Минздрав начнет защищать честь и достоинство врачей? Уже много лет в СМИ идет беспрецедентная травля врачей. Выражения «врачи-убийцы», «убийцы в белых халатах» - уже примелькались, и не вызывают удивления. Почему Минздрав ничего не делает для преследования журналистов, позволяющих себе некорректное изложение фактов?

- Когда будет введена страховая ответственность врачей, считаете ли Вы эту норму правильной и действенной мерой по борьбе с врачебными ошибками?

- Планируется ли создание профсоюзов мед. работников и наделение их реальными полномочиями и правом влиять на главных врачей и на самого министра здравоохранения? У нас в РФ сегодня врач не имеет прав, зато большое количество обязанностей и уйма времени уходит на заполнение лишних бумажек ежедневно! Это время можно потратить на лучшее лечение пациента (но не на увеличение их кол-ва в единицу времени!), на повышение проф. уровня, на чтение новой мед. литературы и т.д.! Сегодня врач (стационара) - как загнанный зверь, замученный, невыспанный из-за ноч. дежурств, деградирующий как специалист, выживающий, как может, сам с кучей хронических заболеваний. Сам ушёл из стационара, видя, как хирурги с 25-30 летним стажем ездят на Жигулях и живут во врачеб. общагах (или в старых хрущёвках) вместе с престарелыми родителями, с детьми и внуками одновременно). Позор президенту, мин.здраву и стране. Жаль и пациентов (малоимущих) и коллег - в равной степени. Наш главврач сказал, что поступил сигнал из Москвы, что с января 2013 из-за нехватки средств на бесплат. ОМС медицину - последняя уменьшится, а официальная платная (в кассу) увеличится, чтоб помогать бесплатной. Хозрасчёт. Так ли это и как это скажется на зарплатах врачей?

- Хотелось бы узнать Ваше отношение к оценке врачебной деятельности, оценке работы медицинских учреждений, впрямь тоже работа врача, медиков будут оцениваться с точки зрения выполнения пресловутого плана выполнения количества посещений, плана выполнения койко-дней, плана вскрытия трупов (их количества). Премий не дают, если врач не выполняет этих плановых показателей. Почему даже заместителей министра регионального минздрава не интересует эффективность лечения, оказания медицинских услуг? На протяжении двухчасового мед. совета разговор всё время крутится около этого плана, за два часа не было произнесено ни слова об эффективности лечения. Для кого же мы работаем, для удобства чиновников или всё же для людей?

- Что будете делать с начатой вами программой модернизации, в частности, по сосудистой? Такое впечатление, что на местах её просто игнорируют местные князьки - купили то, на чем можно сделать откаты (томографы), а всю необходимую «мелочь» (инфузоматы, респираторы, расходники и т.д.) в игнор! Дальше интереснее: доплаты врачам по этим программам постоянно урезаются - надо же с этих денег платить замам заводов главных, бухгалтерам, экономистам, т.е. всем тем, кто к больным и не подходит!? Что будете с этим делать?

- Славянская ЦРБ, мотивация к качеству и безопасности лечения не «приветствуется» администрацией больницы, главврачи меняются с регулярностью раз в год из-за проблем с прокуратурой, лучшие специалисты уходят в частный сектор, острый дефицит теперь и медсестёр, модернизационные деньги распределяются по признакам лояльности администрации, репрессивный стиль руководства приветствуется администрацией края, коллегиальность в принятии решений воспринимается как «экстремизм» и всё это, почему-то называется модернизацией. Остается уповать только на нашу провинциальную придурковатость. Объясните своё понимание модернизации, развеите наши комплексы...

- 1. Будут ли обновлены в ближайшее время стандарты лечения онкозаболеваний, которые при предыдущем министре Голиковой оставались такими же, какие были приняты еще в 70-е годы (химия «с выпадением волос»). По-моему, в Европе такого давно уже нет. 2. Будут ли вашим ведомством инициированы проверки на предмет соблюдения стандартов закупки и оборотов лекарственных средств при предыдущем министре (напр. история с арбидолом, или включения в списки лекарств препаратов, которые не имеют соответствующей регистрации, и так далее). 3. Есть ли у Вас позиция относительно РАН? 4. Есть ли программа развития деревенских, поселковых мед пунктов и учреждений. Доподлинно известно, что ситуация там - катастрофическая? 5. Любимое: ожидать ли нам в ближайшее время новую реформу здравоохранения взамен старой?

- Невролог райбольницы. Считаю, что преждевременное внедрение стандартов медпомощи и увязывание этого явления с оплатой по модернизации, в условиях неподготовленности районного здравоохранения: нет биохимии, нет параклиники, нет консультантов, это очередной этап уничтожения районной медицины. Созданные первичные сосудистые центры ещё не работают, маломощные и не в состоянии переварить поток пациентов с ОНМК.

- Нужно полностью разделить платную и бесплатную медицину. Не должно быть в одном учреждении и то, и другое. Это разворачивает врачей. Проблема и в образовании. В медицинских вузах некомпетентность и коррупция. Вообще, человеческий фактор в медицине важнее, чем самая современная техника.

Как видно из содержания поставленных вопросов проблем, требующих решения в отрасли, чрезвычайно много. Можно предположить, что должность министра Вероника Скворцова заняла со своего согласия по внутреннему убеждению, тем самым взяла на себя ответственность по разрешению обозначенных проблем. Будут ли они решены - время покажет!



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



Борисов Дмитрий Александрович, генеральный директор ООО «Компания «Реднор», к.э.н.
Координаты для связи: e-mail: privatmed@mail.ru



Измеров Николай Федотович - академик РАМН, научный руководитель Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт медицины труда» Российской академии медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ.
Координаты для связи: e-mail: izmerov@rinet.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



Леонтьев Валерий Константинович – академик РАМН, профессор кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФПДО Московского государственного медицинского стоматологического Университета, член Всемирной Ассоциации Стоматологов.
Координаты для связи: e-mail: leontyevvk@mail.ru



Мисюлин Сергей Сергеевич, президент Некоммерческого партнерства «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», генеральный директор сети центров косметологии «Реднор», к.м.н.
Координаты для связи: e-mail: privatmed@mail.ru



Михайлов Леонид Александрович - кандидат медицинских наук, Генеральный Секретарь «Российского медицинского общества», Член Совета Всемирной медицинской ассоциации.
Координаты для связи: e-mail: info@russmed.ru



Нижегородцев Тимофей Витальевич, начальник управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы РФ



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



Ромодановский Павел Олегович, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права МГМСУ, д.м.н.
 Координаты для связи: 111396 г.Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, ГКБ № 70, корп.6, кафедра судебной медицины и медицинского права



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



Хасикян Карен Георгиевич - юрист, врач, ООО «Центр медицинского права», г. Омск, ассистент кафедры социального права Омского государственного университета им. Ф.М. Достоевского



Черкалина Елена Николаевна, старший преподаватель кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ, к.м.н.
 Координаты для связи: 111396 г.Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, ГКБ № 70, корп.6, кафедра судебной медицины и медицинского права



Шапран Михаил Валентинович - директор Института поликлинической медицины, г. Красноярск, председатель правления Некоммерческого партнерства «Медальянс» (Красноярск), к.м.н.
 Координаты для связи: e-mail: mvshapran@mail.ru



Шепелева Дарья Александровна, юрист, НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав»
 Координаты для связи: 127254, г. Москва, ул.Добролюбова, д.16, к.2, тел.(495) 618-00-81



Ярыгин Владимир Никитич - академик РАНМН, заведующий кафедрой биологии Российского государственного медицинского университета, председатель Научно-экспертного Совета Содружества молодых врачей.
 Координаты для связи: e-mail: arbio@rsmu.ru

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.