

Социально – медицинская
аналитика

Формирование
врачебного сообщества

Регуляторы сферы
медицинских услуг

Время сейчас – застывшее. Все застыли в ожидании. Все ждут изменений. Везде так. Во всех отраслях. В любой сфере. Никто не работает в штатном режиме. Все – в предчувствии. Другого.

Удивительно, что практически никто ничего не делает для того, чтобы что-то изменилось. Только случайно втянутые в эпицентр и всего боящиеся педиатры из Ижевска.

Они – не героини. Они простые женщины. Запуганные и зашуганные до того, что все-таки решились. Решили работать по правилам. Может быть, и не выдержали бы самостоятельно, но, оказалось, их ждала вся Россия. Все медики России. И они не подвели ожиданий.

Теперь главное – устоять. Прежде всего, от соблазнов. Администрация угрожает всеми муками ада. Доброхоты нашептывают, мол, давайте объявим голодовку. Обещают прибытия всероссийского утешителя - д-ра Рошала.

А его нет. Пока. А, может быть, и не будет. Что – к счастью. Как и голодовки – пока нет. Точно к счастью. Потому что объявить голодовку – это сместить акцент с итальянской забастовки. И дальше все будет рассматриваться через призму голодовки, а не забастовки. Тогда для чего – все?

Конечно, и это не страшно. Отступят ижевцы – будут другие. Но это уже будут – другие. В Якутске, Калининграде, Архангельске или Хабаровске. Будут. Сейчас стоит вопрос масштабирования этого способа акции протеста. Другого – пока нет. Но это – неизбежно. Синдром Кассандры. Предсказание будущего – охват подобными акциями всей страны. Не случайно оформился новый профсоюз медицинских работников «Действие». Не он – будет другой.

Началось движение. Хочет того власть или нет. И оно, похоже, уже не прекратится. Возможно – затихнет на время. Но – не прекратится. Будет прогрессировать.

А что же – власть? Власть – многолика. И неоднозначна. Несмотря на хаос имитации и профанации, который царит во власти в последние годы, ситуация заставит ее поступить альтернативно.

Либо – в мейнстриме общественного движения. И тогда предстоит долгая дорога реальных преобразований.

Либо – против общественного мейнстрима, как всегда, т.е. в контексте запретов, принуждения и наказания виноватых. И тогда – только рост и развитие социального сопротивления.

Меткая фраза уральского фермера - «Уровень бреда превысил уровень жизни в России» - не оговорка. Стране пора вернуться к здравому смыслу. Во всем. И в сфере охраны здоровья тоже.

Анализ того, как будут развиваться события и как они должны развиваться, мы размещаем на страницах нашего журнала. Для вас.

**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.
2 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**

ВНИМАНИЕ!

Просим Вас при заполнении графы “Назначение платежа” указать телефон с кодом города, а также почтовый адрес (с индексом) организации.

Например: (495)123-45-67, 123445, г.Москва, ул. Медиков, д.1, офис 12.

Оплата годовой подписки на журнал “Главный врач: хозяйство и право”. НДС не облагается.

ПРИМЕЧАНИЕ: Телефон лучше указывать в первую очередь, так как при отправке платежного поручения текст в графе “Назначения платежа” может быть сокращен. Зная Ваш номер телефона, мы всегда сможем связаться с Вами для уточнения деталей подписки.

Если по каким либо причинам вы не получили очередной номер журнала после оплаты подписки – свяжитесь с редакцией по телефону (495) 971-85-17 или по электронному адресу jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru.

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ:

02/2013

ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЗОР

А.В. Тихомиров
СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ АНАЛИТИКА 2

С.В. Лазарев
ФОРМИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОГО СООБЩЕСТВ В РОССИИ 10

Перевод с английского: А.В. Панов, М. А. Миселёва
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ 18

А.В. Тихомиров
СООТНОШЕНИЕ РЫНОЧНЫХ И ГОСУДАРСТВЕННЫХ РЕГУЛЯТОРОВ
В РАЗВИТИИ СФЕРЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ 25

О.И. Балтуцкая
ПРОБЛЕМЫ И ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ
ПРИМЕНЕНИЯ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО МЕСТУ
ЛЕЧЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 32

ИССЛЕДОВАНИЕ

Е.С. Тучик, Т.А. Иваненко, А.В. Епифанов
ЗНАЧЕНИЕ СТАНДАРТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТОДОМ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ 38

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

В.А. Кутяков, Л.В. Труфанова, А.Б. Салмина, В.И. Чикун
О РАСШИРЕНИИ НОМЕНКЛАТУРЫ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ДЛЯ ПРОВИЗОРОВ 42

ПРОЦЕСС

Е.Х. Баринев, О.И. Косухина, П.О. Ромодановский
ДЕТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО -
ВОЗМОЖНОСТЬ ИЗБЕЖАТЬ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ 45

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Д.А. Балалыкин, Н.П. Шок
ВЗАИМОДОПОЛНЯЮЩЕЕ РАЗВИТИЕ НАТУРФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ
В ДРЕВНЕЙ ГРЕЦИИ 47

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

А.В. Тихомиров

СОЦИАЛЬНО – МЕДИЦИНСКАЯ АНАЛИТИКА

Предложен новый вид наддисциплинарной деятельности – социально-медицинской аналитики, позволяющий предупреждать и исправлять несоответствия законодательства, административного и судебного правоприменения в сфере охраны здоровья

Ключевые слова: социально-медицинская аналитика, теория интересов, экономика права, теория правового закона

A new type of interdisciplinary activities - sociomedical analytics, possible to prevent and correct the inconsistency of legislation, administrative and judicial enforcement in the field of health care

Keywords: sociomedical analytics, the theory of interest, economic analysis of law, legal realism

Аналитика традиционно рассматривается как часть искусства рассуждения – логики в составе учения об анализе – операции мысленного или реального расчленения целого (вещи, свойства, процесса или отношения между предметами) на составные части, выполняемая в процессе познания или предметно-практической деятельности человека¹. В своем труде «Органон» Аристотель определяет аналитику как «доказывающую науку», ее главный предмет – «доказательство», чему посвящена «Вторая аналитика» (*Analytica posteriora*), в «Первой аналитике» (*Analytica priora*) исследуется, главным образом, собственно логическое построение (силлогизм). Если Аристотель понимал аналитику как учение о строгом силлогистическом доказательстве, а Г.В. Лейбниц – как расчленение понятий с целью достижения отчетливости, то для Канта аналитика является логикой истины: она «разлагает всю формальную деятельность рассудка и разума и показывает их как принципы всякой логической оценки нашего знания» (Кант И. Критика чистого разума)².

Аналитика основана на прагматизме: все проверяется практикой в качестве критерия истины и смысловой значимости. Прагматизм выстраивает систему поступков и взглядов на жизнь в аспекте получения практически полезных результатов. И лишь степень достигнутой и достижимости практически полезных результатов является сферой интереса аналитики.

Как часть логики аналитика требует правильных посылок, чтобы выводы не грешили против истины. Правильные выводы из неправильных посылок есть

бред с медицинской точки зрения. А с точки зрения логики только исходно правильные посылки допускают правильные заключения.

С развитием математической логики аналитика сместилась в сторону математики, возникла системная аналитика (использующая принципы общей теории систем и методы системного анализа) и, как следствие, бизнес-аналитика, использующая методы бизнес-анализа для аналитики потребностей деятельности организаций с целью определения проблем бизнеса и предложения их решения.

Однако едва ли аналитика представляет собой лишь вид техниче- или математически-связанной деятельности. Существует не только количественный, но и качественный анализ, существует также анализ, неверяемый исключительно цифрами.

Н.А.Сляднева считает, что аналитика как деятельность предполагает в своем профессионализме органический синтез трех компонентов: владение аналитическими методами (функциональный компонент), знание предметной области (отраслевой компонент) и определенный тип одаренности, структуры личности (личностный компонент). Такой же тип профессионализма характерен для научно-исследовательской, художественно-творческой, преподавательской, управленческой и т.п. видам деятельности.

Нельзя не согласиться с мнением Н.А.Слядневой, что аналитика – это деятельность с информацией. Информационная аналитика, активно оперируя информационными продуктами, выполняет прежде всего задачу качественно-содержательного преобразования информации, функционально пересекаясь в этом плане с научной (производство нового знания) и

¹ Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона: В 86 томах (82 т. и 4 доп.). – СПб., 1890–1907.

² Электронный ресурс: URL: http://http://epistemology_of_science.academic.ru/33/аналитика_понятий (дата обращения 20.02.2013)

управленческой (разработка вариантов решений, сценариев) деятельностью. Характер функционального пересечения (взаимодействия) в системе аналитика-наука-управление определяется спецификой аналитики. С наукой ее объединяет информационный способ познания и научного анализа реальности. Аналитика наиболее близка к гуманитарной науке, опирающейся на герменевтические методы, то есть в широком смысле - на интерпретацию текстов, если последние трактовать универсально-информологически как документы, тексты, данные, сообщения о событиях и т.п., а также к тем разделам науки, видам научных задач, когда выводное знание получают не опытно-экспериментальным путем, а на основе анализа и интерпретации существующих теорий, описаний фактов, средствами информационного моделирования реальности.

В настоящее время профессиональное сообщество аналитиков разобщено, отсутствуют необходимые профессиональные коммуникации и формы консолидации. Это объясняется как полиструктурным, мультидеятельностным характером аналитики, укорененной в самых различных базовых структурах, так и сравнительной молодостью новой профессиональной сферы³. Не наступает еще таких структурных преобразований в социуме для становления аналитики, как институционализация, профессионализация, технологизация и социализация.

Аналитика выступает в качестве комплексной дисциплины, объединяющей методологические подходы различных научных направлений, нацеленных на добывание, корректное представление (выражение) и управление знаниями. Аналитика как наука состоит из трех разделов: методологического, организационного и технологического. Ее главной задачей является разработка новых научных принципов анализа информации и обобщение существующих приемов и методов работы с информацией в интересах подготовки организованных и структурированных массивов данных для выработки оптимальных (или близких к оптимальным) управленческих решений в различных отраслях деятельности. Применение аналитических средств позволяет целенаправленно совершенствовать качество имеющихся знаний и приобретать новые⁴.

В прикладных целях анализ используется на разных полях, в разных отраслях, на разных рынках. Такой анализ используется и разными дисциплинами. Применяется он органами государственной власти и местного самоуправления, а также бизнесом. И возникают расхождения, сказывающиеся на выводах в результате такого анализа, вплоть до противоположности.

Не исключение и сфера охраны здоровья. Она неоднородна: с государственным здравоохранением сосуществует частная медицина. Существуют финансовые

и другие институты. В ней обращаются товары, работы и услуги медицинского назначения, что составляет деятельность по поводу здоровья граждан, имеющая экономическое содержание. Эта деятельность оформляется нормами права – разными по характеру, содержанию и происхождению из разных источников. Существует официальная организация здравоохранения и неофициальная организация медицинского дела (бизнеса).

Более того, экономика не терпит ни юридической терминологии, ни юридических смыслов по принципу: «Это в праве так, а в экономике иначе». Право отвечает взаимностью, пренебрегая экономикой. Организации здравоохранения ни экономика (в ее оборотном понимании), ни право не нужны – достаточно административных и бюджетных нормативов. Организация медицинского бизнеса построена по аналогии с реальным сектором экономики и, все же подчиняясь праву, страдает всеми присущими бизнесу вообще недостатками.

Кроме того, каждая такая дисциплина или отрасль знаний подвержена внутреннему делению по специальностям и объединяется разве что соответствующей теорией (экономики, права, управления). Но единого и общего взгляда на вещи не обеспечит даже объединение специалистов по теории этих разных дисциплин.

В новое время, с потерей идеологических ориентиров и в отсутствие ясной политической линии, государство проявляет инициативы зачастую несовместимой направленности, вопреки законам экономики, правовой доктрине и природе общественных отношений, в том числе, в социальной сфере, т.е. независимо от той объективной изолинии, которая единственно определяет состоятельность властной деятельности в подвластной среде. Представители исполнительной, законодательной и судебной власти из-за отсутствия знания основ аналитики заводят своими решениями в тупиковые ситуации целые социумы. Цивилизованное общество вынуждено искать выходы из таких социальных тупиков.

По существу, власть произвольно выстраивает другую (искусственную) изолинию организации общества, не обусловленную жесткой привязкой к ориентирам реализма общественных отношений. И это проявляется во всем: в экономике, законодательстве, порядке мироустройства, в том числе в каждой отдельной сфере деятельности.

В этом случае преследуемыми законом становятся отклонения от новой, искусственной изолинии – вне зависимости от того, являются ли они отклонениями от исходной, объективной изолинии организации общества. Но причиной возникновения таких отклонений (девиаций) становятся ее собственные пороки, происходящие от несоответствия объективной изолинии организации общества. Ну, действительно, можно запретить иметь более двух детей (как в Китае), но природу этим не изменить. Можно взвинтить налоги на малый бизнес, но тогда бизнес уйдет в тень. Можно руководить часовыми поясами, но они останутся, как есть.

³ Сляднева Н.А. Информационная аналитика - эзотерическое искусство или современная профессия? (Проблемы вузовской подготовки). – Факт. – 200. - № 7.

⁴ Курносов Ю.В., Конотопов П.Ю. Аналитика: методология, технология и организация информационно-аналитической работы. – Москва: Издательство «Руски», 2004 г. – С.С.56, 61.

И такие девиации носят не случайный, а системный характер, и воспроизводятся как следствие, если действует причина. Так, мздоимство врачей является следствием порочной организации здравоохранения в нынешних условиях по модели Семашко. И можно направить на отлов мздоимцев весь репрессивный аппарат власти – они все равно будут, пока действует причина.

Подобные девиации происходят вследствие того, что новая изолиния организации общества изменяет соотношение социальных институтов, в том числе властных, например, законодательной власти, адми-

Прежде всего, социально-медицинская аналитика – это деятельность наддисциплинарная, существующая на основе переработки многообразной информации отраслей-доноров (по Н.А.Слядневой).

нистративного и судебного правоприменения. Возникает дисбаланс, в силу которого издаются неправовые законы, исполнительная власть пользуется одними нормами права, а судебная – другими. Возникает пробельность и недостаточность законодательства, которые тут же замещаются подзаконной активностью исполнительной власти. Перекос в сторону диспозитивности актов исполнительной власти мгновенно сказался на ограничении прав и свобод как предпринимателей (рост числа административных проверок и необоснованных санкций по их результатам), так и простых граждан (например, при ограничениях квот на высокотехнологичное лечение, льготных рецептов на нормированные не самые эффективные лекарства, которых к тому же недостает в аптечной сети, и пр.).

Так и возникает необходимость в аналитике как специализированной деятельности по исследованию различных девиаций как системных следствий несоответствия действующей изолинии объективной изолинии организации общества.

В сфере охраны здоровья такая аналитика носит, безусловно, социально-медицинский характер, поскольку касается здоровья общества, социальных проблем медицины. Отношения по поводу здоровья складываются в экономическом обороте. И недостатки качества, и недостатки безопасности медицинской деятельности имеют экономические последствия. Поэтому экономические отношения, их правовое оформление и роль государства в отраслевой экономике и порождают необходимость комплексной аналитики социально-медицинского характера.

В контексте социально-медицинской аналитики далее и следует рассматривать ее характеристики и возможности.

Прежде всего, социально-медицинская аналитика – это деятельность наддисциплинарная, существующая на основе переработки многообразной информации отраслей-доноров (по Н.А.Слядневой). Ее результаты позволяют предпринять соответствующие меры экономического, правового и/или организационного характера.

Могут ли те же результаты быть достигнуты средствами традиционного экономического, юридического, организационного анализа? Очевидно, как в притче о слоне и слепых – только в отдельных аспектах и в обособленных масштабах, с недостатками, свойственными отсутствию общего тезауруса и единой парадигмы.

Напротив, по результатам социально-медицинской аналитики становятся возможны конкретные шаги с ясной позицией и со знанием существа дела. Приобретает значение лишь выбор средств (инструментов) экономического, юридического или управленческого обеспечения в любом масштабе, в котором решается проблема. Это может быть конфликт с потребителем, внутриорганизационный беспорядок, ситуация на рынке, состояние государственного регулирования и т.д. Аналитике доступно все, а последующее разрешение выявленных во всей полноте проблем – техническая задача конкретной дисциплины (экономики, юриспруденции, управления и пр.).

Таким образом, аналитика призвана охарактеризовать явление от его происхождения, процесса функционирования и развития, до состояния на момент востребованности. При этом, следуя объективной изолинии организации общества, аналитика должна учитывать смещение процессов на искусственную линию, и, выверяя по степени отклонения от первой последствия как девиации от второй, приводить к выводам, возможно ли исправление ситуации. Потому что может оказаться, что ситуация не исправима без возвращения к объективной изолинии или исправима полумерами, усугубляющими последствия будущих периодов при движении по искусственной изолинии, с непрогнозируемым финалом.

Частично во втором случае помощь могут оказать технические меры отдельной дисциплины (экономики, права, управления). Решая задачи в частном случае, однако, они никак не предотвращают повторение, воспроизводство той же ситуации как следствие системной причины. Например, можно добиться правосудного решения в конкретной ситуации притом, что в других аналогичных ситуациях решение суда будет прямо противоположным. Можно добиться в конкретном случае получение квоты на лечение конкретного ребенка в зарубежной клинике за счет государственной казны, но в остальных аналогичных случаях будут получены отказы, и т.д.

Аналитика же призвана давать ответ на вопрос, что нужно для того, чтобы не было конкретных случаев как исключений, и чтобы все аналогичные проблемы получали единое системное решение. Чтобы избавиться от

повторяющихся однообразных следствий можно лишь избавиться от причины. Эту причину или множество причин надо знать, их надо изучать, выявлять новые, выстраивать такую систему координат, в которой все элементы в различных связях между собой причинно обуславливаются одними и причинно обуславливают другие: система должна располагать не только иерархически организованным тезаурусом, но и набором метрик, обеспечивающих возможность сравнения однотипных феноменов, описываемых различными наборами терминов⁵.

Аналитика – не отвлеченный вид деятельности. Аналитика требует комплексных знаний, и на практике сочетается с отдельными отраслями знаний (экономикой, правом, управлением) как стратегическая (порой – и тактическая) деятельность с оперативной – локальной или общей. К аналитике приходят существенно превосшедшие отраслевые знания специалисты, которым тесно в рамках отдельной дисциплины. И в этом смысле нельзя согласиться с мнением Н.А.Слядневой, что аналитика может и должна стать вузовской дисциплиной – разве что как инструментальное подспорье аналитики, не более.

Аналитики – это люди, которые активно эксплуатируют существовавшие модели и социальные стереотипы в интересах практической деятельности, творчество которых проявляется в эффективном комбинировании существующих методов, а концептуалисты – это создатели новых методологических систем, потребляемых аналитиками-практиками⁶.

В социальной сфере аналитика как вид практической деятельности базируется на трех основных парадигмах, каждая из которых имеет отношение к теории государства и права, экономической теории и общей теории систем: это теория интересов, экономика права и теория правового закона.

1. Теорию интересов связывают с именем Рудольфа фон Иеринга⁷, который предпринял попытки социологического изучения права и государства. Положение Иеринга о том, что право требует «самообуздания власти и силы», широко воспроизводится современной зарубежной правовой идеологией. Учение И. оказало влияние на формирование ряда правовых доктрин 20 в. – «юриспруденцию интересов» в Германии, юридический прагматизм в США и т. д.

В Европе возникла теория социологической юриспруденции, основателем которой стал Р. Паунд, который характеризовал свой подход к изучению правовых явлений как «инструментальный прагматический». Право интерпретировалось им преимущественно как «инструмент социального контроля». Саму юриспруденцию Р. Паунд в связи с этим называл «юридической социальной инженерией».

Его идея социального контроля при помощи права предполагает, что данный регулятор должен быть в известной степени стабильным. Вместе с тем постоянные изменения условий общественной жизни требуют адекватных поправок, поэтому «правовой порядок должен быть настолько же изменяемым, насколько стабильным», должен постоянно «пересматриваться в соответствии с изменениями в общественной жизни, которую он должен регулировать».

Паунд видел цель права в примирении и гармонизации сталкивающихся интересов. В своей работе «Современная правовая теория» (1940) выделил три группы интересов, закрепляемых правом: публичные (интересы государства); индивидуальные (интересы личности, семьи, субстанциональные интересы, к числу которых относятся собственность, свобода завещания, свобода предпринимательства, свобода договоров); общественные (интересы общей морали, общей безопасности, общественных ресурсов и др.).

По современным представлениям интерес есть характеристика отношения субъекта к объективным жизненным условиям. Интерес выполняет роль побудителя, ориентира и регулятора деятельности. Всякий интерес выступает продуктом предшествующей и атрибутом последующей деятельности. Интерес есть характеристика отношения субъекта к условиям его бытия, выражающаяся в мотивированности и целенаправленности деятельности, преследующей удовлетворение определенных потребностей. Основным связующим звеном нормы права, деятельности и интереса, рассматриваемых с формальной стороны, является алгоритм или правило поведения, представленное в диспозиции правовой нормы. Благодаря именно этому компоненту интереса и возможно регулятивное воз-

действие нормы-правила поведения на деятельность⁸. Общественный интерес представляет собой побудительную причину установления норм права и возникновения на их основе субъективных гражданских прав любого лица (лиц), направленных на обеспечение благополучия, стабильности, безопасности и устойчивого развития общества и предоставляющих косвенную возможность получения этим лицом каких-

По современным представлениям интерес есть характеристика отношения субъекта к объективным жизненным условиям.

⁵ Курносов Ю.В., Конотопов П.Ю. Аналитика: методология, технология и организация информационно-аналитической работы. – Москва: Издательство «Русаци», 2004 г. – С.449.

⁶ Курносов Ю.В., Конотопов П.Ю. Аналитика: методология, технология и организация информационно-аналитической работы. – Москва: Издательство «Русаци», 2004 г. – С.492.

⁷ Jhering R. Von Geist des ro misehen Rechts. – Leipzig, 1665/ (Цит. по учебнику Гражданское право в 2-х томах. / Отв. ред. Проф. Е.А. Суханов. – М.: Изд-во БЕК, 1998. – Т.1.

⁸ Першина, И. В. Интерес в праве: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук - Нижний Новгород, 2002.

либо личных благ и/или иного желаемого результата (материального или нематериального).

В основе интереса как гражданско-правовой категории лежат потребности, формирующие его структуру и побуждающие личность, группу лиц, общество и, наконец, государство совершать определенные действия, в том числе юридические, или воздерживаться от них, с целью удовлетворения этих потребностей посредством вступления в уже существующие правоотношения, либо направленные на их возникновение, изменение или прекращение.

Характерным признаком интереса, отличающим его от субъективного гражданского права, является отсутствие корреспондирующей обязанности других лиц и гарантированных государственно-принудительных мер.

В случае отсутствия у лица субъективного гражданского права, охраняемый законом интерес существует вне права, т.е. остается нереализованным (скажем, есть интерес купить вещь, но она не продается) и только при наличии субъективного гражданского права интерес является побудительной причиной его осуществления.

Характерным признаком интереса, отличающим его от субъективного гражданского права, является отсутствие корреспондирующей обязанности других лиц и гарантированных государственно-принудительных мер. Именно поэтому закон может охранять интерес лишь при условии, что его содержание правомерно (охраняемый законом интерес)⁹.

Интерес в праве отражается в двух аспектах: 1) интерес как предпосылка, фактор, воздействующий на волю законодателя; 2) интерес как цель, к достижению которой посредством использования правовых норм стремятся субъекты права. Продукт законотворчества – закон является и результатом, и средством согласования различных интересов¹⁰.

Наличие законных интересов не означает реальной возможности их реализации. Существование законных интересов и механизм их реализации – два разных аспекта правового воздействия на общественные отношения. Возможно существование законного интереса, однако его осуществление изначально может быть исключено в рамках сложившихся определенным образом обстоятельств. Вместе с тем, законный интерес зависит не только от сопутствующих его реализации факторов, но и от умения его отстаивать.

Ни одно «производное» от права средство не нахо-

дится так «близко» к потребностям субъектов социальных отношений, как законный интерес, играющий роль диалектически необходимого звена, обусловленного границей перехода от социального управления к более специфичной системе правового регулирования. Законные интересы способствуют адекватной корреляции механизма правового регулирования с действующей моделью социального управления. Осуществление правовой политики в современном обществе и реализация законных интересов участников правоотношений – два взаимосвязанных процесса¹¹.

Если возвратиться к теории Паунда и делению интересов на публичные, индивидуальные и общественные, за рубежом вполне обособленные, как правило, то в нашей стране, очевидно, демаркация между ними весьма условна.

По мнению А.А.Осипова государство как обладатель публичного интереса имеет двойственную структуру этого интереса. Во-первых, обладая имуществом, которое признается национальным достоянием, государство имеет интерес не только его сохранить, но и эффективно использовать в целях получения дохода (в виде денежной и материальной составляющей). Такой интерес принято называть публичным или общественно значимым. Определяя внутреннее содержание публичного интереса, следует учитывать не только цели и задачи функционирования государства (содержать государственный аппарат, и армию и т.п.), но учитывать тот факт, что интересы государства формируются из совокупных потребностей граждан, которые включают социальные, культурные, экологические и другие общественно значимые. Отсюда можно сделать, лишь один вывод: публичный интерес формируется на основе потребностей субъектов гражданского права.

Во-вторых, государство, участвуя в гражданско-правовых отношениях, имеет частный интерес собственника имущества и вступает в гражданско-правовые договоры на: принципах равенства сторон, автономии воли и имущественной самостоятельности. В этих отношениях проявляется частный интерес государства как субъекта гражданского оборота.

Не случайно по поводу такого подхода Н.В.Улаева отмечает, что участие государства, муниципальных образований в частноправовых отношениях порождает такие острые и дискуссионные вопросы, как определение характера и степени публичных и частных интересов, которые государство и иные публично-правовые образования (субъекты Российской Федерации, муниципальные образования) должны преследовать при участии в гражданско-правовых отношениях, определение нормативного закрепления соответствующих целей деятельности публичных образований, направления, в которых возможно и необходимо осуществлять реализацию публичных и частных интересов.

⁹ Осипов А.А. Интерес и субъективное гражданское право: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – М., 2011.

¹⁰ Улаева Н.В. Категория интереса в частном праве: историко-правовое исследование: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – Краснодар, 2007.

¹¹ Субочев В.В. Теория законных интересов: Автореф. дисс. ... докт. юрид. наук. – Тамбов, 2009.

Публичный интерес (точнее: интерес субъекта публичного права) – объективно это интерес власти в силе державы и благополучия страны (только если этот объективный интерес не подменяется субъективными интересами бюрократии и ее кланов).

Бесспорно наличие публичноправовых интересов субъектов публичного права (государства и муниципальных образований) – обороноспособность страны, безопасность государства. Бесспорно наличие частноправовых, индивидуальных интересов граждан. Бесспорно наличие частноправовых интересов государства – в части приобретения и отчуждения имущества, распоряжения публичными финансами и т.д. Но частноправовые, индивидуальные интересы граждан в совокупности представляют собой интересы общества, общественные интересы. А публичное образование обязано удовлетворять не только свои публично-правовые и частноправовые интересы, но и интересы общества.

Общественный интерес – это 1. общий интерес отдельных лиц, выступающих в качестве членов общественной группы (публики). 2. Совокупность обобщенных индивидуальных интересов отдельных людей, затрагиваемых политикой или действием¹². Существует очевидное различие между двумя этими формулировками, поскольку есть разница между общим интересом и совокупностью индивидуальных интересов. Общий интерес – это разделяемый интерес, тогда как совокупность индивидуальных интересов зависит от итоговой оценки позиции индивидов, рассматриваемых изолированно друг от друга.

Поэтому условно общественный интерес – это некое благо для общества в целом, в том числе для тех, кто объективно не способен обеспечить свои индивидуальные интересы самостоятельно, разделяемый остальными членами общества. Иными словами, с одной стороны, общественный интерес – это потенциальный на случай неблагоприятных обстоятельств, своего рода страховой, обобщенный интерес индивидуального характера; с другой стороны, общественный интерес – это совокупность индивидуальных интересов, которая зависит от итоговой оценки позиции индивидов, рассматриваемых изолированно друг от друга. Совокупный интерес членов общества может быть консолидированным (в образовании, здравоохранении, культуре и т.д.) либо неконсолидированным, предоставленным индивидуальному удовлетворению (индивидуальное строительство, творчество, хобби и т.д.).

Именно этой двойственностью и можно охарактеризовать социальную политику государства: оно призвано удовлетворить и разделяемый общественный интерес в пользу социально незащищенных, и совокупный консолидированный интерес остальных членов общества. Собственно, это и есть функция государства в социальной сфере.

В сфере охраны здоровья интересы противопоставляются, сочетаются, сталкиваются, создавая определенную картину¹³.

Таким образом, теория интересов позволяет понимать их характер, значение, соотношение, структуру, конфигурацию и т.д. в единой системе координат и применять эти знания в практике аналитики. Если реалии построены без учета интересов участников общественных отношений или вопреки им, то аналитика делает возможным обнаруживать деструктивные или деградантные девиации и давать им соответствующую оценку. Такая оценка возможна равно на микро-, мезо- и макроуровнях устройства анализируемой системы в порядке контроля за состоянием модельного мира.

2. Экономика права возникла в США в 70-е годы прошлого века как экономический анализ права. Основоположниками этого научного направления стали Г.Беккер, Г.Калабреззи, Р.Коуз и Р. Познер¹⁴. Оказалось, цифрами можно поверить и правоприменительный вывод, и норму права. Выяснилось, что можно с помощью правовых средств идти по пути снижения трансакционных издержек с пользой для экономики в целом и для каждого бизнеса и потребителя в отдельности. Обнаружилось, что правовую норму (или их совокупность или последовательность), так или иначе касающуюся гражданского оборота, следует формулировать не в противоречии с законами экономики, поскольку в противном случае неизбежны неблагоприятные экономические последствия. И цена этих последствий составляет издержки, дополнительные к тем, которые в норме понесут участники экономических отношений, руководствуясь только законами экономики. Эти необоснованные издержки обусловлены тем, что правовая норма противоречит или игнорирует законы

Поэтому условно общественный интерес – это некое благо для общества в целом, в том числе для тех, кто объективно не способен обеспечить свои индивидуальные интересы самостоятельно, разделяемый остальными членами общества.

экономики, оставляет пробелы или прямо делегирует исполнительной власти волонтаристские полномочия, в результате чего чиновничество прямо поощряется к коррупции и подзаконному нормотворчеству,

¹³ Тихомиров А.В. Позиционирование медицинского бизнеса на рынке //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 3. – С.21-26; Тихомиров А.В. Интересы в здравоохранении //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 3. – С.145-146.

¹⁴ Тихомиров А.В. Экономика права в здравоохранении: проблемы действующего законодательства //Главный врач: хозяйство и право. – 2011. - № 2. – С.37-41; Тихомиров А.В. Экономика права в здравоохранении: проблемы судебного правоприменения //Главный врач: хозяйство и право. – 2011. - № 5. – С.35-39.

¹² Электронный ресурс: URL: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/politology/1965/Общественный> (дата обращения 14.03.2013)

еще более расширяющему его масштабы, а судебная власть сталкивается с невозможностью преодолеть.

Инфраструктура института правосудия так же в силу недостаточности правового режима порождает дополнительные издержки, не сбалансированные отсутствующими механизмами страхования (например, стоимости привлечения судебного представителя, оплаты судебно-медицинской экспертизы и пр.).

Соотношение реального ущерба и упущенной выгоды не получила – по крайней мере, в сфере охраны здоровья – аналогии с возмещением (компенсацией) вреда здоровью фактически наступившего и вреда, доступного предотвращению, чтобы мерой затрат причинителя на предотвращение возможного вреда оценивать величину должного возмещения (компенсации) фактического вреда пострадавшему.

Поскольку в настоящее время в социальной сфере в целом и в сфере охраны здоровья в частности образовался критический дисбаланс между законодательством и административным и судебным правоприменением, между организацией здравоохранения и организацией отраслевого экономического оборота, транзакционные издержки таковы, что потребители уезжают лечиться за рубежом, что в любом случае дешевле (со всеми накладными расходами), чем содержание государственного здравоохранения и оплаты отечественной частной медицины, а инвестиции из-за рубежа совсем не спешат в страну¹⁵.

Таким образом, экономика права вооружает социально-медицинскую аналитику инструментариумом и методологией исчисления альтернатив, которые представляет корректным и некорректным режим правового регулирования общественных отношений в сфере охраны здоровья. Это позволяет в цифровом выражении продемонстрировать границы необходимых и избыточных, необоснованных транзакционных издержек, которые в итоге ложатся на потребителя.

3. Теория правового закона была известна и в советское время. С точки зрения Г.В. Мальцева, если рассматривать право как явление (а вовсе не как отражение и абстракцию) общественной жизни, то законы являются правом лишь в той мере, в какой они верно отражают динамику объективного общественного развития¹⁶. Лишь будучи формой выражения объективно обусловленных свойств права, закон становится правовым законом. Правовой закон – это и есть право. По мнению В. А. Туманова¹⁷, реакционная государственная власть может с помощью законодательства и др. правовых мер попытаться затормозить ход общественного развития, что часто влечёт за собой расхождение закона и права - «правонарушающее законодатель-

ство», не считающееся с достигнутым данным обществом уровнем правового развития.

В.С. Нерсесянц под сущностью права понимал формальное равенство, раскрываемое как единство трех составляющих: всеобщей равной меры регуляции общественных отношений, свободы и справедливости. Согласно такому подходу право как специфическая форма общественных отношений людей по принципу формального равенства - это абстрактно равная и одинаково справедливая для всех мера (масштаб) свободы¹⁸.

В рамках юридического правопонимания право трактуется как объективное явление, не зависящее от произвола государства и имеющее свой сущностный признак, отличающий его от иных социальных явлений. В основе юридического правопонимания лежит представление о наличии некоего идеального правового начала, выступающего в качестве критерия для оценки позитивного права. А легистский подход рассматривает право лишь как принудительное установление государственной власти.

О.В. Ралько¹⁹ позднее (К вопросу о правовом законе и понятии правовой государственности, 2010) обобщил взгляды ученых с позиции современных требований на правовые свойства закона, его значение и место в правовой жизни, которые определяются его соотносимостью с требованиями социальной адекватности закона вообще.

При отступлениях от требований равенства и справедливости деформируется предназначение закона как адекватной формы права. При злоупотреблениях власти в закон облекается произвол, и, как показывает исторический опыт, произвол в законодательном регулировании идет рука об руку с произволом в правоприменении. Лишь в обществе, реально основанном на верховенстве права, достигается соотношение права и закона, адекватное их предназначению, и обеспечивается режим конституционной законности, то есть верховенство конституции и закона²⁰.

В сфере охраны здоровья в последнее время, в отсутствие единой концепции функционирования и развития отрасли, наблюдается небывалый прежде всплеск законотворчества в области административного правоприменения (деятельности исполнительной власти в отрасли), никак не сопряженного ни с реалиями жизни, ни с уже существующими законами на основе единой правовой доктрины, ни с судебным правоприменением.

Целый ряд измененных законов привел к усугублению правовой ситуации в отрасли и, по существу, к противоречащим конституции сдвигам в организации здравоохранения. Медицинская помощь стала по преимуществу платной. Средств у государства перестало хватать и на медицинскую помощь, и на лекарственное

¹⁵ Тихомиров А.В. Внешние индикаторы неблагополучия отечественного здравоохранения // Главный врач: хозяйство и право. – 2013. – № 1. – С.19-25.

¹⁶ Мальцев Г.В. Социальная справедливость и право. - М., 1977. - С. 233.

¹⁷ Философский энциклопедический словарь. – М.: Советская энциклопедия. Гл. редакция: Л. Ф. Ильичёв, П. Н. Федосеев, С. М. Ковалёв, В. Г. Панов. 1983.

¹⁸ Нерсесянц В.С. Юриспруденция. - М., 1998. - С. 33.

¹⁹ Электронный ресурс: URL: http://www.juristlib.ru/book_7530.html (дата обращения 14.03.2013)

²⁰ Зорькин В.Д. Ценностный подход в конституционном регулировании прав и свобод // Журнал российского права. 2008. N 12. С. 11.

обеспечение наиболее социально уязвимым категориям граждан – детям и пожилым людям. Не случайно стали массово возникать благотворительные фонды²¹ помощи таким людям – вплоть до того, что вице-премьер Правительства вынуждена была сообщить, что правительство изучило многочисленные сообщения в СМИ с просьбой о сборе средств на медпомощь: большая часть таких обращений связана с неэффективной реализацией программы госгарантий на оказания бесплатной медпомощи²².

Раз отрицательные изменения в системе появились и стали воспроизводиться, а пусковым моментом стало изменение отраслевого законодательства, причинно-следственная обусловленность первого вторым стала демонстративной.

Аналитика и призвана исследовать законы на пред-

мет соответствия реалиям права.

В целом, аналитика позволяет не только исследовать существующее положение дел, но и определять прогностически, как будут «работать» нормы права и законы в целом при конкретной, установленной ими модели организации общества. Иными словами, возможен анализ не только сложившейся ситуации, но и того, какой она сложится в результате тех или иных изменений.

Вообще, едва ли можно очертить все возможности аналитики, пока она не сложилась как реальная деятельность, пусть и не многих. Понятно, не всем быть аналитиками, но аналитике быть во всем. И в настоящем уже немало накопилось материалов аналитического свойства, с четкими обоснованиями и рекомендациями, что и как изменить для того, чтобы отрасль ожила и на иных основах смогла бы эффективно функционировать и развиваться.

Сейчас, однако, это не приоритет.

²¹ Тихомиров А.В. Внешние индикаторы неблагополучия отечественного здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2013. – № 1. – С.19-25.

²² Электронный ресурс: URL: <http://news.mail.ru/politics/11890534/> (дата обращения 14.03.2013)

Подписка в любом почтовом отделении связи по каталогу “Роспечать”

ф. СП-1	<div style="text-align: center;">ФГУП “ПОЧТА РОССИИ” УФПС г.Москвы</div> <p>АБОНЕМЕНТ на журнал 47661 <small>(индекс издания)</small></p> <p style="text-align: center;">Главный врач: хозяйство и право <small>(наименование издания)</small></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><small>(наименование издания)</small></td> <td style="width: 50%;"><small>Количество комплектов:</small></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">на 2013 год по месяцам:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td> </tr> </table> <p>Куда <small>(почтовый индекс)</small></p> <p>Кому <small>(фамилия, инициалы)</small></p>	<small>(наименование издания)</small>	<small>Количество комплектов:</small>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							X	X	X	X	X	X
<small>(наименование издания)</small>	<small>Количество комплектов:</small>																										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																
						X	X	X	X	X	X																

	<div style="text-align: center;">ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА</div> <p>на журнал 47661 <small>(индекс издания)</small></p> <p style="text-align: center;">Главный врач: хозяйство и право <small>(наименование издания)</small></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><small>ПВ</small></td> <td style="width: 33%;"><small>место</small></td> <td style="width: 33%;"><small>литер</small></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><small>Стоимость</small></td> <td style="width: 30%;"><small>подписки</small></td> <td style="width: 15%;"><small>руб.</small></td> <td style="width: 15%;"><small>коп.</small></td> <td style="width: 15%;"><small>Количество комплектов:</small></td> </tr> <tr> <td></td> <td><small>переадресовки</small></td> <td><small>руб.</small></td> <td><small>коп.</small></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">на 2013 год по месяцам:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td> </tr> </table> <p>Куда <small>(почтовый индекс)</small></p> <p>Кому <small>(фамилия, инициалы)</small></p>	<small>ПВ</small>	<small>место</small>	<small>литер</small>	<small>Стоимость</small>	<small>подписки</small>	<small>руб.</small>	<small>коп.</small>	<small>Количество комплектов:</small>		<small>переадресовки</small>	<small>руб.</small>	<small>коп.</small>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							X	X	X	X	X	X
<small>ПВ</small>	<small>место</small>	<small>литер</small>																																				
<small>Стоимость</small>	<small>подписки</small>	<small>руб.</small>	<small>коп.</small>	<small>Количество комплектов:</small>																																		
	<small>переадресовки</small>	<small>руб.</small>	<small>коп.</small>																																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																											
						X	X	X	X	X	X																											

С.В. Лазарев

ФОРМИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОГО СООБЩЕСТВ В РОССИИ

В статье на основании анализа информации, публикуемой в сети Интернет, показана сравнительная характеристика Российской медицинской ассоциации, Российского медицинского общества, Национальной медицинской палаты и их роль в объединении врачебного сообщества

Ключевые слова: врачебное сообщество, самоуправление врачей, Российская медицинская ассоциация, Российское медицинское общество, Национальная медицинская палата, «итальянская забастовка врачей»

In article on the basis of the analysis of information published in the Internet, the comparative characteristic of the Russian medical association, the Russian medical society, National medical chamber and their role in association of medical community is shown

Keywords: medical community, self-government of doctors, Russian medical association, Russian medical society, National medical chamber, "working-to-rule strike of doctors"

Последнее время идея создания врачебного сообщества стала популярной темой в дискуссиях о путях дальнейшего развития здравоохранения в России. Однако не все теоретики и практики до конца понимают, как это необходимо делать. Автоматический перенос успешного решения вопроса из одной страны в другую не учитывает того факта, что в России существуют свои «правила игры», неотъемлемые от нашей культуры, сложившихся ценностей и норм, а главное – наличие конфликта «совкового» мышления и реальности построения рынка медицинских услуг в здравоохранении.

Самоорганизация врачебного сообщества не может возникнуть одновременно и не может быть отделена от своих исторических корней.

История медицинских объединений в России имеет двухвековую историю. Необходимо помнить, что самое первое в истории России «Общество соревнования врачей и физических наук» при московском университете было создано в 1804 году¹. К началу XX века в России было уже 120 медицинских обществ, в работе которых принимало участие более 9 тысяч врачей из 18 тысяч практиковавших на тот момент².

С 1867 года берет начало история всероссийских съездов, когда прошел первый всероссийский съезд естествоиспытателей. Обзор этих съездов (всего было 13) свидетельствует, что с 1858 по 1913 гг. съезды естествоиспытателей были основной организационной формой единения научных работников естествознания, медицины и здравоохранения. Кроме того с 1881 года прово-

дились специальные съезды – противоэпидемические, хирургов, терапевтов и др. В 1885 году был проведен Первый Пироговский съезд, получивший поддержку со стороны различных правительственных организаций. До 1913 года было проведено 12 съездов. В период Советской власти было проведено 5 внеочередных съездов.

По итогам съездов перед правительством возбудились ходатайства. О судьбе их дает представление составленная самим Пироговским обществом сводка за 20 лет. «В общем итоге 2/3 всех ходатайств остались безрезультатными, а именно 43% совсем не были удостоены ответом, в 20% ответ был отрицательный и в 2% случаев он носил характер формальной отписки». Удовлетворялись обычно лишь ходатайства по организационным вопросам самого общества. Ходатайства же по вопросам общественной медицины обычно оставались безрезультатными³.

В Советский период с ликвидацией земских и городских самоуправлений земская медицина и ее всероссийское представительство в лице Пироговских съездов врачей утратили свою базу, остались невостребованными и игнорируемыми новой властью. В 1922 г. Пироговское общество и его всероссийское представительство – Пироговские съезды врачей прекратили свое существование⁴.

В России медицинское сообщество изначально складывалось, по словам А.Тихомирова, так же, как на Западе, – как единство равных. Так становилась зем-

¹ Большая медицинская энциклопедия, т. 17, Москва, ОГИЗ РСФСР, 1936 стр. 597

² Нейдинг И. Медицинские общества в России. М., 1897. С.1-5.

³ Большая медицинская энциклопедия, т. 25, Москва, ОГИЗ РСФСР, 1933 стр. 19

⁴ Злодева Е.Б. Пироговское движение истоки, <http://www.rmass.ru/publ/info/nachalo>

ская медицина. Так формировались научные общества врачей. Профессионалы были самостоятельны в своей деятельности, единожды приобретающее соответствующее положение⁵.

В советский период развития России правовое положение врача в обществе изменилось. Он потерял самостоятельность и превратился в наемного работника, занимающего ячейку в стройной системе советского здравоохранения Семашко.

В СССР врачебное сообщество было объединено в научные медицинские общества, главными задачами которых было содействие научной разработке теории и практики медицины (по профилю общества) на основе марксистско-ленинской теории; повышение квалификации членов научного общества, расширение их специальных знаний, идейное воспитание и пропаганда лучших традиций отечественной медицины и естествознания; пропаганда успехов медицинской науки среди медицинской общественности и населения; активное участие в проведении мероприятий по внедрению достижений медицинского исследования в практику здравоохранения и повышению качества лечебной помощи населению; содействие в установлении и развитии международных научных связей; обобщение передового опыта работы практических врачей и новаторов здравоохранения⁶.

В постсоветский период в связи с ухудшающимся экономическим и социальным положением врачей, кризисом в здравоохранении, бегством врачей из медицины вновь встал вопрос о создании врачебного сообщества в России с целью восстановления в первую очередь достойного места врача в обществе. Однако неспособность лидеров, пытающихся объединить врачей в сообщество, оторваться от мышления о положении врача в системе Семашко и попыток реформирования именно этой системы, за 20 лет не привела врачебное сообщество к положительному результату.

Если в XIX веке по мнению д-ра П. Иванова (Московская Медицинская Газета № 29, 30 за 1861г.), 90 процентов русского врачебного сословия не знали о существовании не только провинциальных, но и столичных медицинских обществ, а если о некоторых и слышали, то не могли объяснить, чему они служат и где приносимая ими польза⁷, то в век развития Интернета у врачей имеется больше возможности узнать о существующих врачебных сообществах в России.

На сегодняшний день наиболее раскрученными организациями, позиционирующими себя в сфере объединения врачебного сообщества в России, являются Российская медицинская ассоциация (РМА), Российское медицинское общество (РМО) и Национальная медицинская палата (НМП).

Общероссийская общественная организация «Российская медицинская ассоциация» (сайт <http://www.rmass.ru/>).

Российская медицинская ассоциация была основана в 1993 году.

В соответствии с Уставом целями Российской медицинской ассоциации (РМА) является содействие осуществлению эффективной профессиональной деятельности врачебного персонала учреждений здравоохранения с любой формой собственности и индивидуально-практикующих врачей, направленной на совершенствование здравоохранения, развитие врачебного самоуправления и восстановление высокого гражданского и экономического статуса врачебной профессии в Российской Федерации⁸.

Членами РМА являются физические и юридические лица, что сразу делает непригодной организацию для создания врачебного сообщества, в котором членами должны являться физические лица – врачи.

Характерной чертой «совковости» мышления при создании организации явилось установление срока деятельности органов управления РМА пять лет, аналогично пятилеткам, к которым привыкли в СССР. В такой организации лидеры становятся «вечными».

Несменяемость руководителей – основная проблема общественных объединений в постсоветской России. Отсутствие ротации лидеров всегда приводит к застою в деятельности организации. Деятельность организации с несменяемым лидером выстраивается только на авторитете лидера, что в итоге приводит к авторитарному стилю управления, падению инициатив со стороны членов и развалу организации.

На сайте не представлено каких-либо сведений о численном составе организации, наличии и количестве региональных отделений и филиалов, поименном списке органов управления.

После тщательного просмотра сайта удастся найти в разделе «Исполком Всероссийского Пироговского съезда врачей» президента РМА. Им является Саркисян Ашот Григорьевич. Он является также председателем Исполкома Всероссийского Пироговского съезда врачей, президентом Общероссийского союза общественных объединений «Российский медицинский союз» с 2002 года и президентом Общества дружбы и сотрудничества «Россия-Афганистан» с 2002 года⁹.

Просматривая информацию о комитетах РМА, удалось узнать фамилии трех вице-президентов. Списочный состав членов Правления – коллегиального органа управления РМА – нигде не представлен.

Поэтому составить общее мнение об РМА как организации по информации на сайте не представляется возможным.

Основным достижением РМА является возрождение в 1995 Пироговского движения врачей и тради-

⁵ Щеглов Е. К единству равных, Медицинская газета, <http://www.mgzt.ru/article/3049/>

⁶ М. В. Волков, Л. М. Лемнев. Медицинские общества, <http://dic.academic.ru/dic.nsf/bse/107695/Медицинские>

⁷ Злодеева Е.Б. История пироговского движения, <http://www.medcom.spb.ru/publ/info/934/>.

⁸ Устав РМА, <http://www.rmass.ru/publ/info/USTAV>

⁹ Исполком Всероссийского Пироговского съезда врачей, <http://www.rmass.ru/publ/info/ispol>

цию проведения Всероссийских Пироговских съездов. Всего было проведено 8 съездов. На них принято очень много заслуживающих уважения документов и резолюций, направленных на реформирование существующей системы здравоохранения.

Однако эффект для здравоохранения и медицины от проведения сегодняшних Пироговских съездов в отличие от дореволюционных Пироговских съездов получился минимальный по той причине, что прежние съезды проводились в другом правовом поле, когда врач и государство разговаривали на равных, а сегодня это равенство отсутствует.

Хочется отметить, что практически все Съезды и Форумы медицинских работников, проводимые в постсоветской России, больше напоминают выпускание «пара», чем производительную деятельность во благо здравоохранения и медицины.

РМА в своей деятельности занимается не столько формированием врачебного сообщества, сколько деятельностью, направленной на реформирование существующей системы здравоохранения. Декларировав врачебное самоуправление, РМА за годы своего существования ничего не сделала для применения этого принципа на практике. Чтобы перейти к самоуправлению необходимо в первую очередь подготовить и воспитать новую плеяду врачей, способных нести ответственность за свою деятельность в полном объеме.

Это длительный процесс и за 20 лет существования РМА могла бы уже создать новое поколение врачей с новым мышлением для введения врачебного самоуправления. Но на сегодняшний день этот момент уже упущен и приходится констатировать, что РМА потеряла возможность лидерства в вопросе создания врачебного сообщества в России.

Российское медицинское общество (сайт <http://www.russmed.ru/>)

Общественная организация «Российское медицинское общество» (РМО) учреждена 21 ноября 1996г. и зарегистрирована Министерством юстиции РФ 24 января 1997 г. со статусом «Общероссийский». В 2002 г. Российское медицинское общество принято в члены Всемирной медицинской ассоциации, в 2003 г. - в члены Совета Всемирной медицинской ассоциации¹⁰.

РМО является единственным ассоциированным членом Всемирной Медицинской Ассоциации (ВМА), а ее секретарь членом Совета ВМА и членом Комитетов ВМА по бюджетному планированию и медицинской этике¹¹.

Сайт организации давно не работает и не обновляется. Представление об организации можно получить только в открытом доступе из других источников.

Устав Общества является на сегодняшний день лучшим для врачебного сообщества и разработан в соответствии с мировыми требованиями к такого рода

организациям¹². Объем текста составляет 119 страниц и учитывает все аспекты практической деятельности врачебного сообщества, в то время как Устав НМП¹³ – 25 страниц, РМА¹⁴ – 14 страниц и составлены они больше по типовым Уставам.

Членом РМО имеют право быть только врачи как физические лица.

В Уставе определены задачи Общества, которые необходимо привести полностью, так как они являются классическими для формирования врачебного общества по мировым понятиям, а именно:

- создать в РФ в лице Общества единую национальную медицинскую организацию, добровольными и полноправными членами которой станут большинство врачей, осуществляющих медицинскую деятельность в Российской Федерации;

- сформировать в национальной медицинской организации Российской Федерации систему корпоративного управления медицинской деятельности на основе персональной ответственности членов Общества за результаты своей профессиональной деятельности перед Обществом, а Общества – перед государством и населением, в соответствии с декларациями Всемирной медицинской ассоциации: О профессиональной автономии и самоуправлении врачей (Мадридская декларация) и Декларацией о правах пациентов;

- создать необходимые условия для разделения прав и обязанностей, полномочий и ответственности за здоровье человека между самим человеком, национальной медицинской организацией в лице Общества и органами государственной власти как наиболее эффективного способа организации национальной системы здравоохранения, обеспечивающей сохранение и укрепление здоровья граждан, нравственное, интеллектуальное и духовное развитие личности, приумножение народонаселения России;

- обеспечения прав врача на автономию и самоуправление в медицинской деятельности;

- создания системы лицензирования медицинской деятельности врачей;

- создания системы аккредитации медицинских организаций в Обществе;

- обеспечения достойной оплаты труда врача, соответствующей моральным, физическим и интеллектуальным затратам при выполнении им своих профессиональных обязанностей;

- ликвидации практики теневой оплаты медицинской деятельности врачей;

- организации страхования профессиональной ответственности и профессиональных рисков врачей и страхования пациентов от врачебных ошибок;

- защиты национальной системы здравоохранения от нерегулируемых процессов, возникающих при вторжении на российский рынок медицинских товаров и услуг транснациональных корпораций (таких как крупные

¹⁰ Наша история, сайт РМО, <http://www.russmed.ru/index.php?id=353>

¹¹ Российское медицинское общество: хроника события, «Вестник Московского Городского Научного Общества Терапевтов» №3, Февраль 2007 г., <http://www.zdrav.net/chronicle/medsociety-chronicle>

¹² Устав РМО. Сайт РМО, <http://www.russmed.ru/index.php?id=358>

¹³ Устав НП «Национальная Медицинская Палата», <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=10>

¹⁴ Устав РМА, <http://www.rmass.ru/publ/info/458>

международные фармацевтические компании, страховые компании, компании - производители медицинской техники, оборудования и дезинфекционных средств, инвестиционно-финансовые и иные компании), а также от возникновения в стране нерегулируемых процессов миграции врачей после вступления РФ во Всемирную Торговую Организацию;

- формирования ответственности врачей за результаты своей профессиональной деятельности перед врачебным сообществом, а врачебного сообщества – перед государством путем обеспечения взаимодействия между корпоративной и административной системами управления и создания условий для разделения прав и обязанностей, полномочий и ответственности в национальной системе здравоохранения посредством их передачи из сферы административного управления в сферу правового и профессионального регулирования в целях повышения ее рентабельности и эффективности.

Классической для врачебного сообщества является также структура органов управления РМО. Самой отличительной особенностью данной организации является ежегодная сменяемость президента, что абсолютно нехарактерно для общественных организаций, представленных в постсоветской России, но является нормой в мировых врачебных сообществах.

В Интернете представлены скудные сведения о составе и деятельности РМО. По данным на 2006 год в Обществе было 29 региональных отделений¹⁵. В 2011 году в Красноярском крае создано краевое отделение РМО¹⁶.

Последний всплеск активности зафиксирован 30 сентября 2011 года, когда в Москве в рамках развития общественных форм медицинского сообщества по инициативе Общероссийской общественной организации «Российское медицинское общество» (РМО) состоялось собрание представителей медицинских учреждений Центрального федерального округа¹⁷.

Далее практическая работа РМО в России по данным открытого доступа не обнаружена. Занимаясь деятельностью международного врачебного сообщества в рамках Всемирной Медицинской Ассоциации, РМО, к сожалению, совсем не занимается практической деятельностью врачебного сообщества в России.

Национальная медицинская палата (сайт <http://www.nacmedpalata.ru>)

Информации в Интернете о деятельности Национальной медицинской палате (далее НМП) очень много, однако собственный сайт НМП обновляется нерегулярно и не очень оперативно.

Национальная медицинская палата была создана в

апреле 2010 года. Учредительный съезд прошел в декабре 2009 года. На нем президентом НМП был избран Леонид Михайлович Рошаль.

Членами НМП согласно Уставу могут быть только юридические лица.

В текстах, опубликованных на сайте Палаты, имеется информация о наличии в организации более 80 членов¹⁸, однако официально в разделе сайта «Состав палаты» в НМП отмечено 60 организаций¹⁹. По данным печати удалось выяснить, что в ноябре 2012 года было принято а Палату 12 организаций, а в апреле 2013 года - ещё 4²⁰. Таким образом, можно говорить только о 76 организациях, входящих в состав НМП.

Анализируя состав палаты, следует отметить, что прямое отношение к врачебному сообществу имеют 55 организаций (72%), опосредованное – 14 (20%) и никакого отношения не имеют к врачам 7 (8%) организаций.

Некоторые члены Палаты не имеют отношения к медицине и здравоохранению.

Согласно Уставу, опубликованному на сайте НМП, членами Палаты являются юридические лица - некоммерческие медицинские организации и общественные медицинские объединения (общероссийские, межрегиональные, региональные, местные), а также иные некоммерческие организации и общественные объединения, целью которых является деятельность в области медицины и здравоохранения.

Поэтому вызывает вопрос, например, членства Общероссийской общественной организации «Российская ассоциация железнодорожного транспорта», о которой в Интернете нет никаких сведений. Может это «Российская медицинская ассоциация железнодорожного транспорта»? Но данная организация в соответствии с кодами ОКВЭД, указанными при регистрации, осуществляет только рекламную деятельность и к медицине и здравоохранению не имеет отношения²¹. Аналогичный вопрос о членстве Межрегионального общественного фонда содействия защите прав предпринимателей «Деловая перспектива»²², Общероссийской общественной организации «Всероссийская организация качества»²³.

Особый интерес вызывает членство в палате Российской профессиональной медицинской ассоциации специалистов традиционной и народной медицины²⁴. На сайте данной организации (<http://www.ranm.org/>) размещен реестр членов ассоциации, с указанием специализаций и методов лечения, используемых народ-

¹⁸ Национальная медицинская палата вновь выступила с инициативой объединения профессиональных медицинских организаций, <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=10857>

¹⁹ Состав НП «Национальная Медицинская Палата», <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=8>

²⁰ Национальная медицинская палата и Росздравнадзор договорились о порядке взаимодействия, <http://www.medsosvet.info/news/3867>; У большинства врачей и преподавателей отсутствует мотивация учить новых медиков, <http://www.zdrav.ru/news/86049/>

²¹ ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА», <http://www.rusprofile.ru/id/1380474>

²² Межрегиональный общественный фонд содействия защите прав предпринимателей «Деловая перспектива», <http://www.ofdp.ru/>

²³ Общероссийская общественная организация «Всероссийская организация качества», <http://mirq.ucoz.ru/>

²⁴ <http://www.ranm.org/>

¹⁵ Российское медицинское общество: хроника события, «Вестник Московского Городского Научного Общества Терапевтов» №3, Февраль 2007 г., <http://www.zdrav.net/chronicle/medsociety-chronicle>

¹⁶ В Красноярске создано «Российское медицинское общество», Красноярский городской сайт, <http://www.kgs.ru/news/block-34200/>

¹⁷ Российское Медицинское общество собирает представителей ЦФО, Здравоохранение Брянской области, http://mx2.brkmed.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=446:2011-10-06-13-02-09&catid=23:news

никами. Есть там безобидные для медицины люди (специалисты по биоэнергетике, по костоправству, народные целители) и некоторые даже с медицинским образованием. Однако имеются и специалисты по космоэнергетике, магистры, прогрессоры, экзорцисты, которые используют такие методики, как яснознание, обращение к Богу, молитвы, обряды, медитации, настрои.

Среди членов есть и ректор Московского Института Космоэнергетики и Спецпсихологии, физик, народный целитель-космоэнергет высшей квалификации, который имеет опыт энергоинформационной оценки состояния здоровья, оздоровления человека в целом, со всеми его (практически любыми) заболеваниями, очищение от всех видов колдовства и любых видов энергетических воздействий, в т.ч. от гипноза, кодирования, зомбирования, воздействия психотропным оружием. Включен в государственный «Реестр целителей» при Росздравнадзоре.

После принятия в члены Национальной медицинской палаты на сайте ассоциации было опубликовано сообщение – «профессиональный медицинский статус РАНМ подтвержден принятием в члены Национальной Медицинской Палаты».²⁵

В принципе деятельность этой ассоциации отвечает уставным целям НМП, так как кроме космоэнергетики её члены занимаются и целительством, то есть медицинской, но к врачебному сообществу это не имеет никакого отношения. Сложно представить себе стандарт лечения яснознанием при воздействии психотропным оружием.

Из 55 организаций, имеющих отношение к врачебному сообществу, 27 являются общемедицинскими, а 28 имеют отношение к определённым врачебным специальностям. Всего в палате представлено научных организаций по 19 врачебным специальностям из 96, входящих в номенклатуру специальностей, утверждённую Минздравом, что составляет 19%.

50 членов палаты (66%) имеют сайт в сети Интернет. Из них только 33 работает (44% от общего количества членов НМП), 4 находится в стадии стагнации и 13 полностью заброшено. Если учитывать, что активность работы сайта организации отражает активность деятельности самой организации, то очевидно только 44% членов НМП являются активными организациями. Остальные, судя по всему, просто фантомы, представленные их руководителями.

На стадии создания НМП в одном из интервью Российской газете 13 января 2010 г. Рашаль Л.М. сказал – «наш отечественный опыт показал: созданные в стране около 10 лет назад региональные медицинские ассоциации, почти везде, за малым исключением, умерли»²⁶. В таком случае, из каких ассоциаций создавалась и состоит НМП?

Именно Рашаль Л.М. являлся инициатором того, чтобы у нас была создана Национальная медицинская палата,

а не создана Национальная врачебная палата»²⁷. То есть организация, занимающаяся не проблемами врачей, а проблемами всего здравоохранения. В таком случае неуместны его постоянные ссылки на опыт зарубежных врачебных палат, которые занимаются только врачебным сообществом. Именно поэтому на практике и получился такой конгломерат, который держится только на авторитете его руководителя.

Только на трех сайтах организаций, входящих в НМП, можно найти количественный состав. Это Межрегиональная общественная организация содействия развитию профессионального сообщества психотерапевтов «Профессиональная психотерапевтическая лига»²⁸ - 2650 членов, Общероссийская общественная организация «Независимая психиатрическая ассоциация России»²⁹ - 600 членов и Некоммерческое партнерство «Медицинская палата Свердловской области»³⁰ - 1664 члена. Остальные организации, видимо, не считают нужным работать в открытом информационном поле, а может просто не афишируют свою малочисленность. Поэтому официально выяснить число врачей и средних медицинских работников, которых объединяет НМП по данным открытых источников невозможно.

В апреле 2011 года Рашаль Л.М. говорил, что в общей сложности Национальная медицинская палата объединяет почти 190 тыс. человек³¹. На тот момент Палата объединяла 50 организаций. Других данных в открытом доступе нет, кроме фразы, что сегодня Национальная медицинская палата – крупнейшее в России объединение медиков после профсоюза медицинских работников³².

По данным Единой межведомственной информационно-статистической системы за 2011 год (ЕМИСС)³³ в России было 732 825 врачей (по данным Минздрава 619393), среднего медицинского персонала 1 530 406 человек (по данным Минздрава 1 320 020). Министр здравоохранения на заседании правительства 11.04.2013 г. привела последние данные по кадрам в здравоохранении, а именно - на 1 января 2013 года в России работают 743 тыс. врачей и 1 млн. 419 тыс. средних медицинских работников³⁴.

Если считать по данным Минздрава, то в 2011 году Палата объединяла 9,7% медицинских работников. К сожалению, на сегодняшний день из-за отсутствия информации в открытом доступе эти цифры подсчитать

27 Ума палата . Создание в России национальной медицинской палаты призвано улучшить права пациентов на получение качественной медицинской помощи, защитить права медицинских работников, http://pressria.ru/presscenter_online/20101004/282462256.html

28 Реестр психотерапевтов РФ, <http://www.oppl.ru/o-nas/spisok-chlenov-ppl.html>

29 Независимая психиатрическая ассоциация России, <http://www.npar.ru/about/>

30 Медицинская Палата Свердловской области, <http://medpalatasa.ru/>

31 Леонид РОШАЛЬ: Национальная медицинская палата – организация не разговоров, а дела, <http://www.insur-info.ru/press/64132/>

32 Леонид Рашаль о проблемах современного здравоохранения, <http://ria-ami.ru/news/69525>

33 Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС), <http://fedstat.ru/about.do>

34 Заседание Правительства 11 апреля 2013, Стенограмма, <http://правительство.рф/docs/23865/#sel=>

25 РАНМ, РЕЕСТР ЧЛЕНОВ, <http://www.ranm.org/news/?ksl=41&ksr=1>
26 <http://www.rg.ru/2010/01/13/roshal-poln.html>

невозможно. Судя по всему, точной цифры никто никогда не знал и на сегодняшний день не знает. Для информации - в Профсоюзе работников здравоохранения РФ на начало 2012 года числилось 2,5 млн. человек³⁵.

Говоря о деятельности НМП, следует отметить, что основной своей заслугой Палата считает внесение поправок в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». На сайте представлен подробный отчет об этой деятельности³⁶.

«Мы победили и внесли в закон свыше 300 поправок, 109 из которых были приняты» - сказал Рошаль Л.М. в одном из интервью медицинской газете³⁷.

Однако, следует отметить, что в отдельных моментах желаемое выдается за действительное. При этом непонятно, как оценивать представленный на сайте текст - как пиар-акцию или простое непонимание действительности.

Например:

Цитата: «Во-первых, мы добились отмены обязательной нормы выполнения стандартов, порядков и услуг в том виде, в котором предлагало Министерство, тем самым защитив врачебное сообщество от юридического и прокурорского преследования».

Следует отметить, что по вопросу применения порядков и стандартов оказания медицинской помощи в 323-ФЗ обязательность их применения декларирована в нескольких статьях:

Статья 10. Доступность и качество медицинской помощи

Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи

Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

Статья 64. Экспертиза качества медицинской помощи

Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 79. Обязанности медицинских организаций

Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;

Статья 88. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности

- осуществляется путем проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи³⁸.

Обязательность соблюдения порядков и стандартов медицинской помощи продиктована и постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 N 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» в котором предписано Росздравнадзору проводить проверку организаций и оценивать соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, в том числе в части обоснованности назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1, а также полноты выполнения медицинских услуг с усредненной частотой предоставления³⁹.

На итоговом заседании 2012 г. Совета НМП вице-президент НМП Дорофеев Сергей Борисович, Заместитель Председателя Комитета здравоохранения Государственной Думы РФ пояснил, что Стандарты оказания медицинской помощи не являются обязательными для врачей. «Обязательны для проверяющих и штрафующих из ОМС...» - голос из зала⁴⁰. Несмотря на то, что даже члены Совета Палаты указывают на явное несоответствие слов и дела, руководство Палаты упорно твердит о своих мнимых достижениях.

Цитата: «Важным для защиты нашей с вами деятельности стало внесение ясности в понятие «медицинские услуги». Министерство пыталось ввести это понятие, подведя нашу деятельность под закон «О защите прав потребителей», который делает медика «виноватым» перед пациентом в любой ситуации. Мы убедили Госдуму принять специальное решение из «Закона о защите прав потребителей» будет изъята статья, касающаяся медицинской деятельности, которая осуществляется в рамках программ государственных гарантий».

Однако, уже через полгода после введения закона в действие было опубликовано постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 N 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей», в котором отмечено, что к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей.

Цитата: «Мы настояли на введении в законопроект института независимой экспертизы, когда врачи и пациенты смогут воспользоваться сторонней профессиональной оценкой, независимой от руководства медицинской организации и властей региона, при возникновении спорной врачебной ситуации.

³⁵ О Профсоюзе, <http://www.przrf.ru/about/>

³⁶ Итоги обсуждения закона «Об основах охраны здоровья граждан», <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=6091>

³⁷ Леонид Рошаль: «И на нашей улице должен быть праздник!», Медицинская газета, 14.11.2012 № 85, <http://www.mgzt.ru/article/3104/>

³⁸ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

³⁹ постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 N 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»

⁴⁰ Пресс-релиз Совет Национальной Медицинской Палаты, <http://www.diabetes-ru.org/ru/news/rda-news/press-reliz-sovet-natsionalnoj-meditsinskoj-palaty>

В то же время, пункт 3 статьи 58 «Медицинская экспертиза», в котором говорится о независимой медицинской экспертизе, вступает в действие только с 1 января 2015 года, а до этого времени может ещё многое измениться.

Цитата: Мы также поставили болезненный вопрос о четкости в определении платной и бесплатной медицинской помощи. Нам представляется, что необходимо четко определить список платности в государственном и муниципальном здравоохранении.

Для информации – список до настоящего времени так и не составлен и на сайте Минздрава в разделе проектов нормативных документов его тоже нет.

К сожалению, контролем исполнения поставленных государству вопросов НМП не занимается, что является существенным недостатком в ее работе.

Не являясь врачебной организацией в том виде, в котором это представлено в мировом врачебном сообществе, НМП, тем не менее, пытается монополизировать право на создание такого сообщества и всячески препятствует любым действиям, претендующим на ограничение этой монополии.

Как только в августе 2011 года Минздравсоцразвития на совещании руководителей региональных департаментов здравоохранения объявило о необходимости создания общероссийской врачебной ассоциации – «Российское медицинское общество», как тут же Рошаль Л.М. выступил перед журналистами и заявил – «Российское медицинское общество – это не новая организация, ей уже лет 15. Я совершенно ответственно заявляю, что за время своего существования она ничего для российского здравоохранения, как для пациентов, так и для врачей, не сделала. Минздравсоцразвития делает послушную себе ассоциацию медицинских работников, противопоставляя это Национальной Медицинской Палате. Я расцениваю это как очередную мелкую месть Минздравсоцразвития за нашу принципиальную позицию»⁴¹.

Через год он ещё раз напомнил об РМО в другом интервью – «РМО было реанимировано в противовес Национальной медицинской палате, которую организовала Общественная палата РФ. Целью РМО было выступить против нас при принятии Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в том виде, в каком он был представлен в Госдуму РФ». Одновременно при этом высказал свое мнение и об РМА – «А покажите мне хотя бы одного человека, кого за 10 лет защитило Российское медицинское общество или Российская медицинская ассоциация? Оба этих формирования не могли противостоять бюрократии и отстаивать свои позиции»⁴².

25 января 2013г. состоялось объединение врачей и ряда крупных профессиональных медицинских сообществ России и появилось новое общественное профес-

сиональное объединение – «Общество врачей России». Президентом новой организации стал академик РАН и РАМН Евгений Чазов.

Как сказал академик Е.И.Чазов – процесс объединения врачей и наш сегодняшний съезд инициировал Первый национальный съезд врачей, состоявшийся 5 октября 2012г. в Москве⁴³.

НМП на это событие отреагировало открытым письмом Л.М.Рошалья, в котором было сказано – «Вне зависимости от того, кто инициировал создание организации, какие идеи и цели у них были, мы считаем, что в формирование любых профессиональных объединений, в том числе и медиков – это правильный шаг. Важно, чтобы создание нового общества не было использовано как удар по создаваемому единству медицинского сообщества. Со своей стороны, мы рады приветствовать новую организацию и принять ее в состав уже мощной Национальной медицинской палаты – и как объединение, и ее отдельных членов»⁴⁴.

Понятно, что вновь созданное «Общество врачей России» не будет вступать в НМП, потому что создавалось не для этого и на практике ничем принципиально не будет отличаться от уже существующих организаций, борющихся за объединение врачей.

Отличительной чертой всех рассмотренных организаций является то, что их лидеры думают о реформировании существующей социалистической системы здравоохранения с позиции своего понятия о здравоохранении СССР 80-х годов прошлого столетия и пытаются развернуть в обратную сторону любые реформы министерства, не укладывающиеся в эти схемы. При этом они не делают различий между здравоохранением и медициной и занимаются поэтому вопросами здравоохранения, а не врачебного сообщества, функциями которого является медицина.

Необходимо отметить, что деятельность НМП держится исключительно на авторитете Леонида Михайловича Рошалья, который постепенно утрачивается во врачебной среде, свидетельством чему является создание «Общества врачей России».

Занимаясь проблемами врачей, все представленные организации не учитывают мотиваций врачей к объединительному процессу.

Для вхождения во врачебную организацию врач должен быть мотивирован. Он имеет право знать, что конкретно полезного получит за свои годовые взносы и свой голос в организации. Объединяясь в научные ассоциации, врачи получают дополнительные профессиональные знания на организуемых конференциях и форумах, имеют возможность находиться на передовом рубеже медицинской науки и практики. В этом случае ассоциации удовлетворяют профессиональный интерес врачей.

41 Заявление Л.Рошалья: Минздрав планирует создать ручную медицинскую ассоциацию, Выступление Л.М. Рошалья перед журналистами, <http://ready.npnmpr.ru/?action=show&id=5339>

42 Леонид Рошаль: «И на нашей улице должен быть праздник!», Медицинская газета, 14.11.2012 № 85, <http://www.mgzt.ru/article/3104/>

43 Объединительный съезд общероссийской общественной организации «Общество врачей России», <http://общество-хирургов.рф/novosti/obedinitelnyi-sezd-obscherosiiskoi-obschestvennoi-organizaci-obschestvo-vrachei-rosi.html>

44 Рошаль предложил Чазову объединиться, <http://medportal.ru/mednovosti/news/2013/01/29/unite/>

**Иерархия мотивов, определяющих работу врача:
доля респондентов, считающих соответствующий мотив
очень важным, в %**



Рисунок 1.

Каким потребностям российских врачей отвечают заявления РМО, РМА и НМП?

Какая из существующих организаций, претендующая на объединение врачей всей России учитывают существующие мотивации российских врачей?

По результатам трех исследовательских проектов, выполненных Независимым институтом социальной политики в 2007-2008 гг., наиболее выраженными по силе мотивами российских врачей выступают:

1. получение материальных благ;
2. приверженность к профессии и профессиональное развитие;
3. укрепление социальных связей;
4. социальная защищенность;
5. альтруизм и сострадание⁴⁵.

На первом месте стоит возможность зарабатывать деньги на жизнь. Неслучайно именно эта мотивация привела к «итальянской забастовке» врачей-педиатров в Ижевске. И неслучайно рядом с ними в этот момент оказалась не Национальная медицинская палата и не профсоюз работников здравоохранения, а Межрегиональный профессиональный союз работников здравоохранения «Действие», молодая организация, лидеры которой не обременены грузом совкового мышления. За две недели шесть медицинских учреждений Ижевска присоединились к забастовке, смысл которой заключается только в одном – соблюдать требования стандартов здравоохранения и отказ от «конвейерного» приема детей⁴⁶.

45 Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / Отв. ред. С.В. Шишкин. – М.: Независимый институт социальной политики, Москва, 2008. Стр.152

46 Итоги первой недели «итальянской забастовки» врачей Ижевска,

Бастующих ижевских детских врачей поддержали в Петербурге и Москве, где состоялись пикеты в их поддержку⁴⁷.

Это первые ростки создания настоящего гражданского общества в врачебной среде, которое в конечном итоге перерастет во врачебное самоуправление. Именно здесь закладывается то врачебное мышление, которое в конечном итоге приведет к созданию самоуправляемой врачебной организации в России.

Вывод:

Ни одна из существующих организаций, позиционирующих себя в роли объединителя врачей, не способна в настоящее время выполнить эту миссию и возглавить процесс самоуправления врачебного сообщества так как:

- Российская медицинская ассоциация занимается деятельностью, направленной на реформирование существующей системы здравоохранения и только частично вопросами формирования врачебного сообщества в виде создания декларативных документов.

- Российское медицинское общество занимается деятельностью международного врачебного сообщества в рамках Всемирной Медицинской Ассоциации и не занимается практической деятельностью врачебного сообщества в России.

- Национальная медицинская палата занимается вопросами организации здравоохранения и практически не занимается вопросами медицины и врачебного сообщества.

<http://www.ikd.ru/node/19015>

47 Бастующих ижевских детских врачей поддержали в Петербурге и Москве, Аргументы и факты Удмуртия, <http://www.udm.aif.ru/society/news/81989>

По материалам публикации The Commonwealth Fund
«International Profiles of Health Care Systems, 2012»
Перевод с английского: А.В. Панов, М. А. Миселёва

СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

В цикле статей приводятся обзоры систем здравоохранения следующих стран: Канада, Дания, Англия, Франция, Германия, Япония, Исландия, Италия, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Швеция, Швейцария и Соединенные Штаты. Каждый обзор охватывает медицинское страхование, государственное и частное финансирование, организационную структуру системы здравоохранения, меры по обеспечению качества медицинской помощи, доступности медицинского обслуживания, политика сдерживание расходов, последние реформы и инновации, а также другие вопросы функционирования систем здравоохранения

Ключевые слова: система здравоохранения

In a series of articles provides an overview of health systems from the following countries: Canada, Denmark, England, France, Germany, Japan, Iceland, Italy, Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland and the United States. Each review includes medical insurance, public and private funding, the organizational structure of the health system, measures to ensure the quality of care, access to health care cost containment policies, recent reforms and innovations, as well as other issues of health systems

Keywords: Health Care Systems

Продолжение, начало в «Главный врач: хозяйство и право» 1/2013 г.

От авторов перевода.

Каждое государство выстраивает свою систему здравоохранения сообразно экономической мощи государства, политической системы общества, существующих традиций, тем не менее во всех государствах прослеживаются в целом одинаковые подходы к формированию системы здравоохранения, т.к. мир подвержен глобализации, что еще более становится актуальным для России, ставшей полноправным членом ВТО.

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАНАДЫ 2012

Автор: Sara Allin, University of Toronto
КАКОВА РОЛЬ ПРАВИТЕЛЬСТВА?

Провинции Канады и ее территории несут основную ответственность за организацию и предоставление медицинского обслуживания населению, в том числе, обучение медицинских работников, аккредитацию медицинских организаций и лицензирование медицинских услуг. Во многих провинциях и территориях созданы региональные органы управления здравоохранением,

призванные планировать и организовывать финансируемое государством здравоохранение на местном уровне. В последние годы в некоторых провинциях произошло консолидирование этих органов. В отличие от финансирования универсальной программы медицинского страхования, которая в значительной степени ориентирована на государственную форму собственности медицинских организаций, первичной медицинской помощи, практически полностью осуществляется медицинскими организациями частной формы собственности. Федеральное правительство софинансирует программы медицинского страхования провинций и территорий через The Canada Health Act, согласно пяти установленных критериев.

The Canada Health Act устанавливает пан-канадские стандарты для медицинских организаций, диагностических обследований и врачебного приема.

Федеральное правительство регулирует безопасность и эффективность медицинского оборудования, фармацевтических препаратов и природных лечебных компонентов, клинические исследования в области здравоохранения, а также осуществляет некоторые другие функции общественного здравоохранения.

НА КОГО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ?

Канадские провинции и территории управляют собственными универсальными программами медицинского страхования, охватывающими все проживающее население. Федеральное правительство поддерживает общественные программы здравоохранения с помощью целевых трансфертов, в зависимости от пяти критериев The Canada Health Act, в том числе, исходя из всеобщего охвата медицинской помощи, диагностических услуг первичной медицинской помощи (Medicare).

Каждая провинция и территории несет свою ответственность за установление своих специфических требований к медицинскому обслуживанию проживающих: иммигрантов, не имеющих документов, в том числе которым отказано в предоставлении политического убежища, которые остались в Канаде за пределами установленной продолжительности визового разрешения или находятся в стране незаконно, не будучи включенными в какие-либо федеральные или провинциальные программы. Им предоставляют некоторое ограниченное медицинское обслуживание. Иные функции здравоохранения в целом предоставляются за счет государственных программ, частного медицинского страхования или за счет оплаты личных средств граждан. Федеральное правительство организывает дополнительные медицинские услуги (и /или компенсирует бюджеты провинций/территории для врачей и медицинских организаций) предоставляемые коренным народам и инуитам¹, сотрудникам Королевской канадской конной полиции и канадских Вооруженных сил, ветеранам, политическим эмигрантам и гражданам, находящимся в федеральных пенитенциарных учреждениях. Около двух третей канадцев обладают частными медицинскими страховками, которые охватывают медицинские услуги, не подпадающие под государственные программы (см. ниже).

ЧТО ОХВАТЫВАЕТ?

Услуги

Чтобы претендовать на федеральное софинансирование провинции и территории должны обеспечить первичное финансирование медико-социальной помощи, включая диагностические услуги и стационарную медицинскую помощь, льготное лекарственное обеспечение для всех жителей, имеющих на него право. Провинциальные и территориальные правительства также обеспечивают различные уровни дополнительного медицинского обслуживания, такие как льготное лекарственное обеспечение, стоматологические услуги, социальное обслуживание на дому, оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, услуги скорой помощи.

Федеральное правительство непосредственно предоставляет и финансирует широкий спектр профилактических услуг через The Public Health Agency. Провинции / территории также обеспечивают пропаганду здорового образа жизни, укрепление здоровья и его профилактику (в том числе иммунизацию населения) как часть соб-

ственных государственных программ. На национальном уровне в Канаде не существует определенного законом социального пакета; большинство социальных льгот устанавливается на уровне провинций/территорий в соответствии с принятым медицинским обслуживанием. Федеральное правительство осуществляет допуск на рынок медицинских приборов и оборудования, но решения о покупке медицинских изделий производится на провинциальном и территориальном уровне.

Распределение расходов

Не существует разделения затрат для общественно-го здравоохранения, предоставляющего бесплатную

Канадские провинции и территории управляют собственными универсальными программами медицинского страхования, охватывающими все проживающее население.

медицинскую помощь. Все лекарственные препараты, предоставляемые в стационарных условиях, финансируются через федеральный бюджет с софинансированием провинциями/территориями амбулаторного медицинского обслуживания и льготного лекарственного обеспечения. Врачи не могут взимать плату с пациентов за медицинское обслуживание, предоставляемого в рамках Medicare.

Предельные значения расходов на медицинскую помощь

Распределение расходов варьируются среди провинций / территорий. Нет ограничений на соплатежи населения. Однако федеральное правительство поддерживает налоговые льготы для тех, кто несет медицинские расходы, в том числе дополнительно для тех лиц, которые имеют значительные медицинские расходы (выше 3% от совокупного дохода для себя или своих иждивенцев). Наличие инвалидности также предполагает предоставление налоговых льгот через предоставление социального налогового вычета самому инвалиду, так и членам их семей, оказывающим помощь, а также гражданам, которые имеют длительные психические расстройства или физические недостатки, а также для тех лиц, которые осуществляют за ними уход, продолжая работать.

КАК ФИНАНСИРУЕТСЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ? ГОСУДАРСТВЕННОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ

Государственные программы финансируются за счет общих налогов. Федеральное правительство вносит свой вклад денежных средств на уровне провинций и территорий на душу населения через субсидии The Canada Health Transfer, на которые приходилось около 20% всего провинциальных и территориальных меди-

¹ Эскимосы, коренное население Канады. Примечание авторов перевода.

цинских расходов в 2011 году. Нынешние различия в финансировании из-за разной финансовой обеспеченности будут отменены после 2014 года (см. ниже). На федеральное финансирование приходилось, по оценкам, 71% от общих расходов в Канаде на здравоохранение в 2011 году.

ЧАСТНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В 2010 г. наличные платежи от населения составили примерно 14,3% общих расходов на здравоохранение. Структурные расходы в 2010 году следующие: оказание стоматологической помощи 20%, негоспитальная медицинская помощь (главным образом социальное обслуживание на дому и домах престарелых) - 20%, приобретение лекарственных средств через аптечные организации 17%, услуги офтальмологических салонов 12%, и он-лайн приобретение лекарства (10%)².

Частное медицинское страхование покрывает около двух третей населения (23 млн. человек). В 2010 году оно составило 12 % общих расходов на здравоохранение³.

Частное медицинское страхование приобретается в основном работающим населением и включает такие услуги, как офтальмологическая и стоматологическая помощь, приобретение лекарственных средств, услуги по реабилитации, уход на дому и прочее.

Частное медицинское страхование не обеспечивает более быстрый доступ к финансируемым государством услугам врачей и больниц. Страховые компании и медицинские организации самостоятельно устанавливают плату за услуги, покрываемые частным медицинским страхованием, и каждый страховщик устанавливает свои собственные уровни возмещения затрат. Расходы работодателя, которые он несет на приобретение частных медицинских страховок, подлежат вычету из налогооблагаемого дохода, согласно, федеральному законодательству, также подлежат вычету из дохода, согласно местного налогового законодательства во всех провинциях, кроме Квебека. Премии, которые выплачиваются гражданам на приобретение частных медицинских страховок, квалифицируются как расходы, предоставляющие право на федеральные налоговые вычеты.

КАК ОРГАНИЗОВАНА СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ?

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

В 2010 году из общей численности врачей (69699) около половины были врачами общей практики (ВОП), а половину составляли узкие специалисты⁴. Врачи общей практики в основном действуют как посредники для дальнейшего лечения. Большинство врачей являются частнопрактикующими и получают плату за оказанные медицинские услуги на так называемой Fee-For-Service (FFS) основе, хотя растет число ВОП, получающих альтернативные формы, оплаты из иных источников таких,

как подушное финансирование, заработная плата и смешанное финансирование.

Структура выплат иногда связана с особенностями территорий. В 2010 году FFS платежи составили более 50 % платежей ВОП в Онтарио по сравнению с 70% в Квебеке и 85% в британской Колумбии⁵. Врачи в государственных клиниках являются наемными работниками. Некоторые, начинающие ВОП получают подушное финансирование, согласно зарегистрированным пациентам, в других случаях подобная регистрация не требуется. Пациенты должны иметь свободный выбор ВОП, хотя в некоторых районах выбор ограничен вследствие ограниченного предложения.

Министерства здравоохранения провинций и территорий ведут регулярные переговоры в отношении стоимости услуг с медицинскими объединениями ВОП, которые расположены в провинциях и территориях.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ АМБУЛАТОРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Большинство специализированной амбулаторной медицинской помощи оказывают в больницах, хотя существует тенденция к предоставлению специализированных услуг в частных немедицинских организациях. Врачи - специалисты оплачиваются в основном на FFS основе. Пациент может выбрать специалиста и получить доступ к узкому специалисту напрямую, но стратегическое направление канадского здравоохранения заключается в том, чтобы пациенты направлялись к узким специалистам через ВОП, поэтому во многих провинциях и территориях при оказании медицинской помощи узкие специалисты без направлений от ВОП оплачиваются по более низкой ставке, чем если бы пациент пришел по направлению от ВОП.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВО ВНЕРАБОЧЕЕ ВРЕМЯ

После окончания рабочего времени медицинская помощь обычно предоставляется частнопрактикующими врачами, находящимися в клиниках и больницах скорой помощи. Чаще всего, в провинциях и регионах имеется бесплатная телефонная служба, доступная 24 часа в сутки, где можно получить медицинские консультации медсестер. Традиционно от ВОП не требовалось обеспечить медицинское обслуживание после окончания рабочего времени, хотя многие органы власти финансово стимулируют объединения ВОП для оказания медицинской помощи населению во внерабочее время. The Commonwealth Fund по результатам проведенного исследования (2009 г.) установил, что только 43 % ВОП в Канаде имеют механизмы для доступа пациентов к врачам или медсестрам во внерабочее время. Опрос The Commonwealth Fund (2010) показал, что 65 % канадцев сообщили о трудности получения доступа к получению медицинской помощи во внерабочее время врачей.

Больницы

Больницы представляют собой сочетание государственных и частных, преимущественно некоммерческих

⁵ Там же

² По данным Организации экономического сотрудничества и развития за 2012 год. Примечание авторов перевода.

³ Там же

⁴ По данным Организации экономического сотрудничества и развития за 2011 год. Примечание авторов перевода.

организаций, часто управляемых локально региональными органами здравоохранения или больничными советами, представляющими местные сообщества. Они осуществляют свою деятельность, как правило, в рамках годовых бюджетов, предоставляемых после согласования с провинциальными /территориальными министерствами здравоохранения или региональными органами здравоохранения. Однако несколько провинций начинают вводить целевое финансирование больниц. Целевое финансирование используется также для того, чтобы оплачивать дополнительные услуги, предоставляемые в рамках федеральных целевых программ либо для поддержки таких медицинских служб как лечение рака и хирургии катаракты. Госпитальные врачи, как правило, не являются сотрудниками больницы и им выплачиваются FFS.

Уход за пациентами с хроническими заболеваниями

Уход за пациентами с хроническими заболеваниями (LTC) происходит в медицинских организациях, социальное обслуживание пожилых происходит в немедицинских организациях и не входит в число услуг в системе медицинского страхования, согласно The Canada Health Act. Провинции и территории могут выбрать для финансирования и иные услуги сообразно местного законодательства, которые имеют различия между собой на территории Канады.

Финансирование LTC происходит за счет государства (72%), расходы на социальное обслуживание составляет около 10% всех расходов на здравоохранение в 2010 году⁶. Некоторые провинции установили минимальный срок проживания на территории в качестве условия для получения социального обслуживания. Сочетание частных коммерческих, частных некоммерческих, государственных организаций для LTC вариативно по всей стране. Около половины провинций и территорий Канады предоставляют социальное обслуживание на дому без проверки нуждаемости граждан, но доступ к подобному обслуживанию может осуществляться и на экспертной оценке установленных факторов, в том числе уровня дохода. Ограниченность государственного финансирования сокращает доступность услуг, что увеличивает спрос на частные услуги по уходу на дому. В большинстве провинций взимается плата за социальное обслуживание на дому (например, ведение домашнего хозяйства, услуги транспорта, доставка еды и др.). Провинции и территории несут ответственность за предоставление паллиативной помощи в больницах и многие из них предоставляют некоторое покрытие на профессиональные услуги за пределами этих параметров (например, наблюдение врачей, услуги медсестер, лекарственное обеспечение). Значительное количество смертей больных хроническими заболеваниями происходит в больницах и иных немедицинских организациях долгосрочного ухода (примерно 60% по сравнению с тем, что около 30% смертей происходят в домашних условиях).

ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Канадская система здравоохранения включает в себя психиатрическую помощь, предоставляемую врачами, специализированными медицинскими организациями и отделениями в многопрофильных больницах. Больничная психиатрическая помощь оказывается в специализированных психиатрических больницах и в больницах общего профиля с профильными отделениями. The Canada Health Act не предусматривает государственное финансирование служб психического здоровья (таких, как услуги психологов и социальных работников) за пределами больницы, но провинциям / территориям предоставлено право предоставлять широкий спектр услуг по охране психического здоровья населения и лечения наркозависимых.

Психологи могут работать в частном порядке, получая вознаграждение через частные страховки или наличные платежи, или в финансируемых государством организациях в рамках выплачиваемой зарплаты.

КАК ПОСТРОЕНА СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

Из-за крайней децентрализации система здравоохранения в Канаде главным образом находится под юрисдикцией и администрированием провинций и территорий. В большинстве провинций региональными нормативными актами созданы специальные организации с определенными уставными задачами, некоторые из них включают в себя выполнение более расширенных функций управления на основании разграничения ответственности.

На федеральном уровне в последние десятилетия был создан ряд межправительственных некоммерческих организации для улучшения общей работы системы управления, мониторинга и отчетности в деятельности систем здравоохранения (Health Council of Canada);

Психологи могут работать в частном порядке, получая вознаграждение через частные страховки или наличные платежи, или в финансируемых государством организациях в рамках выплачиваемой зарплаты.

распространения наилучшей практики в сфере инициатив в области безопасности медицинской помощи (The Canadian Patient Safety Institute); предоставления информации в области здоровья и здравоохранения и стандартизации сбора данных (The Canadian Institute for Health Information).

Неправительственные организации играют важную роль в системе управления и включают национальные профессиональные организации (напр., Canadian Medical Association), региональные профессиональные медицинские организации, которые отвечают за управление

⁶ По данным Организации экономического сотрудничества и развития за 2012 год. Примечание авторов перевода.

профессиональной деятельностью, лицензирование, а также разработку и внедрение стандартов медицинской практики и аккредитации в Канаде. Они также занимаются добровольной аккредитацией организаций здравоохранения, в том числе включая региональные органы здравоохранения, больницы, учреждения социального обслуживания и общественные организации. Работа большинства медицинских и иных организаций регулируется законодательством провинций и территорий.

В Канаде не существует федеральных правил системы профессиональной переаттестации врачей, каждая провинция имеет свой собственный порядок требования о том, как врачи должны заниматься повышением квалификации на протяжении всей жизни.

ЧТО ДЕЛАЕТСЯ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

За последнее десятилетие в рамках Plan to Strengthen Health Care (2004–2014) федеральное правительство выделило целевые средства, которые предоставило провинциям / территориям поддержку инноваций и стимулирования общесистемного повышения качества. Например, федеральная целевая программа сокращения времени ожидания медицинской помощи, на которую было потрачено \$5.50 млрд. долларов за 10 лет привела к значительному сокращению времени ожидания в приоритетных направлениях (лечение рака, патологии сердечной деятельности, зрение, восстановление, замена суставов). Все провинции обязаны публично сообщать о времени ожидания медицинской помощи и предоставления информации в The Canadian Institute for Health Information для сопоставления данных.

Растет использование экспертно-оценочных технологий здравоохранения в Канаде с целью поддержки решений и информирования о закупках, управлении и клинической практике. Технологии оценки организации здравоохранения включают в себя The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) – национальный орган, а также его территориальные органы в Альберте, Онтарио и Квебеке. CADTH обладает технологиями оценки стоимости клинической эффективности и широкого воздействия лекарственных препаратов, медицинских технологий и систем управления здравоохранения. Обзоры от CADTH рассматривают клиническую и экономическую эффективность лекарственных средств и предоставляют общие рекомендации государству по финансируемым государством программам льготного лекарственного обеспечения в Канаде (кроме Квебека). Эти рекомендации носят необязательный характер для госорганов, решения по формированию формулярного списка принимается на основании взаимодействия с

общественностью и на основе методов доказательной медицины.

Финансируемый из федерального бюджета The Canadian Patient Safety, способствует формированию лучшей врачебной практики и разрабатывает стратегии, стандарты и инструменты оценки медицинских технологий. Еще одна программа предоставляет рекомендации (хотя и не носящие обязательного характера клинические рекомендации) для медицинских работников и потребителей в целях поощрения соответствующего назначения, приобретение и использование лекарств.

С 2000 по 2006 год The Primary Care Transition Fund инвестировал \$800 млн. для поддержки провинций и территорий по расходам на реализацию масштабных реформ первичного звена здравоохранения. Большинство финансирования было направлено на улучшение пропаганды здорового образа жизни, укрепления здоровья, профилактики заболеваний, доступности и комплексности медицинского обслуживания, а также для поощрения использования междисциплинарных групп. Основные достижения в области реформирования первичной медико-санитарной помощи включают широкое внедрение междисциплинарных команд в провинциях Онтарио, Квебеке и Альберте; прием пациентов в Онтарио и Квебеке; продвижение альтернативных методов оплаты за медицинские услуги; расширение уровня образования первичного звена среди врачей и медсестер.

В Канаде не существует федеральных правил системы профессиональной переаттестации врачей, каждая провинция имеет свой собственный порядок требования о том, как врачи должны заниматься повышением квалификации на протяжении всей жизни. Например, в трех провинциях требуется обязательное участие врачей в образовательных программах для того, чтобы сохранить свои профессиональные лицензии, другие же полагаются на методы экспертной оценки и самооценки профессиональных знаний.

Не существует системы информации о профессиональной медицинской деятельности врачей, но The Canadian Institute for Health Information, предоставляет регулярные отчеты о деятельности системы здравоохранения, в том числе стандартизированные показатели больниц по смертности и времени ожидания медицинской помощи.

The Health Council of Canada, оценивает достижения в повышении качества, эффективности и устойчивости системы здравоохранения, но многие инициативы по повышению качества осуществляются непосредственно на провинциальном и территориальном уровнях, где на основе местного законодательства созданы советы по контролю качества медицинской деятельности и они публично отчитываются о системе здравоохранения, действующей на их территории.

Существуют еще несколько федеральных реестров заболеваний, хотя на региональном уровне существуют региональные раковые регистры из которых данные поступают в федеральный раковый регистр и им администрируются.

Органы здравоохранения и профессиональные группы продвижения научно-обоснованной практики

The National Institute of Clinical Studies (NICS) в рамках Национального совета по здравоохранению и медицинских исследований занимается преодолением разрыва между имеющимися данными, основанными на принципах доказательной медицины и текущей клинической практикой. NICS собирает воедино достоверную медицинскую информацию из разнообразных источников, готовит и распространяет клинические руководства, мотивирует работодателей реализовывать различные программы повышения качества в медицинских организациях, профессионального обучения и переобучения медицинских работников и их участия в профессиональных медицинских сообществах (профессиональных медицинских ассоциациях).

ЧТО ДЕЛАЕТСЯ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КООРДИНАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ?

Число врачей, практикующих в междисциплинарных командах, неуклонно растет. В 2004 году в рамках 10-летнего Plan to Strengthen Health Care (2004–2014) все региональные правительства согласились обеспечить, по меньшей мере, половине проживающему населению доступ к мультисциплинарным бригадам специалистов первичного звена к 2011 году.

К 2007 году примерно уже три четверти ВОП работали в рамках междисциплинарных команд. Наибольший прогресс наблюдается в Онтарио (около 200 семейных ВОП обслуживающих около четверти населения), в Альберте (где три четверти населения обслуживаются у 39 семейных ВОП) и Квебеке (300 команд ВОП обслуживают три четверти населения). Следует отметить, что для объединения в междисциплинарные команды были предоставлены значительные финансовые стимулы.

В Онтарио, например, с переходом от системы оплаты только по FFS на смешанное подушевое финансирования между 2003-2004 гг. и 2008-2009 годами произошло повышение оплаты услуг врачей на 58 % (с поправкой на инфляцию). За это время семейные врачи в провинции Онтарио получили также финансовые стимулы для продвижения профилактических услуг, таких как иммунизация, скрининг на рак и таких приоритетных услуг, как дородовая медицинская помощь, посещение новорожденных, паллиативный уход и обслуживание хронических больных.

Часть реформ направлена на улучшение системного подхода в лечении болезней. На региональном уровне выплачиваются многочисленные стимулирующие выплаты для врачей. Британская Колумбия недавно представила систему стимулирования Full Service Family, которая стимулирует повышенное наблюдение за больными с сердечной недостаточностью, диабетом и гипертонией, а врачи получают ежегодные платежи за каждого пациента с вышеназванными заболеваниями, если они их ведут в соответствии с рекомендациями, установленные региональными руководствами по клинической практике.

ЧТО ДЕЛАЕТСЯ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ НЕРАВЕНСТВА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

Неравенства в области здравоохранения являются серьезной проблемой в Канаде, где определенные группы страдают от болезней в большей степени, чем другие жители. Это бедные слои населения, бездомные и около 1 млн. канадских аборигенов. Имеющие стесненные жилищные условия, невысокий уровень образования и неквалифицированную работу также имеют более значительно высокое бремя болезней, чем население в целом.

В Канаде не было единого или центрального органа, ответственного за устранение различий в уровне здоровья, но некоторые региональные правительства создали свои ведомства и агентства, направленные на разрешение демографических проблем и несправедливости по доступу к здравоохранению.

В 2004 году федеральное правительство создало The Public Health Agency of Canada, которое имеет свою сферу компетенции в отношении здоровья населения, включая вопросы "сокращение различий в уровне медицинского обслуживания канадцев". В 2005 году федеральное правительство создало The Aboriginal Health Transition Fund, профинансировавший US\$201 млн. в целях устранения различий между коренными жителями (аборигенами) и остальными канадцами по доступу к услугам здравоохранения.

В 2004 году федеральное и региональное правительства решили внести US\$101 млн. долларов в рамках пятилетней инициативы по увеличению числа коренного населения, работающего в сфере здравоохранения, адаптации образовательных программ здравоохранения для поддержки индивидуальных особенностей для коренного населения при предоставлении первичной медико-санитарной помощи, улучшения и укрепления здоровья жителей общин коренного населения.

В Канаде не было единого или центрального органа, ответственного за устранение различий в уровне здоровья, но некоторые региональные правительства создали свои ведомства и агентства, направленные на разрешение демографических проблем и несправедливости по доступу к здравоохранению.

Исследования и сбор данных в смежных областях были направлены на то, чтобы лучше понять проблемы Канады по неравенству в отношении здоровья. The Canadian Institute for Health Information реализует The Canadian Population Health Initiative, которая была создана для изучения здоровья населения, создания моделей и информационной политики сокращения неравенства и улучшения здоровья.

КАКОВО ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗАПИСЕЙ?

The Canada Health Infoway, финансируемая из федерального бюджета независимая некоммерческая организация, работает с правительствами и медицинскими организациями в целях ускорения процесса внедрения электронных медицинских документов и других электронных информационных систем здравоохранения (например, телемедицина, мониторинг общественного здоровья). Внедрение информационных технологий в здравоохранение ограничено и варьируется в Канаде в разных пределах: согласно The 2010 National Physician Survey около трети канадских врачей используют комбинацию бумажных и электронных документов, а 16 % используют только электронные документы.

КАКИМ СПОСОБОМ КОНТРОЛИРУЮТСЯ РАСХОДЫ?

Контроль затрат в основном достигаются посредством единого плательщика за услуги здравоохранения, контроля за реальными расходами, в основном отражающими государственные инвестиционные решения и/или бюджетный перерасход. Контроль затрат меры включает в себя обязательные ежегодные

глобальные бюджеты для больниц / здравоохранения регионов, переговоров о стоимости цен производителей медицинских услуг, формуляров лекарственных средств и обзоров распространения медицинских технологии. Он также включает планирование человеческих ресурсов (врачей и медсестер) для сферы здравоохранения.

The federal Patented Medicine Prices Review Board (PMPRB) – независимая организация, регулирующая цены на новые запатентованные лекарства в Канаде. PMPRB поручено обеспечить, чтобы цены на запатентованные лекарства не являлись “чрезмерными” и имели определенную “степень инновационности”, и по сравнению с ценами на существующие лекарства в Канаде, и со всеми другими странами, включая США и Великобританию.

PMPRB регулирует цены фармпроизводителей, но не имеет полномочий над ценами оптовиков и аптек.

Правомочиями в отношении цен на непатентованные лекарственные средства и контроль над ценообразованием и закупок для государственных формуляров (в некоторых случаях, ценообразование для отдельных частных услуг) проводится в провинции, ведущие мониторинг разброс цен на лекарства.

КАКИЕ ОСНОВНЫЕ ИННОВАЦИИ И РЕФОРМЫ БЫЛИ ВВЕДЕНЫ?

Финансовые реформы

В декабре 2011 года федеральное правительство в одностороннем порядке приняло решение о реформе финансирования канадского здравоохранения в 2013-2014 финансовом году (дата окончания 10-летнего плана укрепления системы здравоохранения). После 10-летнего The Plan to Strengthen Health Care, федеральное финансирование будет осуществляться в провинциях на каждую душу населения, окончательная сумма будет

определяться размером бюджета региона, которое не перераспределяется в пользу менее богатых провинций.

Психическое здоровье

В мае 2012 года, финансируемая из федерального бюджета Комиссия по психическому здоровью Канады (создана в 2007 г.), опубликовала первую Национальную стратегию охраны психического здоровья, которая предусматривает среди прочего, увеличение федерального и регионального финансирования для психиатрической помощи.

Сдерживание расходов

После наступления экономического кризиса федеральные и региональные правительства сталкиваются с бюджетными ограничениями. Недавние реформы направлены на сдерживание расходов и достижения лучшего соотношения цены и качества. В некоторых провинциях произошла реформа цен на лекарства, предоставляемых в рамках социальных льгот в Онтарио, например, расходы на льготные лекарства были снижены за счет того, что оригинальные препараты были в списке уменьшены с 50 % до 25 % в 2010 г. (то же сокращение применительно и к частным медицинским страховкам по состоянию на 2012 год). Кроме того, в 2010 г. Британская Колумбия за три года за счет поэтапного снижения расходов добилась уменьшения количества оригинальных препаратов с 65 % до 35 %. Другие территории, такие как Saskatchewan и Manitoba, следовали методологическим рекомендациям The Institute for Healthcare Improvement in Cambridge, Massachusetts (Marchildon, 2012) и в 2012 году правительство провинции Онтарио сократило оплату услуги врачей в надежде сэкономить более \$ 3 млн.

Использованные источники:

Canadian Institute for Health Information (2012). National Health Expenditure Trends 1975–2012. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

Canadian Institute for Health Information (2011a). Scott’s Medical Database, 2010. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

Canadian Institute for Health Information (2011b). National Physician Database—Payments Data, 2009–2010. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

Henry, D.A., Schultz, S.E., Glazier, R.H., Bhatia R.S., Dhalla, I.A., and Laupacis, A. (2012). Payments to Ontario physicians from Ministry of Health and Long-Term Care sources 1992/93 to 2009/10. Toronto: Institute for Clinical Evaluative

Sciences.

Marchildon, G. (2012). Canada: Health System Review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, forthcoming.

OECD Health Data 2012.

А.В. Тихомиров

СООТНОШЕНИЕ РЫНОЧНЫХ И ГОСУДАРСТВЕННЫХ РЕГУЛЯТОРОВ В РАЗВИТИИ СФЕРЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

И рыночные, и государственные регуляторы должны соответствовать характеру регулируемой среды

Ключевые слова: рыночные регуляторы, государственные регуляторы, сфера медицинских услуг

Market and state regulators ought to correspond with the character of the regulatory environment

Keywords: market regulators, state regulators, medical services sphere

Адам Смит («Богатство наций», 1776), несмотря на авторство в постулировании эффекта «невидимой руки рынка», в отличие от некоторых своих последователей не верил, что реальные рынки в ничем не сдерживаемой конкуренции обязательно координируются только ею.

Последующее наблюдение за реальной экономикой привели экономистов-теоретиков к мысли, что предпосылки, требуемые для достижения эффективного равновесия, достаточно легко нарушаемы. Как известно, равновесие на рынке по Парето как движение в сторону оптимума возможно лишь при таком распределении ресурсов, которое увеличивает благосостояние по крайней мере одного человека, не нанося ущерба никому другому. В противном случае такое равновесие нарушается, и возникает провал (несостоятельность, фиаско) рынка. Провал рынка – это ситуация, с которой рыночное регулирование «невидимой руки» справиться не может, и требуется внешнее (обычно – государственное) воздействие по устранению негативных последствий (хотя экономисты австрийской школы полагают, что фиаско рынка на самом деле не существует, и проблема решается с помощью чёткой фиксации прав собственности на те или иные ресурсы).

В любом случае рынок подвержен самоорганизации и организации извне. Вопрос в том, как соотносятся эти механизмы на соответствующем рынке. Не соответствующее характеру и состоянию рынка преобладание одного механизма организации над другим ведет к его несостоятельности.

Рыночные регуляторы формы проявления рыночных законов (конъюнктура, конкуренция и пр.) создают баланс хозяйственной системы в процессе воспроизводства материальных благ. Каждый из них оказывает воз-

действие на рыночную среду. Их основное назначение – уравнивание рынка.

Государственные регуляторы – это механизмы экономической политики государства. В целом задачи государства состоят в том, чтобы создать законодательную модель функционирования и развития рынка и сформировать средства мониторинга отклонений от заданной модели с автоматическим применением санкций за их допущение.

Однако это – дорога с двусторонним движением. Не только государство – для жизнеспособности рынка, но и рынок – для жизнеспособности государства. Фискальную функцию государство осуществляет именно ради своего функционирования и развития. Причем – с учетом осуществления социальной функции, т.е. обеспечения потребностей социальной сферы.

Отсюда возникает вопрос: социальная сфера – это инфраструктура реального сектора экономики, «продающая» заработанное им, или это тоже рынок, оборот материальных благ?

Инфраструктура – это совокупность отраслей, предприятий и организаций, входящих в эти отрасли, видов их деятельности, призванных обеспечивать, создавать условия для нормального функционирования производства и обращения товаров, а также жизнедеятельности людей¹.

В советской экономической науке инфраструктура делилась на две группы: производственную и непроизводственную (социальную). В первую группу включались отрасли инфраструктуры, непосредственно обслуживающие материальное производство: железные и

¹ Электронный ресурс: URL - <http://slovari.yandex.ru/инфраструктура/Экономический словарь/Инфраструктура/> (дата обращения 20.02.2013)

шосейные дороги, водоснабжение, канализация и пр. Во вторую группу включались отрасли, опосредованно связанные с процессом производства: подготовка кадров, школьное и высшее образование, здравоохранение и т. д.

Считалось, что в современных империалистических государствах произошло четкое размежевание хозяйственных функций: частный капитал владеет предприятиями, где создается прибавочная стоимость, на государство возложены функции финансирования и развития отраслей инфраструктуры, способствующих увеличению прибылей частных компаний. Однако стрем-

В России в новое время с возникновением отношений товарообмена в социальной сфере, с появлением частной медицины в сфере охраны здоровья ситуация в корне изменилась.

ление монополистического капитала снять с себя бремя расходов по финансированию мало прибыльных или убыточных отраслей и переложить его на государство способствовало переходу этих отраслей инфраструктуры в собственность империалистических государств при сохранении монополиями права контроля над ними.

В России в новое время с возникновением отношений товарообмена в социальной сфере, с появлением частной медицины в сфере охраны здоровья ситуация в корне изменилась. Как и прежде, социальная сфера обеспечивается реальным сектором экономики и через посредство государственного распределения содержится на налоги. Но, во-первых, если в самой социальной сфере сформировался товарообмен, то – как он сочетается с ее содержанием от государственного распределения налогов? И, во-вторых, в связи с этим остается ли социальная сфера социальной инфраструктурой или становится инфраструктурой производственной? И, в-третьих, является ли удержание государством социальной сферы следствием переложения реальным сектором экономики, включая частную медицину, всех тягот по финансированию и развитию инфраструктурных отраслей на государственный бюджет?

Ответы на эти вопросы позволят определить предмет правового регулирования в социальной сфере и, соответственно, соотношение рыночных и государственных регуляторов.

В действующей модели содержания социальной сферы за счет государственного распределения налогов и освоения выделенных денег только и возможна такая организация здравоохранения, какая существует в России и постсоветских странах. Нет необходимости иной конфигурации, кроме как объединения всех институтов под эгидой единого ведомства. Граница по периметру –

бюджетная сфера. Налоги получены – распределены по статьям расходов – освоены. Есть бюджетный процесс, в котором деньги должны быть освоены нормированным образом. Фактический результат освоения этих денег не имеет значения, не предусмотрен никакими установлениями. Товарообмена нет и быть не может, поскольку он предполагает возможность согласия или несогласия сторон со встречными интересами. Согласие пациента получить то, что ему причитается по подушевому нормативу, не предполагается. Согласие медработника также не предполагается – это ему вменено в трудовые обязанности. Такова административная организация государственного здравоохранения.

Наряду с распределительной государственной системой в сфере охраны здоровья сложилась частная медицина. Она функционирует и развивается в рыночных условиях, по образу и подобию реального сектора экономики: заказчик – платит, исполнитель в счет этой оплаты оказывает медицинские услуги. По доходам формируются расходы, в том числе в счет будущих периодов. Нет доходов сегодня – не будет на что их создавать завтра. Такова рыночная организация частной медицины.

В сфере охраны здоровья действуют две разные системы организации: административная и рыночная. Соответственно, для каждой существуют свои регуляторы.

Однако заимствования нового времени привнесли в административную организацию государственного здравоохранения чуждые ей изменения. На российскую почву был перенесен зарубежный платежный институт медицинского страхования, что предполагает применение страховых инструментов к оплате медицинских услуг, т.е. товарообмен, на котором основана любая иностранная модель здравоохранения. Тем самым на поле административного управления в здравоохранении появились механизмы товарообмена, которые не способны функционировать в режиме бюджетного процесса.

Понадобилось и в здравоохранение ввести понятие медицинской услуги. А чтобы обособить от бюджета, в частности, средства оплаты медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию в государственной казне были созданы внебюджетные фонды. Однако и оборот медицинских услуг в здравоохранении, и внебюджетные фонды обязательного медицинского страхования были сохранены в рамках бюджетного процесса. Иными словами, изменения оказались номинальными. Соответственно, регуляторы государственного здравоохранения подверглись несущественным номинальным изменениям.

Но поскольку понятие медицинских услуг уже вошло в практику здравоохранения, уподобляясь частным медицинским организациям, их начали активно оказывать учреждения здравоохранения за пределами финансирования из государственной казны, за счет частных платежей граждан. Услуги, финансируемые не за счет государства, номинировали как «платные», очевидно, предполагая аналогию с теми, которые оказываются в частной медицине. Плата за них, правда, не предполагает

ла ни частного присвоения, ни частного распределения в качестве доходов по расходам, только получалась из частного источника, но уже одно только это почему-то позволяло номинировать услуги, т.е. встречное оплате предоставление.

Двойственность режима регулирования возникла уже в самом государственном здравоохранении: услуги, оплачиваемые за счет средств государственной казны (из бюджета и внебюджетных фондов обязательно медицинского страхования), противопоставлялись «платным», приравниваемым к тем, которые оказывались в частной медицине.

Медицинские услуги, оказываемые равно частными медицинскими организациями и учреждениями здравоохранения – одинаково оплачиваемые из средств государственной казны и за счет средств граждан, одинаковы в своих характеристиках вне зависимости от источника оплаты.

Регуляторы же и тут оказались двойственными: если для частной медицины было достаточным указаний Гражданского кодекса на договор как основание оказания медицинских услуг, то по программам обязательного медицинского страхования оказание медицинских услуг ограничивалось заключением, по существу, договора об оплате медицинских услуг – пациент из договорных отношений исключался. Если в частную медицину средства оплаты медицинских услуг, так или иначе, несет пациент, то в здравоохранении он выступает в качестве статиста массовки за кадром, в расчете на которого начисляются средства подушевого финансирования, для чего сам он не нужен (отсюда возникла непрекращающаяся волна приписок).

Тем самым в государственном здравоохранении и в частной медицине осуществляется одна и та же деятельность, оказываются одинаковые по правовой природе медицинские услуги одними и теми же врачами (в абсолютном большинстве случаев совмещающими там и там), а действуют разные регуляторы в зависимости от происхождения средств оплаты этих услуг.

Прямо противоположным образом обстоят дела с административным правоприменением. Лицензированию подвергаются и государственные учреждения здравоохранения, и частные медицинские организации притом, что хозяйствующими субъектами являются лишь последние. Учреждения здравоохранения не осуществляют самостоятельную экономическую деятельность в качестве рыночного агента, не распределяют по своему усмотрению доходы по расходам и находятся в административном ведении органов управления здравоохранением. Лицензирование их деятельности в таких условиях – лишь бессмысленная трата средств государственной казны как своего рода аргумент несостоятельности административного управления, неспособного упорядочить управляемую среду. Тем самым различающиеся по характеру распределения средств финансирования субъекты единой по характеру деятельности обязываются, тем не менее, лицензировать ее по единым правилам. Вместо двойственности регуляторов

возникает противоположная ситуация: рассчитанный на один (рыночный) механизм регулятор применяется к обеим различающимся средам.

И, напротив, сам механизм надзора и контроля, по новому законодательству построенный на административных Порядках и стандартах оказания медицинской помощи (в большинстве случаев еще не разработанных или пока не действующих), распространяется и на частные медицинские организации: рассчитанный на один (нерыночный) механизм регулятор также применяется к обеим различающимся средам; при этом странным образом оказывается, что этим унификатам приданы не технологические, а экономические характеристики параметров объекта оплаты из государственной казны притом, что частная медицина – во всяком случае пока – в большинстве случаев не финансируется государственной казной. Это навязывает экономике ненужные ей траты на соответствие необоснованным публичным требованиям.

Наконец, конечным звеном государственного регулирования является судебное правоприменение. Частная медицина несет ответственность по договорным и внедоговорным (из причинения вреда здоровью пациента) обязательствам вне зависимости от того, кто оплачивает медицинскую помощь. Государственное здравоохранение в сращении с системой обязательного медицинского страхования является бесплатным для пациента, что нести ответственность по договорным обязательствам. А вот по внедоговорным (вследствие причинения вреда здоровью пациента) обязательствам отвечает непосредственный причинитель (учреждение здравоохранения). Закон может голословно вменять медицинским страховщикам обязанность защищать права застрахованных, но требовать они вправе в свою пользу только по договорным обязательствам, а не в свою – в пользу пациента – не вправе. Поэтому страховщики на законных основаниях самоустраиваются от участия в судебных процедурах по спорам между учреждениями здравоохранения и пациентами. Пациенту в качестве истца остается в одиночку противостоять в судебном процессе ответчику, заведомо более сильному (частной медицинской организации или учреждению здравоохранения). При этом если частная медицинская организация в состоянии привлечь для участия в процессе и наиболее эффективных судебных представителей, то учреждение здравоохранения, с одной стороны, ограничено в этом (поскольку в смете нет специальной статьи расходов на участие в судебной процедуре и возмещение расходов за причинение вреда здоровью при оказании медицинской помощи); с другой стороны, имеет преимущество, поскольку суды чувствительны к потерям от деятельности учреждений здравоохранения для казны, из которой так же финансируются сами. Таким образом, единство и общность правоприменения не означает единства и общности последствий правоприменения для частных медицинских организаций и учреждений здравоохранения.

В целом, восприняв номиналистику рынка, государ-

ственное здравоохранение не стало такой же индустрией медицинских услуг, как частная медицина. Государственное здравоохранение осталось властной вертикалью, сегментированной по функциям – государственного управления, включая надзор и лицензирование, финансирования и практического здравоохранения, а частная медицина осталась частью горизонтали рынка, наряду с производством и реализацией изделий и товаров медицинского назначения, лекарственных средств и медицинской техники. Очевидно, что общностью и единством регуляторов не обладают вертикаль субординации и горизонталь координации. И, несмотря на это, государство продолжает создавать видимость единства и общности субординации, в условиях которой содержатся нижние две трети вертикали, для горизонтали, хотя очевидно, что все они работоспособны только в условиях координации, а субординация состоятельна только в верхней части вертикали – сфере механизма самого государства. Это и сказывается на непригодности регуляторов, применяемых несвоеместно.

Классическим рыночным регуляторам пока не находится места в отраслевом обороте в сфере охраны здоровья. Скопление частной медицины в крупных городах объясняется потенциальным пациентопотоком. В мегаполисах открываются мегаклиники. Они никак не влияют на деятельность по преимуществу малого медицинского бизнеса. Средним, скорее, можно обозначить лишь сетевой медицинский бизнес, в основном, в стоматологии. Многопрофильные клиники разворачиваются либо как крупный бизнес, либо остаются все же малым бизнесом, в съемных помещениях, с не самым полным набором не самой совершенной аппаратуры. В малых городах, понятно, зарождается только малый бизнес.

Конкуренции в обороте медицинских услуг практически не возникает. Цены задаются крупным бизнесом, а малый работает на оборотах выживания. Рыночной конъюнктуры не сложилось и сложиться не может, поскольку и государственные учреждения оказывают «платные» услуги по заявляемым демпинговым ценам, впоследствии присовокупляя к ним множество «навязанных» дополнительных услуг. Картину завершает простое мздоимство врачей учреждений здравоохранения, которым «платные» услуги ничего не приносят.

И государственное здравоохранение, и частная медицина – по противоположным мотивам – предлагают пациенту одинаковое потребительское «ничто» в обертке медицинского наукообразия, но с разной ценой. В государственном здравоохранении это происходит потому, что в традициях нового времени медицинской услугой признается норматив (койко-день, посещение, обследование). В частной медицине и таких среднекосмических ориентиров нет. Относительный порядок налаживается там, где достаточно простого счета: стоматология – столько-то единиц зубов, физиотерапия – столько-то процедур и т.д. (как в автосервисе – нормочас). В остальном ценообразование осуществляется своеобразным пробным маркетингом. Какая потреби-

тельская ценность подлежит оплате, и почему – такого, а не иного размера, тому, кто платит, неизвестно.

Поэтому в среде медицинского предпринимательства и возникло движение саморегулирования (хотя бы к тому времени неразумной организацией оно уже дискредитировало себя в сфере строительства, например). Саморегулирование как способ экономической самоорганизации операторов рынка медицинских услуг уже приобрело устойчивый мейнстрим: они сами для себя вырабатывают обязательные к исполнению корпоративные нормативы, за неисполнение которых несут имущественную ответственность перед пострадавшими, отвечая за плоды своей деятельности перед обществом и государством. Если вместо оторванных от реалий административных нормативов государственного надзора саморегулируемое объединение частных медицинских организаций налаживает такой внутренний порядок, при котором нормализуются отношения общества и государства в сфере охраны здоровья, то, очевидно, такой рыночный регулятор эффективнее государственных.

Однако, как обычно, закон о саморегулируемых организациях, будучи скомпилирован с зарубежных аналогов, принес с собой и элементы западного устройства. В частности, он оказался предусмотрен как для предпринимательских, так и для профессиональных объединений.

Но это за рубежом клиницист имеет статус, приравненный к статусу предпринимателя (кроме ряда стран придания ему статуса государственного служащего). И если его государство нанимает, то – на фиксированную ставку (тот же тариф), но не по трудовому найму и уж никак не в административное подчинение отраслевому ведомству.

У нас – ровно обратное. Врачи почти все – работники, в большинстве – учреждений здравоохранения, меньше – частных медицинских организаций, а по общему правилу – и там, и там по трудовому найму.

Строго говоря, статус предпринимателя имеют только частнопрактикующие врачи, каких у нас – единицы. Собственно, только их и можно объединять в саморегулируемые организации и по смыслу закона, и по характеру их положения и деятельности.

Наемные же работники при осуществлении профессиональной деятельности ограничены рамками трудовых обязанностей и экономически не свободны, чтобы за результаты своей неэкономической деятельности нести ответственность имущественного характера, в чем и состоит смысл саморегулирования.

Объединение медицинских работников в существующем виде в саморегулируемые организации к вертикали административно-трудовой зависимости лишь добавляет горизонталь псевдо-корпоративной зависимости, и все. То есть к той роли опосредованной субординации, которую играют учреждения здравоохранения, добавляются фикции некоммерческих или общественных объединений. Это не механизм регулирования, это – механизм дополнительного подчинения подвластных.

Подводя итоги, хорошо видно, что, во-первых, в условиях сохраняющейся бинарности организации сферы охраны здоровья единых государственных регуляторов, пригодных равно для государственного здравоохранения и частной медицины, нет; во-вторых, в условиях номинализма рыночной формы в ущерб рыночному содержанию государственные регуляторы административного характера распространяются на всю сферу охраны здоровья; в-третьих, несогласованность приоритетов законодательства, административного и судебного правоприменения в отрасли создает реальные проблемы для общества (производителей и потребителей), руководствующегося соответствующими государственными регуляторами; в-четвертых, в силу неразвитости рынка традиционные рыночные регуляторы в отрасли не работают; в-пятых, единственным работоспособным рыночным регулятором является предпринимательское саморегулирование, развитие которого затрудняет параллельная профанация в профессиональной среде.

Понятно, что товарообмен в этой отрасли социальной сферы сформировался, будучи, однако, сегментирован по довольно четким демаркационным линиям. Товарообмен в частной медицине, построенный по образу и подобию реального сектора экономики, имеет особенность в том, что предложение не сформировано как потребительская ценность, зато и цена, и способ расчетов, и санкции и пр. денежные последствия для стороны заказчика предусмотрены очень обстоятельно. Товарообмен в сфере «платных» услуг учреждений здравоохранения в большинстве случаев представляет собой вынужденность: оформления «лишних» документов, «навязывание» медикам дополнительной нагрузки. Товарообмен в сфере теневого врачебного мздоимства происходит по-разному и с разными последствиями в зависимости от аппетитов берущего и выполнения неформальных договоренностей за счет привлечения и эксплуатации не своих ресурсов. «Товарообмен» в сфере государственного здравоохранения происходит в порядке имитации: «товар» вместе с потребителем находится вне круга освоения предназначенных для этого бюджетных средств, происходящего в сугубо нормативном порядке.

Отсюда понятно, как товарообмен сочетается с содержанием от государственного распределения налогов. Для освоения практически здравоохранением остается то, что поступает через единственный канал системы обязательного медицинского страхования. Не учитывается при этом то, что прежде передавалось учреждениям здравоохранения по смете, позже – по приоритетным национальным проектам, затем – в порядке модернизации. Иными словами, оплата медицинских услуг осуществляется через федеральный и региональные внебюджетные фонды обязательного медицинского страхования при посредстве многочисленных частных страховых медицинских компаний, которые, собственно, и выплачивают (с учетом начетов в свою пользу) государственным же учреждениям здравоохранения по договорам с ними средства государственной же

казны. Тарифы обязательного медицинского страхования сформированы в расчете на учреждения здравоохранения, которые не несут оборотных издержек (на приобретение и аренду основных средств производства). Поэтому частная медицина, включаясь в программы обязательного медицинского страхования, буквально отвоевывает в арбитражных судах возмещение реальной себестоимости оказанных гражданам по этим программам услуг. Понятно, что «платные» медицинские услуги государственных учреждений здравоохранения по этим программам не оплачиваются, как и оказываемые медиками в порядке теневого мздоимства. Таким образом, государственного распределения налогов хватает до посреднического уровня страховых медицинских компаний, с которыми государственные учреждения здравоохранения предпочитают не спорить, а частные медицинские организации, наоборот, через арбитражные суды взыскивают реальные затраты.

В связи с этим становится очевидным, что социальная сфера в целом стала инфраструктурой производственной, с непригодными для этого государственными регуляторами и атактистической формой организации.

Вместе с тем социальная сфера остается социальной инфраструктурой – в части, на которую не распространяются товарные отношения. Это те случаи, когда государство осуществляет нетоварные предоставления в порядке социального обеспечения – пенсии, пособия, социальные льготы.

Совершенно очевидно, что в нашей стране удержание государством социальной сферы не является следствием переложения реальным сектором экономики, включая частную медицину, всех тягот по финансированию и развитию инфраструктурных отраслей на государственный бюджет.

Напротив, власть искусственно удерживает социальную сферу при государстве. Инструментом этого является

Совершенно очевидно, что в нашей стране удержание государством социальной сферы не является следствием переложения реальным сектором экономики, включая частную медицину, всех тягот по финансированию и развитию инфраструктурных отраслей на государственный бюджет.

сохранение института учреждений – образования, культуры, здравоохранения в собственности государства. Тем самым и сохраняется замкнутым круг обращения бюджетных средств, что в отсутствие подобного звена в качестве их получателей нарушает всю административную вертикаль. Именно это сейчас и демонстрируется, по мере вхождения в программы обязательного медицинского страхования частных медицинских организаций. Если учреждения социальной сферы подведомственны органам отраслевого управления административно ровно потому, что находятся в собственности государ-

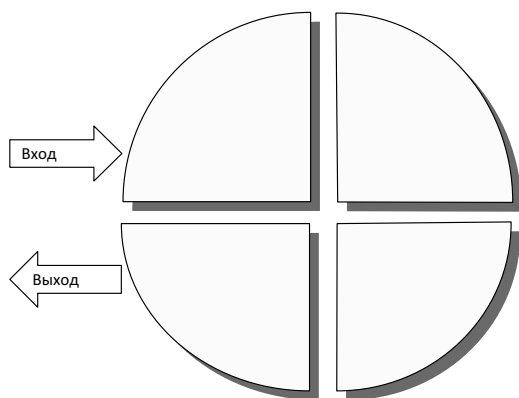


Рисунок 1. Схема процессной организации здравоохранения (Тихомиров А.В. Пореформенная модель индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 6. – С.6-14.).

ства, то частные организации связаны с государством (а в цепи обязательного медицинского страхования и не с государством вовсе, а с посредствующими частными же медицинскими страховыми компаниями) только в части оплаты, но не принадлежности имущества, и потому – недоступны административной субординации. Тем самым бюджетные средства обращаются на цели товарообмена и уходят вовне бюджетного круга, а управлять в счет этих средств частными медицинскими организациями как учреждениями здравоохранения законодательство не позволяет. А ведь только в замкнутой системе возможны обычно финансовые злоупотребления. Частная медицина и недостачу не стерпит, и в арбитражный суд обратится за взысканием положенного. Следовательно, искусственное удержание социальной сферы при себе выгодно не государству, а бюрократии, имеющей доступ к безнаказанному отъему бюджетных средств. Подтверждает этот факт волна вскрывающихся злоупотреблений в этой сфере – от многочисленных дел с компьютерными томографами до прямого казнокрадства в органах управления здравоохранением или в администрации учреждений здравоохранения.

Как производственная инфраструктура сфера охраны здоровья способна и к функционированию, и к развитию, и к самоупорядочению. Мешает этому только одно: ангажированный бюрократией государственный протекционизм не над тем, чем нужно для самой социальной сферы.

Она давно нуждается в таком устройстве, которое соответствует потребностям общества, а пока пребывает в состоянии, устраивающем бюрократию. Нужен институционально-функциональный перезапуск регуляторов социальной сферы.

Очевидно, проблема – в отсутствии диверсификации регуляторов на разных этапах, в разных средах денежных средств на пути от общества к социальной сфере. Эти средства далеко не сразу обращаются на пользу общества, а проходят перед этим ряд последовательных циклов (рис.1).

Государство само эти средства не создает. Оно их получает в виде налогов с общества, прежде всего, с производящей его части – бизнеса, предпринимательства. Не столько от того, как работает предпринимательство, как развивается экономика, сколько от того, насколько эффективен правовой режим регулирования рынка, в том числе и прежде всего – налоговый режим, зависит пополняемость казны от налогов. Если налоговый режим, правовые несуразности, административный произвол сильны, бизнес уходит в тень, собираемость налогов сокращается и казна терпит убытки. Если государство находит баланс регуляторов, бизнес развивается, наполняя казну налогами. Следовательно, на первом – социально-публичном – этапе частные средства в виде налогов переходят в собственность государства, поступая в казну. Оптимальное пополнение казны напрямую связано с оптимальностью регуляторов.

На втором – публичном – этапе аккумулированные в казне средства подвергаются соответствующему распределению. Верстается бюджет страны, формируются в размерах статьи расходов. Бюджетные средства получают условную, виртуальную приписку к соответствующей статье расходов. Образно говоря, предназначенные на соответствующие цели бюджетные средства раскладываются по ячейкам в ожидании последующего расходования.

В настоящее время, по существу, этим дело и заканчивается. Деньги распределены – начинается их освоение по назначению. И различий в том, пойдут ли они на строительство военных полигонов или детских садов, на содержание чиновничества или «бюджетников», на приобретение вооружения для армии или компьютерных томографов для здравоохранения, нет. Все уже определено статьями расходов бюджета и ходом бюджетного процесса.

Между тем уже на этом этапе понятно, что одна часть этих средств пойдет на расходование в интересах самого государства, а другая – в интересах общества. С этого момента единая судьба бюджетных средств раздваивается.

Часть этих средств будет потрачена в порядке государственного заказа – в пользу самого государства. Однако другая часть расходует совершенно иным образом. В одних случаях государство компенсирует социальную несостоятельность граждан, выплачивая пособия или оплачивая льготы и пр., т.е. осуществляя нетоварные предоставления нуждающимся гражданам. В других случаях государство оплачивает товарные предоставления гражданам, прежде всего, услуги, в том числе медицинские. Это – во-первых, предоставления в пользу не государства, а общества; во-вторых, предоставления сугубо финансовые. Следовательно, различаются и регуляторы предоставлений в пользу государства и в пользу общества, а среди последних – регуляторы нетоварных и товарных предоставлений.

По логике вещей, если предоставления в пользу государства осуществляются без выхода за пределы бюджетного процесса (хотя бы и по специальным, преду-

мотренным для этого правилам гражданского законодательства), если нетоварные социальные предоставления так же подчиняются бюджетным регуляторам, то финансовые предоставления в пользу граждан никак не могут регулироваться иначе, чем сугубо нормами гражданского законодательства. Следовательно, между распределительным (публичным) этапом и социальным этапом собственно товарообмена (оплаты государством оказываемых гражданам медицинских услуг) должен быть еще один этап – конвертации средств распределения в бюджетном процессе в средства оплаты медицинских услуг в гражданском обороте. Это означает, что такие средства и должны быть размещены в гражданском обороте прежде, чем стать оплатой медицинских услуг, производимых в том же гражданском обороте. Напрямую – из бюджетного процесса в гражданский оборот – переход средств в настоящее время не предусмотрен иначе, чем через торги (конкурс). Конкурс выражает волю государства на оплату предоставлений в пользу государства. Здесь не тот случай. Услуги в социальной сфере меньше всего нуждаются в воле государства, если у конкретных граждан существуют конкретные потребности в гражданском обороте. И бюджетное законодательство тем более не подходит для регулирования платежей в товарообмене.

И оказание, и оплата услуг происходит в гражданском обороте, даже если оплата происходит за счет средств государственной казны. Следовательно, для целей соответствия характеру товарообмена предназначенные для оплаты социальных (в том числе медицинских) услуг средства государственной казны должны размещаться в гражданском обороте.

Не случайно именно в этом противоречия нет в оплате медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования – платежи производятся в гражданском обороте. Другое дело, что цепочка опосредования платежей государственным учреждениям здравоохранения из государственных внебюджетных фондов порочна. Порочен затратный механизм проводки этих средств через множество звеньев, в которых оседают средства, которые могут «работать» на эффективность медицинской помощи. Порочен сам прямой платежный механизм медицинского страхования за государственный счет, не имеющий страхового содержания, но предполагающий лишь налоговые льготы при пользовании им. Здравый смысл экономии государственных средств требует создания иного механизма: не псевдострахового – бюджетного, не столь затратного – без посредников, универсального – одинаково пригодного для всех субъектов медицинской деятельности.

В зарубежной практике широко распространен для этих целей институт больничных касс. Он у нас тоже возможен². Но предпочтителен – в силу расстояний и необходимости единства финансирования на их протяжении – банковский механизм. Это может быть специально созданный или существующий государственный (или с

большой долей государственного участия) банк (Сбербанк) с хорошо развитой филиальной сетью, в котором по итогам бюджетного распределения размещаются средства государственной казны, предназначенные для оплаты медицинских услуг гражданам. Это и создаст отсутствующий публично-социальный этап движения средств финансирования социальной сферы (практического звена). Самое главное, что вместо отсутствия на границе предшествующего этапа формальной определенности и конкуренции бюджетного и гражданского законодательства получает ясный приоритет на прежде несуществующем этапе гражданское законодательство и возникает нужная определенность регулятора. Тем самым происходящее в государстве распределение в бюджетном процессе целевых денежных средств завершается их переходом в банковскую сеть на рынке, из которого затем они могут выходить уже только в качестве платежей в пользу конкретного гражданина на конкретному субъекту медицинской деятельности. Бюджетное распределение обособляется от платежного механизма. Регулятор, соответственно, не бюджетный, а банковский.

На четвертом (социальном) этапе все уже просто: товарообмен – оказание и оплата медицинских услуг – происходит в едином пространстве – гражданском обороте, по единым правилам и под влиянием единого регулятора. Не нужно никаких дополнительных оговорок (типа «Правил оказания платных услуг» и пр.). Все становится предельно ясным.

Подобно тому, как сначала регулятор налогового права сменяется регулятором бюджетного права, последний сменяется регулятором банковского права, а затем – регулятором гражданского права. Средства, собранные в обществе в виде налогов, возвращаются в общество в виде оплаченных государством услуг.

Закон не должен ограничивать рынок. В основе любого законотворческого акта должна лежать правильно выстроенная идеология, защищающая интересы тех, кого непосредственно касается закон.

Государство не должно мешать рынку или, тем более, создавать искусственные квазирыночные альтернативы, нежизнеспособность которых очень дорого стоит государственной казне.

Достаточно просто следовать логике соответствия характера регуляторов характеру регулируемой среды.

Таким образом, рыночные регуляторы в сфере медицинских услуг не развиваются в силу недостаточности государственных регуляторов. Единственным перспективным рыночным регулятором при определенных условиях может быть саморегулирование по предпринимательскому типу. Государственные регуляторы не могут быть одинаковыми в бинарной среде (государственное здравоохранение и частная медицина) и эффективными, селективно не соответствуя характеру регулируемой среды.

² Тихомиров А.В. Больничная касса: основа бизнес-плана //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 4. – С.33-39.

О.И. Балтуцкая

ПРОБЛЕМЫ И ОРГАНИЗАЦИОННО – ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО МЕСТУ ЛЕЧЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Современные технологические достижения IN VITRO диагностики сформировали абсолютно новый класс оборудования, которое уже нельзя называть лабораторным, т.к. оно предназначено для использования вне лабораторий, но решает задачи традиционной лабораторной диагностики. В России существует ряд проблем, касающихся использования изделий для ИМЛ: на рынке имеются сертифицированные приборы, разрешенные для применения пациентам, работа с которыми не требует ни специального образования, ни специального обучения; имеется законодательная база, регулирующая организацию медицинской помощи, в том числе проведение ИМЛ; имеются явные преимущества ИМЛ, но в практике такие приборы не используются или используются недостаточно широко. По мнению автора для решения правовых и организационных вопросов, неизбежно возникающих при осуществлении такого рода деятельности необходимо создать методические рекомендации по организации ИМЛ

Ключевые слова: медицинское право, лабораторная диагностика, исследования по месту лечения

Modern technological advantages in the field of IN VITRO diagnostic formed an entirely new class of devices that can not be called laboratory devices, as they are intended for use outside laboratories and deal with the problems of traditional laboratory diagnosis. In Russia, there are several problems regarding the POCT devices usage: certified devices approved for use in patients are available, they do not require any special education, there is a legislative framework governing the organization of medical care, including the usage of the POCT devices, there are clear advantages of the POCT devices, but in practice, such devices are not used or used poorly. In the author's opinion it is necessary to create POCT guidelines to deal with the legal and organizational issues that inevitably arise in the process of such activities implementation.

Keywords: medical law, laboratory diagnostics, point of care testing

Современные технологические достижения IN VITRO диагностики сформировали абсолютно новый класс оборудования, которое уже нельзя называть лабораторным, т.к. оно предназначено для использования вне лабораторий, но решает задачи традиционной лабораторной диагностики.

Изделия для исследований вне лаборатории (ИМЛ – исследования по месту лечения) представляют собой специализированные портативные медицинские изделия для диагностики in vitro, конструктивные, аналитические и эксплуатационные свойства которых обеспечивают выполнение полного предусмотренного

Лабораторный тест	Время выполнения анализа, мин.		Различие, мин. (%)
	Центральная лаборатория	«РОСТ»	
Анализ мочи (тестовые полоски)	40	4	-36 (90%)
Хорионический гонадотропин в моче	78	5	-73 (94%)
Глюкоза крови	10	6	-4 (60%)
Кардиальные маркеры в крови	110	17	-93 (85%)
Среднее	59,5	8	-51,5 (87%) p=0602

Таблица 1. Затраты времени на выполнение лабораторных тестов в центральной лаборатории и при использовании оборудования «РОСТ» (Lewandowski K., 2010)

методикой исследования цикла анализа пробы биоматериала внутри такого изделия¹. Эти приборы могут применяться не только специалистами лабораторной диагностики, но и лицами, не имеющими такой квалификации, в том числе, и самими обследуемыми.

В соответствии с п.4 ст.38 Федерального закона № 323-ФЗ на территории Российской Федерации разрешается обращение медицинских изделий, зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Учитывая условия их использования степень риска применения изделий для ИМЛ должна соответствовать требованиям технического регламента «О требованиях к безопасности медицинских изделий для диагностики in vitro и ГОСТ Р ИСО 14971: 2000 «Изделия медицинские, применение менеджмента и риска к медицинским изделиям». Принимая во внимание высокую клиническую значимость результатов исследований, выполняемых с использованием изделий для ИМЛ, возможную недостаточную подготовку исполнителей анализов, каждое изделие должно иметь подробную инструкцию по его применению, содержащую четкое изложение последовательно выполняемых операций с указанием возможных ошибок и мер их предотвращения.

В настоящее время использование изделий для ИМЛ возможно для:

- определения глюкозы в крови и моче;

Лабораторный тест	Количество
Анализ мочи (тестовые полоски)	27072
Кардиальные маркеры в крови	15240
Хорионический гонадотропин в моче	8064
Наркотики в моче	6252
D-димер в крови	4380
Экспресс-определение антигена Streptococcus A	2400
Экспресс-определения антигена гриппа А/В	1250
Экспресс-определение антигена респираторно-синтициального вируса	1200
Всего	65858

Таблица 2. Количество лабораторных исследований, выполненных за 2009 год в главном госпитале Массачусетса с использованием оборудования «РОСТ»

- определения гликированного гемоглобина;
- выявления микроальбуминурии;
- проведения печеночных проб;
- определения электролитов крови;
- проведения коагуляционного мониторинга;
- качественного и количественного определения кардиомаркеров из одной капли цельной крови;
- определения токсикологических показателей;
- определения газов крови;
- диагностики беременности².

Одним из наиболее явных преимуществ изделий ИМЛ является быстрота выполнения самого исследования: от 5 до 15 мин. При этом сокращается и общее время, которое обычно необходимо для выполнения назначения врача: взятие образца биожидкости, доставка образца биожидкости в лабораторию, где он должен быть зарегистрирован, обработан, подвергнут анализу, после чего результат исследования должен быть зарегистрирован, подтвержден заведующим и только затем передан врачу. Все это, вместе взятое, называют «временем оборота лабораторного теста». Применение средств анализа по месту лечения позволяет сократить время оборота лабораторного теста от 3 до 6 раз по сравнению с обычным порядком выполнения исследований. Необходимо минимальное количество биоматериала, что имеет особенно важное значение при обследовании детей и лиц пожилого возраста. Все это приводит к определению дальнейшей тактики лечения в более короткие сроки и снижению затрат на проведение ряда анализов.

За рубежом эти приборы внедрены в повсеместную практику. Проведенные статистические исследования убедительно доказывают экономическую эффективность их применения: сокращается время на подготовку и проведение анализа, на получение результата анализа лечащим врачом, соответственно быстрее устанавливается диагноз, назначается или корректируется терапия³.

По мнению Christopher P.Price et al. осознание и удовлетворение текущих клинических потребностей, а также изменение самой клинической практики, направленное на удовлетворение этих потребностей

² В.В.Меньшиков. Исследования вне лаборатории. Средства, технология, условия применения. Москва, 2008. Агат-Мед.

³ А.А. Кишкун, С.Л.Арсенин, Современные организационные аспекты лабораторной диагностики неотложных состояний. - Ni+Med. Высокие технологии в медицине №6, 2011, с. 20-23.

и предоставление определенных преимуществ будет связано с ростом использования изделий ИМЛ⁴.

Учитывая основные принципы охраны здоровья, сформулированные в статье 4 Федерального закона № 323-ФЗ, (а именно: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; доступность и качество медицинской помощи; приоритет профилактики в сфере охраны здоровья), такие приборы могут и должны быть широко использованы в практике:

Порядок и условия выдачи лицензий на осуществление медицинской деятельности определены Положением о лицензировании медицинской деятельности, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 291.

- для динамического наблюдения за состоянием больного;
- в педиатрии;
- в геронтологии;
- при urgentных ситуациях;
- для скрининга населения в отдаленных и труднодоступных районах России (во многих случаях – применение этих приборов может стать методом выбора).

В России имеется законодательная база для применения РОСТ.

Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и Постановление Правительства от 21.11.2011 № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности» содержат общие положения, касающиеся общих вопросов лицензирования отдельных видов деятельности, а также перечень видов деятельности, которые подлежат лицензированию.

Порядок и условия выдачи лицензий на осуществление медицинской деятельности определены Положением о лицензировании медицинской деятельности, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 291.

В приказе МЗ РФ от 25 декабря 1997 г. N 380 «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» определены положение о клинико-диагностической лаборатории ЛПУ и централизованной клинико-диагностической лаборатории, положение о заведующем клинико-диагностической лаборато-

рией, положение о враче клинической лабораторной диагностики, положение о биологе клинико-диагностической лаборатории, положение о медицинском технологе, положение о медицинском лабораторном технике, положение о лаборанте клинико-диагностической лаборатории, примерный перечень приборов, оборудования и медицинского инструментария для клинико-диагностических лабораторий ЛПУ, примерный перечень лабораторных исследований для клинико-диагностических лабораторий ЛПУ, расчетные нормы времени на клинические лабораторные исследования.

Правила государственной регистрации медицинских изделий утверждены Постановлением Правительства РФ от 27.12.2012 №1416.

Цели и принципы стандартизации в Российской Федерации установлены Федеральным законом от 27 декабря 2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании», а правила применения национальных стандартов Российской Федерации - ГОСТ Р 1.0-2004 «Стандартизация в Российской Федерации. Основные положения»

Документами, устанавливающими требования к точности лабораторных исследований, являются это ОСТ 91500.13.0001-2003 «Правила проведения внутрिलाбораторного контроля качества количественных методов клинических лабораторных исследований с использованием контрольных материалов» и ГОСТ Р ИСО/МЭК 17025-2006: Общие требования к компетентности испытательных и калибровочных лабораторий (Аналог ISO/IEC 17025:2005 General requirements for the competence of testing and calibration laboratories).

Требования к качеству и компетентности исследований по месту лечения утверждены Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 9 декабря 2009 г. N 617-ст в ГОСТ Р ИСО 22870-2009, идентичном международному стандарту ИСО 22870:2006 с датой введения в действие 1 сентября 2010 г., который устанавливает специальные требования к проведению исследований по месту лечения и предназначен для применения в сочетании ГОСТ Р ИСО 15189-2009 «Лаборатории медицинские. Частные требования к качеству и компетентности», утвержденному Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 9 декабря 2009 г. N 629-ст.

ГОСТ Р ИСО 22870-2009 применяется при выполнении исследований по месту лечения в больнице или в организации здравоохранения, предоставляющей амбулаторную помощь и может быть применен при выполнении чрезкожных измерений, анализе выдыхаемого воздуха и при мониторинге физиологических параметров in vivo.

Выполнение исследований по месту лечения на дому исключено из сферы применения настоящего стандарта, хотя некоторые его элементы могут быть применены и в таких случаях

В соответствии с Приказом Федерального агентства

⁴ Point-of-care testing: Needs, opportunity and innovation – revisited/ Christopher P. Price, Andrew St John, Larry Kricka. <http://acutecaretesting.org/en/articles/poc-testing-needs-opportunity.....>

по техническому регулированию и метрологии от 4 декабря 2008 г. N 355-ст Об утверждении Национального стандарта Российской Федерации «Технологии лабораторные клинические. Требования к качеству клинических лабораторных исследований. Часть 1. Правила менеджмента качества клинических лабораторных исследований ГОСТ Р 53022.1-2008 клинические лабораторные исследования выполняются персоналом клиничко-диагностических лабораторий - подразделений медицинских организаций, в некоторых ситуациях - персоналом клинических подразделений медицинских организаций («исследования по месту лечения»), в отдельных случаях по рекомендации лечащих врачей - самими пациентами в порядке самоконтроля.

Согласно Приказу МЗ и СР РФ от 23.07.2010 N 541н

Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» исследования по месту лечения в соответствии со своими должностными обязанностями могут проводить:

- Врач-специалист
- Врач клинической лабораторной диагностики
- Врач общей практики (семейный врач)
- Врач-педиатр
- Врач-терапевт
- Врач скорой помощи
- Врач-эндокринолог
- Фельдшер
- Медицинская сестра
- Медицинская сестра врача общей практики (семейного врача)
- Медицинская сестра процедурной
- Лаборант.

Согласно п. 4.1.3. ГОСТ Р ИСО 15189-2009: Медицинская лаборатория должна соответствовать требованиям настоящего стандарта при выполнении работ на месте своего постоянного расположения или в ином месте, вне своего постоянного расположения.

Новые возможности лабораторной диагностики требуют совершенствования подходов к организации здравоохранения, т.к. очевидно, что дальнейшее развитие здравоохранения невозможно без IN VITRO экспресс-диагностики.

В США с 1988 года действует правительственная программа CLIA. 28 февраля 1992 года были опубликованы правила применения CLIA. В этих правилах «waived tests» (waived tests – исследования без испытаний) определены как простые лабораторные исследования и процедуры, разрешенные Управлением по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) для применения в домашних условиях; в которых использованы методики, настолько простые и точные, что вероятность ошибочных результатов незначительна; или неправильное выполнение этого исследования не представляет никакого разум-

ного риска причинения вреда здоровью пациента.

В этот перечень входят следующие тесты:

1. Тест полоски или планшеты (не автоматизированные) для определения в моче следующих показателей:

- Билирубин
- Глюкоза
- Гемоглобин
- Кетон
- Лейкоциты
- Нитрит
- pH
- Белок
- Удельный вес
- Уробилиноген

2. Кал на скрытую кровь

3. Определение овуляции - визуальные тесты сравнение цвета для лютеинизирующего гормона

4. Мочевые тесты на беременность - визуальные тесты сравнения цвета

5. Скорость оседания эритроцитов – неавтоматизированное определение

6. Определение уровня гемоглобина с помощью медно-сульфатного реактива неавтоматизированное

7. Определение уровня глюкозы в крови с помощью устройств контроля уровня глюкозы, одобренные FDA специально для домашнего использования

8. Микрогематокрит – определение осадка

9. Определение гемоглобина с помощью отдельных автономных аналитических инструментов или инструментов, содержащих компонент для определения взаимодействия образца и реагента с целью обеспечения прямого измерения и считывания (добавлено 19 января 1993 г.).

В ноябре 1997 года положения CLIA WAIVER были пересмотрены Конгрессом США с целью уточнения того, что тесты, утвержденные FDA для домашне-

Новые возможности лабораторной диагностики требуют совершенствования подходов к организации здравоохранения, т.к. очевидно, что дальнейшее развитие здравоохранения невозможно без IN VITRO экспресс-диагностики.

го использования, автоматически получают право на использование в программе CLIA WAIVER. Автоматическое включение в программу CLIA WAIVER профессиональных версий тестов для домашнего использования не допускается. Однако такие профессиональные версии могут претендовать на ускоренное рассмотрение для участия в программе CLIA WAIVER в том случае, если проведенная проверка определит различия между версиями для домашнего использования и для профессионального использования и подтвердит допустимость применения профессиональной версии

в программе CLIA WAIVER.

Таким образом, в соответствии с настоящими правилами участие в программе CLIA WAIVER может быть предоставлено:

- 1) любым тестам, перечисленным в перечне,
- 2) любой тест-системе, в отношении которой изготовитель или производитель подает заявку для участия в программе CLIA WAIVER, если эта тест-система отвечает установленным критериям и производитель представляет научно обоснованные результаты проверки, указывающие на то, что данное оборудование соответствует установленным критериям, и
- 3) тест-системы, одобренные FDA для домашнего использования⁵.

В России же, очевидна проблема в использовании изделий для ИМЛ: на рынке имеются сертифицированные приборы, разрешенные для применения пациентам, работа с которыми не требует ни специального образования, ни специального обучения; имеется законодательная база, регулирующая организацию медицинской помощи, в том числе проведение ИМЛ; имеются явные преимущества ИМЛ, но в практике такие приборы не используются или используются недостаточно широко.

Что касается выполнения ИМЛ в небольших медицинских организациях или частнопрактикующими врачами-специалистами, согласно действующему законодательству, выполнение ими таких процедур невозможно без получения лицензии на лабораторную деятельность. Складывается ситуация, при которой врачам и среднему медицинскому персоналу запрещено делать то, что разрешено делать пациентам самостоятельно!

С точки зрения автора одной из причин такого положения дел в медицинских организациях, имеющих лицензию на лабораторную диагностику, является недостаточно четкое разграничение зон ответственности между сотрудниками клинических подразделений и лаборатории. Этот вопрос может быть решен при создании в медицинской организации системы управления качеством, которая содержала бы процедуры, регламентирующие локальное применение таких приборов, четко распределяя ответственность за качество проведения процедур между персоналом клинических подразделений и лаборатории, а также самими пациентами, устанавливала бы требования к поставщикам такого оборудования, к обучению персонала, к процедурам внутреннего контроля качества при выполнении самих анализов, а также к принципам организации работы учреждения при выполнении таких исследований.

Общие требования к созданию такой системы определены в ГОСТ Р ИСО 22870-2009 «Исследования по месту лечения. Требования к качеству и компетентности». С целью решения правовых и организационных вопросов, неизбежно возникающих при осуществле-

нии такого рода деятельности, предлагаем создать методические рекомендации по организации ИМЛ.

Использованные источники:

1. В.В.Меньшиков. Исследования вне лаборатории. Средства, технологии, условия применения. Москва, 2008. Агат-Мед.
2. А.А. Кишкун, С.Л.Арсенин, Современные организационные аспекты лабораторной диагностики неотложных состояний. - Hi+Med. Высокие технологии в медицине №6, 2011, с. 20-23.
3. Point-of-care testing: Needs, opportunity and innovation – revisited/ Christofer P. Price, Andrew St John, Larry Kricka. Опубликовано на интернет-ресурсе: <http://acutecaretesting.org/en/articles/poc-testing-needs-opportuniy>
4. Опубликовано на интернет-ресурсе: <http://www.fda.gov/MedicalDevices/DeviceRegulationandGuidance/IVDRegulatoryAssistance/ucm124105.htm>

Список нормативно-правовых актов:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
2. Технический регламент «О требованиях к безопасности медицинских изделий для диагностики in vitro и ГОСТ Р ИСО 14971: 2000 «Изделия медицинские, применение менеджмента и риска к медицинским изделиям». Утвержден и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии 02 декабря 2009 г. № 528-ст
3. Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»
4. Постановление Правительства от 21.11.2011 № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности»
5. Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291. О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения на территории инновационного центра «Сколково»)
6. Приказ МЗ РФ от 25 декабря 1997 г. N 380 «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»
7. Постановление Правительства РФ от 27.12.2012 №1416. «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий»
8. Федеральный закон от 27 декабря 2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании»
9. ГОСТ Р 1.0-2004 «Стандартизация в Российской Федерации. Основные положения» Утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 30 декабря 2004 г. № 152-ст
10. Приказ МЗ РФ от 26 мая 2003 г. № 220 Об утвержд-

⁵ <http://www.fda.gov/MedicalDevices/DeviceRegulationandGuidance/IVDRegulatoryAssistance/ucm124105.htm>

дении отраслевого стандарта ОСТ 91500.13.0001-2003 «Правила проведения внутрилабораторного контроля качества количественных методов клинических лабораторных исследований с использованием контрольных материалов»

11. ГОСТ Р ИСО/МЭК 17025-2006: «Общие требования к компетентности испытательных и калибровочных лабораторий» Утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27 декабря 2006 г. № 506-ст

12. Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 9 декабря 2009 г. N 617-ст Об утверждении «ГОСТ Р ИСО 22870-2009. Национальный стандарт Российской Федерации. Исследования по месту лечения. Требования к качеству и компетентности»

13. Приказ Федерального агентства по техническому

регулированию и метрологии от 9 декабря 2009 г. N 629-ст Об утверждении ГОСТ Р ИСО 15189-2009 «Лаборатории медицинские. Частные требования к качеству и компетентности»

14. Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 4 декабря 2008 г. N 355-ст Об утверждении Национального стандарта Российской Федерации «Технологии лабораторные клинические. Требования к качеству клинических лабораторных исследований. Часть 1. Правила менеджмента качества клинических лабораторных исследований ГОСТ Р 53022.1-2008

15. Приказ МЗ и СР РФ от 23.07.2010 N 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»

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)											
Стоимость	Количество комплектов:										
подписки _____ руб. ___ коп.											
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)											

Е.С. Тучик, Т.А. Иваненко, А.В. Епифанов

ЗНАЧЕНИЕ СТАНДАРТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТОДОМ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

В данной статье приведены результаты анализа анонимного социологического опроса врачей разных специальностей о результатах лечения методом мануальной терапии. Показаны ошибки при заполнении медицинских карт и уровень знаний врачей о данном методе. Определена важность разработки стандартов оказания медицинской помощи методом мануальной терапии

Ключевые слова: мануальная терапия, социологический опрос, противопоказания, стандарты качества

In given article results of the analysis of anonymous sociological poll of doctors of different specialities about a manipulation method are reflected. Errors are shown at filling of medical cards and level of knowledge of doctors about the given method. Importance of working out of standards of rendering of medical aid is certain by a manipulation method

Keywords: manipulation, sociological poll, contra-indications, the quality standards

Обязательным требованием к осуществлению медицинской деятельности и лечебному процессу, как медицинских учреждений, так и частнопрактикующих врачей является получение пациентами доступной, качественной и безопасной медицинской помощи. Уровень объема и качества медицинской помощи определяется нормативными требованиями, стандартами объема медицинской помощи, диагностики и лечения больных. Данные документы, так же играют важную роль при определении условий наступления ответственности медицинских работников в случае оказания ими медицинской помощи ненадлежащего качества, влекущих причинение вреда здоровью пациента. Несоблюдение стандартов представляет собой отступление от предписанных требований и сводится к невыполнению, несвоевременному или ненадлежащему выполнению необходимых диагностических или лечебных мероприятий, преждевременному, по сравнению с требованием стандарта, прекращению проведения лечебных мероприятий, неблагоприятно влияющих на состояние пациента, течение заболевания, сроки и стоимость лечения, либо обуславливающих развитие у пациента нового патологического состояния. В тоже время наличие стандартов для оказания медицинской помощи населению некоторыми лечебными процедурами отсутствуют, и это не позволяет обеспечить надлежащий контроль за качеством их выполнения, в частности, это затрагивает одну из распространенных методик лечения заболева-

ний позвоночника – мануальную терапию (МТ).

Для оценки состояния организации лечебно-диагностического процесса методом мануальной терапии нами использовались приемы социологического исследования путем проведения опроса с последующим анализом и обобщением полученных результатов. С этой целью было опрошено 100 специалистов различных врачебных специальностей, работающих в медицинских учреждениях г. Москвы. Возраст респондентов колебался от 24 до 75 лет, а стаж работы составлял от 1 года до 52 лет. Опрос осуществлялся по специально разработанной анкете, содержащей 36 вопросов, предусматривающих один или несколько вариантов ответов.

По данным анкетирования все врачи отметили, что знакомы с лечебным методом мануальной терапии. Треть специалистов (34%) указали, что в своей лечебной практике применяют МТ. Большинство (74%) имеют к МТ доверительное отношение, которое в большей степени было сформировано в результате публикаций в СМИ и отзывах врачей мануальной терапии. Своим пациентам при различных заболеваниях позвоночника практически все из них рекомендуют проходить курсы лечения МТ, когда информативность об оказании услуг МТ и механизме ее действия и у них отсутствует. Только 4% из опрошенных врачей были пациентами мануальных терапевтов.

По данным анкетирования 20% врачей с осторожно-

стью относятся к МТ. Большинство из нихсторажива-ет, что мануальные терапевты преподносят свой метод лечения как монотерапию и часто их настоятельные рекомендации к лечению данным методом рассматривается как самодостаточный лечебный фактор практически при всех заболеваниях позвоночника. Причем часто любой эффект наступающий от манипуляции МТ преподносится ими как лечебное воздействие на пациента. В большинстве случаев ротационный прием мануальной терапии сопровождается акустическим феноменом «хрустом», который, по мнению 87% мануальных терапевтов дает лечебный эффект. Практически половина из специалистов неоднократно выполняют повторно манипуляции до образования звукового феномена. Хотя уже неоднократно было показано многими исследователями, что «хруст» никакого прямого отношения не имеет к терапевтическому эффекту [3], а к выполнению повторных манипуляций врач прилагает большую физическую силу, совершая при этом травматическое воздействие на фиксационные структуры позвоночника.

В свою очередь выбор в лечении мототерапии противоречит медицинскому принципу – комплексность, благодаря которой, достигается большая эффективность лечения за счет воздействия на все патогенетические цепи заболевания.

6 % врачей указывают на то, что они против применения в медицине метода суставной мануальной терапии, из-за осложнений, которые она вызывает, о чем они неоднократно слышали от своих пациентов, ранее лечившихся данным методом. В частности один из опрошенных специалистов в своей профессиональной деятельности сталкивался с врачом МТ, который костные изменения пальцев кисти при ревматоидном артрите лечил «ударами кулака по кисти пациента, предварительно накрыв ее тряпкой», объяснив свои действия тем, что «такая методика МТ существует, ведь в результате данной манипуляции пальцы пациента выпрямляются». В другом случае врач отметила, что при лечении кривошеи методом МТ ребенку трех месяцев проводилась тракция на шейном уровне, раскачивая его из стороны в сторону, предварительно взяв ребенка за голову руками с обеих сторон в области ушей.

Решение многих задач организации медицинской практики невозможно без анализа сведений, содержащихся в медицинской отчетной документации учреждения. Результаты социологического исследования врачей МТ показали, что только пятая часть (23,5%) из них заполняет медицинские карты больного.

Анализ записей штатного врача мануальной терапии в медицинских картах одной из больниц г. Москвы, позволил выявить, что они имеют те или иные упущения. В 92 % случаев отсутствует согласно МКБ-10, развернутый диагноз, при котором МТ была назначена. Жалобы пациента не были указаны, во всех случаях отсутствуют данные внешнего осмотра, нейро-ортопедического исследования, что не позволяет отобразить полную картину заболевания. Иногда отсутствует опи-

сание рентгеновских снимков. Мы не нашли сведений о направлении на контрольное рентгенологическое и другие виды исследований, после лечения МТ, нет указаний на необходимость консультаций у других специалистов, хотя, многие пациенты в этом нуждались.

В медицинских картах отсутствовали план лечения и записи о необходимости явки на профилактический осмотр. Записи врача МТ практически во всех случаях ограничивались фразой «назначен курс мануальной терапии», что не раскрывает вида МТ, который применялся к пациенту, его приемов. Количество процедур проведенных мануальным терапевтом и динамика состояния пациента после них отраженная врачебным контролем не были найдены не в одной медицинской карте.

По данным анкетирования часть врачей применяют элементы МТ во время занятий лечебной физкультурой или при проведении общего классического массажа, но данные о проведении лечебной процедуры МТ в медицинских документах не фиксируют.

По мнению трети специалистов для получения положительной динамики после МТ в процессе работы необходимо применять методы психотерапии. В настоящее время в профильных журналах часто печатают статьи, посвященные ознакомлению с эффективными методами психологического воздействия на человека, которые рекомендуют применять в своей работе врачам МТ [4]. Основная задача психологического воздействия заключается во внушении пациенту об эффективности МТ, о скором и значительном улучшении его самочувствия после ее применения. 7 опрошенных врачей при заполнении анкеты отметили, что присутствие страха у пациента перед МТ не позволит привнести улучшение в его состояние. Из вышесказанного напрашивается вывод, что механическое воздействие на человека приемами МТ не эффективно.

Обязательным требованием к осуществлению медицинской деятельности и лечебному процессу, как медицинских учреждений, так и частнопрактикующих врачей является получение пациентами доступной, качественной и безопасной медицинской помощи.

Согласно результатам обследования пациентов лечившихся у мануальных терапевтов, 21,2% из них, несмотря на ухудшение самочувствия, в последствии подтвержденного данными нейро-ортопедического осмотра, рентгеновскими или КТ снимками (травма связочного аппарата позвоночника, межпозвоночные грыжи, листез), предпочитают продолжать лечение МТ, не теряя доверия к своему врачу, который и в сложившейся ситуации обещает выздоровление.

Социологическое исследование мнения врачей мануальной терапии показало, что 76,5% после разъяснения

сути заболевания настаивают на длительном и регулярном курсовом лечении. В результате мануальная терапия назначается от 4-5 сеансов до раза в неделю круглогодично.

В то же время 14,7% врачей МТ не согласны с частым применением метода, обосновывая свое мнение возникновением в этом случае перерастяжения связочного аппарата позвоночника с развитием в дальнейшем нестабильности. Пациентов, которые обращаются к мануальным терапевтам, они предупреждают об этом, рассказывая о развитии осложнений и мотивации в материальной выгоде врача данных случаев. Как, например один из анкетированных отметил, что назначает как можно чаще МТ абсолютно всем обратившимся к нему пациентам, не зависимо от патологии и возраста, даже здоровым людям для профилактики.

Половина среди врачей (56%) других специальностей, положительно относящихся к МТ, считают, что ее целесообразно проводить раз в полгода, 38% специалистов – 1 раз в год, один врач – раз в три месяца и два врача – раз в 2-3 года.

Наиболее часто лечение МТ назначают при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: остеохондрозе позвоночника (74%), смещениях позвонков (58%), при функциональных блоках (54%), мышечно-тоническом синдроме (22%), межпозвоночной грыжи диска (24%), при скованности суставов, ограничении движения (17%), боли в спине (15%).

Остеохондроз это дегенеративно-дистрофическое изменение позвоночника, болевой синдром при котором возникает в результате неправильной работы мышц [1]. Бесконтрольное изменение положения позвонков относительно друг друга, происходящее во время приемов МТ, физиологический стереотип движения не восстанавливает, для этого необходимо воздействовать на центр движения - ЦНС и мышцы. МТ

**сирование сколиоза (14%).
Для устранения имеющихся упущений
и повышения качества лечебно-
диагностического процесса требуется
надлежащий контроль на основе единых
стандартов, которые в настоящее время
отсутствуют на федеральном
и региональном уровнях.**

не ставит на место и смещенные позвонки. У каждого пациента свой уровень измененного позвоночно-двигательного сегмента (ПДС), свой градус ротации или бокового смещения, поэтому без предварительных расчетов силы, направления движения, которое должно выполняться под контролем, невозможно поставить позвонок в его анатомически правильное положение. В свою очередь каждый позвонок окружен сосудами, нервами, связками, мышцами, и при смещении позвонка даже на миллиметр будет наблюдаться выраженная неврологическая картина, Приемы МТ универсальны,

и, по сути, это бесконтрольное воздействие на костные структуры. Функциональные блоки уже в своем определении несут понятие функции – переменной величины, характеризующей циклический процесс, в котором всегда выделяют две фазы: фаза появления специфической функции и фаза возврата к исходному уровню [6]. Функциональный блок ПДС - это спазм глубоких паравerteбральных мышц. Приемы МТ не направлены на нормализацию тонуса мышц, но часто дают осложнения в виде гипорефлексии, что ошибочно принимается как снятие мышечного спазма.

Практически половина (42%) опрошенных врачей считает, что МТ применяют при сколиотической болезни, нарушениях осанки, что опровергнуто работой Еремушкина М.А. (2006), который доказал, что сколиотическая болезнь, как и нарушение осанки только усугубляется после МТ.

8% врачей назначают МТ при анкилозах и контрактурах суставов, хотя в этих случаях она противопоказана, так как в результате ее применения в большинстве случаев будет перелом. Что и было отмечено в анкетировании 19% врачей, когда на вопрос об осложнениях после МТ они ответили перелом костей, позвонков. Но 11% опрошенных считают, что перелом позвоночника лечится суставной мануальной терапией, что противоречит канонам травматологии.

Встречались мнения, что МТ помогает при нейроциркуляторной дистонии (3%) и остром нарушении мозгового кровообращения (1%), возможно, это связано с публикациями в медицинских изданиях, в которых описывают эффективность МТ при лечении инсульта [5]. Хотя большинство исследователей напротив говорят о развившемся ОНМК после манипуляций на шеи. Наши исследования так же позволили выявить осложнения сосудистого характера в результате применения МТ.

Одна врач отметила, что мануальную терапию необходимо назначать, когда другие методы лечения уже не помогают.

Противопоказаниями к лечению МТ опрошенные считают: артериальную гипертонию II и III ст. (6%), дыхательную и сердечную недостаточности (3%), острый период заболеваний (2%), перелом (12%), боли в мышцах (18%), атрофию мышц (4%), слабость связочного аппарата (15%), межпозвоночную грыжу диска (23%), прогрессирующий сколиоз (5%), сосудистые заболевания (17%), пожилой возраст (2%), новообразования (1%).

14% специалистов противопоказаний к проведению МТ не знает.

Существует международная классификация противопоказаний к проведению суставной мануальной терапии в области позвоночника, которая представлена в табл.1.

Из таблицы видно, что все заболевания по данным опроса, при которых назначают суставную мануальную терапию, относятся к противопоказаниям. Многие публикации дают ложную информацию и дезинформируют врачей различных специальностей.

В результате масштабного применения метода МТ

Абсолютные противопоказания	Относительные противопоказания
<p>Нарушение строения сустава: Поражения кожи ревматического или по-дагрического происхождения Острый артрит любого типа Ревматоидный артрит Острый анкилозирующий спондилит Шейный спондилез с позвоночной ишемией Вывих Гипермобильность Разрыв связок Недавняя травма «ремень кнута» Костная слабость и деструктивные заболевания Болезнь Кальве Перелом Злокачественность (первичная или вторичная) Остеомаляция Остеопороз Остеомиелит Туберкулез (болезнь Потта) Нарушения кровообращения Аневризма Антикоагуляционная терапия Сосудистая недостаточность вертебрально-зильярной области при заболеваниях позвоночной артерии Заболевания и нарушения межпозвоночных дисков Пролапс с серьезными неврологическими нарушениями (включая синдром конского хвоста) Функциональные неврологические нарушения Нарушения функции мочевого пузыря вследствие повреждения крестцового корешка Болезненные движения во всех направлениях Вертиго Неклассифицированные: Инфекционные болезни Непереносимость боли</p>	<p>Нарушение строения сустава: Анкилозирующий спондилит после обострения Деформация суставов Базальная импрессия Врожденные аномалии Гипертрофический спондилоартрит Остеоартрит Остеохондроз с дефектным «поддерживающим аппаратом» Ревматоидный артрит Кривошея «Ремень кнута» Костная слабость и модифицированные заболевания Гемангиома Болезнь Педжета Спондилолистез Дисковые нарушения: Заднелатеральные и заднемедиальные протрузии дисков Дегенеративные заболевания Неврологическое нарушение функции Боль в плечевом суставе (более 2 мес) Мигрень (истинная мигрень) Миелопатия Непозвоночная боль Повреждения пирамидного пути Корешковая боль из-за повреждения диска Висцерально-соматическая рефлекторная боль Неклассифицируемые: Абдоминальная грыжа Астма Базиллярная ишемия Дисменорея Эпикондилит Операции на позвоночнике Язва желудка Беременность Сколиоз</p>

Таблица 1. Противопоказания к проведению спинальной мануальной терапии (модифицировано из Kleynhhans MA, Terrett AGJ, 1985)

врачи часто (68%) сталкиваются с различными осложнениями в результате лечения данным методом.

По данным опроса к ним относятся: нарушение мозгового кровообращения (5%), потеря сознания (7%), кривошея травматического характера (1%), усиление болевого синдрома (28%), растяжения связочного аппарата (27%), разрывы связок и мышц (23%), переломы костей и позвонков (19%), головокружение (35%), впервые появившиеся боли при движении (9%), головная боль (15%), обострения суставной боли (17%), парезы и параличи (18%), травмы ранее отсутствующие (4%), сосудистая патология (26%), прогрессирование сколиоза (14%).

Для устранения имеющихся упущений и повышения качества лечебно-диагностического процесса требуется надлежащий контроль на основе единых стандартов, которые в настоящее время отсутствуют на федеральном и региональном уровнях. В этой связи необходимо разработать экспертные критерии стандартов качества по оказанию населению медицинской помощи методом мануальной терапии на основе принципов объективности, обоснованности, на выводах доказательной медицины и безопасности лечения пациентов.

Использованные источники:

1. Епифанов В.А. Остеохондроз позвоночника: Диагностика, лечение, профилактика. М: МЕДпресс-информ; 2004.
2. Еремушкин М.А. Мануальные методы лечения в комплексе реабилитационных мероприятий при патологии опорно-двигательного аппарата. Дисс. ... докт. мед. наук, Москва, 2006.
3. Иваничев Г.А. Мануальная терапия. Руководство. Атлас. - Казань, 1997. - 448с.
4. Мясников В.В. Современные психотехнологии, используемые врачом мануальной терапии / Журнал Мануальная терапия №3 (15), 2004. - С. 58-60.
5. Ситель А.Б., Нефедов А.Ю. Мануальная терапия и профилактика инсульта / Сборник тезисов Всероссийского форума «Здравница», Москва: 2008. - С.180.
6. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации, Москва: 1999. - 126с.
7. Kleynhhans MA, Terrett AGJ, The prevention of complications from spinal manipulative therapy. In: Aspects of manipulative therapy. New York: Churchill-Livingston, 1985: 110.

В.А. Кутяков, Л.В. Труфанова, А.Б. Салмина, В.И. Чикун

О РАСШИРЕНИИ НОМЕНКЛАТУРЫ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ДЛЯ ПРОВИЗОРОВ

В данной статье приведены результаты анализа анонимного социологического опроса врачей разных специальностей о результатах лечения методом мануальной терапии. Показаны ошибки при заполнении медицинских карт и уровень знаний врачей о данном методе. Определена важность разработки стандартов оказания медицинской помощи методом мануальной терапии

Ключевые слова: мануальная терапия, социологический опрос, противопоказания, стандарты качества

In given article results of the analysis of anonymous sociological poll of doctors of different specialties about a manipulation method are reflected. Errors are shown at filling of medical cards and level of knowledge of doctors about the given method. Importance of working out of standards of rendering of medical aid is certain by a manipulation method

Keywords: manipulation, sociological poll, contra-indications, the quality standards

Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», разработанная в соответствии с Перечнем государственных программ Российской Федерации, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 11 ноября 2010 года № 1950-р, определяя цели, задачи, основные мероприятия развития здравоохранения в Российской Федерации, механизмы реализации мероприятий, ставит определенные задачи в области экспертизы и контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья (подпрограмма 9). Одной из целей данной подпрограммы является проведение судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях (ГСМЭУ) в соответствии с единым порядком организации и производства судебно-медицинских экспертиз в Российской Федерации. Поддержка развития инфраструктуры судебно-экспертных учреждений является одной из задач подпрограммы. Значимым направлением деятельности ГСМЭУ определены судебно-химические и химико-токсикологические экспертные исследования, которые все чаще решают вопросы, связанные как с фармакокинетикой и фармакодинамикой, так и с синергизмом воздействия групп веществ (отравляющих, токсических, наркотических и др.) на организм человека. В ходе реализации мероприятия планируется проведение комплекса мер по совершенствованию правовых, организационных и финансовых механизмов обеспечения деятельности ГСМЭУ, включая внедрение единого порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в ГСМЭУ РФ

[6]. Предполагается, что осуществление программы должно в частности, повысить эффективность и прозрачность контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья.

Единый порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз в ГСМЭУ предусматривает в числе прочих единые требования к персоналу, проводящему такие экспертизы.

К сожалению, приходится констатировать, что в Российской Федерации сложилась неопределенность в области профессиональной и последиplomной подготовки специалистов для проведения судебно-химических экспертных исследований [1, 2, 3, 4], связанная с неупорядоченностью номенклатуры специальностей и должностей.

Из многих значений термина «номенклатура» - (лат. «nomenclatura» - перечень - роспись имен):

- перечень названий, система терминов, категорий, употребляемых в какой-либо отрасли науки, техники и пр.;

- круг должностных лиц, назначение или утверждение которых относится к компетенции какого-либо вышестоящего органа;

- списки соответствующих должностей – более всего к обсуждаемой теме подходит последнее.

Существует острая проблема несоответствия целей профессионального образования специалистов по направлению подготовки (специальности) 060301 Фармация имеющейся номенклатуре должностей медицинского и фармацевтического персонала.

Так, для специалистов, проводящих судебно-хими-

ческие экспертные исследования, приказом Минздравоохранения России от 25 июля 2011 г. № 801н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения» (Зарегистрирован в Минюсте РФ 7 сентября 2011 г. № 21754) предусмотрено две должности специалистов с высшим профессиональным образованием: «Химик-эксперт учреждений здравоохранения» и «Судебный эксперт (эксперт-биохимик, эксперт-генетик, эксперт-химик)». В другом приказе Минздравоохранения России от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (Зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г. № 18247) должность именуется «Химик-эксперт медицинской организации». Указанный приказ в качестве одного из обязательных требований к квалификации устанавливает дополнительную подготовку в соответствии с направлением профессиональной деятельности (подготовка по специальности «Судебно-медицинская экспертиза») без предъявления требований к стажу работы. Вместе с тем известно, что получить дополнительную подготовку в виде повышения квалификации или профессиональной переподготовки по специальности «Судебно-медицинская экспертиза» лицам с высшим профессиональным образованием по специальности «Фармация» невозможно. Ещё большую неопределенность вносит приказ Минздравоохранения России от 16 мая 2012 г. № 550н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей специалистов, осуществляющих работы в области судебной экспертизы» (Зарегистрирован в Минюсте РФ 5 июля 2012 г. № 24808), который, хотя и содержит некоторое новое положение - наличие у эксперта документа о присвоении права самостоятельного производства судебных экспертиз, вместе с тем не предъявляет никаких требований к дополнительной подготовке и профилю специальности.

Среди многих составляющих, которые определяют формирование качественного состава медицинских и фармацевтических специалистов, номенклатура специальностей врачей и провизоров занимает основное место. Наличие оптимальной номенклатуры (классификатора) решающим образом оказывает влияние не только на основы кадровой политики (анализ обеспеченности кадрами и прогнозирование, подготовка и профессиональная переподготовка, повышение квалификации, аттестация и сертификация), но и непосредственно на уровень организационной и практической деятельности ГСМЭУ и, в итоге, на качество медицинской помощи населению.

Разработке и утверждению новых специальностей для врачей и провизоров руководством отрасли

(Минздравмедпром, Минздравсоцразвития, Минздрав РФ) всегда уделялось огромное внимание, о чём свидетельствуют постоянно обновляемые приказы.

За последние годы утверждено множество новых врачебных специальностей и ни одной провизорской.

Не всегда введение новой специальности было оправдано и обосновано. Ряд специальностей вузовской подготовки может остаться невостребованным практическим здравоохранением. Как показывают анализ и сравнение с общепринятой мировой практикой, главным недостатком действующей в России номенклатуры специальностей является отсутствие системности в ее построении. Действующая номенклатура представляет, в значительной мере, перечень специальностей, сформированный по разнородным классификационным признакам. Отсутствие логической основы в построении номенклатуры специальностей создает существенное препятствие в качественном проведении повышения квалификации. В основу формирования номенклатуры положена подготовка специалистов с сохранением преемственности в приобретении специальностей, наличием объективных и существенных признаков, устанавливающих, с одной стороны, связи между отдельными специальностями, и, с другой стороны, отличия. Получение специальности возможно при наличии диплома о высшем медицинском или фармацевтическом образовании и последующем обучении в интернатуре, клинической ординатуре, аспирантуре, а также в учреждениях системы дополнительного образования [7].

Между тем, среди многих составляющих, которые определяют формирование качественного состава медицинских специалистов, номенклатура специальностей врачей и провизоров занимает основное место. Наличие оптимальной номенклатуры (классификатора) решающим образом оказывает влияние не только на основы кадровой политики (анализ обеспеченности кадрами и прогнозирование, подготовка и профессиональная переподготовка, повышение квалификации, аттестация и сертификация), но и непосредственно на уровень организационной и практической деятельности медицинских и аптечных организаций и, в итоге, на качество медицинской помощи населению.

При этом базовая специальность должна рассматриваться как совокупность знаний, представлений, умений и навыков выпускника ВУЗа по основным образовательным программам, обеспечивающим возможность профессиональной деятельности в соответствии с присвоенной квалификацией. В основу базовой специальности должны быть положены федеральные государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования (ФГОС ВПО).

При этом, только для специалистов по направлению подготовки (специальности) 060301 Фармация предусмотрен такой вид профессиональной деятельности, как контрольно-разрешительная деятельность в сфере обращения лекарственных средств, включая наркотические средства, психотропные вещества. Среди про-

чих профессиональных компетенций (ПК), которыми должен владеть специалист по направлению подготовки (специальности) 060301 Фармация, указаны следующие:

способность и готовность интерпретировать и оценивать результаты анализа лекарственных средств;

способность и готовность к участию в проведении химико-токсикологического исследования с целью диагностики острых отравлений, наркотических и алкогольных опьянений.

Также специалист должен иметь навыки использования химических, биологических, инструментальных методов анализа для идентификации и определения токсических наркотических веществ и их метаболитов; навыками использования экспрессных методов анализа для проведения аналитической диагностики наркомании, токсикомании, острых отравлений; основными принципами документирования химико-токсикологических исследований [5].

Это в полной мере отвечает требованиям, которым должен отвечать специалист для проведения судебно-химических и химико-токсикологических экспертных исследований в ГСМЭУ. Аналогичных профессиональных компетенций не содержит никакой другой ФГОС ВПО.

Введение новой должности определяется широкой занятостью и востребованностью провизоров в химико-токсикологических и судебно-химических лабораториях. Фундаментальная химическая и фармацевтическая подготовка позволяет специалистам успешно работать в данной сфере, но не имеет в настоящее время соответствующей ниши в рамках дополнительного профессионального образования и в системе государственной аттестации медицинских и фармацевтических кадров.

Задача Министерства здравоохранения Российской Федерации нам представляется в том, чтобы в условиях развития медицинской науки и внедрения новых организационных форм деятельности медицинских и аптечных организаций создать номенклатуру врачебных и провизорских специальностей, которая является частью этого процесса и строится на принципах дифференциации и последовательности.

Необходима экспертная оценка целесообразности введения новой специальности путем создания при профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Минздрава России по специальности «Судебно-медицинская экспертиза» экспертной группы по введению новых медицинских и провизорских специальностей.

Ранее нами обсуждались явные противоречия между требованиями нормативных документов к квалификации специалиста и сложившейся практикой при проведении судебно-химических и химико-токсикологических экспертиз в ГСМЭУ, предлагались некоторые пути преодоления сложившейся ситуации [1, 3]. Однако никаких шагов до сих пор не предпринято.

Учитывая опыт некоторых стран СНГ и дальнего

зарубежья, мы вновь предлагаем ввести в номенклатуру должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения новую специальность для специалистов с высшим фармацевтическим образованием – «Аналитическая токсикология» («Судебно-медицинская токсикология», «Судебная токсикология»). Кроме того, считаем целесообразным внести в Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих должность «Судебно-медицинский эксперт» для специалистов, проводящих экспертные исследования в ГСМЭУ.

Список источников:

1. Кутяков, В. А. Проблемы последипломной подготовки экспертов судебно-химических отделений бюро судебно-медицинской экспертизы и пути их решения / В. А. Кутяков, В. И. Чикун, А. И. Грицан // Суд.-мед. экспертиза : Научно-практический журнал. - 2010. - Том 53, № 1. - С. 47-49. - ISSN 0039-4521.

2. Кутяков, В. А. Дисциплина Токсикологическая химия как источник получения первичных знаний судебным экспертом // Вестник Сибирского юридического института МВД России, № 1 (9), 2011. - С. 206-211.

3. Кутяков, В. А. О необходимости введения новой специальности для провизоров / В. А. Кутяков, Л. В. Труфанова, А. Б. Салмина // Бюллетень сибирской медицины. Том 10, № 5, тематический выпуск. - С. 131-134.

4. Солонина, А. В. Проблема подтверждения профессиональной компетентности / А. В. Солонина, Н. Ф. Арефина, Л. И. Смирнова // Фармацевтические ведомости. - 2005. - N 12.

5. Приказ Минобрнауки Российской Федерации от 17 января 2011 г. № 38 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060301 Фармация (квалификация (степень) «Специалист»)» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 15 апреля 2011 г. № 20502).

6. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения».

7. Решение коллегии Министерства здравоохранения РФ от 6 апреля 1999 г. № 7 «О номенклатуре специальностей врачей и провизоров в системе здравоохранения Российской Федерации»).

Е.Х. Баринов, О.И. Косухина, П.О. Ромодановский

ДЕТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО – ВОЗМОЖНОСТЬ ИЗБЕЖАТЬ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ

В статье приводится наблюдение из клинической практики, случай выявления повреждения сердца у больного с травмой грудной клетки

Ключевые слова: ушиб сердца, инфаркт миокарда, травма грудной клетки

Observation is given in article from clinical practice, a case of identification of injury of heart at the patient with an injury of a thorax

Keywords: heart bruise, myocardial infarction, injury of a thorax

Нарушения, допущенные медицинскими работниками при оказании медицинской помощи можно систематизировать по четырем ятрогенным сферам: тактико-диагностической; лечебной; информационно-деонтологической; организационной.

Изучение медицинских характеристик субъективной стороны ненадлежащего оказания медицинской помощи имеет значение для систематизации экспертной оценки качества медицинской помощи. Этот материал может использоваться с целью установления вероятности определенных факторов риска для врачей разных специальностей и для больных, имеющих особенности заболевания. Аналогично могут быть установлены специальности с минимальным риском неблагоприятного исхода (3).

При экспертной оценке выявлено преобладание следующих видов ненадлежащей медицинской помощи: неправильное - на этапе профилактики и реабилитации; несвоевременное - при диагностике; неправильное и недостаточное - в процессе лечения.

Исследование объективных факторов, влияющих на неблагоприятный исход позволило выделить наиболее значимые: редкость заболевания, атипичность течения болезни, естественный патоморфоз, сочетание или конкуренция нозологических форм, тяжелое состояние больного, кратковременность пребывания в лечебно-профилактическом учреждении, отсутствие условий оказания помощи в лечебно-профилактическом учреждении, тяжесть заболевания, аллергические реакции, избыточный вес, хронические инфекции.

Все вышеизложенное может быть отнесено к случаям травмы грудной клетки, когда недостаточно подробно собранный анамнез, неполное обследование может привести к трагическим последствиям.

Тупая травма грудной клетки является одним из

самых тяжелых видов повреждений. По частоте встречаемости она занимает второе место (после черепно-мозговой травмы, достигая 50% всех случаев механических повреждений со смертельным исходом (2).

Наиболее тяжелыми и значимыми для жизни при травме грудной клетки являются повреждения сердца. По данным различных авторов частота ушиба сердца у пострадавших с закрытой травмой грудной клетки колеблется от 5 до 75%. Выделяют следующие поражения сердца при тупой травме грудной клетки: ушиб сердца, травматический инфаркт миокарда, посттравматическую миокардиодистрофию. Клинические проявления поражения сердца при тупой травме грудной клетки зависят от характера травмы (1,2).

Трудность ранней диагностики ушиба сердца заключается как в отсутствии единых диагностических критериев ушиба сердца, так и полиморфизме его проявлений. Несвоевременная диагностика может привести не только к врачебной ошибке, но и к тяжелым последствиям вплоть до летального исхода.

Примером может служить следующее наблюдение из практики:

Больной С., 50 лет поступил в стационар г.Москвы 10 февраля 2009 г., в 3 часа 30 минут с жалобами на ноющие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при резких движениях.

Из анамнеза известно, что 9 февраля 2009 г. на фоне относительного благополучия получил несколько ударов в область груди и лица. После чего развился приступ интенсивной ангинозной боли за грудиной. Госпитализирован БСМП в кардио-реанимационное отделение. Осмотрен дежурным врачом диагноз: Гипертоническая болезнь П ст. Ушиб грудной клетки. Ушибы мягких тканей лица. Переведен в терапевтическое отделение.

При поступлении состояние средне-тяжелое. Кли-

нических симптомов сердечной недостаточности не отмечалось, тоны сердца ритмичны ЧСС102 уд в 1 мин. АД 160/100 мм. рт. ст. Отеков нет. На ЭКГ при поступлении отмечалась полная блокада левой ножки пучка Гиса. На фоне проводимой терапии препаратами ИАПФ, бета-адреноблокаторами, мочегонными, антиагрегантами, нитратами у больного сохранялись давящие боли за грудиной. При исследовании крови на Троп.Т от 10.02.09 -0,12 ng/ml, Троп.Т от 11.02.09 -0,11 ng/ml. Больной консультирован травматологом. Диагноз Ушиб грудной клетки. На рентгене органов грудной клетки: патологии не выявлено. Костно-травматических изменений нет. Учитывая сохраняющуюся клинику ангинозных болей, уровень в крови миокардиального тропонина Т, динамика ЭКГ: преходящая полная блокада левой ножки п. Гиса, очаговые изменения передней стенки левого желудочка, больной был переведен в отделение неотложной кардиологии. В отделении больному проведено эхокардиографическое исследование. Заключение: признаки атеросклероза аорты. Уплотнение створок аортального клапана, незначительная аортальная регургитация. Дилатация левого желудочка, гипертрофия миокарда левого желудочка, нарушение локальной сократимости в бассейне кровоснабжения передней межжелудочковой артерии, глобальная сократимость левого желудочка в пределах незначительно снижена, признаки диастолической дисфункции левого желудочка. Умеренная дилатация левого предсердия.

За время лечения в отделении неотложной кардиологии состояние больного оставалось стабильным. Коронарные боли не рецидивировали, сохраняющихся симптомов сердечной недостаточности в виде кашля в ночное время и клинически значимых аритмий не

отмечалось. АД 120/80 мм. рт. ст. ЧСС-60 уд в 1 мин. ЧД-16 в 1 мин. Выписан на 16 день в удовлетворительном состоянии с диагнозом: ИБС: острый передний Q-образующий инфаркт миокарда от 10.02.09. Артериальная гипертония Ш ст., высокого риска сердечно-сосудистых осложнений. Преходящая блокада левой ножки пучка Гиса. Сердечная недостаточность П NYHA. Ушиб грудной клетки.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что при закрытой травме сердца отсутствуют отработанные схемы диагностики. Необходимо применять комплексную диагностику ушибов сердца, которая должна включать в себя анализ характера травмы. Анамнеза жизни, клиническое и инструментальное обследование: электрокардиографию, эхокардиографию, рентгенографию грудной клетки, лабораторные исследования. Недооценка клинических, анамнестических, лабораторно-инструментальных методов исследования не только значительно ухудшает прогноз, но и кардинально меняет тактику интенсивной терапии на ранних этапах лечения.

Приведенный выше случай наглядно показывает, как была предотвращена возможная врачебная ошибка.

Использованные источники:

1. Новоселов В.П., Савченко С.В., Романова Е.А., Циммерман В.Г. Патоморфология миокарда при ушибах сердца. – Новосибирск: «Наука», 2002. – 168 с.
2. Сапожникова М.А. Морфология закрытой травмы груди и живота. – М.: Медицина, 1988. – 160 с.
3. Баринов Е.Х., Тихомиров А.В. Судебно-медицинская экспертиза при решении вопросов, связанных с «медицинскими» спорами // Медицинская экспертиза и право. – 2010. - № 6. – с.5-7.

А знаете ли Вы, что...

...согласно выступления Председателя Правительства РФ Д.А. Медведева от 17 апреля 2013 года в Государственной Думе 14 апреля 2013 года на отчет Правительства о результатах деятельности за 2012 год Выросли зарплаты работников бюджетной сферы... По сравнению с предыдущим годом средняя заработная плата в здравоохранении увеличилась почти на 18%, ... Дальнейшее увеличение зарплаты бюджетников будет идти в соответствии с утверждённым графиком (я хотел бы, чтобы все присутствующие в этом не сомневались) и, конечно, зависеть от квалификации специалистов и качества оказываемых услуг, потому что и сами по себе наши люди тоже должны понимать: новая зарплата предполагает новое качество работы.

А знаете ли Вы, что...

...в новом проекте федерального закон «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи» как и в предыдущей его редакции от 2 октября 2010 года причинение морального вреда или возникновения обязанности по возмещению упущенной выгоды все также не являются страховыми случаями

Д.А. Балалыкин, Н.П. Шок

ВЗАИМОДОПОЛНЯЮЩЕЕ РАЗВИТИЕ НАТУРФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ В ДРЕВНЕЙ ГРЕЦИИ

Статья посвящена актуальному вопросу истории медицины – анализу взаимодополняющего развития натурфилософии и медицины в Древней Греции на примере анализа первых врачебных школ того периода. Авторы рассматривают особенности возникновения и влияния на развитие медицины таких известных в историографии врачебных школ как Сицилийская, Книдская, Косская (наиболее известный ее представитель Гиппократ), школа Фалеса Милетского, Кротонская школа. Также в статье подробно анализируется роль пифагорейской школы в развитии медицины и натурфилософии в Древней Греции, представлен подход к анализу роли атомизма Демокрита в становлении науки в Древней Греции

Ключевые слова: врачебные школы, Древняя Греция, атомизм Демокрита, натурфилософия, медицина

Article is devoted to an actual issue of history of medicine – to the analysis of complementary development of physiophilosophy and medicine in Ancient Greece on the example of the analysis of the first medical schools of that period. Authors consider features of emergence and influence on development of medicine of such medical schools known in a historiography as Sicilian, Knidsky, Kossky (most her known representative Hippocrates), school of Fales Miletsky, Krotonsky school. Also in article the role of Pythagorean school in medicine and physiophilosophy development in Ancient Greece is in detail analyzed, approach to the analysis of a role of atomism of Democritus in science formation in Ancient Greece is presented

Keywords: medical schools, Ancient Greece, Democritus's atomism, natural philosophy, medicine

Цивилизация Древней Греции представляет собой феномен огромной значимости для истории науки. Именно философская традиция древних греков впервые предложила миру явление теоретического мышления. Основной принцип теоретического мышления – выведение частного знания из неких общих принципов с помощью доказательств. Продуктом греческой натурфилософии стала впервые возникшая теория познания. Вместе с тем, наша задача в статье – подробнее рассмотреть вопрос соотношения развития медицины и натурфилософии.

В VIII-VI вв. до Р.Х. история Греции характеризуется становлением феномена независимого города – государства – полиса. Часто полис владеет прилегающими к нему землями – Афинам почти полностью принадлежал п-ов Аттика, значительными земельными вла-

дениями на п-ве Пелопоннес обладала Спарта. Граждане полиса были лично свободны, могли обладать значительным личным имуществом, рабами, представлявшими собой основную рабочую силу. Основой политической системы полиса являлась демократия (с теми или иными особенностями в разных городах государствах). В структуре греческого общества мы наблюдаем явление, не встречавшееся ранее в других странах – появление учёных (философов) в качестве особой социальной группы. Важная деталь – это особо уважаемая и авторитетная в обществе социальная группа. Своего максимального развития этот социальный феномен достигает в классический период развития Древней Греции – V-IV вв. до Р.Х. [1].

В развитии искусства врачевания мы видим еще одно явление, впервые встречающееся в истории –

врачебные школы. Их история известна, напомним о ней кратко. В источниках упоминаются родосская и киренская врачебные школы, однако заслуживающих доверие данных о них мы практически не имеем. Достоверно мы можем говорить о Кротонской школе, как наиболее древней, о которой известно достаточно много. Начало её деятельности датируют VI в. до Р.Х. Характерной чертой деятельности этой школы является попытка предложить общетеоретические основы понимания болезней человека. Эта попытка обычно формулируется в историографии следующим образом. Организм человека есть единство противополож-

Сицилийская врачебная школа расцветает в V в. до Р.Х. в связи с работами ее крупнейшего представителя – Эмпедокла и существует вплоть до III в. до Р.Х.

ных сил: здоровый организм существует в условиях равновесия теплого и холодного, сухого и влажного и т.д., смещение равновесия в сторону одной из сил характеризует состояние болезни. В процессе лечения действует принцип излечения противоположного противоположным.

Сицилийская врачебная школа расцветает в V в. до Р.Х. в связи с работами ее крупнейшего представителя – Эмпедокла и существует вплоть до III в. до Р.Х. В лице Эмпедокла мы наблюдаем тип учёного, характерный для всего периода эллинской культуры – он врач, при этом обязательно натурфилософ, которого интересует не только практика искусства врачевания, но и теоретическое обобщение, и осмысление этой практики в рамках общей философии естествознания. Он считал сутью всех вещей четыре первоэлемента – огонь, воздух, воду и землю, оценивая явления окружающего мира как результат смешения этих первоэлементов [2].

Далее в историографии обычно упоминается Книдская школа. Её представители идут ещё дальше в своих теоретических построениях. Они предполагают и развивают учение об определенности состояния организма человека благоприятным или неблагоприятным смешением четырех телесных соков: крови, слизи, светлой и черной желчи. В деятельности Книдской школы развивается теория и практика учения о признаках болезни (симптомах) и распознавании болезни (диагностика) на основании анализа этих признаков.

В VI в. до Р.Х. возникает Косская школа, достижения которой признаны современной историографией наиболее значимыми. О Косской школе в целом и Гиппократе как её выдающемся деятеле написано очень много. Развитие искусства врачевания осуществлялось её представителями на основе накопления и

анализа практического опыта. Среди её приоритетов в литературе обычно упоминаются методы объективного исследования пациента, выработка семиотики болезней, попытка объяснения их причин, прогностика. Расцвет Косской школы – IV-III вв. до Р.Х. В IV в. Гиппократ предложил свою систему терапии, основанную на принципе помощи природе, способствующей мобилизации естественных природных сил организма в избавлении от болезней. Отсюда: 1. Не навреди; 2. Соблюдай осторожность, щади больного; 3. Не применяй более активные средства лечения, пока не убедился в бесполезности менее активных; 4. Широко применяй не только фармацевтический, но и диетический методы; 5. Противоположное лечи противоположным.

Примерно таким образом выглядит описание основ медицинских школ в отечественной учебной литературе, начиная с фундаментального руководства «История медицины» под редакцией Б.Д. Петрова (1954г.) и заканчивая рекомендованными для студентов в настоящее время учебниками Т.С. Сорокиной и Ю.П. Лисицына.

Одновременно читателю предлагается краткое перечисление основных имен и школ в античной философии с упоминанием их основных теоретических построений: Фалес, Анаксимандр, Анаксимен, Гераклит, Демокрит, Платон, Аристотель (с небольшими вариациями). Может создаться впечатление о как бы последовательном и параллельном развитии натурфилософии и медицины.

Это впечатление от периода античности является в корне неверным и затрудняет правильное понимание естествознания того времени, в общем, и медицины, в частности. Суть заключается в том, что развитие натурфилософии и медицины в Древней Греции в период VI-IV вв. до Р.Х. происходило взаимодополняющим образом. Крупнейшие врачи всегда были философами, крупнейшие философы очень часто были не чужды медицине. Соответственно, общий ход научной мысли в естествознании определял стремление врачей к теоретическому обобщению своего практического опыта. Не случайно, именно в эллинской традиции мы в относительно короткий временной промежуток видим построение общих теорий патологии [4].

Первой значительной фигурой в греческой натурфилософии становится Фалес Милетский (VI в. до Р.Х.). Кстати, глубоко неслучайно, что его школа, как и многие другие, возникают в греческих колониях. Ионийские колонии в Малой Азии, острова Эгейского Архипелага и «Великая Греция» – колонизированные греками территории Южной Италии и Сицилия – станут ареной основных событий в истории науки. Только позднее – после Сократа (IV в. до Р.Х.) центр интеллектуальной жизни вернется в континентальную Грецию – Афины, Мегару, Коринф и т.п. Этот факт говорит о бурном, экспансионистском характере развития греческой цивилизации: интенсивное движение политической, военной, торговой, интеллектуальной конкурентной среды, определяющейся демократиче-

ским общественным устройством.

Философия Фалеса и его преемника – Анаксимандра возникает в условиях глубокого кризиса греческой религии, воспетой Гомером и Гесиодом. Антропоморфные боги, в огромном количестве населяющие религиозный пантеон, с их забавными, порой откровенно свинскими жизненными приключениями, перестают быть адекватным объяснением устройства мироздания в рамках цивилизационного запроса на уровне развития Греции того времени. Возникает необходимость в серьезных космологических теоретических построениях. Естествознание здесь – главный вопрос, наряду с этикой. Не случайно труды Милетской школы в истории науки именуется «ранняя ионийская физика». Традиционные религиозные представления, которые, кстати говоря, носили яркие черты заимствования из восточных религиозных культов, неспособны были дать соответствующий онтологический импульс. Поэтому, начиная в греческой мысли, мы видим интересный феномен религиозно-философского параллелизма – с одной стороны, существует мифологический политеистический культ, с другой стороны – развиваются философские системы, пытающиеся ответить на вопрос о первопричине бытия и развития. Более того, вопрос о религиозной картине мира ими разрешается по-разному, как и вопросы о причинности, этике и пр. Пантеон богов (Зевс, Афина, Аполлон и др.) существует как государственный культ, важный с гражданской, политической точки зрения, но при этом в философской мысли начинает доминировать идея Мирового Ума, первоначала всего сущего, которая в некоторых философских системах приводит фактически к пантеизму, а в некоторых, позднейших, создает в своей основе монотеистическую, по сути, картину мироздания. Не случайно, в дальнейшем, христианство с такой легкостью воспринимает аристотелевскую систему в естествознании [2],[4].

Именно в рамках этой парадигмы развивается греческая философия в VI-IV вв. Философия Фалеса, с его представлением о воде, как первоэлементе, видит первопричину мира в единстве материи, лежащей в основе всего сущего. Анаксимандр, продолжая линию Фалеса, выдвигает мысль о «неопределенном абсолютном», вечной первооснове мироздания. Дальнейшее развитие греческой натурфилософии призвано разрешить противоречие между идеей неизменности вечной первоосновы сущего и мыслью о вечном движении и изменемости вещей. В зависимости от способа разрешения этого противоречия стоял вопрос о возможности и методах познания природы и человека. Идеи, высказанные Анаксимандром, развивались в трех основных направлениях. Одно из них, т.н. «элейская школа» – их представления об истинном существовании только единой, неизменной божественной сущности мира. Материальный мир, всё движущееся, происходящее виделось необъяснимым, исходя из абсолютной неизменной первоосновы, а значит ложным и призрачным. Другое – школа Гераклита –

усматривала суть истины в пламени жизни, постоянно текущей, переходящей во все новые и новые формы («всё течёт»). Третье – Пифагорейская школа (иначе известная как Пифагорейский союз) – учила видеть истину в гармоническом сочетании противоположных начал, существующих в мире, в их положительном единстве.

Вот как оценивает развитие греческой философии на описываемом нами этапе С.Н. Трубецкой в своей книге «Курс истории древней философии»: «Таким образом, одна и та же смутная идея абсолютного начала побуждала мыслителей к различным философским построениям; мы встречаем три определения абсолютного: 1. вечное неизменное бытие; 2. вечный процесс жизни; 3. Гармония, или мера – единство во множестве и множество в единстве. Каждый видел истину лишь в своем умении и не замечал ее в других. А между тем все три концепции были логически необходимы и истинны, неизбежны в своем роде. Отсюда логически возник ряд задач, которыми определяется дальнейший ход греческой мысли»[5].

Наша задача – кратко показать развитие этих направлений в натурфилософии и их влияние на медицину. Это влияние сказывается практически сразу, на самых ранних этапах деятельности известных нам врачебных школ. Пифагорейский союз возникает как философская школа с VI в., когда его основатель – философ Пифагор в 530г. переселяется в г. Кротон, крупный центр греческой колонизации Южной Италии, и существует вплоть до III в. после Р.Х., идейно сливаясь с неоплатонизмом. Пифагорейское учение включало в себя мистические компоненты тайного культа, вплоть до мистерий, сложную систему космологии, аскетику. Для нас важно огромное внимание пифагорейцев к математике, в которой они открыли путь достоверного научного знания. Математическое объяснение мира привело к рождению у пифагорейцев философии числа, как символа единообразия и закономерности Вселенной.

В этой философии числа мы видим компоненты как научно-познавательные, так и мистические. Философия пифагорейцев – двойственность (дуализм), понимание материального мира, как совокупности многих противоречий. Важно следующее: существование мироздания в стройном, функционирующем порядке, с их точки зрения, говорит о гармонии этих противоположных начал как о естественной форме существования мира. Именно в этом познавательном пространстве и возникает Кротонская школа в медицине. Врач Алкмеон, её виднейший представитель – ученик Пифагора. Именно этим и объясняются основные взгляды на болезнь и здоровье, которые развивает Кротонская школа в качестве основных принципов искусства врачевания. Здоровье, нормальная форма существования человеческого организма, обусловленное равновесием, гармонией противоположных начал. Смещение этого равновесия в сторону одного из них (Алкмеон пользовался терминами «единовластие»

или «монархия») вызывает болезнь. Как же её лечить? Только влияя на причину, т.е. восстанавливая баланс противоположных начал. Именно в этом и состояли методологические корни идеи «лечи противоположное противоположным». Отсюда же и интересы Алкмеона в анатомии и физиологии. В рамках пифагорейской натурфилософии возникал вопрос о механизме поддержания этой гармонии противоположностей. Алкмеон указал на мозг, как центр умственной высшей деятельности организма, в который через «поры», некие особые каналы стекаются ощущения от различных органов чувств.

Формальным главой Сицилийской медицинской школы считался врач и философ Акрон. Однако, бесспорно, наиболее выдающийся её представитель – Эмпедокл, живший в V веке до Р.Х. Здесь мы наблюдаем схожую ситуацию: Эмпедокл, с одной стороны, практикующий врач, с другой – крупный философ-пифагореец. Он представитель следующего поколения пифагорейской школы, его медицинские взгляды формируются под влиянием Алкмеона. Как ученый, Эмпедокл – гораздо более крупная фигура. Он оставил два объемных труда – «О природе», где выразил свои натурфилософские воззрения, и «Очищения», в котором проявил себя как философ-мистик пифагорейского направления. Ведомый пифагорейским учением о гармонии как единстве противоположностей, он предлагает свою концепцию этих противоположностей – как четырех основных стихий (огонь, вода, земля, воздух), качественно и количественно неизменных, из механического смешения которых и состоит весь материальный мир.

Первостихии наделяются Эмпедоклом свойствами жизненности, разумности и чувственности. В крови человека, по мнению Эмпедокла, находится самое полное и совершенное единение (или смешение) эле-

Атомизм, как плодотворная идея видения материи, состоящей из мельчайших первоэлементов, конечно, сыграл роль в формировании идейного багажа развития науки.

ментов. Кровь, окружающая и питающая сердце, обеспечивает функцию его мышления. Эмпедокл видит это в контексте объяснения высшей функции человека – разума, дополняя и развивая понимание Алкмеоном роли мозга объяснением значения крови в организме. В картине мироздания, по Эмпедоклу, дуализм Пифагора развивается в понимании гармонии мира как равновесия двух энергий – Любви и Вражды. Миропорядок строен, когда они в гармонии, нарушается при их диспропорции. Видя взгляды ученого во всей их натурфилософской полноте, мы, кажется, гораздо

глубже понимаем их в части, относящейся непосредственно к медицине.

В связи с вышеуказанным, целесообразна постановка вопроса: насколько вообще оправдано выделение в историографии Кротонской и Сицилийской врачебных школ как отдельных явлений? Впрочем, в данном формате изложения мы не претендуем на окончательные заключения по данному вопросу, а лишь констатируем очевидные исторические взаимосвязи.

Крупнейшим учеником Пифагора был врач и философ Филолай. Он более известен именно как философ и считается в историографии одним из главных деятелей Пифагорейского союза после смерти самого Пифагора. Во второй половине V века, в силу обстоятельств политической жизни, в крупнейших городах Южной Италии – Кротоне, Метапонте и др. – произошли гонения на пифагорейцев. Многие из них погибли, некоторые выехали в Грецию – впрочем, вскоре, после умиротворения смуты, вернулись и вновь достигли значительного влияния. Филолай был одним из этих деятелей. Сам он нашел временное пристанище в Фивах, где продолжал свою деятельность во время изгнания. Его врачебные взгляды совпадали с идеями Алкмеона – это объясняет распространение взглядов Кротонской школы (или южноиталийской?) в континентальной Греции.

Врачом по профессии был и Демокрит, развивавший в конце V века до Р.Х., вслед за своим учителем Левкиппом, атомистическую теорию материи. В существующем корпусе научной литературы, еще с советского времени, принято преувеличивать научно-историческое значение атомистического материализма Левкиппа-Демокрита. С 50-х гг. XX в. в советской литературе, посвященной истории науки, атомизм Демокрита объявлен гениальным открытием-провозвестником материалистической концепции окружающего мира, предвосхитившей современную науку.

Атомизм, как плодотворная идея видения материи, состоящей из мельчайших первоэлементов, конечно, сыграл роль в формировании идейного багажа развития науки. Не случайно Г. Галилей знал об атомизме Демокрита, Ф. Бэкон противопоставлял его взгляды концепции Аристотеля и т.д. и т.п. Но метафизический атомизм философа V-IV века до Р.Х. отнюдь не означает физическую теорию элементарных частиц современной науки. Понятия атома у И. Ньютона и у Демокрита вообще разнятся настолько, что кажется, речь идет о совершенно разных вещах. И это, действительно, так и есть: у Ньютона атомы имеют определенные свойства, например, наделяются силами притяжения и отталкивания; они формируют материю и определяют четкие законы её поведения. У Демокрита атомы бескачественны и нечувственны – их можно только осязать в форме материи. Их движение хаотично, атомизм Демокрита вообще исключает какое-либо познание законов движения материи. Проблема объяснения очевидного факта движения (изменчивости) материи проходит через всю историю греческой философии.

Демокрит делает самое простое – объясняет это движение случайностью, иначе говоря, уходит от вопроса, не давая разумного ответа. В общем, атомизм Демокрита не имеет непосредственного отношения к научному атомизму современной науки, родившейся в XVII в. (физики или химии). Говоря о значении работ Демокрита для научной революции, предоставим слово одному из главных действующих в XVII веке исторических персонажей Р. Декарту. Сравнивая научное значение теорий Демокрита и Аристотеля, Р. Декарт, в частности, писал:

«Быть может, скажут еще, что Демокрит представлял себе некоторые тельца, обладающие различной фигурой, величиной и движением, которые, соединяясь различным образом, составляют все ощутимые тела, и что тем не менее его философия всеми отвергнута. На это я отвечаю, что никто никогда не отвергал ее потому, что он предполагал рассматривать крайне малые, ускользающие от чувств частицы, которым приписывал различные фигуры, величины и движения, ибо никто не может сомневаться в действительном существовании таких телец, как уже было доказано. Отвергнута же она была потому, во-первых, что в ней предполагалась неделимость этих мельчайших телец, что я также всецело отвергаю; во-вторых, Демокрит воображал пустоту, окружающую эти тела, невозможность чего я доказал; в-третьих, он приписывал телам тяжесть, которую я отрицаю в теле самом по себе, ибо она есть качество, зависящее от взаимного отношения между несколькими телами. Было, наконец, и еще одно основание ее отвергнуть: Демокрит не объяснил, в частности, как все вещи возникли из одного столкновения телец, а если и показал это для некоторых вещей, то не все, однако, его доводы настолько связаны друг с другом, чтобы дать возможность таким же путем объяснить всю природу (по крайней мере насколько позволительно так думать на основании того, что из его воззрений сохранилось в письменном виде). А вытекают ли один из другого выводы, изложенные мною в настоящем трактате, – об этом я предоставляю судить читателю. Поскольку рассмотрение фигур, величин и движений было принято Аристотелем и всеми другими, так же как и Демокритом, и поскольку я отвергаю все, что последний предположил сверх того, так же как вообще отвергаю все предполагаемое сверх того остальными, то очевидно, что мой способ философствования имеет не больше сродства с Демокритовым, чем с каким-либо иным»[6].

Замечателен тот факт, что Демокрит, сам будучи врачом, не предлагает никаких общетеоретических взглядов в медицине – между тем, атомический подход, казалось бы, должен был этому способствовать. Объяснение простое: его учитель Левкипп был учеником то ли Зенона, то ли самого Парменида – крупнейших деятелей элейской школы. Выше мы говорили о квинтэссенции учения элейцев: 1) ничто не существует; 2) если бы сущее было, то оно было бы непознаваемо; 3) если бы оно было познаваемо, то

это познание невозможно было бы выразить словами. Приблизительно таким образом учил Зенон. Как видите, не самая лучшая натурфилософская основа для практического естествознания. Пример Демокрита не единичен – врачами также были известные натурфилософы Гиппон и Диоген Аполлонийский. Логично предположить, что люди, занимающиеся практически делами, связанными с постоянным эмпирическим наблюдением множества фактов (а ведь искусство врачевания и есть именно такое дело), предложат его теоретическое осмысление. Однако, как и в случае с Демокритом, этого не происходит. Причина состоит в том, что их натурфилософские взгляды не позволяют предложить позитивную познавательную концепцию. Они возвращаются, каждый по своему, к единому первоэлементу (Гиппон – к воде Фалеса, Диоген к «воздуху» Анаксимена) наделяя это стихийное первоначало разумностью. Иного объяснения закономерности и целесообразности материального мира у них нет – отсюда и невозможность его изучения.

«Гуморальная теория» Книдской школы, которую мы упоминали, ведет свое начало прямо из теории пифагорейца Эмпедокла и сицилийской медицинской школы о четырех первоэлементах. Представление о различных формах их смешения, при неизменности самих первоэлементов, и приводят к появлению учения о нормальном и патологическом балансе различных основных жидкостей в человеческом теле. Учение о четырех темпераментах – прямое развитие этих взглядов.

Еще более яркое проявление развития медицины в контексте натурфилософии мы находим в деятельности Косской школы периода её расцвета. Общеизвестно, что оценка Косской школы в историографии определялась ролью ярчайшего её представителя – Гиппократ в истории медицины. Обсуждение его личного вклада в развитие нашей специальности не только в специальной, но и научно-популярной литературе носит глубокий и всесторонний характер. Мы не будем продолжать это обсуждение в рамках данного курса. Нам интересно другое: существовало ли влияние актуальной для этой эпохи натурфилософской проблематики на позицию Косской школы по важнейшим медицинским вопросам? Ответ: да, существовало, более того это влияние было взаимным. Начнем с того, что Гиппократ (родившийся, как принято считать, в 460г.) был современником Платона. Известно, что юношей он бывал в Афинах, слушал лекции знаменитого софиста Протагора, был знаком с Сократом. Его знакомство с основными философскими течениями своего времени – непреложный исторический факт. Гиппократ встречает натурфилософию в конце V в. до Р.Х. в кризисе – теории становятся все более и более абстрактными, что вызывает к жизни школу «софистов» (дословно «говорунов»), видящих смысл философии в красноречивой критике начал всего и вся. Огромное значение в их взглядах имеет скептицизм. Эти натурфилософские взгляды начина-

ют оказывать влияние на медицину. В свою очередь, реакцией становится философская реформа Сократа и учение Платона, открывших миру рациональную теорию познания. Такой же реформой в медицине мы можем назвать учение Гиппократ. Он решительно противопоставляет отвлеченному умственному поиску метод практического накопления знаний – эмпирическое познание – и их дальнейшего теоретического осмысления. Он, например, высмеивает отвлеченные идеи о «теплом» и «холодном», указывая, что врач не знает «теплого» вообще – он знает конкретные согревающие или прохладительные средства, которые применяются при тех или иных конкретных болезнях. Практический опыт учит врача индивидуализации тактики лечения каждого отдельного пациента. «...И из врачей также одни утверждают, что человек есть только кровь, другие – желчь, а некоторые – что он есть слизь. И все они привносят одно и то же заключение. Ведь они утверждают, что есть нечто одно, которое всякий из них хочет назвать, и оно, будучи единым, вынужденное теплом и холодом, меняет свою форму и силу и делается сладким и горьким, белым и черным или чем-нибудь иным в том же роде. Но мне кажется, что и это все обстоит иначе. Итак, весьма многие проповедают нечто такое или весьма близкое к этому. А я утверждаю, что если бы человек был единое, то он никогда не болел бы, ибо, раз он единое, ему не от чего будет болеть. А если даже и будет болеть, то необходимо, чтобы и исцеляющее средство было единым. А между тем их много, так как много есть в теле таких вещей, которые действуя друг на друга против природы, разогреваются или охлаждаются, высушиваются или увлажняются и производят через это болезни. Существуют таким образом многие виды болезней, а также многообразное лечение их»[7].

Мало понимания качественных идей о лекарствах, балансирующих противоположности, важна количественная мера дозировки любого из лекарств. По Гиппократу, проверенный путь, по которому должен идти врач – путь эмпирический, широкого наблюдения и накопления опыта. Именно на этом пути греческие врачи открыли много ценного в области диагностики, диететики, установления гигиенических правил,

совершенствования хирургической техники. Гиппократ решительно порывает всякую связь с натурфилософской физикой своего времени, как с беспочвенной теорией. В этом смысле мы видим в работах Гиппократ важнейший шаг в сторону научного метода познания – постулирование главенства клинического наблюдения, изучения физиологических явлений – т.е. первый шаг по длинному пути, завершившемуся обоснованием в XVII в. главенства экспериментального метода подтверждения объективности естественно-научного знания.

Мы видим, что кризис религиозного сознания древних греков подтолкнул их в VI в. на путь развития натурфилософии, которая довольно быстро осознала необходимость объяснения мира с позиции первоначала. Этот процесс дал позитивный импульс естественным наукам, в т.ч. медицине. Однако, в отсутствие четкой картины мироздания, натурфилософия к IV в. до Р.Х. приходит к беспочвенному теоретизированию. Выходом из положения становятся идеи рационального познания. Их, почти одновременно, выдвигают Сократ, его ученик, Платон и Гиппократ.

Список источников:

1. Сергеев В. С. История Древней Греции / Под ред. В. В. Струве, Д.П. Каллистова. - 3-е изд. - М., 1963.
2. Платон. Собрание сочинений в 4 т. Т.3 / Пер. с древнегреч.; Общ. ред. А. Ф. Лосева, В. Ф. Асмуса, А. А. Тахо-годи. – М.: Мысль, 1994. – 654с.
3. Гусева Е.А., Леонов В.Е. Философия и история науки: учебник. – М.: Инфра-М, 2013.
4. История и философия науки: Учебное пособие: в 4-х книгах. Книга 1: Общие вопросы / В.Г. Борзенков. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 2009.
5. Трубецкой С.Н. Курс истории древней философии. - М.: Директ-Медиа, 2009. - С.116.
6. Декарт Р. Сочинения в двух томах. Том 1. / Академия наук СССР. Институт философии. - М.: Издательство «Мысль», 1989. - С. 417-418.
7. Бергер Е.Е., Тютюрская М.С. Хрестоматия по истории медицины: учебное пособие / Под ред. проф. Д. А. Балалыкина. – М.: Литтерра, 2012. – С. 78-79.

А знаете ли Вы, что...

....непредоставление в государственный орган предусмотренной законом отчетности о деятельности, связанной с оборотом прекурсоров, несвоевременное представление такой отчетности или представление такой отчетности в неполном объеме или в искаженном виде - влечет наложение административного штрафа на юридических лиц в размере от двухсот тысяч до четырехсот тысяч рублей с конфискацией прекурсоров или без таковой либо административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток с конфискацией прекурсоров или без таковой.



Балалыкин Дмитрий Алексеевич – д.м.н., д.и.н., профессор, зав. кафедрой истории медицины, истории Отечества и культурологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова



Балтуцкая Ольга Ивановна – к.м.н., старший преподаватель кафедры медицинского права Первого МГМУ им.И.М.Сеченова.



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),



Иваненко Татьяна Анатольевна - к.м.н., доцент кафедры мануальной терапии МГМСУ им.А.И.Евдокимова.



Косухина Оксана Игоревна - старший лаборант кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ им.А.И.Евдокимова.
Координаты для связи: 111396 г.Москва, Федеративный проспект, д. 17, ГКБ № 70, корп.б, кафедра судебной медицины и медицинского права



Кутяков Виктор Андреевич – старший преподаватель кафедры биохимии с курсами медицинской, фармацевтической и токсикологической химии КрасГМУ
Координаты для связи: 660022 г. Красноярск, ул. П.Железняк, 1; E-mail: victor-koutjakov@yandex.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



Миселёва Марина Александровна -помощник юриста-консультанта ООО «Центр медицинского права»
Координаты для связи: 644029, г. Омск, ул. 19 Партсъезда, 5 офис 2;
E-mail: miselova@pravomed.ru



Панов Алексей Валентинович, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», управляющий ООО «Центр медицинского права», юрист
Координаты для связи: 644029, г. Омск, ул. 19 Партсъезда, 5 офис 2



Салмина Алла Борисовна – д-р мед. наук, зав. кафедрой биохимии с курсами медицинской фармацевтической и токсикологической химии КрасГМУ
Координаты для связи: 660022 г. Красноярск, ул. П.Железняк, 1; E-mail: allasalmina@mail.ru



Тихомиров Алексей Владимирович, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», д.м.н, к.ю.н.
Координаты для связи: 127521, г. Москва, а/я 41, НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав»



Труфанова Людмила Васильевна – канд. биол. наук, декан фармацевтического факультета КрасГМУ,
Координаты для связи: 660022 г. Красноярск, ул. П.Железняк, 1; E-mail: trufanova@mail.ru



Тучик Евгений Савльевич - д.м.н., профессор, заведующий отделением ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗМосквы».
Координаты для связи: г.Москва, Тарный проезд, д.3



Чикун Владимир Иванович - д-р мед. наук, зав. кафедрой судебной медицины ИПО КрасГМУ,
Координаты для связи: 660022 г. Красноярск, ул. П.Железняк, 1, т. +7 (391) 220-13-91, E-mail: centr_prawo@mail.ru



Шок Наталия Петровна – к.полит.н., доцент кафедры истории медицины, истории Отечества и культуры Первого МГМУ им. И. М. Сеченова

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, 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

127521, Москва, а/я 41 НП ИЦ "ЮрИнфоЗдрав"
Тел./факс: (495) 971-85-17
E-mail: jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru.

Тираж 1000 экземпляров.