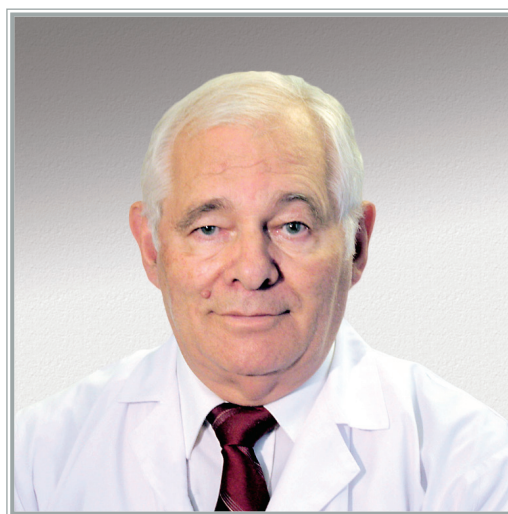


ПОРА ПОЛОЖИТЬ КОНЕЦ ЭКСПЕРИМЕНТАМ НАД ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ



ПРЕЗИДЕНТ НП «НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА»,
ДИРЕКТОР ГБУЗ «НИИ НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ»
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Леонид Михайлович Рошаль

– Леонид Михайлович, у Национальной медицинской палаты сложилось тесное сотрудничество с Министерством здравоохранения Российской Федерации с того момента, как его возглавила Вероника Игоревна Скворцова. Какие значимые вопросы удалось решить во взаимодействии с Министерством за это время?

– Мы действительно приветствовали назначение Вероники Игоревны Скворцовой министром, потому что убеждены, что здравоохранением должен руководить профессионал. Она за короткий промежуток времени сумела организовать работу Минздрава России, хотя ей приходится работать в более сложных условиях финансирования здравоохранения, чем прежнему министру. Иногда даже складывается такое впечатление, что финансовое лобби хочет задушить Минздрав и показать несостоятельность министра. Мне нравится, как Скворцова ставит вопросы, мне нравится образ ее мышления. Вероника Игоревна неоднократно выступала на съездах Национальной медицинской палаты, на врачебном съезде, много времени проводит в поездках по стране, встречается с различными коллективами, и медицинская общественность хорошо воспринимает ее идеи. Но самое главное, что она начала внимательно слушать, что говорят врачи, вникая в суть тех вопросов, которые их волнуют. Например, как вы знаете, в прошлом году прошла самая масштабная за всю историю российского здравоохранения диспансеризация взрослого населения. У медиков было много вопросов по поводу этой диспансеризации. По итогам подобных мероприятий руководство медицинских организаций обычно бодро рапортует департаментам Минздрава о том, что всё замечательно. А она встретилась вместе со мной с обычными участковыми терапевтами, заведующими отделениями поликлиник, которые буквально наперебой стали рассказывать о тех недостатках, ко-

торые есть в диспансеризации. Это очень ее характеризует – желание узнать всё из первых рук и на основании этого работать дальше. Ей сложно, потому что Минздрав еще полностью не устоялся, мне кажется. И надо, чтобы он устоялся структурно, чтобы все были единомышленниками. А работают они очень много, сама Вероника Игоревна рано приезжает, уходит в 12, в 1 час ночи.

– *Какой центральный вопрос стоит сейчас на повестке дня перед Министерством?*

– Сейчас центральный вопрос для Минздрава и для всего медицинского сообщества – это дефицит кадров, который нарастает в России, особенно в первичном звене. Этот дефицит имеет истоки в том числе в социальной незащищенности врачей: отсутствии гарантий со стороны государства, низком уровне заработной платы и, как следствие, падении престижа профессии. На втором месте по степени важности – финансирование как отдельных проектов, федеральных учреждений, так и в целом здравоохранения страны. Мне иногда кажется, что мы живем не в едином государстве, а в каких-то удельных феодальных княжествах, потому что даже регионы, близко расположенные друг к другу, имеют разные возможности для оплаты труда медицинских работников, разное подушевое финансирование медпомощи для населения. Разницу частично покрывают территориальные фонды медицинского страхования, но полностью этот вопрос не решен, над ним нам предстоит планомерно работать. Государство должно изыскать средства, чтобы средняя зарплата врачей была сопоставимой по стране.

– *Национальная медицинская палата почти за 4 года своего существования неоднократно выступала с инициативой объединения профессиональных медицинских организаций страны. Какова на данный момент ситуация в этом вопросе?*

– Национальная медицинская палата как структура, созданная для дела, а не для галочки, могу с уверенностью сказать, состоялась. Потому что до нее в России не существовало единого врачебного объединения, было три-четыре организации, которые ссорились между собой, каждая считала, что она и есть самая главная. Нам удалось создать сообщество единомышленников, действующих врачей и экспертов. В рамках Национальной медицинской палаты мы проработали очень важные для врачебной деятельности определения и добились, фактически в борьбе с прежним Минздравсоцразвития, их включения в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Было прописано, например, что такое территориальная профессиональная организация – это та, которая объединяет больше 25% всех врачей на территории субъекта Российской Федерации. Если окажется две-три организации по 25%, то право называться территориальной передается той организации, у которой большее число членов.

Кроме того, в постановлении Правительства Российской Федерации от 10 сентября 2012 года №907 было четко обозначено, что представляет собой профессиональная организация одной специальности. Это та организация, в которую вступило более 50% врачей этой специальности. Например, если в стране 200 тыс. педиатров и 100 тыс. из них находятся в одной организации, именно ей государство передает права на написание протоколов, стандартов, проведение последипломной подготовки и решение других профессиональных вопросов. Наконец, дано определение общероссийской медицинской организации. В нее должны вступить более половины всех территориальных организаций и большая часть всех ассоциаций.

Национальная медицинская палата объединяет юридические лица: территориальные организации и профессиональные некоммерческие организации по специальности. Но фактически объединяет врачей как физических лиц, потому что они уже входят в местные профессиональные ассоциации, а также в территориальную организацию. Подобное двойное членство существует во всем мире. Мы провели по стране большую работу, для того чтобы показать полезность этого объединения самим врачам. Мы никого не тащили насильно в Национальную медицинскую палату. Нужно добиться, чтобы каждый доктор понимал, что дает ему такое взаимодействие: это его организация, она защищает его права, помогает в его профессиональном росте.

В законе №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан...» впервые в российском законодательстве было установлено, что организация охраны здоровья осуществляется не только на основе государственного регулирования, но и путем саморегулирования. После того как мы создали



стройную систему организации взаимодействия гражданского общества и медицинского сообщества, стало понятно, с кем конкретно нужно работать органам исполнительной власти и кому передавать, когда мы придем к саморегулированию профессиональной деятельности, определенные функции Минздрава, чтобы они исполнялись с должной ответственностью.

– Как Вы видите дальнейшее развитие отношений Национальной медицинской палаты и Минздрава на принципах общественно-государственного партнерства?

– За рубежом министерство здравоохранения занимается не профессиональными делами медиков, а общими вопросами: законодательством, финансированием, стратегией и перспективами развития отрасли. Как лечить, по каким клиническим программам работать – этими вопросами занимаются профессиональные организации. В Германии, например, существует единая врачебная организация, которая называется палата, во Франции – орден, в Великобритании и США – ассоциация. Профессиональные врачебные объединения играют огромную роль в решении вопросов аттестации, сертификации специалистов, разработки единых многоуровневых стандартов, протоколов, методических рекомендаций, контроля за их исполнением, а также функционированием системы последипломной непрерывной подготовки.

– Вы с самого начала деятельности Национальной медицинской палаты стали поднимать вопрос о необходимости непрерывной подготовки врачей. Расскажите, каких результатов удалось добиться в этом направлении.

– Наша цель – сделать так, чтобы в стране стало больше хороших врачей. Для этого было необходимо полностью пересмотреть вопросы последипломной подготовки. И мы их не просто пересмотрели, мы сейчас ломаем ту старую систему, при которой врач один раз в 5 лет должен был пройти курс повышения квалификации и сдать экзамен, притом ехать куда-то, да еще платить за обучение деньги.

Врач должен повышать свой профессиональный уровень всю жизнь, но обучение не должно быть для него каторгой. Для медиков первичного звена, зачастую перегруженных работой, нелегко найти возможность для того, чтобы, отрываясь от семьи, пройти какой-то дополнительный курс, да еще за деньги – при их-то уровне зарплаты! Существует и еще одна проблема: мощный поток новой информации в медицине, который врачи просто не успевают освоить. Необходимо создать такую систему, чтобы она не усложняла, а, наоборот, облегчала жизнь медиков с помощью современных дистанционных методов обучения, причем персонализированных. Без отрыва от каждодневной работы врачи смогут получать свежие данные, обоснованные рекомендации, которые можно применять в практике.

Методология такого обучения уже достаточно апробирована, разработаны образовательные материалы, электронные модули, включающие клинические разборы по самым актуальным темам, где очень многое зависит от выбора верной тактики лечения. Мы сейчас вводим элемент дистанционной подготовки. По инициативе Национальной медицинской палаты в 2014 году в 11 регионах страны начата отработка методики дистанционного обучения врачей первичного звена: участковых педиатров, терапевтов, врачей общей практики. Непосредственно на рабочем месте с помощью вебинарной и телемедицинской связи медики смогут слушать лекции и получать консультации ведущих специалистов в своей профессиональной области, в удобное для себя время самостоятельно изучать выбранные образовательные модули в Интернете. Все данные о полученных с помощью онлайн-технологий новых знаниях будут фиксироваться в индивидуальном плане развития. Мы выступаем за введение при дистанционной форме обучения накопительной системы баллов для врача, которые будут использованы им при получении квалификационной категории и при сертификации. Причем новая система не отменяет то хорошее, что было в прежней: непрерывное медицинское образование будет строиться на взаимодействии государственных образовательных учреждений и профессиональных обществ. Проект будет продолжен и в следующем году, в том числе и по таким специальностям, как кардиология, анестезиология и реаниматология, клиническая фармакология, скорая медицинская помощь, рентгенология, эндокринология и др.



– Одной из целей своей деятельности Национальная медицинская палата ставит правовую защиту интересов врачей. Это многогранное понятие, которое включает и защиту в социальной сфере, о чем мы уже немного поговорили. Расскажите, как сейчас обстоит дело с урегулированием конфликтов между врачом и пациентом.

– В плане защиты врачей нам удалось добиться серьезных сдвигов. Мы имеем уже несколько конкретных примеров, когда удалось защитить ректора медицинского института, простых врачей и целые медицинские коллективы.

– Это в рамках системы досудебного разбирательства?

– Да, мало того, мы заключили соглашение с Федеральным союзом адвокатов России об оказании юридической помощи работникам медицины и намерены судиться с теми изданиями, которые порочат белый халат.

– Это касается случаев необоснованных обвинений в халатности, во врачебных ошибках и т.д. Но ведь врачебная деятельность связана с рисками, ошибки время от времени случаются, будем реалистами. Как в таких случаях регулировать конфликтные ситуации между конкретными врачами, медицинскими организациями и пациентами?

– Национальная медицинская палата продвигает идею независимой профессиональной экспертизы, которая в определенной степени имеет и мировой опыт реализации. Например, в Германии есть комиссии, во главе каждой из которых стоит опытный юрист с большой практикой. Членами комиссии являются представители врачебного и гражданского сообщества. Эти комиссии работают обезличенно: поступающие в комиссию документы в обезличенной форме направляются экспертам. Те изучают их и дают свои оценки также в обезличенной форме, и в такой же обезличенной форме комиссии выносят заключение. Все решения принимаются на основании анализа материалов, там не практикуются личные встречи с конкретными людьми. Вот такая форма работы и является по-настоящему независимой экспертизой.

По этому пути мы, вероятнее всего, и пойдём, попытаемся изменить существующую ситуацию. Бывает, к нам приходят с жалобами: мы всем, чуть ли не до Путина, писали, ничего не помогло, а теперь вы, пожалуйста, разберитесь. Поиск справедливого решения должен быть не результатом счастливого стечения обстоятельств или воли высокого чиновника, который снизошел и разобрался в ситуации, это должна быть четко выстроенная структура.

В ситуациях, которые связаны с предъявленными исками, мы прибегаем к системе досудебного разбирательства, как, например, в Смоленской области, где на общественных началах специально подготовленные эксперты производят разбор всех обстоятельств, и в 80% случаев удается не доводить дело до суда. Между гражданским судом и досудебным разбирательством есть еще третейские суды, но они реже задействованы, чаще удается решить проблему на досудебном уровне.

Что касается требований о возмещении морального и физического вреда, причиненного в результате врачебной ошибки, которые предъявляются на очень внушительные суммы, то этот вопрос еще не отработан. Мы сейчас ищем оптимальную методику страхования профессиональной ответственности. Раньше существовали кассы взаимопомощи, мы на основе такой модели проводим сейчас с Тюменским медицинским обществом пилотный проект по страхованию профессиональной ответственности медиков. Выплаты пациентам производятся в случае доказанной врачебной ошибки, а в случае неустраиваемости накапливаются в фонде ОВС (общества взаимного страхования. – Ред.), и это большой плюс по сравнению с работой страховых компаний, которые неустраиваемые деньги забирают себе.

На переходный период необходимо предусмотреть финансирование отчислений в ОВС от медицинских организаций, не располагающих внебюджетными фондами, за счет средств ОМС. В противном случае может сложиться ситуация, подобная той, в которой оказалась калининградская детская областная больница: на нее по суду наложили обязательство выплатить по иску 3 млн рублей и арестовали счета, практически парализовав лечебный процесс. Больнице не на что было купить лекарства, чтобы как-то урегулировать ситуацию, пришлось вмешаться губер-



натору и нам, НМП. А за счет каких средств платить по судебным искам? Из фонда заработной платы – незаконно, единственный путь – расширять платные услуги. Мы должны защитить как отдельно взятого врача, так и медицинскую организацию от такой кабалы. Параллельно необходимо развивать институт независимой экспертизы качества медицинской помощи и систему досудебного урегулирования конфликтов между врачом и пациентом. За рубежом 80% всех жалоб разрешается на досудебном уровне через эту систему.

При такой организации мы сможем отказаться от дорогостоящих услуг юридических консультантов и сбалансировать интересы врачей, медицинских организаций, пациентов и государства. Страховые компании, как и следовало ожидать, высказались против создания некоммерческих ОВС. Сейчас мы совместно с Минздравом координируем разработку основных положений взаимного страхования при оказании медицинской помощи, а также финансово-экономическое обоснование реализации проекта в пилотном регионе. Мы уже 2 года пытаемся решить эту проблему, и я благодарю всех, кто участвует в этой нелегкой работе.

– Существует мнение, что действующая система медицинского страхования серьезно ущемляет интересы ЛПУ и позволяет страховщикам наживаться на медицинских организациях, накладывая штрафные санкции за мелкие формальные нарушения, не влияющие на качество оказания медицинской помощи.

– Эти штрафы ужасны. Вопрос об эффективности существующей системы медицинского страхования и применяемой системы санкций давно требует серьезного рассмотрения. Нужны ли эти страховые компании в здравоохранении или всё можно организовать в рамках фонда ОМС? А фонд ОМС превратили в министерство финансов здравоохранения. Он не выполняет функции страхования как такового. Есть же оголтелые люди какие-то: объединяют, разъединяют, суета идет, одноканальное финансирование... Ничего хорошего я в одноканальном финансировании не вижу. Мне безразлично, из каких источников я буду получать деньги, это бухгалтерам легче считать: вот это дали, это взяли. Кто это всё выдумывает?!

– В марте нынешнего года Вы подписали дополнительное соглашение с Министерством здравоохранения о предварительном обсуждении в Национальной медицинской палате всех значимых отраслевых нормативных актов. Расскажите подробнее о регламенте такого взаимодействия и о том, какие документы удалось скорректировать с Вашей помощью за это время.

– Регламент, который мы подписали, заключается в следующем: каждый департамент Минздрава, который готовит документ, касающийся регулирования профессиональной деятельности, должен сначала направить его на предварительное обсуждение в Национальную медицинскую палату для того, чтобы снять возможные вопросы. Затем этот документ размещается уже для общественного обсуждения на сайтах Минздрава и Нацмедпалаты. Мы собираем мнения и потом совместно с Минздравом определяем, какие изменения нужно внести в этот документ. После того как пройдет все этапы согласования, он будет снова направляться в палату для получения окончательной визы перед подписью министра. Такой порядок позволит повысить качество нормативных актов, поскольку в тех жестких временных рамках, в которых работает Министерство, на детальную проработку проектов часто просто не хватает времени. Мы остро поставили вопрос о содержании приказа о порядках оказания скорой помощи, вызвавшего немало возражений у специалистов. Всего Минздравом России были приняты в работу замечания и предложения специалистов палаты по более чем 10 документам, включая проекты приказов. Минздрав направил в наш адрес более 500 стандартов оказания медицинской помощи. Сейчас по поручению Минздрава мы разрабатываем стандарты профессиональной деятельности для медицинских работников разных специальностей и категорий. Мы эти материалы рассылаем врачебным ассоциациям по всей стране, получаем ответы, анализируем.

Особенно важно, на мой взгляд, внести в профессиональные стандарты положения, мотивирующие врачей к постоянному повышению квалификации, расширению профессиональных знаний и умений. Эти профессиональные стандарты будут определять и допуск к профессии, и тре-



бования к квалификационным категориям. Мы начали анализ правоприменения принятых порядков медицинской помощи, подготовку замечаний и предложений по их совершенствованию и создание протоколов лечения.

– Речь идет о формировании стандартов по всем специальностям и категориям внутри них?

– Да, это важная задача для профессиональных медицинских организаций – расписать для каждой специальности, что такое врач второй, первой, высшей категории. Сейчас Ассоциация педиатров России, Федерация реаниматологов и анестезиологов России и Ассоциация травматологов-ортопедов России прорабатывают формулировки будущих стандартов в рамках пилотных проектов. Там очень много интересного, дискуссионного: нужно ли для получения категории, чтобы человек проработал 10 лет, или он может получить ее раньше. Всё должно быть предельно точно расписано, потому что, к примеру, врач-окулист второй категории отличается от врача-проктолога второй категории по области применения, по объему операций – по всему. Это огромная работа. И, может быть, результаты этой работы лягут в основу аккредитации врачей и допуска к профессии.

– Тот факт, что решение сугубо профессиональных задач поручено самим профессионалам, а не внешним организаторам, не может не радовать.

– Да, общественно-государственная форма управления профессиональной деятельностью. Такого в России еще не было. То, что мы сейчас делаем совместно с Министерством здравоохранения, – это исторический шаг. Сегодня впервые в российском здравоохранении созданы основы для государственно-общественного управления профессиональной деятельностью, и они были изложены в специальном регламенте, заключенном между Минздравом и НМП. А следующий шаг – это введение саморегулирования профессиональной деятельности, для этого нужен соответствующий закон, и мы к этому идем.

И последнее. Вот сейчас пинают медиков кто хочет, с правой и с левой ноги, и говорят, что мы недостаточно хорошо работаем, что наша система ужасна, что надо ее менять и т.д. Я считаю, что лучше советской системы здравоохранения не было. Почему? Мы встречались на международных форумах с представителями немецкой и французской систем здравоохранения, и я спрашивал у них: «Скажите, пожалуйста, что было бы с вашим здравоохранением, если бы на него отпускалось 3,7% или 3,5% ВВП?» У них выделяется 8, 10, 12%. Они ответили, что умерли бы. А мы не умираем и даже развиваемся при таком финансировании. Это за счет структуры советского здравоохранения, которую разрушать нельзя. Нас не надо толкать непонятно куда, нам надо помогать здесь и сейчас. Если даже будет 5% ВВП, ей-богу, нас никто не догонит.

БЕСЕДОВАЛА РЕДАКТОР ИЗДАНИЯ
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ СПРАВОЧНИК
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ»
Надежда Николаева