

Можно ли развивать здравоохранение без концепции?

Член Оргкомитета Комаров Ю.М., докт.
мед. наук, проф., засл. деят. науки РФ
E-mail: drkomarov@mail.ru Site: viperson.ru
Тел. 8-903-237-0308

Предыдущая Концепция развития здравоохранения и медицинской науки до 2005 г.

1. Утверждена Постановлением правительства
2. Заранее было известно, что она не жизнеспособна, т.к. включала в себя все возможные направления (ни одна страна не может себе этого позволить) без выделения приоритетов. Это обусловлено тем, что составлялась она лидерами клинической медицины, считающими свое направление самым главным.
3. Не были подведены итоги по Концепции, что получилось, что – нет, и почему.
4. Без этого анализа трудно составить новую Концепцию.
5. Тем не менее, ее проект был разработан с прежними методическими ошибками и не доведен до конца.
6. Без Концепции, определяющей перспективное развитие здравоохранения, все принимаемые решения в отрасли носят несистемный, хаотичный («лоскутный») и не вполне профессиональный характер, что будет на этом заседании продемонстрировано.

Съезд- как ответ на вызовы последних публикаций в прессе. Вот лишь некоторые названия статей:

- Россия нездорова и теряет жизнеспособность
- Без лицензии на смерть; обогащайтесь на здоровье
- Лучше быть здоровым и умным. Больницы и школы лишены стимула работать бесплатно; революция для бюджетников
- Голикова пообещала лечить бесплатно; лечиться даром
- Путину в больнице втерли очки. Премьеру показали «модернизированную клинику», в которой на самом деле нет даже канцтоваров.
- День больного общества. Поздравляем: российское здравоохранение- одно из самых отсталых в мире
- Реформа заплутала в тумане; оборотни в белых халатах
- Минздрав прописал аптекам наркотики; лекарства- роскошь
- Россиян вылечат по-новому; клиника «в последний путь»
- Россию ждет сокращение детского населения на 5 лет
- России предрекли «колоссальные демографические трудности»
- Планы модернизации уперлись в демографию
- Россияне обреченно ждут от жизни худшего
- Томография российской коррупции; «Ростовский томограф».Что решит прокуратура в Ростовской области?
- Государство перестанет наживаться на больных
- Смертельно опасная пенсионная реформа; пенсия в тумане
- Кудрин собрался повышать пенсионный возраст через 5 лет
- Минздрав предупреждает. Повышение пенсионного возраста только увеличит дефицит бюджета
- Татьяна Голикова призвала к повышению пенсионного возраста

Что будет изложено в настоящем сообщении ?

- 1.Неправомерное толкование демографических характеристик.
(Власть слышит только то, что хочет слышать. Но на самом деле ситуация намного хуже, чем можно себе представить)
- 2.Не проработанное решение об отмене сертификации продуктов питания. Кому выгодно? *(Cui prodest?)*
- 3.Нужна ли такая модернизация СМП ?
- 4.Зачем отменять лицензирование медицинских учреждений?
- 5.Об основах охраны здоровья граждан в РФ. Что нового?
- 6.Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами. Кто в выигрыше?
- 7.Что делать?

Примечание: вопросы модернизации, о ФЗ 83, ФЗ об ОМС и лекарственном обеспечении будут изложены в других сообщениях.

Что влияет на рост рождаемости?

Официальная позиция:

1. Национальный проект «Здоровье», но не ясно, каким путем и за счет каких механизмов
2. Материнский «капитал», который с 2011 г. превысит 12 тыс. долл. (цена 3-4 кв.м. жилья), а разовое пособие на рождение ребенка составит 400 долл.

Материнским капиталом, в основном, пользуются маргинальные семьи, в них рождаются больше нездоровых детей, растет врожденный сифилис (Малыгина Н.С.), растет бедность, дети из этих семей нередко попадают под влияние криминала.

А что на самом деле?

Что происходит с рождаемостью?

1. Рост числа рождений в 2008-09 гг. (свыше 1.7 млн.) обусловлен вступлением в детородный возраст многочисленного поколения 1980-х гг. (средний возраст матери 26 лет)
2. В 1980-х гг. были приняты меры помощи семьям с детьми и их продвигали в очереди на квартиру.
3. Получается, что сейчас рождаются дети 1980-х гг. и внуки 1950-х гг.
4. Суммарный коэффициент рождаемости сейчас 1.56 (в 1990-е гг.-1.2, в 1987 г.-2.23)
5. Сейчас число рождений могло бы быть выше, если бы не высокий уровень абортов и 4% женщин 18-24 лет, которые вместо того, чтобы рожать на родине, занимаются проституцией за рубежом.
6. В 1990-е гг. родилось на 7.8 млн. чел. меньше, чем умерло, и наполовину меньше, чем в 1980-е гг.
7. В 1995 г. родилось на 787 тыс. детей меньше, чем в 1989 г., а гипотетическая убыль (при той же возрастной структуре) составила 720 тыс. детей, т.е. 90.3%.
8. Те, кто будет рожать после 2015 г. уже родились, и потому можно прогнозировать резкий демографический обвал, поскольку смертность в 2 раза превысит рождаемость, что отразится на экономике и будущем страны.

Рождаемость и смертность в РФ в среднем за год (в тыс.чел.)

Годы	Число рождений	Число смертей
1940	3.650	2.283
1950-1961	2.799	953
1962-1969	2.772	985
1970-1979	1.880	1.196
1980-1989	2.353	1.558
1990-2000	1.441	2.022
2001-2009	1.523	2.210

Рождаемость в предшествующие годы

1. Рост числа рождений в 1937-40-х гг. обусловлен тем, что в 1936 г. были запрещены аборты.
2. Число родившихся в 1941-45-х гг. по сравнению с предыдущим 5-летием уменьшилось наполовину.
3. Высокий уровень рождаемости в 1950-61 гг. - это послевоенная компенсаторная волна рождаемости. В 1959 г. число женщин превышало число мужчин на 20 млн. чел.
4. Уменьшение числа рождений в 1960-е гг. и продолжившееся в 1970-е гг. обусловлено тем, что: а) в детородный возраст вступило малочисленное поколение родившихся в годы войны б) отменой запрещения абортов (указ от 23.11.1955 г.). В 1964 г. было сделано 5.6 млн. абортов, а всего с середины 1950-х гг. до конца 1980-х гг. за 25 лет было сделано почти 90 млн. абортов и потери от них превысили потери страны во всех войнах прошлого столетия.
5. Показатели 2 и 3-х рождений в РФ одни из самых низких в мире, а на долю 3-х и последующих детей приходится только 11%.
6. Установившиеся тенденции: к однодетности, высокая доля первенцев, повышение возраста матерей, рост числа детей, родившихся вне брака (почти 30%), рост бесплодия, главным образом, вторичного.

Что делать в связи с низкой рождаемостью?

1. Нужно не разовыми выплатами откупаться от матерей и детей, а систематически создавать для матерей с детьми нормальные условия жизни по примеру Франции, Швеции и др. стран:
 - 100% доступность детских дошкольных учреждений на бесплатной основе (или за символическую плату)
 - предоставление льготных кредитов на жилье и другие крупные приобретения
 - предоставление сиделок для детей с тем, чтобы мама могла работать
 - бесплатное образование для детей из семей с небольшим или средним доходом, бесплатное выделение материалов для учебы
 - высокий уровень разовых и ежемесячных пособий
 - бесплатный для матерей с детьми проезд на транспорте и т.д.
2. В маргинальных (бомжующих и спившихся) семьях нужно проверять их здоровье и репродуктивную функцию
3. Для рождения здоровых детей (а сейчас их менее трети) проводить комплекс профилактических мероприятий, например, предупреждение железодефицитной анемии у беременных (а таких- 60%), потребления алкоголя и курения во время беременности и т.д.

Что влияет на уменьшение числа умерших?

Официальная позиция:

1. Развитие здравоохранения
2. Национальный проект «Здоровье»
3. Создание центров высоких технологий.

По пп. 1 и 2 совершенно непонятны механизмы этого влияния, т.к. пока еще ничего не сделано для снижения смертности. По п.3 к 2007 г. должно было построено 15 таких центров, построено 4, да и то с незаполненными пациентами. На остальные деньги были отпущены и куда-то делись. Кстати, на высокие технологии приходится всего 1.7% всей стационарной помощи.

В центре им. В.И.Шумакова сделано свыше 100 пересадок сердца, что очень нужно для многих больных, но на здоровье населения и на смертности это никак не отразится.

Если рак (14% смертности) и дальше будет выявляться на поздних стадиях (а это 40%), то компьютерные томографы, купленные даже по очень завышенной стоимости, можно сдать в утиль.

Продолжение про высокие технологии и смертность

5-летняя выживаемость при раке грудной железы: в США-99%, Западной Европе-74%, Восточной Европе-52%, в России-всего 30%. Высокая выживаемость при обнаружении всех форм рака на ранних стадиях(80%) в Японии, а в РФ на ранних стадиях выявляется только 25% рака. Из 500 тыс.ежегодно выявленных и учтенных больных с раком 30,5% умирают в тот же год, и только 25% имеют неплохие шансы. Каждый год в РФ умирают от рака 300 тыс. больных из выявленных в текущем году и в предыдущие годы, но больше 50% из них могли остаться в живых при раннем их выявлении и адекватном лечении. При этом на онкологические препараты в западных странах в расчете на душу населения тратится в 5.5 раз больше средств (у нас иногда не на что лечить), а положение с онкологической помощью у нас хуже, чем во Франции в 16 раз и даже хуже, чем в Марокко.

Вывод: чем хуже работает первичное звено, чем хуже организованы профилактика и возможно раннее выявление заболеваний, тем будет больше тяжелых и запущенных случаев заболеваний и, естественно, выше потребность в высоких технологиях. Отсюда следует, что для улучшения здоровья и снижения смертности вектор развития всего здравоохранения необходимо развернуть в прямо противоположном направлении.

Чем на самом деле обусловлено уменьшение числа умерших?

Процесс депопуляции на 65% связан с высокой смертностью и на 35% с низкой рождаемостью. Значит, только увеличением рождаемости депопуляцию не остановить. Если бы у нас умирало столько же, сколько в 1989 г., то сейчас был бы позитивный естественный прирост населения. В 1990-е годы число умерших превысило уровень 1980-х гг. на 4.9 млн. чел., а уровень 1970-х гг. - на 7.4 млн. чел.

В последние годы число умерших снижается - до 2млн.14 тыс. В допожилом возрасте умирают 46% мужчин и 14% женщин, большинство - в пожилых возрастах. Сейчас в пожилой возраст (60-70 лет) вступило малочисленное поколение родившихся во время войны и сразу после нее, т.е. пожилых стало меньше, отсюда меньше и число смертельных исходов.

Только 60% 20-летних мужчин сейчас доживают до пенсионного возраста, что дает дефицитному ПФР (а дефицит обусловлен нецелевыми расходами и разбазариванием) дополнительно 60 млрд.руб. в год. А 40% работающих россиян, отработав 35 лет, получают пенсию не выше прожиточного минимума, на который прожить невозможно. Минфин регулярно выступает за повышение пенсионного возраста при низкой средней продолжительности жизни (но не как во Франции - на 2 года, а больше). Раньше, месяц назад, Министр МЗСР выступала против этого, но после того, как Президент РФ сказал о несвоевременности повышения этого возраста, министр на третьем Российском пенсионном форуме призвала к повышению пенсионного возраста, правда, взвешенно и постепенно. У доживающих до 60 лет вероятность прожить у нас на 8 лет меньше, чем во Франции. Именно поэтому во Франции можно слегка повысить пенсионный возраст, а у нас - нельзя.

Средняя продолжительность ожидаемой жизни (СПЖ)

Фактически высокая смертность (почти самая высокая в Европе) определяет низкую СПЖ и значительный разрыв в СПЖ у мужчин и женщин. По показателю СПЖ (в 2010 г. он составит 68.9 лет, это на уровне слабо развитых стран, в 1980-е годы он был-70,3 года) мы оказались отброшенными на 40 лет назад и еще не достигли уровня 1968-69 гг. Отставание от развитых стран нарастает и для мужчин составляет 17-20 лет, а для женщин-10-13 лет и по этому показателю мы находимся на 142 позиции, что влияет в целом и на другие рейтинги страны. При таком уровне СПЖ ставить вопрос об увеличении пенсионного возраста просто кощунственно. Сейчас 16-летние мальчики проживут меньше, чем в 1897 г.- т.е. в год переписи в царской России.

Заболеваемость по обращаемости

Она скорее искажает, чем отражает картину общей заболеваемости, поскольку в большей степени характеризует возможности здравоохранения, нежели здоровье населения. Например, если в районе не будет окулиста, то и глазную заболеваемость некому будет выявлять.

Обращаемость систематически уменьшается вследствие интенсивного нарастания платности и недоступности медицинской помощи, и потому для характеристики здоровья не подходит.

По данным MAR Consult в 2010 г. в крупных городах РФ более 80% граждан не обращаются к врачам при каждом заболевании и занимаются самолечением из непонятной для западного обывателя «домашней аптечки».

Поэтому все выводы по официальной заболеваемости нельзя считать достоверными.

Выводы

- 1. Неверное информирование органов власти относительно причин и механизмов изменения основных демографических показателей без понимания закономерностей в динамике демографических процессов.
Так, с национальным проектом «Здоровье» связывают 20% увеличения рождаемости, 20% снижения смертности и увеличение СПЖ за 5 лет на 3.7 года. Интересно, о чем будет говориться после 2015 г.?**
- 2. Для увеличения числа здоровых новорожденных нужно проблему охраны материнства и детства сделать наиболее приоритетной и проводить качественный патронаж и профилактическую работу с будущими матерями и беременными (алкоголь, курение, наркотики, анемии, снижение частоты аборт и т.д.), а для увеличения общей рождаемости необходим целый комплекс социальных мероприятий для создания благоприятных условий жизни молодым семьям и для снижения частоты нежелательных беременностей, заканчивающихся абортами (только 40% беременностей заканчиваются родами)**
- 3. Для снижения смертности необходимо главные усилия сосредоточить на профилактике, предболезнях и раннем выявлении заболеваний, а также на такой организации работы, чтобы пациент был направлен туда, где ему будет своевременно оказана адекватная медицинская помощь. Нельзя забывать и о социальной профилактике смертности (алкоголь, наркотики, работа с подростками и др.)**
- 4. Для определения действительной потребности населения в различных видах медицинской помощи целесообразно провести силами имеющихся НИИ соответствующие выборочные исследования, и тогда программа государственных гарантий станет обоснованной.**

Об отмене обязательной сертификации продуктов питания с 15.02.2010 г.

В связи с уменьшением доходов у 47% граждан и ростом цен на продовольствие на 36% люди перешли на дешевое и не всегда качественное питание, что еще очень значительно отразится на их здоровье. На 70% граждан распространяется структурный голод и они питаются ниже медицинских норм, а 12% - недоедают.

По данным Центра контроля качества Общества защиты прав потребителей в состав, например, докторской колбасы входит мука из рогов и копыт, требуха, красители и наполнители, крахмал, трансгенная соя, разбухающая в 3 раза и влияющая на репродуктивную функцию, онкологические и сердечно-сосудистые заболевания. Отмена обязательной сертификации означает бесконтрольность производства, исчезнет и санэпидконтроль (кроме детского питания). В выигрыше оказывается бизнес, т.к. производители продуктов питания смогут ежегодно экономить до 700 млрд.руб. А о гражданах, их здоровье, никто, как всегда, и не подумал.

О модернизации скорой медицинской помощи-1

МЗСР предлагает: вместо врачебных бригад СМП ввести по американскому образцу (парамедиков) бригаду из 2-х фельдшеров, один будет еще и водителем, другой- санитаром. Это сократит расходы (за счет ставок врача и водителя) и позволит не ставить диагноз на месте, а быстрее доставить больного в стационар. В составе больниц с числом коек 400 и более, куда поступает не менее 50 пациентов в сутки, планируется создать отделения экстренной медицинской помощи. Это очередная попытка реанимировать приказы №100 от 1999 г. и приказ №197 от 2004 г. (о фельдшерских бригадах)

Это полный абсурд по следующим причинам:

- 1.В США совсем иная система оказания медицинской помощи и во многих больницах первые этажи предназначены для экстренной медицинской помощи (общие операционные, специализированные- на этажах, палаты реанимации, интенсивной терапии, передвижные кровати, подготовленный персонал и т.д.)**
- 2.У нас на всю страну 50 больниц СМП (в 1995 г.-55), средняя мощность-586 коек, остальные больницы спроектированы так, что приемное отделение может вести прием только поступающих на стационарное лечение, а для массового одновременного поступления пациентов и оказания им помощи до госпитализации не предназначены.**

О модернизации скорой медицинской помощи-2

- 3. В задачи врача СМП, как и в ПМСП, не входит быстрая постановка диагноза (они пользуются синдромальной классификацией WONCA, а не МКБ-10), его задача - снять проблему пациента и решить его дальнейшую судьбу. Поэтому врач СМП должен быть наиболее квалифицированным и с высокой оплатой.**
- 4. На СМП врачи мужчины и женщины - почти в равных долях (дефицит врачей - 48.5%), а среди фельдшеров - 79.7% женщин в достаточно зрелом возрасте, из которых водители и носильщики не получатся.**
- 5. СМП - дорогой вид помощи, 1 вызов дороже 1 койко-дня в 1.24 раза, 1 пациенто-дня - в 3.6 раза, 1 посещения - в 7.8 раз и потому нуждается в реорганизации.**
- 6. Укомплектование медикаментами и материалами СМП не продумано, а специалисты общества скорой медицинской помощи считают, что составители списка препаратов продемонстрировали отсутствие элементарных медицинских знаний в отношении неотложных состояний.**

Что касается первой помощи (приказ №353н от 17.05.2010), то приказ, правильный по идее, получился несуразным по реализации. Кстати приказ подписал и.о. министра В.С.Белов, специалист по водному транспорту, кэн, заслуженный экономист РФ. Приказ нуждается в доработке и необходимо организовать повсеместные занятия по оказанию первой помощи.

Что делать со СМП?

1. Уменьшить объемы дорогостоящей СМП, увеличив объемы амбулаторной помощи, включая вызовы на дом и развитие неотложной помощи при АПУ.
2. Не допускать использование бригад СМП только для транспортировки больных (это 10% вызовов), максимально снизить число необоснованных вызовов (их почти 67%)
3. Провести медицинское районирование (может не совпадать с административным) с учетом времени на доезд к месту вызова и времени на доставку в стационар.

Все это нужно делать с профессионалами- организаторами здравоохранения и обществом СМП, что позволит снизить неэффективные расходы, составившие в 2009 г. 3.3 млрд. руб.

О замене лицензирования медицинских учреждений на уведомительный характер

До сих пор лицензию, т.е. разрешение на деятельность получают медицинские учреждения (ФЗ об ОМС №1499-1 от 1991 г.). Теперь будут упрощены разрешительные процедуры на основе поданных заявок. При подготовке этого решения не учитывалось мнение врачей и медицинской общественности, потому трудно представить, к каким негативным последствиям может привести уведомительная система и отсутствие регистрации медицинских технологий. Это все не может гарантировать требуемых объемов и видов деятельности и качества медицинской помощи.

Что нужно делать:

1. Проводить аккредитацию медицинских учреждений (проверку условий), для чего разработать с учетом международного опыта соответствующий набор требований и критериев.
2. Осуществить подготовительную работу по повышению правового статуса врача и переводу его из объекта права в субъект права с последующим лицензированием его деятельности и страхованием его профессиональной ответственности за счет медицинского учреждения.

Врач без лицензии- пациент без гарантии.

Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации

Вместо действующего закона

Действующие Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан включают в себя блоки:

- права граждан на здоровье
 - ответственность государства за реализацию этих прав
 - роль и место здравоохранения в этой ответственности государства
 - роль и место профессиональных медицинских сообществ
1. Не закон прямого действия, поэтому ГД должна была каждую статью Основ преобразовать в закон прямого действия
 2. Борьба за этот закон
 3. Демократический закон
 4. Закон на 2 года опередил Амстердамскую декларацию о правах граждан и пациентов
 5. Закон не фиксировал сложившееся тяжелейшее положение в здравоохранении, а был устремлен в будущее, т.е. в какой-то мере отражал будущую модель здравоохранения

Что такое новый законопроект

- большая часть старого, действующего закона
- дополнения в виде новых законов, принятых недавно
- определения из законопроекта о здравоохранении 1995 и 2001гг.
- дополнен частностями и излишними деталями
- значительные погрешности по статьям, в том числе

Статьи 30 и 31 :

Неправильное понимание ПМСП, то она доврачебная, то специализированная. Между тем ВОЗ считает, что ПМСП сегодня актуальнее, чем когда-либо. ВОЗ также считает недопустимым, чтобы в странах с низким доходом ПМСП финансировалась даже частично из наличных платежей.

Почему-то отдельно выделена СМП. Медицинская помощь может оказываться вне медицинской организации и указывается СМП, а вызовы на дом?

Что за термин такой «в неотложной форме»?

Постатейный анализ

Статья 28

Профилактика перепутана с медицинской помощью.

Формирование здорового образа жизни возникнет у населения в результате его информирования о факторах риска. Стоит только на пачке сигарет написать, насколько курение вредно, как курильщики тут же бросят курить. Нет понимания, что такое диспансеризация, профилактические осмотры отождествляются с диспансеризацией.

Рождение ребенка, статья 49

Моментом рождения является момент отделения продуктов зачатия от организма матери посредством родов.

Медицинские критерии рождения, включая сроки беременности, массу ребенка и признаки живорождения... утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Постатейный анализ-2

Статья 19

Право граждан на выбор врача и медицинской организации. Все пациенты с травмой захотят попасть в ЦИТО, а у них свое государственное задание (по ФЗ 83). Не принять они не могут, ибо штрафные санкции. Или все захотят попасть к одному специалисту, у которого не хватит времени, чтобы только поздороваться с каждым пациентом. Пациенты заведомо ставятся в неравные условия (город-село), когда у них право выбора появляется, а возможностей его реализовать нет. Это право было и раньше, но не действовало.

Статья 64

Неверно и не соответствующе мировой практике определены лицензирование и аккредитация. В действующих пока Основах законодательства (статьи 54, 55 и 56) указано, кто имеет право получить лицензию, т.е. разрешение на деятельность.

Крупные недостатки.

Из законопроекта полностью выпала статья 2.5 Основ законодательства об ответственности государства (вместо этого включены полномочия). Не для этого ли все и делалось? Отсюда многие статьи оказались безликими. Например, ст.5: «Мероприятия по охране здоровья граждан должны проводиться (кем, когда, как?) с соблюдением общепризнанных (кем, где записано, а международное право?) прав и свобод человека. Права граждан ничем не подкреплены. Например, в ст.19.6 гражданин вправе обратиться в любую медицинскую организацию, но не указано, что они обязаны его принять. Ст.13.10 вводит дискриминацию, т.к. государственным служащим будет оказана особая медицинская помощь.

В пояснительной записке указана необходимость регулирования платных услуг. У нас формальные платежи легко переходят в неформальные. А должны ли быть платные услуги? Предложение И. Шеймана: вместо формальных и неформальных платежей за уже оказанную помощь ввести соплатежи в виде страхового взноса непосредственно в страховую организацию, минуя фонды ОМС. Есть и другие варианты, но медицинская помощь должна быть бесплатной, т.к. за нее уже оплачено из прямых налогов, косвенных платежей, страховых взносов, без которых эти средства вошли бы в зарплату.

Высокотехнологичная медицинская помощь

- В законопроекте ей уделено особое внимание (правда определение расплывчато), хотя на ее долю приходится 1.7% объемов всей стационарной помощи.
- Мировые тенденции направлены в другую сторону, поскольку там стараются не допустить пациентов до дорогостоящей помощи, предупреждая заболевания или выявляя их на ранних стадиях, что позволяет их лечить своевременно.
- В законопроекте ничего не говорится о приоритетах, медико-экономических стандартах (DRG), не представлены вопросы качества медицинской помощи, ничего не говорится о кадровой политике, слабо отражена роль профессиональных объединений, начиная со ст.4 система охраны здоровья отождествляется с медицинской помощью, много жаргонных слов, ничего не говорится о работе с населением, о попечительских советах, претензии к стилю. Например, «порядок оказания медицинской помощи может включать... (а может и не включать?), стандарт может содержать» и т.д.

Правовые ошибки

1. Определения профессиональных ошибок в пояснительной записке и законопроекте отличаются.
2. Перепутаны форма вины и наименование преступления, умысел и неосторожность почему-то объединены.
3. В случае возмещения вреда ссылаются на вину, хотя в ст.1095 Гражданского кодекса вред определяется, независимо от вины
4. Вопросы заработной платы отсутствуют. Нужно было бы хотя бы сказать о принципах и способах оплаты и ее повышении (но не на 35%, как задумано, а значительно больше), методах стимулирования и т.д.
5. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья не проработаны. Сказано лишь, что они должны заботиться о своем трудовом долголетии.
6. Нуждается в изменении статья «Профессиональная ошибка при оказании медицинской помощи» как не соответствующая действующему законодательству.

Что делать

1. Каждое право граждан должно быть подкреплено чьей-то ответственностью и должно быть указано, что будет, если право нельзя реализовать.
2. Все поправимо, если к этой работе привлечь экспертов-специалистов в области общественного здоровья и организации здравоохранения и квалифицированных юристов.

Законопроект «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами»

В пояснительной записке приводится обзор по этой проблеме в разных странах, указывается, что там страхуется профессиональная ответственность врача. И это правильно, т.к. там врач является не объектом права, как у нас, а субъектом права и имеет лицензию. Из правильного обзора сделан неправильный вывод о страховании медицинских учреждений.

Если исходить из услуги, а как правило, медицинские организации оказывают комплексные услуги, то тогда нужно страховать медицинскую организацию на предмет оказания или не оказания необходимых услуг. А если исходить из ответственности за деятельность, то страховать нужно врача за счет медицинского учреждения, которое приняло его на работу. Кстати, и без всякого страхования медицинская организация оплачивает нанесенный ущерб.

О законопроекте

Ответственность медицинского учреждения все равно, что ответственность автомобиля за наезд на пешехода. Лицензию на деятельность должны получать не стены, потолки и оснащение, а люди. Именно они осуществляют деятельность, риск которой должен быть застрахован медицинским учреждением.

Размер страхового вноса установлен в 2% от дохода медицинской организации, т.е. с каждой медицинской услуги. Цена страховки входит в цену услуги. Итого за год сумма составит почти 27 млрд. руб. (до 40 млрд.руб.). По сведениям ФФОМС решением заканчиваются не более 400 судебных разбирательств в год. Выплаты положены только в связи с инвалидностью или со смертью от 500 тыс. руб. до 2 млн. Пусть по каждому иску будет выплачена максимальная сумма, то всего это будет менее 1 млрд. А где остальные? Пойдут в доход страховщикам. Т.е. это закон не о страховании, а о компенсациях. Но иск к учреждению может быть и о моральном ущербе, расходах на погребение, компенсации в связи с утратой кормильца (ст.1084-1094 ГК) и т.д. В результате большая доля затрат на здравоохранение может пойти на выплату пациентам.

Из законопроекта следует-1

Комиссия по расследованию страхового случая состоит из чиновников, страховщика и врача на общественных началах. Если не то отрезали или возникло в результате операции осложнение, не приведшее к инвалидности, то страховое возмещение невозможно. Такая комиссия скорее будет защищать медицинское учреждение от пациента, а не наоборот, поскольку в противном случае придется платить. В выплатах пациенту не заинтересованы ни медучреждения, репутация которых подпортится, ни страховщики.

Что получается?

- 1. Страховая организация, которая должна защищать пациента через контроль качества, выступает против пациента**
- 2. Пациент собрал документы, комиссия приняла их к рассмотрению, наняла за плату эксперта, провела независимую экспертизу, эксперт посчитал, что тут нет страхового случая (никто не умер и не получил инвалидность), и страховщик требует деньги за экспертизу с потерпевшего.**

Из законопроекта следует-2

Если он заработает, то качество медицинской помощи не улучшится, возрастет ее стоимость, а ответственность медицинских учреждений в таком виде не страхуется. В законопроекте говорится и о страховании случаев невинного причинения вреда, а в соответствии со статьей 151 ГК компенсация морального вреда осуществляется с учетом степени вины нарушителя. Поэтому главный риск медицинских учреждений остается не застрахованным. Получается, что медицинское учреждение, заплатив 2% своих средств, как бы стимулирует страховкой развитие конфликтов и получит против себя иск, добавленный регрессным иском страховой компании.

КТО В ВЫИГРЫШЕ

В треугольнике: пациент – медицинское учреждение – страховая организация самым слабым звеном является пациент, который для доказательства вины медицинского учреждения или нанесенного ущерба должен иметь крепкое здоровье. Все дело в том, что медицинское учреждение не будет признавать своей вины, т.к. за этим последуют штрафные санкции со стороны страховых организаций, которые экономически заинтересованы не в хорошей, а в плохой работе медицинских учреждений.

Если случайно пациент или его родственники получат компенсацию за нанесенный вред, а в соответствии со статьей 14 законопроекта страховая организация предъявит регрессное требование к медицинскому учреждению, то, во-первых, весь законопроект теряет свой смысл, во-вторых, в соответствии с ФЗ 83 медицинское учреждение может стать банкротом.

Иначе говоря, этот законопроект подготовлен не для защиты пациентов, а для увеличения прибыли страховщиков, которые, возможно, должны будут ею делиться.

И что же?

Все новые законы, намерения и законопроекты никак не корреспондируют друг с другом. Это говорит от необходимости концептуального пересмотра подготовленных решений, о прекращении выпекания законопроектов с блинной скоростью, о важности участия в этой работе специалистов-экспертов и профессиональных медицинских объединений. Реформа Бевериджа обсуждалась в Англии 6 лет, реформа Деккера в Голландии обсуждалась 14 лет, к нынешней реформе в Германии шли более 10 лет. Спрашивается, куда мы гоним с сырыми и не обсужденными с медицинской общественностью законопроектами, неподготовленными медицинскими учреждениями, необученными руководителями здравоохранения, непонимающими чего их ожидает врачами? Это все равно, что поставить дорогостоящую технику в медицинское учреждение и отчитаться за это. А то, что она там долго работать не будет (не подготовлены помещения, нет расходных материалов, не обучены кадры, не подобраны пациенты и т.д.) никого не беспокоит.

Что происходит?

Сейчас все решения принимаются в МЗСР келейно, без привлечения специалистов и медицинской общественности, в узком кругу, как следует из проведенного анализа, недостаточно компетентных в вопросах общественного здоровья и организации здравоохранения работников, среди которых нет ни одного бывшего руководителя территориального здравоохранения или даже главного врача (в данном случае- бывшие заместители главных врачей, которых нужно учить и учить, в т.ч. основам здравоохранения). Отсюда и проистекает все то, что было изложено. Поспешность, непродуманность и некомпетентность принимаемых решений очевидны уже даже не специалистам.

Получается, что в Министерстве здравоохранения нет здравоохранения.

Раньше в руководстве МЗ были, с одной стороны, авторитетные ученые и специалисты (Петровский Б.В., Чазов Е.И., Воробьев А.И., Щепин О.П., Денисов И.Н., Баранов А.А., Дмитриева Т.Б., Венедиктов Д.Д. и др.), а с другой- хорошо знающие территориальное здравоохранение (Курашов С.В., Трофимов В.В., Трубилин Н.Т., Царегородцев А.Д., Потапов А.И., Калинин В.И., Вялков А.И., Хальфин Р.А., Стародубов В.И., Шарапова О.В. и др.)

В.В.Путин, 19 июня 2004 г.

«Сегодня один из наших национальных приоритетов — повышение эффективности отечественной системы здравоохранения, развитие комплекса качественных и доступных услуг. И, конечно, важно улучшать социальное положение медицинских работников, создавать им достойные условия для работы и жизни».

Прошло более 6 лет.

Может ли быть эффективной (по соотношению затрат и результатов) система здравоохранения при неэффективном управлении ею?

Немного о ФЗ 83

Пришлось его изучить 4 раза с отсылкой к 29 другим законодательным актам. Но после разъяснения Минфина стало понятным, что я ничего не знаю. Поразило следующее:

- 1) В статье 30 речь идет о денежных операциях, обеспечении деньгами, расходовании средств, остатках, учете имущества, выплатах, взысканиях, нарушениях, множестве лицевых счетов, по каждому из которых есть письма, приказы и разъяснения Минфина. Это означает, что вместо главных врачей должны работать бухгалтеры. Более того, на главных врачей будет возложена административная и уголовная ответственность за сделки, признанные ничтожными, несвоевременное поступление средств от заключенных договоров, за просроченные платежи, за задержку зарплат и т.д.
- 2) Минфин приравнял медицинские учреждения к театрам, кинотеатрам, библиотекам и т.д., не понимая, что оперный театр никак не зависит и не связан с театром Вахтангова, а медицинские учреждения не могут быть изолированными, т.к. не могут оказать весь спектр услуг, а только существовать в системе.

Что нужно делать?

- 1. Создать при Президенте РФ Национальный совет по охране здоровья, в состав которого могли бы войти известные специалисты по общественному здоровью и организации здравоохранения, юристы, экономисты, социологи, демографы и представители Пироговского движения, уполномоченные съездом для отстаивания интересов врачей и пациентов. Такие советы есть в США, Норвегии и др. странах.**
- 2. Воссоздать Министерство здравоохранения (можно в сочетании с медицинской промышленностью)**
- 3. Создать группу квалифицированных экспертов для разработки Концепции охраны здоровья, основанной на этапных приоритетах. Без такой Концепции осознанную и целенаправленную системную модернизацию здравоохранения и грамотную её законодательную поддержку не осуществить.**

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!