УПРАВЛЕНИЕ СТРАХОВЫМИ РИСКАМИ И ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Захарченко Н.М.

В конце XX века в теории и практике управления качеством медицинской помощи возникло новое направление - управление рисками, которые могут оцениваться с позиции вероятности наступления различных случайных событий (рисков) и ущерба (физического, морального, экономического) как для пациента, так и для медицинского работника вследствие некачественного оказания медицинских услуг. При этом, учитывая многообразие профессиональных и морально-этических особенностей клинической деятельности врачей, риски возникновения ошибок в диагностике и лечении весьма вероятны. Вопрос заключается в тяжести последствий данных ошибок для здоровья пациента, а также возможностей контролирующих технологий не только активно их предупреждать, но и совершенствовать организацию оказания медицинской помощи с целью повышения здоровья населения, а также осуществлять социальную защиту медицинского персонала.

Профессиональная деятельность в здравоохранении постоянно сопровождается рисками, как для медицинского персонала, так и для пациентов. С одной стороны, медицинские работники рискуют собственным здоровьем и жизнью, с другой – существует риск неблагоприятного исхода при оказании медицинской помощи для пациента.

Риск - это возможность возникновения неблагоприятной в медицинской практике вплоть до летального исхода.

В соответствии со статьей 9 Закона Российской Федерации от 27.11.1992г. №4015-11 – «Об организации страхового дела в Российской Федерации» – «страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления, которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления».

О наличии довольно высоких рисков в медицине свидетельствуют данные Канадского института медицинской информации. На основе обработки статистической информации о неблагоприятных исходах в медицине было

установлено: один из 9 взрослых пациентов в больнице инфицируется; один из 9 пациентов получает неправильное назначение лекарства или неправильную дозу препарата; у каждой из 20 женщин в родах отмечаются серьезные повреждения родовых путей; у каждого из 229 пациентов, которым переливались компоненты крови, развивались побочные реакции; у каждого из 6667 оперированных хирурги оставляют в организме инородные тела (инструмент, тампоны и проч.)[*] (Ошибки врачей стоят канадцам 750 миллионов долларов // Медицинские новости. 2004. 10 июня).

По данным прозектур крупнейших городов России (Москва, Санкт- Петербург) непосредственной причиной летального исхода у 3-6% умерших в многопрофильных стационарах явились ятрогенные последствия диагностических и лечебных вмешательств. Ятрогенные осложнения были причиной смерти 120 из 568 (21,1%) пациентов, умерших в специализированной кардиологической клинике, из них: после кардиологической операции – 85%, диагностических и лечебных мероприятий - 7,5%; назначения лекарственных препаратов – 7,5%. По наблюдениям патологоанатомов, каждый третий случай ятрогении обусловлен неадекватными действиями медицинского работника[†] .

По оценкам ВОЗ около 20% врачебных ошибок связано с неполнотой данных или невозможностью оперативного получения необходимой информации[‡].

Существует большое количество определений понятия «врачебная» ошибка. Под ним понимается добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, или результат атипичного течения заболевания либо недостаточности подготовки врача, если при этом не обнаруживается элементов халатности, невнимательности медицинского невежества[§] .

В процессе оказания медицинской помощи больному врач берет на себя как моральную, так и юридическую ответственность за качество и последствия своих действий. Неблагоприятный исход лечения как наиболее вероятная причина

---

[*] Ошибки врачей стоят канадцам 750 миллионов долларов // Медицинские новости. 2004. 10 июня.

[†] Пристанское В. Д. Ятрогенные патологии и правовые аспекты проблемы // В сб. Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции, Москва, Российский Новый университет, 26 марта 2004г. / под редакцией Стеценко С. Г. М., «Юрист», 2004.

[‡] Лапрун И. А. Эффективность внедрения медицинских систем // Медэксперт. 2009. № 4 (6). С. 12-13.

[§]Давыдовский И. В. // Современная медицина. 1941. № 3. С. 3-5.

обращения пациента (либо его родственников) с жалобой или судебным иском может наступить вследствие дефектов оказания медицинской помощи, противоправных действий врача, несчастного случая. Под дефектом оказания медицинской помощи понимают ненадлежащее осуществление диагностики, лечения больного, организации процесса оказания медицинской помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу при оказании медицинского вмешательства[**].

Во взаимоотношениях медицинских работников и пациентов усматривается двойственность и определенные противоречия. С одной стороны, медицинские работники должны защищать интересы пациентов, но с другой — они сами требуют защиты от пациента, особенно в случаях возникновения дефекта оказания медицинской помощи, жалобы или судебного иска. Данное противоречие во всех цивилизованных странах является неизбежным спутником развития современной медицины, внедрения новых технологий, роста правосознания пациента[††].

Опасения судебного преследования (почти 40% австралийских врачей видят в каждом пациенте потенциального жалобщика) заставляют специалистов заниматься «оборонительной медициной». В частности, 55% опрошенных врачей заявили, что из подобных опасений стали чаще заказывать анализы, отправлять пациентов на консультацию узкого специалиста, выписывать больше лекарств[‡‡].

В России действующие в настоящее время законодательные акты в сфере охраны здоровья закрепляют в основном права пациентов как потребителей медицинских услуг на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи, обязанность медицинских организаций возмещать этот вред, а также осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациентов. При этом право медицинских работников на страхование риска своей профессиональной ответственности до сих пор остается лишь законодательной декларацией.

[**] Линденбратен А. Л., Савельев В. Н., Дунаев С. М., Виноградова Т. В. Качество медицинского обслуживания населения Удмуртской Республики на современном этапе. Ижевск: изд-во ГОУ ВПО «Удмуртский государственный университет», 2011. 98 с

[††] Шарабчиев Ю.Т. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья // Медицинские новости. - 2007. - № 13. - С. 32 - 39.

[‡‡] URL: http://medportal.ru/mednovosti/news

Рост числа судебных исков, предъявляемых к медицинским организациям, неизбежен. Данный процесс связан не столько с реальным качеством медицинских услуг, сколько с активной работой организаций, специализирующихся на защите прав пациента, а также общим кризисом доверия к медицине.

Вялков А. И. с соавт. (2009)[§§], указывают, что возникновение врачебных ошибок рассматривается через призму качества профессиональной деятельности врача. На профессиональное развитие человека оказывают влияние субъективные и объективные факторы. Если объективные факторы - это в основном цели и средства, связанные с профессиональной подготовкой врача, то субъективные факторы - это социально-экономические условия жизни, психологические и эмоциональные факторы (включая межличностные коммуникации). При негативных условиях жизни ни один врач не застрахован от профессиональных ошибок. Предупреждение врачебных ошибок - это основное звено в системе управления качеством медицинской помощи.

Предметом дискуссии учёных во всём мире является разработка теоретических и методических подходов к формированию механизма защиты экономических и правовых интересов лиц, оказывающих медицинскую помощь. Пути разрешения проблемы при этом различны. Но во многих странах они практически нашли свою реализацию.

Безопасность и качество - важнейшие компоненты медицинской помощи, которые определяются многими факторами, в том числе уровнем современных медицинских технологий и профессиональных знаний медицинских работников. С 1989 г. в США были учреждены Агентство по политике и исследованиям в здравоохранении (AHCPR) для поддержки фундаментальных научных исследований, посвященных качеству, эффективности и доступности медицинской помощи и продвижения их результатов в клиническую практику; консультативная комиссия при президенте по защите потребителей и качеству медицинских услуг (ACCP&QHCI); Национальный комитет по обеспечению качества (NCQA); Сеть для измерения качества (QMNet) для выявления, апробирования и распространения новых методов оценки качества медицинской помощи[***]. В США созданный на федеральном уровне Центр по

[§§] Вялков А. И., Хальфин Р. А., Никонов Е. Л. Управление качеством медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении на современном этапе // Главврач. 2009. № 4.

[***] Комаров Ю. М. Качество медицинской помощи: оценка и обеспечение // Комаров Ю.М. Здравоохранение США: уроки для России. М.: НПО «Медсоцэкономинформ», 1998.

повышению качества и безопасности пациентов (Center for Quality Improvement and Patient Safety, CQaIPS) сосредоточил свои усилия на деятельности по координации мероприятий, направленных на повышение безопасности пациентов, профилактику страховых рисков.

Разработаны индикаторы качества оказания медицинской помощи, на основании которых аккредитационные учреждения США установили ориентиры для развития программ качества в больницах. Таким образом, профилактика нежелательных событий обеспечивается достижением необходимого уровня безопасности, без которого осуществление медицинской деятельности будет незаконным. Важными элементами профилактики являются: ликвидация перегрузки медицинских специалистов, информирование пациентов и членов их семей о предотвратимых медицинских ошибках, использование электронных средств поддержки принятия решений для назначения лечения; обеспечение преемственности на этапах лечебно-профилактического процесса и регулярный пересмотр получаемого пациентом лечения вместе с ним или с другими специалистами, участвующими в оказании помощи.

Национальный фонд безопасности пациентов (National Patient Safety Foundation) аккумулирует примеры передового опыта и результаты исследований по проблеме безопасности пациентов, а также апробирует подходы, применяющиеся в ряде отраслей для снижения риска возникновения нежелательных событий[†††].

При Американском обществе анестезиологов (ASA) организован Институт качества в анестезиологии (AQI), который обеспечивает работу Национального реестра клинических исходов при анестезии (NACOR). В эту базу данных поступает информация от 5000 анестезиологов и их объединений, работающих в 1000 ЛПУ. Помимо сведений о показателях качества медицинской помощи (далее КМП) в штатах и стране в целом, пользователи NACOR получают регулярные отчеты о КМП в их лечебно-профилактических учреждениях с автоматически проведенными внешними и внутренними сравнениями, помощь в составлении отчетов в вышестоящие организации и в процедуре аккредитации/лицензирования, а также доступ к материалам по повышению КМП[‡‡‡]. В зарубежной практике продолжается

[†††] Фоменко А. Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения // Медицинские новости. 2011. № 11. С. 31-38.

[‡‡‡] Balusta J., Macario A. Can anesthesia information management systems improve quality in the surgical suite? // Current Opinion in Anaesthesiology 2009; 22: 215-222

переход к комплексной оценке адекватности оказания медицинской помощи пациенту по совокупности критериев, объединенных в понятие «стандарт лечения». Соответствие действий врача этим стандартам освобождает его от ответственности в случае неблагоприятного исхода лечения.

В 1986г. было организовано Международное общество по обеспечению КМП с центром в Австралии; позднее образовалось Европейское общество по обеспечению качества в общей практике. Активно работает Национальная организация по обеспечению качества в Нидерландах. Во многих врачебных ассоциациях и страховых организациях были созданы подразделения, занимающиеся КМП.

В некоторых странах существует практика заключения между врачом и пациентом медицинского контракта, где предусматриваются конкретные меры, которые будут применены в случае причинения вреда пациенту или неисполнения заключенного контракта. Многие развитые страны мира (ФРГ, Австрия, США, Франция, Италия, Испания и др.) имеют в своем национальном законодательстве о здравоохранении так называемые медицинские, или врачебные кодексы, нормы которых регулируют отношения между медиками, пациентами и их родственниками, профессиональные отношения медиков между собой, с администрацией и государственными органами.

Особого внимания заслуживает инициатива группы крупных страхователей Leapfrog Group, которая с 1998 г. выступает в роли независимого аудитора КМП, влияя на финансовые отношения между страховщиками и производителями медицинских услуг. Эта группа внедрила оплату за качество (pay for performance), что подразумевает стимулирующие выплаты производителям медицинских услуг, результаты работы которых соответствуют согласованным критериям эффективности и КМП[§§§]. Эта доктрина опирается на данные психологических исследований, в которых было показано, что положительная мотивация при достижении цели эффективнее, чем страх перед наказанием за неудачу.

В Европе тоже стала распространяться «мода» на судебные процессы по возмещению ущерба медицинскими клиниками. Во Франции 4 марта 2002 г. был принят Закон о правах пациентов и качестве медицинской помощи. Этот закон был призван дать пациентам реальное право голоса в системе здравоохранения, что отражено во вступительной части Закона, озаглавленной «Демократия в системе здравоохранения». Основное внимание уделено личным правам пациента,

[§§§] Clergue F. What next targets for anaesthesia safety? // Cupp. Opin. Anaesth. 2008. 21: 360-2.

возможности прямого доступа больного к своей медицинской документации, укреплению статуса ассоциаций больных, созданию во всех больницах комиссий с участием представителей больных и развитию информации для потребителей. Закон предусматривает выплату компенсации пациенту в случае врачебной ошибки. Важно, что закон направлен на улучшение КМП, развитие непрерывного образования медиков и оценку профессиональной деятельности[****] .

Наиболее распространенными видами врачебных ошибок в Великобритании являются неправильно выписанные рецепты, небрежно проведенные операции, неверные диагнозы и утрата медицинской карты больного. Для облегчения медикам бремени растущих взносов за полисы по страхованию профессиональной ответственности правительство Великобритании в 1990 г. ввело государственную систему страхования ответственности, которая охватывает врачей (за исключением семейных) и стоматологов, работающих в больницах и других медицинских учреждениях общественного сектора здравоохранения. Согласно этой системе, компенсацию за ущерб, причиненный при медицинском вмешательстве, выплачивают те медицинские учреждения, в которых работают врачи, виновные в причинении ущерба. Это усилило контроль со стороны руководства медицинских организаций за работой персонала[††††] (Шарабчиев Ю. Т., 2007).

В Канаде работу по сбору аналогичных данных осуществляет Ассоциация защиты медицинских работников Канады (Canadian Medical Protective Association). Такая информация представляет собой уникальный источник медико-юридического опыта, используемый членами CMPA в своей практике как с целью улучшения качества обслуживания пациентов, так и для защиты собственных интересов. Указанные сведения помогают страховым компаниям отслеживать тех субъектов медицинской деятельности, уровень знаний и навыки которых не позволяют им качественно осуществлять свои профессиональные обязанности. Результаты такой деятельности доводятся до сведения административных органов.

В мировой практике профессиональная ответственность врачей, как правило, подлежит обязательному страхованию. Потребность в страховании профессиональной ответственности медицинских работников (далее СПОМР)

[****] Сандье С., Пари В., Полтон Д. Системы здравоохранения: время перемен. Франция. ВОЗ, 2004. 138 с.

[††††] Шарабчиев Ю.Т. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья // Медицинские новости. - 2007. - № 13. - С. 32 - 39.

продиктована тем, что они объективно оказывают влияние на состояние здоровья пациента через диагностические исследования, терапевтические процедуры, хирургические вмешательства, и если пациент докажет, что действиями медицинского работника его здоровью нанесен ущерб, виновник должен его возместить. Естественно, обычный практикующий врач не в состоянии выплачивать компенсации, достигающие достаточно больших сумм. Поэтому в развитых государствах широкое распространение получили различные системы СПОМР.

Страховая защита распространяется на непреднамеренные профессиональные ошибки медицинского работника, имевшие место при выполнении им профессиональных обязанностей и повлекшие причинение вреда здоровью пациента. В США, например, ни один врач не сможет начать профессиональную деятельность без приобретения страхового полиса, стоимость которого составляет от нескольких десятков тысяч долларов для терапевта и до нескольких сотен тысяч для нейрохирурга. Деятельность врачей страхуется страховыми компаниями, и они берет на себя оплату предъявляемых ему исков и судебную защиту его интересов. При наличии у врача страхового полиса страховая компания оговаривает ограничение либо размеров выплат из расчета на одну жалобу, например, до 10 или 100 тыс. долл., либо общей суммы выплат за период действия страхового полиса. Степень риска оценивается на основании анализа данных о количестве поступивших жалоб и о числе и размерах произведенных выплат за предшествующие годы в том регионе, где действует данная страховая компания. В США федеральное законодательство обязывает страховые компании направлять информацию по каждому страховому случаю в Национальный банк данных о деятельности профессионалов (National Practitioner Data Bank). Сообщаемые сведения должны содержать данные о медицинском работнике, об основаниях удовлетворения требований о возмещении вреда здоровью, о размере выплаченных страховых сумм. Если профессиональная деятельность врача явилась основанием для более чем двух страховых выплат либо хотя бы одного негативного судебного решения, указанные сведения должны быть отражены и в личных делах специалистов.

Страхование профессиональной ответственности врача оформляется специальным полисом, в котором подробно формулируются основные и дополнительные условия страхования. Приобретение полиса по страхованию профессиональной ответственности гарантирует врачу, что страховая компания берет на себя защиту

его интересов в судебных процессах и выплату компенсаций по тем искам, которые могут быть ему предъявлены.

Одними из наиболее удачных и перспективных нововведений в этой области, для облегчения пациентам доказательства того, что причиной ущерба является именно медицинское вмешательство, за рубежом широко используется система компенсации понесенного пациентом ущерба, не требующая поиска конкретных виновников и доказательства их вины, что особенно затруднительно для пострадавшего. Она основывается на концепции ответственности без вины (no fault liability). Впервые такая система была введена в Новой Зеландии в начале 70-х годов, где она действует как разновидность социального страхования. Страхования профессиональной ответственности медиков она не подменяет, но дополняет его, способствуя удовлетворению интересов пациента. Концепция исходит из того факта, что определенная часть случаев причинения ущерба пациенту в ходе медицинского вмешательства не связана с проявлениями халатности, преступной небрежности или с ошибочными действиями медицинского персонала, но может быть объяснена неблагоприятным стечением обстоятельств, непредвиденной реакцией организма пациента и прочими непредсказуемыми факторами, вследствие чего понесшего ущерб пациента можно считать пострадавшим от несчастного случая.

В новозеландских законах о компенсации лицам, пострадавшим при несчастных случаях, оговорено, что к ним относятся и жертвы несчастных случаев при медицинском вмешательстве, включая хирургическое и стоматологическое обслуживание и оказание первой медицинской помощи. Жалобы пациентов по поводу понесенного ущерба рассматривает Новозеландская корпорация по компенсации при несчастных случаях. Если она отклоняет жалобу, считая, что речь идет не о несчастном случае, а о преступной халатности со стороны врача, то пациент может обращаться за компенсацией в судебные органы, поэтому врачам необходимо сохранять членство в организациях, обеспечивающих их защиту на судебных процессах. В этом случае будет задействована практика страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Если же корпорация по компенсации при несчастных случаях признает, что удовлетворение данной жалобы входит в ее компетенцию, то она предоставляет подателю жалобы компенсационную выплату. Пострадавшему выплачивается компенсация за утрату трудоспособности, получение инвалидности, возмещается моральный ущерб,

расходы на лечение и реабилитацию, а при летальном исходе родственникам возмещаются расходы на похороны[‡‡‡‡].

В Европе концепцию ответственности без вины при компенсации ущерба, понесенного пациентом, первой стала применять на практике Швеция; ее примеру последовали Финляндия и Норвегия.

Система СПОМР в здравоохранении за рубежом не поддается однозначной оценке - с одной стороны, она облегчает медикам осуществление компенсаторных выплат в случае предъявления пациентом иска за нанесенный ему ущерб, с другой - создает серьезные проблемы из-за постоянно растущих расходов на медицинское обслуживание и вынужденное перепрофилирование отдельных специалистов, которые стремятся заниматься теми видами медицинской деятельности, где риск совершения врачебной ошибки ниже и, соответственно, предъявление исков со стороны пациентов реже.

Система СПОМР постоянно совершенствуется, выдвигаются различные альтернативные предложения:

- настоящее время популярны общества взаимного страхования за счет членских взносов ее участников;
- разрабатываются механизмы внесудебного урегулирования претензий пациентов.

Методические подходы по формированию социальной защиты медицинского персонала при профессиональной деятельности. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» имеет высшую юридическую силу и требует приведения в соответствие всей нормативной иерархии: законов и подзаконных актов федеральных органов и субъектов РФ (приказов, инструкций, положений), внутриучрежденческих нормативных правовых актов, коллективных договоров и функциональных обязанностей. В любой медицинской организации должны быть локальные нормативные акты, определяющие меры по обеспечению и контролю качества и безопасности медицинской помощи. Ответственность персонала за обеспечение качества и безопасности медицинской помощи должна быть в приказе и функциональных обязанностях сотрудников.

Анкетирование врачей в РФ показало, что каждый второй респондент (57 %) отмечает в своей практике случаи, которые могли, по их мнению, закончиться

[‡‡‡‡]World Congress on Medical Law, 9th. Gent (Belgium), 1991

обращением пациентов в суд, но лишь у 6% врачей они решались в судебном порядке, у 30 % подобные случаи были урегулированы без участия судебных органов, а у 21 % остались без внимания со стороны пациентов[§§§§].

В Тюменской области с 2009г. были разработаны нормативно-правовые акты, определяющие необходимые управленческие технологии по созданию условий для максимального рассмотрения жалоб на досудебном уровне, непосредственно в медицинских организациях, разработана модульная интегральная система «Пациент-врач» (рисунок). Система включает два основные модуля, которые подразделяются на подсистемы мониторинга и организационные направленные адекватные решения изменений в управлении качеством оказания медицинской помощи. Модули равноценно фиксируют реакцию пациентов на организацию и качество оказания медицинской помощи, отношение медицинского персонала на реакцию пациентов.

Изучать результаты общественного мнения в динамике, отслеживать изменения оценки показателей эффективности системы здравоохранения позволяют: ежегодные мониторинги результатов социологических исследований, анкетирование и интервьюирование пациентов и медицинского персонала.

С целью уменьшения очереди в регистратуру в медицинских организациях рекомендуется осуществлять мероприятия по разделению потоков пациентов до обращения их в регистратуру, работа должна строится на:

- внедрении и совершенствовании элементов осведомленности пациентов вопросам доступности медицинской помощи (информационные стенды, создание сайтов ЛПУ, «горячая линия руководителя», «почта главного врача», введение должности администратора);

- информационно-просветительской работе (интернет, «единый социальный телефон», активное участие в сходах граждан, выступления для СМИ);

- межведомственном взаимодействии, направленном на формирование мотивации к созданию унифицированной системы управления качеством медицинской помощи, активизации работы с обращениями граждан, их внутриучрежденческое рассмотрение.

---

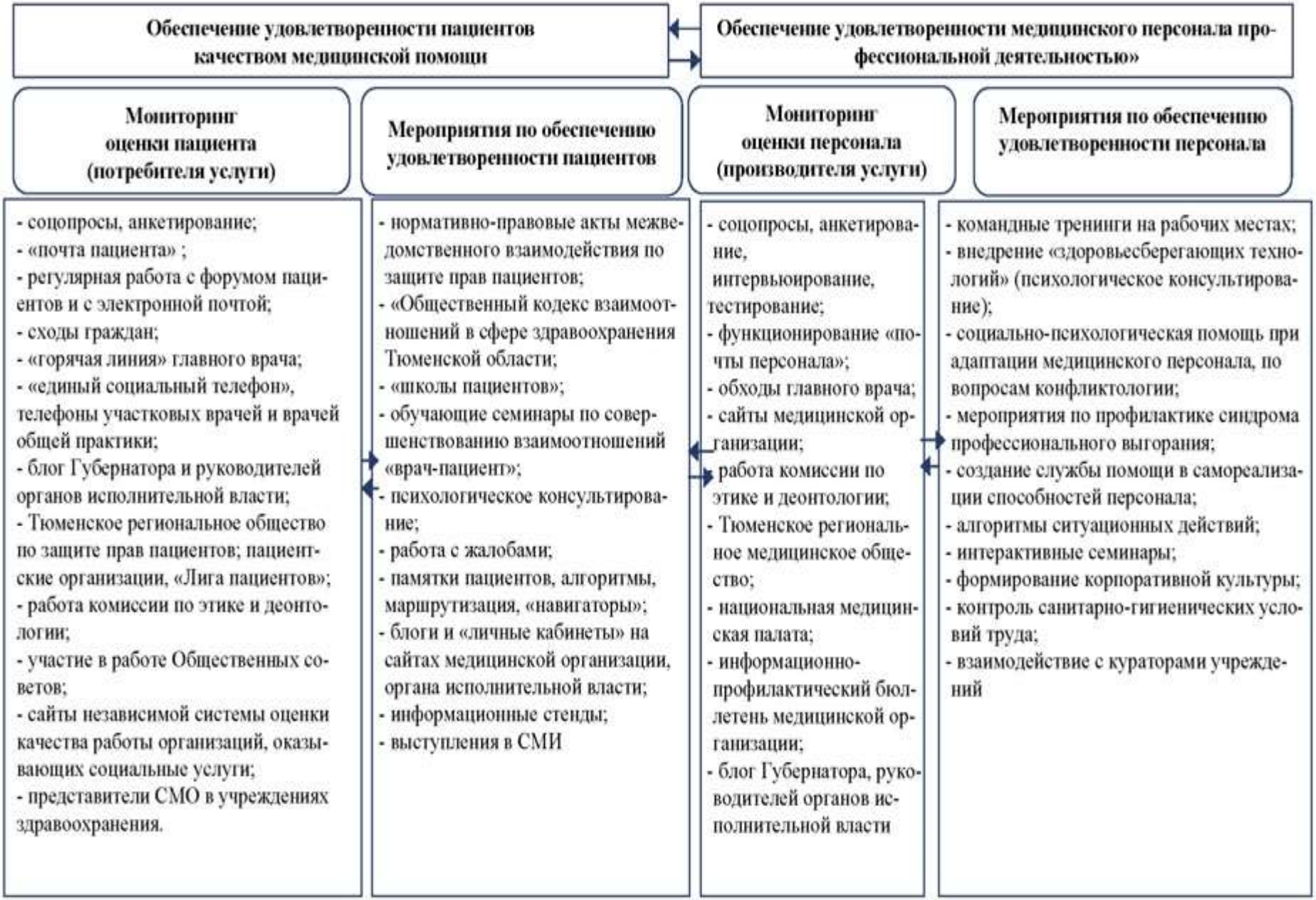
§§§§ Сергеев В.В. Захаров С.О. Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок // Здравоохранение Российской Федерации. – 2000. - № 1. – С. 7 – 9.

С целью изменения психологии, тактики общения, формирование новых ценностей и установок, как медицинских работников, так и пациентов, а также организации максимальной оперативности при рассмотрении обращений непосредственно в медицинских организациях целесообразно подготовить приказ «О создании комиссии по этике и деонтологии», а также Положение о комиссии, основанное на принципах объективности и открытости. В соответствии с Положением заседания комиссии проводятся с участием заявителя и медицинских специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи, результаты заседания комиссии ежемесячном режиме анализируются, при необходимости принимаются управленческие решения, разрабатываются планы мероприятий по устранению и недопущению выявленных замечаний.

Каждая медицинская организация должна иметь сайт, на котором открыты «личные кабинеты», располагается информация о видах медицинской деятельности, в соответствии с лицензией, о квалификации специалистов, графиках личного приема администрации, контролирующих организаций, материал по здоровому образу жизни, профилактике заболеваний.

Для улучшения работы регистратуры осуществляется дополнительное материальное стимулирование сотрудников с учетом качества и объемов работы, повышение требований к базовой подготовке при приеме на работу, регулярное обучение, в том числе, по вопросам соблюдения этики и деонтологии сотрудниками регистратуры.

Непрерывная профессиональная подготовка медицинского персонала – базовое направление при формировании социальной защиты. На первом национальном съезде врачей России, который состоялся 5 октября 2012г., вопросы качества оказания медицинской помощи и качества медицинского образования были отнесены к фундаментальным вопросам развития современной медицины. Министр здравоохранения РФ В.И.Скворцова в своем выступлении подчеркнула, что «вопросам качества оказания медицинской помощи в системе отечественного здравоохранения уделяется пристальное внимание». Ею было отмечено, что в последнее время увеличилось количество жалоб от населения на низкое КМП, а эксперты отмечают снижение профессионального уровня по целым группам медицинских работников.


Обеспечение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи
Обеспечение удовлетворенности медицинского персонала профессиональной деятельностью»
Мониторинг оценки пациента (потребителя услуги)
Мероприятия по обеспечению удовлетворенности пациентов
Мониторинг оценки персонала (производителя услуги)
Мероприятия по обеспечению удовлетворенности персонала
- соцопросы, анкетирование;
- «почта пациента» ;
- регулярная работа с форумом пациентов и с электронной почтой;
- сходы граждан;
- «горячая линия» главного врача;
- «единый социальный телефон», телефоны участковых врачей и врачей общей практики;
- блог Губернатора и руководителей органов исполнительной власти;
- Тюменское региональное общество по защите прав пациентов; пациентские организации, «Лига пациентов»;
- работа комиссии по этике и деонтологии;
- участие в работе Общественных советов;
- сайты независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги;
- представители СМО в учреждениях здравоохранения.
- нормативно-правовые акты межведомственного взаимодействия по защите прав пациентов;
- «Общественный кодекс взаимоотношений в сфере здравоохранения Тюменской области;
- «школы пациентов»;
- обучающие семинары по совершенствованию взаимоотношений «врач-пациент»;
- психологическое консультирование;
- работа с жалобами;
- памятки пациентов, алгоритмы, маршрутизация, «навигаторы»;
- блоги и «личные кабинеты» на сайтах медицинской организации, органа исполнительной власти;
- информационные стенды;
- выступления в СМИ
- соцопросы, анкетирование, интервьюирование, тестирование;
- функционирование «почты персонала»;
- обходы главного врача;
- сайты медицинской организации;
- работа комиссии по этике и деонтологии;
- Тюменское региональное медицинское общество;
- национальная медицинская палата;
- информационно-профилактический бюллетень медицинской организации;
- блог Губернатора, руководителей органов исполнительной власти
- командные тренинги на рабочих местах;
- внедрение «здоровьесберегающих технологий» (психологическое консультирование);
- социально-психологическая помощь при адаптации медицинского персонала, по вопросам конфликтологии;
- мероприятия по профилактике синдрома профессионального выгорания;
- создание службы помощи в самореализации способностей персонала;
- алгоритмы ситуационных действий;
- интерактивные семинары;
- формирование корпоративной культуры;
- контроль санитарно-гигиенических условий труда;
- взаимодействие с кураторами учреждений

Согласно Федеральному Закону «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», медицинские работники имеют право на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя, в соответствии с трудовым законодательством РФ; прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации. Главная причина неудовлетворительной квалификации медицинских кадров – несовершенство системы повышения квалификации. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 11.11.2013 №837 от «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей – терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участие общественных профессиональных образований» определены пилотные территории и порядок для отработки в них основных принципов непрерывного медицинского образования. Непрерывное медицинское образование – это образование медицинских и фармацевтических работников, которое начинается после получения специальности и продолжается непрерывно в течение всей жизни. В терминах существующей нормативно-правовой базы – это дополнительное профессиональное образование, которое осуществляется посредством реализации программ повышения квалификации и переподготовки. Для расчета объема подготовки водится термин «кредиты». Кредиты – единицы измерения трудоёмкости учебной нагрузки по программам повышения квалификации (таблица 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика профессионального образования

	Сегодня	**Должно быть**
Объем и периодичность	144 часов 1 раз в 5 лет	250 часов (кредитов) за 5 лет, 50 часов ежегодно
Учет знаний	1 раз в 5 лет	Постоянно в режиме on- line
Контроль	1 раз в 5 лет	1 раз в год
Преподавание	Аудиторно	Дистанционно на рабочем месте
Технологии обучения	Лекции, практические знания	Электронное обучение. Обучение в симуляционных центрах
Участие	ГОУ ДПО и ФУВы	Профессиональные общества по специальностям и главные внештатные специалисты Департамента

Преимущества непрерывного профессионального образования:

1. Дистанционное обучение на рабочем месте.

2. Учет всех видов образовательной активности:

- наставничество;
- участие в патологоанатомических разборах;
- обучение в симуляционных центрах;
- выступления на конференциях;
- научная работа и другая активность.

Обучение должно быть актуальным и интересным, с применением информационных и дистанционных форм обучения для его реализации необходимо оснащение рабочих мест врачей современными информационно образовательными материалами и доступом к электронной медицинской библиотеке, посещения ими конференций и семинаров.

По данным Улумбековой Г. Э. (2011) [*****], в Германии и США публикуются реестры или списки врачей с указанием часов образовательной активности или кредитов, которые врач накопил ежегодно для того, чтобы повысить свою квалификацию (National Healthcare Quality Report., 2010). Дополнительно в этих списках может указываться, сколько этот врач выполнил за год сложных практических манипуляций или хирургических вмешательств, поскольку, если они делают их меньше установленного числа, есть риск, что квалификация врача будет падать.

По мнению зарубежных специалистов для повышения эффективности обучения медицинского персонала важно, чтобы обучение было интерактивным. Превосходящая эффективность проблемно-ориентированных командных тренингов на рабочих местах, в которых участвуют врачи различных специальностей и средний медицинский персонал, по сравнению с традиционными дидактическими лекциями для определенной группы специалистов доказана в сравнительных исследованиях[†††††]. Также установлено, что, принимая активное участие в процессе обучения (работая в малых группах, участвуя в ролевые играх и др.), участники получают больше знаний. Совместные обсуждения и обучение различных специалистов помогают лучше понять проблемы, стоящие перед организацией, и разработать системный подход к повышению качества и безопасности медицинской помощи. Для проведения интерактивных семинаров необходимы

[*****] Улумбекова Г.Э. Доступность и качество медицинской помощи в Российской Федерации. Методы оценки и сравнение показателей с развитыми странами. // Менеджмент качества. - 2011. - №4(10) – С. 36-44

[†††††] Scott I. What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care. Internal Medicine Journal 39 (2009), 389-400

квалифицированные подготовленные специалисты-тренеры, не только владеющие знаниями по тематике семинара, но и умеющие использовать методы интерактивного обучения. Другими важными качествами преподавателя являются: умение сформировать хорошие отношения с аудиторией, энтузиазм, доступность и общительность, заинтересованность во мнении учащихся, организованность и приветливость. Обучение практикам, особенно инвазивным, должно проводиться с помощью манекенов. Использование симуляционных тренажеров значительно улучшает практические навыки медицинских работников, не нанося вреда пациентам. Переход от тренажеров к пациентам должен осуществляться под руководством наставников — более опытных сотрудников. Наставничество требует поддержки руководителей медицинской организации, признания частью рабочего времени и дополнительной нагрузкой сотрудника.

По данным Филатова В.Б. и соавт. (2001)[‡‡‡‡‡] по результатам проведенного социологического исследования: более 50% опрошенных врачей указывают на необходимость повышения знаний по правовым основам их деятельности. Минимизация оснований для исковых заявлений граждан по поводу некачественно оказанной медицинской помощи – одно из положительных экономических следствий правильно организованной правовой подготовки медицинских работников. Врач, не знающий правовых основ своей профессиональной деятельности, является недостаточно квалифицированным и даже опасным специалистом.

Профессиональные медицинские саморегулируемые организации – основа формирования социальной защиты медицинского персонала. Сегодня имеются серьезные предпосылки к смене государственной модели управления здравоохранением в России на европейскую – общественную модель. Комитет Госдумы по здравоохранению в рамках реформы системы здравоохранения планирует передать функции по допуску медиков к профессиональной деятельности объединению врачей, созданному на базе Национальной медицинской палаты. При этом все практикующие врачи должны будут пройти переаттестацию. Кроме того, по замыслу авторов концепции, профессиональному объединению врачей будут переданы и функции, связанные с правом разбирать споры между медиками и пациентами. Если по итогам разбирательств действия врача будут признаны непрофессиональными, то коллегия

[‡‡‡‡‡]Филатов В.Б., Коротких Р.В., Лукова Н.Х. Этические и правовые основы во взаимодействиях врача и пациента // Здравоохранение. 2001. № 3. – С. 174

лишит его права на работу. Таким образом, в ряде случаев профессиональное сообщество будет действовать наравне с судом. В целом, на сегодняшний день, в России взят официальный курс на сокращение вмешательства государства в экономику, предполагая постепенную передачу ряда полномочий квалифицированным институтам профессионального сообщества. В связи с этим, допускается привлечение к регулированию в области экономики объединений общественного свойства – саморегулируемых организаций.

В соответствии со статьей 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» «медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание на добровольной основе профессиональных некоммерческих организаций». Основные задачи этих организаций - поддержать высокую профессиональную репутацию врачей, обеспечить благоприятные экономические условия их работы. Положительный эффект развития саморегулируемых систем — объединение профессионалов (докторов, медицинских работников), направленное на то, чтобы продвигать коллективную ценность собственной профессиональной деятельности. Это в ряде случаев эффективный сигнал, который обеспечивает повышение спроса на услугу, производители которой известны тем, что гарантируют качество услуги.

У саморегулируемых организаций есть и такая важнейшая функция, как рассмотрение жалоб потребителей и внесудебное разрешение конфликтов, возникающих между участниками саморегулирования и потребителями. Высокая степень защищенности пациента и врача при конфликтных ситуациях достигается не столько работой судебных органов, сколько активной деятельностью различных общественных (внесудебных) институтов, обладающих широкими полномочиями в силу их легитимности. При организации саморегулирования как раз предусматривается создание третейских судов, которые будут разрешать возникающие споры[§§§§§] . В настоящее время основными задачами современного здравоохранения являются эффективное управление системами здравоохранения при активном участии общественных организаций (пациентских и профессиональных медицинских) и защита прав всех социальных групп населения.

В Тюменской области профессиональное медицинское общество (ТРМО) было создано 16 октября 2009 года на принципе добровольного участия. Учредителями

[§§§§§] Борисов Д. А., Лазарев С. В., Мисюлин С. С. Саморегулируемые организации в здравоохранении // Вестник Росздравнадзора. 2010. №1. - С.35-37

общества стали девять крупнейших медицинских организаций области. ТРМО является одним из учредителей Национальной медицинской палаты.

На начало 2014г. членами ТРМО являются 69 лечебных учреждений Тюменской области, 16 профессиональных объединений медицинских работников, 4 894 врача. Благодаря ТРМО в области создана и функционирует система социальной защиты медицинского персонала, которая позволяет постоянно повышать квалификацию специалистов как в вопросах законодательства, так в области охраны здоровья, создано единое, информационное пространство, возрождается идеология общественного управления.

За три года деятельности ТРМО стало активным участником общественной жизни региона, входит в региональный Координационный совет по вопросам профилактики и формирования культуры здорового образа жизни, в Согласительную комиссию по обязательному медицинскому страхованию, в межведомственную комиссию по вопросам реализации региональной программы модернизации здравоохранения, Общественного совета при департаменте здравоохранения. Велика роль ТРМО для междисциплинарных взаимодействий специалистов разных направлений в интересах пациентов и лечебного процесса в целом. В состав Партнерства входят 14 профильных медицинских ассоциаций. Подписаны соглашения между Партнерством и ассоциациями.

Одним из направлений деятельности ТРМО стала аттестация медицинского персонала учреждений здравоохранения Тюменской области. В настоящее время аттестация медицинских работников по многим специальностям проводится в профильных ассоциациях, создание, юридическое и бухгалтерское сопровождение которых осуществляет ТРМО. Главная идея заключается в том, что аттестовать профильного специалиста должны коллеги, знающие его самого и его работу, это стимулирует профессиональный рост медицинских работников. На сайте ТРМО запущено On-line тестирование в рамках аттестации медицинских работников. Размещено 150 тестовых заданий по различным специальностям и категориям. Введение тестирования это еще один шаг к системе непрерывного профессионального образования. Специалисты, используя информационные ресурсы, самостоятельно дают оценку своим знаниям, определяют потребность в повышении квалификации, в том числе и вопросах законодательства в области охраны здоровья. По новой системе проведена аттестация 3 346 специалистов,

работающих в системе здравоохранения Тюменской области. С 2013 года на сайте Партнерства создан Электронный медицинский журнал для публикации научно-аналитических материалов специалистов медицинских организаций. Была проведена первая On-line аттестация для медицинских сестер из Тобольска. Проведенная работа свидетельствует о создании единого, информационного пространства и возрождении идеологии профессионального общественного управления.

Юридическая помощь и страховая защита медицинского персонала, связанные с риском ответственности по обстоятельствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни и здоровью третьих лиц при осуществлении медицинской деятельности, являются одними из приоритетных направлений в деятельности ТРМО. В 2011 году был заключен договор со страховой компанией о страховании работников медицинских учреждений, связанных с риском ответственности по обстоятельствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни и здоровью третьих лиц при осуществлении медицинской деятельности. На 2013 год застраховано 74 учреждения здравоохранения юга Тюменской области. Общее количество рассмотренных страховых случаев 14, из них 9 были урегулированы в досудебном порядке. Решен вопрос по формированию финансового резерва для покрытия морального ущерба, с 2013 года формируется финансовый резерв для его покрытия. Реализуется Концепция создания Некоммерческого Партнерства «Тюменское медицинское общество взаимного страхования», разработано положение об обществе взаимного страхования.

На сегодняшний день ТРМО является не только общественной организацией созданной по профессиональному признаку и призванной защищать права медицинских и фармацевтических работников, но и организацией, обладающей признаками публичной корпорации, которая интегрирована в структуру органов государственного управления и профессиональное медицинское сообщество, с четкой социально-ориентированной позицией и регламентацией деятельности.

С целью совершенствования социальной защиты медицинских работников и пациентов, повышения качества медицинской помощи населению и уменьшения количества профессиональных дефектов необходимо осуществить комплекс мероприятий, включающий:

- совершенствование правовой базы оказания медицинской помощи населению, введение обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников;

- повышение правосознания и уровня правовых знаний у медицинских работников и населения, доступности нормативных правовых актов в сфере здравоохранения;

- создание саморегулируемых профессиональных общественных организаций, призванных защищать права медицинских и фармацевтических работников, обладающих признаками публичной корпорации, которая интегрирована в структуру органов государственного управления и профессиональное медицинское сообщество, с четкой социально-ориентированной позицией и регламентацией деятельности;

- создание системы открытого обсуждения и регистрации дефектов оказания медицинской помощи, анализа их причин; формирование баз данных и системы мониторинга профессиональных дефектов.

Действующее законодательство РФ, наделяя медицинские организации правом застраховать работников от риска причинения вреда жизни и здоровью пациента в результате профессиональной ошибки, не определяет источники финансирования и порядок осуществления страхования профессиональной ответственности медицинских работников (СПОМР), вследствие чего данный вид страхования чрезвычайно слабо развит. Соответственно, необходима экономическая и юридическая поддержка со стороны государства.

Обязательное СПОМР позволит, в равной степени, обеспечить защиту прав и законных интересов всех субъектов медико-правовых отношений, предупредить, в определенной степени, нарушение медицинскими работниками профессиональных обязанностей и обеспечить пациентам возможность безвозмездной коррекции ущерба, причиненного их здоровью. Это, в свою очередь, даст возможность проводить реформирование отечественного здравоохранения менее болезненно и добиться наилучших результатов с меньшими потерями для всех субъектов медико-правовых отношений[******].

[******] Пищита А.Н. Совершенствование правового обеспечения медицинской деятельности в условиях реформирования Российской Федерации. М.: ЦКБ РАН. – 2007. – С. 58