

Мамонтов С.А., Тихомиров А.В. Проблемы российского медицинского сообщества //Главный врач: хозяйство и право. – 2011. – № 1. – С.36-45.

Резюме: показано, что существующая организация здравоохранения препятствует становлению медицинского профессионального самоуправления; revealing that existing health service system organization prevents medical professional boards formation.

Ключевые слова: медицинское сообщество, профессиональное самоуправление, организация здравоохранения; medical community, professional boards, health service system organization.

Страна лишилась медицинского сообщества в 20-е годы прошлого столетия с исчезновением частнопрактикующих врачей. В последующем врачи стали причисляться к медицинским работникам по факту трудового найма в организациях (учреждениях) отраслевого ведомства. Иных, кроме трудоустроенных при государстве, врачей не стало. Медицина перестала быть уделом свободы профессии, став исключительно работой, трудом.

Великая Отечественная война привела к значимому усовершенствованию военной медицины, по образу и подобию которой было конфигурировано и все послевоенное здравоохранение. А поскольку врачи выпускались из медицинских вузов офицерами запаса, различия штатского здравоохранения и военной медицины сохранялись минимальными. Здравоохранение сложилось по образцу военной иерархии.

В стране с тоталитарным режимом, в котором государство охватывало все общество, медицина перестала быть профессией, став образовательным условием замещения соответствующей должности. Рост в профессии утратил значение, уступив карьерному росту в должностях ведомственной иерархии. Долженствование соответствия медицинской деятельности интересам пациента (в мире происходил обратный процесс¹) постепенно сменилось долженствованием ее соответствия требованиям отраслевого ведомства. Правила медицины стали предписываться ведомственными приказами. Практическая медицина выстроилась по требованиям отраслевого ведомства.

В медицине исчез человек независимого образа мыслей, а в здравоохранении появился работник как исполнитель ведомственных предписаний. Медицина перестала быть искусством возможного, став ремеслом по трудовому найму. С течением времени врачи начали ассоциировать свою позицию не с медицинским сообществом, а с отраслевым ведомством – сместилась система координат.

¹ В соответствии с Лиссабонской декларацией о правах пациента врач должен действовать в интересах пациента сообразно своей совести, с учетом юридических, этических и практических норм той страны, где он практикует. Пациент имеет право получать помощь врача, независимого от посторонних влияний в своих профессиональных медицинских и этических решениях (пункт b). Если в какой-либо стране положения законодательства или действия правительства препятствуют реализации нижеперечисленных прав, врачи должны стремиться всеми доступными способами восстановить их и обеспечить их соблюдение. Лиссабонская декларация о правах пациента. Принята 34-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Лиссабон, Португалия сентябрь/октябрь 1981.

Позиционирование же в профессии вообще перестало быть значимым. Стало не нужным знать и уметь больше, оказалось достаточным владеть необходимым минимумом при соблюдении обязательных формальностей. Более того, движение (не рост) в профессии стало оцениваться по преумножению формальностей – документов, степеней, званий, наград и пр. Форма получила приоритет перед содержанием.

Вместо тенденций консолидации по общности профессии сформировался устойчивый мейнстрим растворения профессии в должностных, научных и пр. различиях в единстве общественного конформизма и лояльности к публичным институтам. Независимость медицинской профессии от внешних влияний оказалась прочно утрачена.

Исторически российская медицина имела традиции сращения с властью. Так, прежде существовали придворные звания и должности лейб-медика² (еще ранее – архиатр): лейб-хирурги, лейб-акушеры, лейб-офиатры, лейб-педиатры, лейб-окулисты и др. Каждый из них состоял врачом или консультантом у одной из особ царствующего дома. Гоф-медиками назывались врачи, служащие в придворном ведомстве и обязанные оказывать помощь придворным чинам и служителям. Прочий люд лечился не у сановных врачей – частнопрактикующих в городах и земских в сельской местности (в крупных городах создавались медицинские конторы, которые мог возглавлять штатд-физик, т.е. городской врач³, в земствах обходились без контор). Таким образом, некоторые врачи могли состоять на государевой военной или гражданской службе, остальные – оставаться фриленсерами.

Возникшая до революции общественная медицина обязана своим существованием становлению медицинского сообщества – через земскую медицину и врачебные общества.

В Москве 25 мая 1881 во время 50-летнего юбилея научной и общественной деятельности Н.И. Пирогова было учреждено Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова⁴, а в 1883 оформилось как Московско-Петербургское общество русских врачей. С 1885 по 1913 Пироговское общество созвало 12 Пироговских съездов. В 1905 в Москве состоялся внеочередной съезд по борьбе с холерой, принявший также политическую резолюцию, призывавшую врачей «сорганизоваться для... борьбы... против бюрократического строя до полного его устранения и за созыв Учредительного собрания». В 1914-19 Пироговское общество провело 5 чрезвычайных Пироговских съездов и 7 Пироговских совещаний в Москве, которые носили острый политический характер. На 5-м Пироговском съезде (1893-94) учрежден постоянный исполнительный орган Общества - правление с местопребыванием в Москве. При нем работали комиссии: по школьной гигиене; врачебно-продовольственная; по общественной

² <http://ru.wikipedia.org/wiki/Лейб-медик>

³ Яровинский М.Я., Здравоохранение Москвы. 1581—2000 гг., М., 1988 - <http://slovari.yandex.ru/городской%20врач/Энциклопедия%20«Москва»/здравоохранение/>

⁴ Ю.А. Шилинис, И.Е. Карнеева. Пироговское общество - <http://slovari.yandex.ru/врачебные%20общества/Энциклопедия%20«Москва»/Пироговское%20общество/>

медицине, санитарии и борьбе с эпидемиями; санитарной статистике; по изучению малярии, самоубийств, туберкулеза и др. Регулярно издавались доклады правления и комиссий, дневники и труды съездов и совещаний. Периодическим органом в 1895—1908 был «Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова» (впоследствии, с перерывами, журнал «Общественный врач»).

На заседании чрезвычайного Пироговского съезда 22 ноября 1917 большинство членов правления Пироговского общества приняли политическую резолюцию, осуждавшую октябрьский переворот. В связи с декретом СНК РСФСР от 15 февраля 1918 «Об упразднении Центрального врачебно-санитарного совета» чрезвычайное Пироговское совещание по вопросам врачебно-санитарного дела (13-15 марта 1918 в Москве) признало его актом, «крайне вредно отражающимся на работе общественной медицины», и приняло резко оппозиционную политическую резолюцию. 16-17 мая 1918 состоялся Пироговский съезд по вопросам профессионального объединения врачей. В апреле 1919 чрезвычайный Пироговский съезд в Москве обсудил проблемы врачебно-санитарного дела на местах и борьбы с эпидемиями. 9 мая 1922 на Пироговском совещании в Москве председатель Ученого медицинского совета Л.А. Тарасевич отметил, что деятельность Пироговского общества все более восстанавливается. Однако в связи с ликвидацией земских и городских самоуправлений общественная медицина и ее всероссийское представительство в виде Пироговского общества утратили свою социальную и организационную базы. Наркомздрав РСФСР лишил Пироговское общество и финансовой базы, включив все его финансы в свою смету. В результате в 1922 Пироговское общество и его журнал «Общественный врач» прекратили свое существование.

Таким образом, помимо прочего, заслугой Пироговского общества было формирование общественной медицины, консолидация медицинского сообщества и политическое противостояние сращению медицины с государством.

Новое становление российского медицинского профессионального сообщества может происходить через процессы, приводящие к профессиональному самоопределению индивидов и профессиональному самоуправлению общности.

1. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ.

Положение врача в качестве наемного работника учреждения здравоохранения лишает его равно свободы осуществления профессии и ответственности по своим делам (в то время, как за рубежом развиваются противоположные процессы⁵). В профессии он подчинен ведомственным

⁵ В соответствии с Декларацией о независимости и профессиональной свободе врача профессиональная свобода врача предполагает свободу от постороннего вмешательства в лечебный процесс. Всегда и везде следует охранять и защищать независимость профессиональных медицинских и этических решений врача. Будучи представителем нужд своих пациентов и стремясь защитить их от всего, что мешает оказанию или ограничивает помощь больным и пострадавшим, врач должен пользоваться правом профессиональной

нормативам, ответственность за последствия его деятельности несет работодатель – хозяйствующий субъект (ст. ст.402, 1068 ГК РФ) и в порядке регресса может обратиться к работнику. В частных медицинских организациях обычно возмещение понесенных работодателем убытков становится условием сохранения работником трудового положения.

Между тем персональную ответственность врач несет за последствия своей профессиональной деятельности (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей – ч.2 ст.109 УК РФ; причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей – ч.2 ст.118 УК РФ; заражение другого лица ВИЧ - инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей – ч.4 ст.122 УК РФ). Однако обязанности, признаваемые профессиональными, в действительности являются трудовыми (функциональные обязанности) и вменяемыми отраслевым ведомством (приказами и инструкциями).

Профессиональная принадлежность социальной опоры врачу не дает, служа лишь условием трудоустройства по полученному образованию. Не профессия, не уровень профессионализма имеет значение в настоящее время, а наличие образовательного документа как основание для притязаний на рабочее место.

По существу, медицинское образование и трудоустройство в учреждениях отраслевого ведомства признается эквивалентным владению медицинской профессией (рис.1).

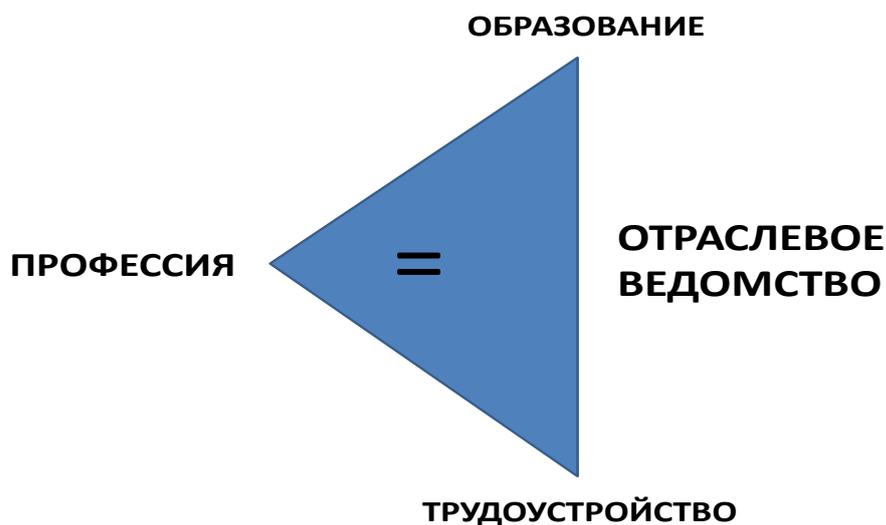


Рис.1. Медицинское образование и трудоустройство в учреждениях отраслевого ведомства как эквивалент профессиональной состоятельности.

В результате профессиональное самосознание становится попросту ненужным, если при наличии образовательных документов достаточно соблюдать указания руководства по месту работы.

Следование константам (интересам нуждающихся в помощи и правилам профессии⁶) подменяется следованием переменным факторам текущей целесообразности по усмотрению бюрократической ведомственной вертикали. Не удивительно, что соображения личной выгоды, создающие теневой оборот в учреждениях здравоохранения⁷, становятся для обладателей медицинской профессии ведущими в настоящее время.

Ужесточение требований формальности (сертификаты специалиста, квалификационные категории и пр.) никак не отражается на уровне профессионализма и ответственности обладателя медицинской профессии.

Свою состоятельность в профессии медик также доказывает не себе подобным, а государству (в лице отраслевого ведомства или суда).

С появлением частной медицины сложившаяся конфигурация подмены профессионализма образованием подверглась существенному ослаблению. Во-первых, обладатели медицинской профессии получили возможность трудоустройства вне учреждений здравоохранения отраслевого ведомства. Во-вторых, стало важно не то, сколько документов имеют обладатели медицинской профессии, а чем они могут привлечь и удержать потребителей в меру своего профессионализма. В-третьих, существующие в отраслевом ведомстве многочисленные и многообразные формальности утратили ценность для потребителей в гражданском обороте и потому – для частных медицинских организаций. По существу, в гражданском обороте приоритет – хотя бы и не абсолютный – получил профессионализм, допускающий естественный отбор. Тем самым статика устройства отраслевого ведомства в этой части получила альтернативу динамики на основе профессионализма.

Однако частная медицина, организованная по характеристикам экономической деятельности, не способна заменить организацию профессионального медицинского сообщества.

Чтобы возникла организация профессионального медицинского сообщества:

- образовательный статус должен быть отделен от профессионального;
- экономическое позиционирование не должно подменять профессиональную деятельность;
- ценностью профессионального статуса должно стать положение в ряду равных по принадлежности к единой профессии.

1.1. Образовательный статус должен быть отделен от профессионального.

⁶ Врач должен быть полностью независимым в выборе способа лечения лица, находящегося в сфере его профессиональной ответственности. Важнейшая задача врача состоит в облегчении страданий себе подобных, и никакие побуждения личного, общественного или политического характера не должны превалировать над этой высокой целью. Токийская декларация. Принята 29-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Токио, Япония, октябрь 1975, п.4.

⁷ Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Социальные последствия сложившейся организации хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 1. - С.28-35.

Действительно, соответствие своей медицинской образованности существующим в стране стандартам образования выпускник вуза должен доказывать государству в лице государственных комиссий медицинского вуза, как и сейчас.

Но профессиональную пригодность, состоятельность в профессии, владение необходимыми для ее осуществления навыками и знаниями выпускнику медицинского вуза следует доказывать состоявшимся в профессии коллегам.

Для этого и существуют переходные ступени (интернатура, ординатура), прохождение которых выпускником вуза демонстрирует наставникам его практическое созревание в профессии. Если в нынешних российских условиях такая подготовка признается частью образовательного процесса, то в действительности эта своеобразная стажировка на рабочем месте является механизмом конвертации образовательных приобретений в практические навыки и умения воплощения знаниевого потенциала в деятельность по профессии. Отсюда вытекает необходимость существования общественного института профессионального наставничества.

Созревание в профессии знаменуется не получением очередного образовательного документа, а испытанием перед опытными, состоявшимися в профессии практиками, по его итогам согласными поручиться за профессиональную пригодность новicia. Положение в профессии в этом случае определяется уровнем профессионального мастерства, реальных навыков и умений, а не наличием образовательных документов. Отсюда вытекает необходимость существования общественного института профессиональных испытаний.

Первичность профессиональной, а не образовательной, трудовой и ведомственной идентичности становится условием приобретения профессионального статуса и отличия от положения выпускника профильного вуза, получателя диплома об образовании. Отличия же в трудовом положении обладателя профессионального статуса как работника учреждения здравоохранения (как и отнесенность его места работы к отраслевому ведомству) или частной медицинской организации при этом не имеют значения – при наличии профессионального статуса выпускник профильного вуза может быть трудоустроен где угодно.

1.2. Экономическое позиционирование не должно подменять профессиональную деятельность.

Экономическое позиционирование должно быть отделено от профессионального. Обладатель профессии может быть трудоустроен по найму, как сейчас, или осуществлять частную практику на правах предпринимателя без образования юридического лица – это не сказывается на его профессиональном статусе, позиционировании в профессии. Место практической деятельности может определять лишь его специализацию.

Понятно, что профессионал-стоматолог не может быть трудоустроен в качестве гинеколога или травматолога именно в силу профессионального

статуса, а не отсутствия образовательных документов. Если же профессионал-стоматолог решает переквалифицироваться или приобрести смежную специальность, он наравне с прочими соискателями выдерживает испытание на годность к новой профессии перед состоявшимися в этой профессии коллегами.

Подобно рукоположению в сан священника, это акт однократный: либо профессионал признается таковым, либо нуждается в дополнительной подготовке, в том числе, возможно, образовательной, но прежде всего – практической, необходимой для того, чтобы состояться в профессии и выдержать соответствующее испытание на профессионализм.

Это – и не квалификационная категория, в существующем виде еще больше разделяющая медицинское сообщество от имени отраслевого ведомства.

Это – и не сертификат специалиста, который по неведомым основаниям нужно обновлять раз в пять лет в образовательных заведениях.

Единожды состоявшись, профессионал не перестает оставаться профессионалом и через пять, и через больше лет при условии нахождения в профессии и осуществления практической деятельности по специальности.

Необходимость повышения квалификации по специальности – это не формальная обязанность, как сейчас, под угрозой санкций, а потребность самого профессионала и всего медицинского сообщества безотносительно отраслевого ведомства.

Именно экономическая свобода – будь то от деятельности по трудовому найму или от частной практики – должна, во-первых, позволять ему самосовершенствоваться в профессии; во-вторых, стимулировать его к этому будущими благами профессиональных достижений и, соответственно, перспективой роста личного благосостояния.

Отраслевое ведомство в границах своей юрисдикции в обществе вправе действовать в соответствии с законом. Профессиональная медицинская деятельность законом не регламентируется, в отличие от трудовой или экономической. Законодательным регламентом охватываются лишь запреты и ограничения (эвтаназии, стерилизации и т.д.), но не медицинские технологии.

Таким образом, профессиональный статус ассоциирован лишь с деятельностью по профессии; положение в экономических отношениях определяет лишь материальную основу позиционирования в профессии, но не ее содержание, которое не зависит ни от трудового положения, ни от установлений отраслевого ведомства в границах его юрисдикции в обществе.

1.3. Ценностью профессионального статуса должно стать положение в ряду равных по принадлежности к единой профессии.

В той мере, в какой в отрыве от причастности к месту трудоустройства и ведомственной принадлежности образуется автономия профессии и самостоятельность профессионала, он становится равным себе подобным и обладает одинаково весомым с каждым из них профессиональным мнением.

Тем самым причастность к кругу себе подобных, к ряду равных отделяет обладателя медицинской профессии от остальных. Обладатель медицинской профессии тем самым гарантирован в основательной ассоциации себя с профессией, признаваемой коллегами и потому – обществом в целом.

Возникает вопрос самоидентичности в общественной группе, групповой идентичности и границ позиционирования персоналии в системе координат групповой общности. Иными словами, это вопрос медицинского сообщества, членства в нем и соотношения персоналии с сообществом, а сообщества – с остальным обществом и государством.

С одной стороны, обладатель медицинской профессии должен быть признан медицинским сообществом. Однако для этого ему надлежит соответствовать существующим в сообществе требованиям и установлениям.

С другой стороны, принадлежность обладателя медицинской профессии к медицинскому сообществу, к отдельным его составляющим группам должна быть признана обществом и государством. Однако это не более чем ответ на способность медицинского сообщества к самоупорядочению.

Чтобы проявлять способность к самоупорядочению, медицинское сообщество должно обладать признанными государством и одобряемыми обществом возможностями влияния на свое состояние, вводя и контролируя соблюдение своими членами систему требований и установлений. Для этого медицинское сообщество должно быть представлено соответствующими органами.

А чтобы соответствовать существующим в сообществе требованиям и установлениям, состоящий в нем обладатель медицинской профессии должен быть гарантирован в их легитимности и в том, что никакие иные параллельные противоположные или отличающиеся требования к нему предъявляться не будут.

Отсюда вытекает необходимость, во-первых, законодательного оформления органов медицинского сообщества; во-вторых, законодательного определения функций (полномочий) этих органов, в том числе с изъятием их части у отраслевого ведомства; в-третьих, законодательного установления масштаба и меры возможностей, обязанностей и ответственности этих органов перед государством и обществом.

В соответствии с Мадридской декларацией о профессиональной автономии и самоуправлении врачей⁸ из права на профессиональную автономию вытекает ответственность медицинских работников за обеспечение самоуправления. Наряду с любой системой медицинского управления, существующей в государстве, сами медики должны регулировать профессиональные отношения и деятельность отдельных врачей (п.3). И, действительно, за рубежом медицинское сообщество повсеместно

⁸ Мадридская декларация о профессиональной автономии и самоуправлении врачей. Принята 39-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей. Мадрид, Испания, октябрь 1987

существует традиционно наряду с отраслевым ведомством, а не в его составе⁹.

В этом случае возникает вполне внятная структура общественных отношений в отрасли. Отраслевое ведомство представляет государство и остается проводником его социальной политики в здравоохранении посредством распределения средств казны на эти цели. Органы медицинского сообщества представляют его перед государством и обществом и ответственны за упорядоченность своей внутренней среды – составляющих сообщество членов – обладателей медицинской профессии. Последние объединены причастностью к медицинскому сообществу, которое в рамках законных функций своих органов предоставляет им соответствующие возможности, но и предъявляет к ним соответствующие требования.

Тем самым формируется ценность профессионального статуса в сообществе себе подобных обладателей единой профессии.

Таким образом, профессиональное самоопределение является условием существования медицины как профессии, поскольку в его отсутствие обладатели профессии перестают быть самостоятельными в следовании интересам пациента, а руководствуются ориентирами трудовых отношений, ведомственных указаний и экономических выгод.

2. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМОУПРАВЛЕНИЕ.

Если саморегулирование – категория экономической деятельности и относится к хозяйствующим субъектам, то самоуправление – категория цехового упорядочения в профессии и относится к ее обладателям.

Задачами органов профессионального самоуправления медицинского сообщества являются поддержка профессиональной репутации своих членов, создание экономических условий для медицинских работников путем участия в подготовке законов в области охраны здоровья, решение вопросов подготовки профессиональных кадров, установление цеховых норм и правил и др.

Основными функциями органов профессионального самоуправления медицинского сообщества являются мониторинг и поддержание профессиональной компетентности и баланса профессиональных и экономических интересов членов медицинского сообщества, а также значения самого органа профессионального самоуправления.

2.1. Мониторинг и поддержание профессиональной компетентности членов медицинского сообщества.

В соответствии с Мадридской декларацией о профессиональной автономии и самоуправлении врачей эффективное самоуправление - залог профессиональной независимости в вопросах оказания медицинской помощи

⁹ например, South-African Nursing Council, Medical and Dental Council, Pharmacy Board, Dental Technician Council и пр. – помимо рекомендательных советов (Health Matters Advisory Council, National Health Policy Council) наряду с отраслевым ведомством - The Department of Health, Welfare and Pensions /Strauss S.A. Legal Handbook for Nurses and Health Personnel. Fourth Edition. The King Edward VII Trust. Cape Town, 1981.

(п.4). Уровень медицинской помощи и компетентность оказывающего ее врача всегда должны быть в центре внимания любой структуры самоуправления. Врачи обладают достаточными знаниями для принятия решений, способных послужить на благо пациентам, обеспечивая надлежащее оказание медицинской помощи компетентными врачами. Система врачебного самоуправления должна быть открыта для внедрения достижений медицинской науки и наиболее безопасных и эффективных методов лечения (п.5).

2.2. Мониторинг и поддержание баланса профессиональных и экономических интересов членов медицинского сообщества.

В соответствии с Декларацией о независимости и профессиональной свободе врача¹⁰, исполняя свой долг, врачи не должны ориентироваться исключительно на приоритетные ассигнования из скудных ресурсов, выделяемых на нужды здравоохранения правительственными или социальными службами. Такая ориентация чревата внутренним конфликтом обязательств врача перед пациентом и нарушает принцип профессиональной независимости врача, на которую пациент имеет право рассчитывать.

Врачи должны знать реальную стоимость лечения и прилагать все усилия к разумному сдерживанию цен на медицинские услуги. Приоритетная обязанность врача - представительство интересов больных и пострадавших в борьбе против притязаний общества на снижение цен, ибо оно ставит под угрозу здоровье, а порой и жизнь человека.

Профессионализм в медицине должен сочетаться с пониманием ценности и стоимости лечения. Обладателю медицинской профессии необходимо владеть экономическим обоснованием всей технологической последовательности оказания медицинской помощи. Медико-экономическое обоснование стоимости имеет любое заболевание любого пациента. И это доступно как прогнозированию и расчетам, так и выяснению, кто оплатит лечение.

Однако профессионализм должен быть свободен от ассоциаций со стоимостью медицинских услуг. Это не означает, что обладатель медицинской профессии должен сознательно стремиться к занижению стоимости своей деятельности – напротив, он должен знать ее реальную цену и придерживаться ее объективной оценки. Вознаграждение за свой профессионализм он должен получать всегда, независимо от обстоятельств и от того, кто является плательщиком. Однако обладатель медицинской профессии непричастен к ценообразованию в обороте медицинских услуг. Высокие цены в практической медицине обусловлены дороговизной медицинского оборудования, аппаратуры, инструментария, расходных материалов, особенно лекарственных препаратов и пр. Высокие цены на медицинские услуги могут происходить от пороков организации платежных

¹⁰ Декларация о независимости и профессиональной свободе врача. Принята 38-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США октябрь 1986.

отношений, роста административных расходов в сфере финансирования практической медицины и т.д. Врачи могут способствовать снижению стоимости медицинских пособий, разрабатывая новые или совершенствуя существующие медицинские технологии¹¹. Но врачи не должны быть ангажированы, чтобы, например, выписывать максимально дорогие лекарства или, напротив, лечить дешевыми и неэффективными средствами.

Профессионализм должен быть независим и от социальной политики государства в здравоохранении. Владелец медицинской профессии не в ответе за то, как государством проводится социальная политика и как организована социальная сфера в стране в целом и здравоохранение в частности. Владелец медицинской профессии – не представитель здравоохранения, отраслевого ведомства, государства. Хорошо или плохо здравоохранение в стране организует государство, а не медицинское сообщество, и отдельные владельцы медицинской профессии в состоянии лишь делать свое дело, а не предпринимать инициативы вместо государства.

Вместе с тем медицинское сообщество должно отстаивать экономические интересы своих членов. В соответствии с Мадридской декларацией о профессиональной автономии и самоуправлении врачей структуры врачебного самоуправления обязаны разумно относиться к ценам на медицинские услуги. Высокий уровень медицинской помощи оправдан лишь тогда, когда она доступна всем. Только квалификация врача позволяет дать оценки, необходимые для решения вопросов цен. Поэтому национальные структуры врачебного самоуправления обязаны включить процедуры определения цен на медицинские услуги в сферу своей деятельности. Снижать стоимость медицинских услуг следует за счет совершенствования методов предоставления медицинской помощи, повышения доступности госпитальной и хирургической помощи, адекватного использования технологий. Снижение цен на медицинские услуги не должно приводить к ограничению объема медицинской помощи. Нельзя допускать и чрезмерного использования медицинских ресурсов с целью увеличения стоимости медицинской помощи: в этом случае она также станет недоступной для многих нуждающихся в ней (п.6).

2.3. Мониторинг и поддержание значения органа профессионального самоуправления.

Не государство и не уровень финансирования им здравоохранения определяет и характеризует уровень охраны здоровья в стране, не отраслевое

¹¹ например, клиническая и экономическая оценка внедрения низкочастотной ударноволновой литотрипсии для лечения камней мочевыводящих путей - Kramolowsky EV, Wang G, Butler RM, Wood NL. Клинические результаты при применении низких частот показали статистически достоверное улучшение на предмет избавления от конкремента при любой локализации и размерах за исключением камней размером меньше 25 мм2. Необходимость в повторном лечении снизилась с 35,4% до 18,2%. Время анестезии увеличилось с 26 до 50 минут за сеанс. По оценке страховой медицины было выявлено увеличение стоимости затрат на анестезиологическое пособие на \$ 28,294 при применении низких частот. Однако, устранение необходимости в повторном сеансе ДЛТ привело к экономии \$ 264,989. Таким образом, сэкономленная сумма составила \$ 271,13 за лечение одного пациента // J . Endourol (Эндоурология) 2010 Сентябрь; 24(9)

ведомство определяет и характеризует уровень медицинской помощи, а медицинское сообщество. Соответственно, чем выше уровень компетентности обладателей медицинской специальности, тем выше уровень оказываемой ими медицинской помощи и охраны здоровья в целом, тем выше социальная стабильность в отрасли и оценка обществом социальной политики государства.

В соответствии с Декларацией о независимости и профессиональной свободе врача, обеспечивая независимость и профессиональную свободу медицинской врачебной практики, общество должно гарантировать своим членам наилучший из возможных уровень здравоохранения, что в свою очередь способствует становлению более сильного и прочного общества. Согласно Мадридской декларации о профессиональной автономии и самоуправлении врачей принятие национальными структурами врачебного самоуправления на себя соответствующих функций обеспечит каждому врачу право на осуществление независимого лечения любого пациента без постороннего вмешательства. Ответственное и высокопрофессиональное поведение каждого врача и обеспечиваемая национальными структурами врачебного самоуправления эффективная и действенная система самоуправления, должны гарантировать заболевшему квалифицированную помощь компетентных врачей (п.10).

Органы профессионального самоуправления медицинского сообщества призваны, во-первых, организовать само это сообщество, для чего создать систему допуска к профессии, нахождения в профессии и отрешения от профессии; выработать нормы поведения при осуществлении профессии, в отношениях с коллегами и пациентами, сформировать стандарты безопасности пациентов и систему мониторинга и анализа их соблюдения и т.д.

Во-вторых, органы профессионального самоуправления медицинского сообщества призваны осуществлять представительство профессионального сообщества вовне – в государстве и обществе, в любых публичных и частных институтах, т.е. участвовать в деятельности всевозможных коллегиальных органов и структур, которая касается медицинского сообщества, медицинской деятельности и здоровья граждан, социальной политики государства в сфере охраны здоровья, и т.д.

В-третьих, органы профессионального самоуправления медицинского сообщества призваны информировать общество и государство о своей деятельности, осуществлять необходимую пропаганду своих возможностей и достижений, вести санитарное просвещение в интересах своих членов, и т.д.

Подобным образом медицинское профессиональное самоуправление организовано за рубежом вовне постсоветских стран. И органы медицинского профессионального самоуправления законодательно наделены традиционными полномочиями, отличными и отдельными от полномочий отраслевого ведомства. В наиболее общем виде отраслевое ведомство занимается здравоохранением, органы медицинского профессионального самоуправления – медициной. Вопросы правил медицины как науки и профессии, определения и соблюдения профессиональной пригодности

обладателей медицинской профессии, организации медицинского профессионального самоуправления и т.д. за рубежом не решаются отраслевым ведомством: это прерогатива медицинской общественности – органов профессионального самоуправления.

В новой отечественной истории вопрос о создании органов медицинского профессионального самоуправления не стоял. Предпринимавшиеся попытки¹² не консолидировали и не могли консолидировать медицинское сообщество в силу отсутствия стимулов развития профессионального самоопределения у разрозненных ведомственным и трудовым подчинением обладателей медицинской профессии. При существующей организации здравоохранения и оформляющем ее законодательстве создание органов медицинского профессионального самоуправления невозможно. Место, которое за рубежом занимает в обществе медицинское сообщество, в России занято не обществом, а государством в лице отраслевого ведомства. Потребностям общества в существовании медицинского профессионального самоуправления не отвечает административно-бюджетный уклад отраслевого ведомства. Отраслевому ведомству в существующем виде не нужна иная организация медицинского сообщества, кроме как субординационно администрируемая. Медицинское профессиональное самоуправление как выражение автономии медицинского сообщества лишает отраслевое ведомство возможностей пренебрегать им и руководствоваться только предписаниями. В той мере, в какой медицинское профессиональное самоуправление может быть предусмотрено законом, оно становится неподвластным отраслевому ведомству. Нынешняя подвластность отраслевому ведомству позволяет противопоставлять медицинское сообщество остальному обществу, оставляя само отраслевое ведомство вне поля такого противопоставления. В результате члены неконсолидированного и администрируемого медицинского сообщества в глазах общества ответственны за несовершенство организации здравоохранения и отсталость медицины в стране, а не за использование потенциала своего профессионализма, хотя именно в этом совпадают интересы общества и государства в сфере охраны здоровья.

Таким образом, медицинское профессиональное самоуправление в России возникнуть может только при смене действующей модели организации здравоохранения и оформляющего ее законодательства. Институционализация медицинского сообщества объективно отвечает интересам общества и государства, но не интересам отраслевого ведомства. Тем самым реформа здравоохранения станет состоятельной в этой части в том случае, если предусмотрит институционализацию медицинского сообщества с соответствующим перераспределением в его пользу функций отраслевого ведомства.

¹² Тихомиров А.В. Медицинские сообщества в России: назначение и функции //Главный врач: хозяйство и право, 2005. - № 1. - С.44-48; Тихомиров А.В. Тупики медицинского сообщества в России //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 1. - С.25-31.