

Над столом в его рабочем кабинете висит портрет отца – академика РАН Герасима Назаренко, известного травматолога, который был заместителем директора ЦИТО (ныне НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова) с 1986 по 1994 г. На стене напротив окна – многочисленные дипломы, сертификаты, почётные грамоты и благодарности на русском и английском языках, а также портреты нейрохирурга Ивана Шевелева, математика Юрия Журавлёва и реаниматолога Леонида Глазмана – главного врача НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко (ныне НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко) с 1994 по 2017 г.

– Антон Герасимович, последние 5 лет вы были успешным главным врачом НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко. Почему вы согласились возглавить НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова?

– Мне проще ответить, почему я не смог отказаться от предложения возглавить центр. Не смог, потому что не смог. Согласитесь, не каждому по плечу отказаться сделать что-то важное, значительное для дела, которому служишь. Сомнения, конечно, были, прежде всего в том, смогу ли я, но пока не возьмёшься за дело, не поймёшь до конца, на что ты способен, ведь так?

– У вас необычная биография. Сначала вы прошли ординатуру по травматологии и ортопедии, затем – ординатуру и аспирантуру по нейрохирургии, занимались оперативной и исследовательской деятельностью, работали главным врачом. Кем вы себя считаете – ортопедом, спинальным хирургом, нейрохирургом или организатором здравоохранения?

– Я вырос в семье врачей, отец Герасим Назаренко – профессор-травматолог. Это и решило выбор профессии. Ещё в студенческие годы заинтересовали проблемы боли в спине, патология позвоночника и спинного мозга, хирургическими аспектами которых занимаются и ортопеды, и нейрохирурги. После окончания в 2000 г. ММА им. И.М.Сеченова поступил в ординатуру по травматологии и ортопедии. Прикипел к седьмому отделению ЦИТО, которым в то время руководил профессор Степан Ветрилэ. Я очень благодарен академику Александру Потапову, он дружил с моим папой. Александр Александрович сыграл в моей жизни особую роль – помог поступить в ординатуру в Институт нейрохирургии, подготовил к работе главным врачом. Отделением спинальной нейрохирургии тогда руководил профессор Иван Николаевич Шевелев – мой учитель и наставник в хирургии. Удивительный человек, признанный в мире спинальный хирург. Вспоминаю его всегда с особенной теплотой. Очень многому научил меня действующий руководитель отделения спинальной нейрохирургии Николай Александрович Коновалов – он и учитель, и друг. Мы оперировали вместе, ездили вместе на конгрессы. В отделении мне привили ценность профессиональной и товарищеской, принципиальной атмосферы, важность ответственности за предоставленный участок работы. Здесь защитил кандидатскую и докторскую диссертации. Затем перешёл в клинику № 1 Управления делами Президента (Волынскую) заведующим нейрохирургическим отделением. А три года спустя стал главным врачом клинической больницы Управления делами Президента на Лосиноостровской. В 2017 г. вернулся в Институт нейрохирургии главным врачом. Считаю себя спинальным хирургом-ортопедом.

Отвечаю на вопрос, с какой специализацией себя ассоциирую. Специалист в области хирургии позвоночника – это тот случай, когда ортопедическая и нейрохирургическая специализация позволяет избежать узкоспециального взгляда на проблему, с которой приходится

Наши интервью

Руководитель медицинского центра должен быть клиницистом

Директором НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова назначен профессор РАН Антон Назаренко



иметь дело, прежде всего, с точки зрения минимизации нежелательных последствий, возможных при хирургическом лечении, ведь индикаторы качества хирургической работы у ортопедов и спинального хирурга видятся так или иначе под углом зрения разных, но одинаково важных специальностей. Кроме того, есть такие хирургические нюансы, тонкости манипуляций, которые можно почувствовать, понять и освоить, только пройдя определённый путь, в обеих специальностях.

Кстати, отец настоятельно рекомендовал пройти все этапы развития руководителя – от ординатора, заведующего отделением, главного врача. Позиция простая – нельзя эффективно руководить лечебным учреждением, если не побывать в «шкуре», например, заведующего и т.д. Уверен, что и директором можно быть более эффективным, если до этого потрудиться главным врачом. Пройдя этот путь – тернистый с неудачами и успехами – почти за 10 лет, убедился в правильности постепенности, поэтапности. Мне повезло, я фактически много лет стажировался у выдающихся организаторов лечебного и научного процессов – Александра Николаевича Коновалова, Александра Александровича Потапова, Дмитрия Юрьевича Усачёва. Мне привилось тянуться к ним, перенимать у них опыт, подходы к решению проблем, отношение к сотрудникам.

– Кто должен руководить клиникой – клиницист или организатор здравоохранения?

– Вопрос не простой, что касается специальности организатора здравоохранения. Раньше говорили, со словом врач в норме сочетается только одно из двух возможных слов – или главный, или хороший, третьего не дано. В эпоху процессного управления ситуация изменилась.

Очевидно, что руководитель должен быть в первую очередь клиницистом, так как все клинические процессы выстраиваются вокруг пациента. В клинической медицине всё идёт от пациента. Современный подход управления лечебным учреждением, сфокусированный на управлении процессами, сместил резко акценты в сторону усиления руководителя именно клинической составляющей его компетенций. В рамках прогрессивных систем управления структурируются 28 основных направлений концентраций усилий, из которых только 3 может эффективно реализовывать чистый администратор – они касаются управления инфраструктурой, всё остальное – удел людей, понимающих суть лечебных и диагностических процессов, скажем медицинских технологических

процессов. Хотя, сами понимаете, реалии они весьма разнообразны. Здесь для понимания очень важно следующее. Для работы по 28 направлениям существует 52 инструмента (управление по результатам, по целям, сигмовое управление и т.д.). Заимствование и применение инструментов «в лоб» – это своего рода обезьянничание. Важно понимать, что один и тот же инструмент, в зависимости от цели применения, может дать разный результат, нож, молоток весьма наглядные примеры. Можно с пользой, а можно сами понимаете... С инструментами та же картина. Если цель – деньги – их архитектура одна, максимальный клинический результат – другая. Значит нужен некий балансир, чтобы это противоречие преодолеть. Балансиром может быть только духовный облик врача, мобилизация профессионального менталитета, то есть совокупности его образа мысли и духовных установок, ещё проще, может быть, и не вполне терминологически корректно, речь идёт о медицинской идеологии, идеологии служения в первую очередь интересам пациента, только это позволяет балансир не склоняться в сторону прибыли. Только поймите правильно, я и за достойную зарплату, и за «бережливые» технологии, направленные на минимизацию издержек.

– Как вам удаётся совмещать клиническую работу с административной?

– Я так подробно ответил на предыдущий вопрос, так как этот был, очевидно, следующим. Время делится – 20% в операционной, остальное вне. Совместительства нет особенно, есть переплетения, взаимное функционирование. Вне операционной я никогда не удовлетворён, в операционной я всегда в душевном равновесии, хотя бывает и не просто, это же хирургия. Есть, конечно, кто совмещает. Правда, я знаю только одного. Вы вспоминали папу. В активе его образования – Военно-медицинская, Военно-космическая академии, 4 рабочих языка и 32 подготовленных доктора наук. Это марсиане, которых делали в СССР. Кстати, он очень гордится тем, что он профессор Советского Союза, но говорит, что наше поколение лучше.

– Часто ли пересекаются проблемы ортопедического и нейрохирургического лечения позвоночника?

– Конечно. У нас налажено клиническое взаимодействие, когда мы совместными усилиями с Центром нейрохирургии организуем и проводим лечение пациентов, у которых, помимо нейрохирургической патологии в результате травмы, есть необходимость в нашем участии, и наоборот. Развиваем сотрудничество в научном и методическом направлениях. У нас общие задачи, мы обмениваемся опытом по многим вопросам. Взаимодействуем с Национальным медико-хирургическим центром им. Н.И.Пирогова – уникальным лечебным учреждением. Наши специалисты участвуют и в междисциплинарных бригадах.

– Судя по вашим многочисленным дипломам и сертификатам, вы много стажировались за границей.

– Все мои зарубежные поездки можно разделить на две группы. Одни связаны с профессиональным развитием как клинициста, а вторые – как администратора. Старался не пропускать международные конгрессы. Окончил курсы Европейской

ассоциации нейрохирургов. По организации здравоохранения стажировался в Школе общественного здоровья Блумберга в Университете Джонса Хопкинса (США). Изучал вопросы аккредитации клиник, управления их качеством, человеческими ресурсами, обеспечение безопасности пациентов. Сейчас под эгидой Национального института качества Росздравнадзора в нашей стране появилась добровольная аккредитация качества и безопасности медицинской деятельности. Клиники проверяются экспертами. При положительной оценке выдаётся сертификат на 2 года. Центр нейрохирургии первым из федеральных центров прошёл аккредитацию, а национальному центру травматологии и ортопедии она ещё предстоит. К ней надо серьёзно готовиться.

– Консультантом в вашей докторской диссертации был известный математик академик РАН Юрий Журавлёв. Как сказано на сайте РАН, профессором которой вы являетесь, одно из направлений ваших научных исследований – «применение методов прикладной математики и информатики в медицине». Расшифруйте, что это за методы и что даёт их применение для клинициста? Почему вас привлекла математика?

– Расшифровать их также легко, как и то, что такое математика. Есть известный труд группы французских математиков, писавших под псевдонимом Бурбаки «Элементы математики», которая заканчивается в оригинале фразой «это и есть математика». С прикладной математикой история посложней, чем с элементами математики. Опусту Конту принадлежит сентенция: «Знать, чтобы предвидеть. Предвидеть, чтобы действовать. Действовать, чтобы предупредить». Для клинициста это огромный супермаркет способов предвидеть на основе ограниченного количества данных. Если мы можем предвидеть, как будет протекать патологический процесс, сможем предвидеть у конкретного пациента результаты того или иного метода хирургического лечения, то и решение принимать, что, когда делать можно сделать максимально обоснованно, а главное, выбрать путь, позволяющий максимально склониться от нежелательных явлений. На знамени современной медицины написано «Медицина четырёх П». Первая из них П-прогностическая. В формате интервью углубляться в детали невозможно, придётся упрощать, а упрощение на короткой дистанции приведёт к риску вместе с водой и ребёнком выплеснуть... В целом эти методы используются на очень активно развивающемся направлении систем поддержки принятия решений. Это подспорье. Все решения – удел врача, и так будет всегда, потому что компьютеры в итоге все будут делать лучше человека, но одного не смогут никогда – определять цели того, что мы делаем, а целеполагание – это главный системообразующий фактор всей нашей деятельности.

Математика не привлекает ничем, если честно. Полезность царицы наук, сами понимаете, отрицать непродуктивно.

– Как это работает на практике? Ведь очень много входящих факторов, которые предусмотреть невозможно?

– Как это работает? Просто. Загружаете данные о пациенте,

алгоритмы рассчитывают, например, прогноз возникновения (вероятность) инфекционно-воспалительного осложнения при переломе. Предположим, что она 92%. Думаю, не стоит дожидаться в этом случае момент, когда увидим гной в ране, а применим все возможные усилия, чтобы это не произошло. Улавливаете? Мы идём впереди проблемы, а не после того, как она стала очевидной. А что за этим стоит, какие алгоритмы или какая модель представления знаний. Если это система искусственного интеллекта, для этого надо долго и много учиться. Поэтому и работаем не вместо, а вместе с математиками.

Кстати, математические прогностические модели с успехом можно использовать и в целях управления травматолого-ортопедической помощью. Простой пример – задача сравнить два отделения травматологии между собой. Предположим в одном летальность 2%, в другом 5%. Очевидно, что для корректности сравнения необходимо учесть тяжесть повреждений, их характер и локализацию. Для этого используются технологии групповых прогнозов. На данных лучших практики, например института им. Р.Р.Вредена, создаются модели характера течения исхода травм (срок лечения, исход для жизни, инвалидность). Например, для каждого конкретного пациента можно рассчитать длительность лечения или вероятность наступит ли инвалидность. Далее эти прогнозы рассчитываются для всех пациентов. По сути, эти прогнозы и представляют из себя исходы, которые бы для этих пациентов наступили при лечении в институте им. Р.Р.Вредена, назовём их «должными», с учётом того, что модели синтетизируются на данных лучших практик. Подсчёт средних цифр прогностических и реальных исходов в наших отделениях позволяет увидеть разницу между тем, что должно было бы быть, и тем, что реально стало. Например, срок лечения в среднем больше, чем группового прогностического – это плохо, а может меньше – это хорошо, причём можно точно сказать, на сколько. Этот подход может быть использован не только для бенчмаркинга, но и для оценки эффективности методов лечения переломов.

– В хирургии, особенно спинальной, делается немало ненужных операций, порой продиктованных извлечением прибыли. Как можно этому противодействовать? Как обезопасить от давления производителей протезов, систем стабилизации позвоночника, кейджей и т.д.?

– На выбор тактики хирурга могут влиять многие факторы. Врачи зачастую склонны предлагать ту операцию, которой владеют лучше, и не предлагать ту технологию, которой они не владеют или просто нет технической возможности выполнить её в клинике, где они работают. Не менее важным является данные об эффективности методов лечения. Если врач говорит, что ему «нравится та или иная операция» это сразу должностораживать. Нравиться врачу может что угодно, а разговор о методе хирургического лечения должен вестись только в плоскости оценки его эффективности, врач должен говорить языком цифр, аргументировать объективно, оценивая риски операции и её исход, предлагать те методы,

эффективность которых доказана результатами объективных исследований. Арсенал инструментов контроля широк – от постоянно обновляемых клинических руководств до дистанционного виртуального мониторинга результатов лечения и их осложнений (хирургические, инфекционные, тромбозооболочечные и др.). Весь мир движется в этом вопросе в сторону унификации и стандартизации, но, что важно, на супермаркетной платформе.

– Как решается вопрос об импортозамещении медицинской аппаратуры, инструментария и расходников в условиях санкций? Существуют ли механизмы совместной работы инженеров и хирургов?

– Существует несколько направлений работы. Первое – изменение логистических цепочек, поиск производителей из числа дружественных стран. Второе – мобилизация работы уже существующих отечественных производителей. Это направления быстрых решений. Третий путь – это налаживание прикладных и фундаментальных исследований, направленных на создание новых отечественных изделий, создание площадок для их испытаний и производства. Немногие знают, что первый в мире цельнометаллический протез тазобедренного сустава был изобретен и внедрен в нашем центре профессором Константином Сивашом. На деньги от продажи патента в США на территории центра был построен завод для производства изделий для нашей специальности.

– Но ведь санкции на медицинские изделия не распространяются?

– По факту они влияют. Компании производители уходят с нашего рынка со всеми вытекающими последствиями. Возможно, в противном случае, вопрос об импортозамещении вы бы и не задавали.

– В журнале «Кремлёвская медицина» опубликована ваша статья «Сравнительный анализ систем высшего медицинского образования в России, Германии, Швейцарии, США, Японии». Особенно любопытно приведённая в этой статье таблица со статистикой по зарплатам врачей разных специальностей, согласно которой зарплаты врачей в этих странах намного выше, чем у нас.

– Объективности ради надо сказать, что врачи на Западе живут достаточно скромно, не ездят на очень дорогих машинах, не носят дорогие костюмы. У них другое преимущество – это одна из самых уважаемых профессий в обществе, и, к их чести, надо сказать, что они стремятся такому положению соответствовать. Давайте вычтем налоги из их зарплат, сравним цены на жильё и коммуналку, и тогда уже речь пойдёт о других цифрах. На большие зарплаты врачей в США налог 37%. Поэтому попробую предложить немного по-другому посмотреть на этот вопрос. В мире, например, ведётся много исследований, посвящённых оценке того, как зарплаты влияют на качество работы. Примечательно, что далеко не всегда рост зарплат врачей коррелирует с ростом качества их работы, порой наоборот. Есть исследование, в котором демонстрируется, как высокие зарплаты могут отрицательно влиять на результаты лечения. Хирурги, зарплата которых оценивалась как высокая, «разгоняли» качество своей жизни, берут кредиты, для их погашения стараются оперировать ещё больше. Но известно, что при резком увеличении количества всегда страдает качество. И, в том числе, как мы уже говорили, могут выполняться необоснованные операции. Рассуждать объективно с цифрами на эту тему невозможно и не уверен, что нужно.

У нас в стране трудится большое количество высококлассных специалистов, но нет инструмента для корректной оценки того, как результат лечения коррелирует с заработной платой, тем более невозможно провести бенчмаркинг. Для этого

мы должны добиться безусловно полной объективной информации о результатах лечения как за рубежом, так и внутри страны. Обращаясь к истории, вспомним профессоров М.Волкова, Г.Илизарова, А.Казьмина, К.Сиваша, З.Мионову и многих других. Зарабатывали эти выдающиеся врачи весьма скромно, зарплата руководителя отделения была 500 руб., директора – 600. Но какие изобретения они сделали и каких результатов добивались. Поэтому, когда слышны дискуссии о низких зарплатах наших врачей, особенно среди самих врачей, то хочется предложить им повнимательней всмотреться в зеркало.

Конечно, повышение зарплаты – дело хорошее, но мы должны всё объективно обосновывать. Прежде всего, надо усилить работу по объективизации трудозатрат, унификации и стандартизации расходной части лечения. Согласно Майского указа Президента РФ, врачи должны получать не менее 200% средней зарплаты по региону, медсёстры – 100%. Если средняя ежемесячная зарплата в Москве составляет 85 тыс. руб., то нетрудно определить, сколько должны получить медики.

– Много ли в вашем центре коммерческих больных?

– Процент очень маленький – 7-8. Подавляющее большинство из них лечится по квотам или ОМС. Любой гражданин РФ может получить у нас необходимую помощь бесплатно.

– Какие у вас приоритеты? Есть ли своя программа?

– Программа, конечно, имеется. Она включает:

- ✓ перезагрузку повседневной деятельности центра
- ✓ мобилизацию производственной среды на максимальную ответственность за её результаты
- ✓ проведение аккредитации
- ✓ совершенствование системы управления качеством и безопасностью ведения пациентов, и оценку эффективности методов лечения
- ✓ инициацию комплекса работ по унификации и стандартизации этих методов
- ✓ разработку и внедрение многофункциональных интеллектуальных регистров по травматологии и ортопедии
- ✓ разработку модели умной больницы и умных решений для наиболее встречающейся патологии
- ✓ постоянно обновляемую коллекцию автоматизированных клинических руководств
- ✓ повсеместное внедрение виртуального интеллектуального мониторинга нежелательных событий
- ✓ проектирование и создание центра компетенции
- ✓ клеточную терапию
- ✓ развёртывание работ по медицине 4 П (индивидуальный прогноз, ранняя диагностика, фармакогеника, персонализированная профилактика)
- ✓ определение резистентности опухолевых клеток к химиопрепаратам
- ✓ развитие молекулярно-клеточных технологий, технологий научно-обоснованного принятия решений, роботизированных и 3D-технологий
- ✓ автоматизированный клинический аудит
- ✓ создание системы специализированной аккредитации по травматологии и ортопедии
- ✓ введение рейтингов клиник и врачей на основе математических подходов.

Наверное, можно не продолжать. Работать будем не покладая рук.

– С какими инициативами в законодательные и правительственные структуры на федеральном уровне хотелось бы выйти?

– Такая работа ведётся Министерством здравоохранения. Надо с удовлетворением отметить, что штаб отрасли сегодня работает для нас, помогает всегда, рассматривает и анализирует все наши инициативы, быстро, оперативно эффективно.

Беседу вёл
Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.

ОМС: реальность и перспективы

С начала 2022 г. в страховые медицинские компании (СМК) поступило более 3,5 млн обращений от пациентов по вопросам бесплатного оказания медицинской помощи по ОМС – это выше показателя 2020 г. почти в 1,5 раза. Сейчас по данным Всероссийского союза страховщиков (ВСС), в структуре нарушений более 50% составляют факты несоблюдения порядка и стандартов оказания медицинской помощи, а также клинических рекомендаций. В ходе совместной с Всероссийским союзом пациентов прямой линии «Защита прав застрахованных» эксперты ОМС составили рейтинг самых острых вопросов пациентов, а также рассказали о возможностях страховых медицинских организаций по решению трудностей в процессе получения медицинской помощи.

Политика в области качества

Как видят её страховые медицинские компании.

Эксперты составили рейтинг самых острых вопросов пациентов

Сроки получения медицинской помощи в поликлиниках

Вопросы сроков ожидания медицинской помощи в амбулаторном звене традиционно являются самыми острыми – нужно оперативно записаться на приём, а запись к специалисту недоступна. Эксперты ОМС констатируют, что по закону, терапевт должен принять в срок не более 24 часов с момента обращения в поликлинику, а «узкий» специалист – в срок не более 14 рабочих часов с момента получения пациентом соответствующего направления. Если же у пациента острая боль, повышение температуры, то медицинская помощь оказывается без записи. В большинстве таких случаев речь идёт о неотложной медицинской помощи, в Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи установлено, что в течение 2 часов с момента обращения в медицинскую организацию пациента должен принять врач. Также при наличии острой боли можно вызвать неотложную помощь на дом.

К сожалению, часто бывает так, по мнению СМК, эти сроки не соблюдаются. В этом случае эксперты ОМС рекомендуют обратиться к руководству медицинской организации, и если проблема на этом уровне не будет решена, тогда в страховую медицинскую организацию. Как утверждает эксперт рабочей группы по развитию ОМС Всероссийского союза страховщиков, советник генерального директора страховой медицинской организации «Капитал-МС» Михаил Пушков: «страховые представители сделают всё возможное, чтобы медицинская помощь была оказана в срок. Для этого есть все ресурсы: начиная со звонка в администрацию медицинской организации и заканчивая проведением экспертизы качества медицинской помощи с последующим применением экономических санкций к медицинской организации в случаях, если установлены нарушения».

В ситуациях, когда в поликлинике нет определённого «узкого» специалиста или нет необходимого оборудования для прохождения обследования, пациенту должно быть выдано соответствующее направление от врача на проведение исследования/консультации. «Оно подтверждает наличие показаний, то есть необходимость в их проведении. И если в поликлинике нет нужного оборудования или оно вышло из строя, нет определённого специалиста, тогда врач должен направить пациента в другую медицинскую организацию, где медицинскую помощь окажут», – отмечает М.Пушков. Кстати, сроки для проведения исследований не должны превышать 14 рабочих дней со дня назначения такой процедуры.

«Если же пациенту отказывают в выдаче такого направления, страховщик запросит медицинскую документацию, и в случае наличия показаний обеспечит его выдачу», – отмечает эксперт.

Оплата бесплатной медицинской помощи

Ещё одним важным вопросом для пациентов остаётся правомерность оплаты «из своего кармана» медицинской помощи, которая должна оказываться бесплатно. Это касается как ситуаций в поликлиниках, когда пациенту предлагают платный приём или обследование в случае его заинтересованности в сокращения сроков ожидания записи, или же предлагают оплатить выдачу определённого направления или рецепта, так и лечения в стационаре, когда просят оплатить лекарственные препараты или медицинские изделия в период лечения.

«Все эти предложения являются нарушением прав пациента на получение бесплатной медицинской помощи. Медицинские организации государственной формы собственности оказывают бесплатную медицинскую помощь, которая финансируется из бюджета, страховых взносов и других поступлений, и не имеют права подменять бесплатную помощь платной. Если у вас есть показание, то медицинская помощь должна быть оказана бесплатно», – подчёркивает М.Пушков.

Если у пациента возникают сомнения в правомерности таких предложений со стороны медицинской организации также необходимо обратиться в свою страховую медицинскую организацию. «Если оснований для оплаты нет, то страховой представитель поможет разобраться в ситуации, переговорит с главным врачом или заведующим отделением, и вопрос будет решен», – поясняет эксперт.

В тех же случаях, когда пациент, находясь в стационаре, уже заплатил за медпомощь или по направлению лечащего врача что-то купил в аптеке, он может возместить свои расходы. Для этого нужно сохранить чек/договор на предоставление платных услуг, и затем обратиться в страховую организацию с заявлением о возмещении затраченных средств. «На основе представленных документов будет проведена экспертиза оказанной медицинской помощи. Если выявлены нарушения, например, препараты, которые приобрелись пациентом за свой счёт, входят в гарантированный перечень и стандарт оказания медицинской помощи при заболевании пациента и были назначены врачом в период стационарного лечения, то медицинской организации будет предъявлена претензия о возмещении пациенту затраченных денежных средств и предложено урегулировать конфликт в досудебном порядке через возмещение пациенту неправомерно израсходованных средств», – поясняет М.Пушков.

При этом все виды диагностических и лечебных процедур, осуществлённые по инициативе пациента при отсутствии медицинских показаний, он оплачивает сам из личных средств. Но если пациенту отказано в бесплатном обследовании, и он сам его оплатит, и будут

выявлены серьёзные отклонения и установлено имеющееся заболевание, то он вправе написать жалобу в СМО и рассчитывать на возврат средств.

Защита интересов пациента в суде

Бывают и более серьёзные ситуации – когда медицинская помощь оказана некачественно, и пациент

получил осложнения, стал инвалидом или произошла трагедия со смертельным исходом. В этом случае пациент или его родственники имеют полное право восстановить свои нарушенные права – получить моральную или материальную компенсацию за некачественно оказанную медпомощь (в том числе и на обеспечение затрат для приобретения лекарственных препаратов и исследований, последующее долечивание, если эту услугу можно получить только на платной основе).

Страховая медицинская организация выступит на стороне пациента в случае установления дефектов оказания медицинской помощи, которые находятся в причинно-следственной связи с исходом лечения. «Мы не заинтересованы в уголовном преследовании врача, мы стоим на основе защиты гражданских прав. И цивилизованное решение – это возмещение морального и материального ущерба в рамках гражданского судопроизводства. Сегодня в функции СМО входит именно восстановление нарушенного права пациента за счёт справедливого судебного решения», – подчёркивает член Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, советник «Капитал-МС» Алексей Старченко.

«Акт экспертизы качества оказанной медицинской помощи, в котором указываются её дефекты, является важным доказательством вины медицинских организаций. Пациент идёт с ним в суд. Сегодня есть несколько решений Верховного суда, где чётко говорится о том, что экспертиза СМО должна обязательно приниматься к рассмотрению судами. Часто страховых экспертов привлекают в качестве третьей стороны в судах, и тогда на пальцах он объясняет им особенности этих дефектов, их причинно-следственную связь, доказывает вину медицинской организации», – отмечает А.Старченко.

В практике страховых компаний также существует подготовка кассационных и апелляционных жалоб в интересах пациента об увеличении суммы компенсации морального вреда. Так, например, в Омской области вред от ненадлежащего качества оказания медпомощи малолетнему ребёнку изначально был оценён в 70 тыс. руб. Однако руководствуясь Постановлением пленума Верховного суда, страховая медицинская организация «Капитал-МС» выступила в защиту прав пациента и направила в суд апелляционную жалобу, где подробно описала причиненный вред, особенности вины учреждения, особенности организации организма ребёнка. В итоге сумма компенсации возросла до 900 тыс. руб. – маме и 500 тыс. руб. – пострадавшему ребёнку.

«Конечно, мы рекомендуем для своей защиты использовать все ресурсы страховых медицинских организаций», – подчёркивает А.Старченко.

Подготовил Андрей ДЫМОВ.