Саморегулирование на добровольных началах - индикатор готовности бизнеса к самоорганизации

1. Немного об истоках, которые привели меня к теме доклада.

 После окончания больничной интернатуры 7 лет я работал хирургом-травматологом ортопедом в городской больнице города Челябинска. За это время ощутил в полной мере и проникся состоянием всей медицины, в частности положением профессии «врач» в системе здравоохранения. Что послужило толчком к созданию собственной клиники, где за основу взят принцип личной ответственности врача-профессионала перед каждым пациентом и консилиумный подход рассмотрения сложных ситуаций.

Развивая клинику, пришел к необходимости объединения подобных медицинских организаций, исповедующих важные для меня принципы -стремления к улучшению качества оказания медицинской помощи для совместного решения вопросов, препятствующих развитию частных медицинских учреждений. Так совместно с другими руководителями клиник в г. Челябинске была создана первая после федеральных центров в России саморегулируемая организация в медицине - Саморегулируемая организация - НП Медсоюз.

Тогда, на мой взгляд, в нашей деятельности было несколько ключевых проблем:

1.Развитие частной медицины ограничено исключительно платежеспособностью населения (самостоятельно медицинские услуги могут оплачивать не более 6-8 % населения региона) и поэтому для развития частным клиникам необходимо участвовать в государственных программах финансирования.

2. Даже при полном желании и возможностях частных клиник участвовать в системе ОМС, они встречают препятствия уже при распределении муниципального задания. Представление в Минздрав по распределению объема медицинской помощи внутри муниципалитетов осуществляют руководители соответствующих ведомств в городах. Их в меньшей степени беспокоит судьба частных клиник, ведь основная задача для них - функционирование государственных больниц, т.к. последние финансируются одноканально. Частные клиники вынуждены в одиночку бороться за свое место под солнцем в системе ОМС.

3.Государство Призывает к участию частных клиник в ГЧП. При всем при этом - отсутствует общепринятое правовое деление понятия государственно-частного партнерства, единое правовое поле и возможность «играть» по единым установленным правилам. Недостаточное регулирование в отраслевых законах партнерских отношений органов власти и субъектов предпринимательства не позволяет полноценно регламентировать обязательства сторон и давать гарантии для частных инвесторов при возникновении различного рода рисков.

5. Отсутствуют механизмы участия частных клиник при проведении общественной экспертизы проектов документов, касающихся развития здравоохранения в регионах, где в дорожных картах по развитию все чаще указывается участие частных медицинских организаций.

А Отсутствие в составе Минздрава или «рядом» с ним подразделения, органа, организации, которое занималось бы анализом участия частной системы здравоохранения и государственно-частным партнерством, По сути гарантирует несистемный подход к данной проблеме.

Сейчас Некоммерческое партнерство «Объединение частных медицинских организаций «МЕДСОЮЗ», объединившее в своем составе более 25 самых крупных частных медицинских организаций региона, можно считать состоявшейся общественной организацией. Мы вошли во все общественные советы в регионе, стали экспертами в общественной палате области, помогаем при рассмотрении дел Уполномоченному по правам человека Челябинской области и имеем свой консолидированный взгляд на происходящие события в здравоохранении региона. Мы понимаем, что моноразвитие нашего сектора невозможно, необходимо оздоравливать всю систему здравоохранения в целом, а соответственно нам нужно быть партнерами с государством.

Совместный анализ существующей ситуации позволил нам сформировать несколько предложений по решению острых вопросов.

Так в регионе неоходимо

1.Формирование благоприятной среды для развития - предоставление гарантий банкам в отношении заемщиков – медицинских организаций и субсидирования процентной ставки по кредиту; предоставление льгот по использованию земельных участков, аренде имущества (движимого и недвижимого); поддержка любого в том или ином виде уже существующего и вновь формирующегося государственно-частного партнерства в медицине.

Необходимо четко выделить направления, которые нужно развивать в части ГЧП( например- это аренда помещений и простаивающего медицинского оборудования , ликвидация медицинских и оздоровительных долгостроев, проведение реконструкции зданий, требующих капитального ремонта с последующим получением доли во вновь созданных совместных с государством предприятиях, участие в аутсорсинге, необходимом при осуществлении медицинской помощи, организация медицинского ухода ( в том числе на дому), подготовка медицинских кадров к работе на современной технике, развитие Первичной медико-санитарной помощи и Общей врачебной практики, обучение населения здоровому образу жизни и др.)

Необходима активизация работы по принятию базового закона о государственно-частном партнерстве, четко определяющим:

- статус органов исполнительной власти как партнеров в ГЧП;

- пределы полномочий по распоряжению имуществом и ответственности обеих сторон в рамках ГЧП;

- приоритет обязательств органов власти, принятых по контракту ГЧП в рамках соответствующей процедуры, для использования в качестве расходных обязательств в бюджете при наступлении случаев, предусмотренных контрактом;

- порядок подготовки конкурсной документации и проведения конкурсов, определение специальной процедуры выбора частного инвестора для заключения контракта ГЧП.

 Одним словом необходим нормальный закон о ГЧП

Необходимо содействие органов власти для объединения частных медицинских организаций в крупные действительно работающие СРО для ведения диалога и решения общих государственных задач в сфере здравоохранения, т.к. ФЗ № 315, которым руководствуются СРО четко прописывает ответственность участников, должных иметь дисциплинарные органы, собственный внутренний ежегодный аудит деятельности и постоянное непрерывное образование руководителей центров. Что государство будет получать взамен – статистику с увеличением количества качественно пролеченных пациентов, партнеров, готовых взять на себя ответственность за оказание своих медицинских услуг, потому что повышение уровня знаний руководителя каждого в отдельности частного медицинского учреждения позволяет не просто выполнять требования норм права, а развивать свою деятельность по одному с государством вектору, помогая обеспечить население качественной и доступной медицинской помощью.

Необходимо привлечение СРО к обсуждению тарифов и объемов медицинской помощи при формировании территориальной программы ОМС.

Также необходимо отдельное содействие развитию и расширению частных медицинских организаций, имеющих в своем составе стационары и оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь.

Необходимо Регулирование статистической отчетности частных клиник (сегодня Минздравы регионов не всегда учитывают деятельность частных медицинских организации, а их уже в системе большое количество и погрешность при отсутствии этих данных уже имеет место быть значимой и несет в себе опасность анализа не достоверных статистических данных).

Необходимо партнерство частных медицинских организаций и органов власти, которое может возникнуть только в процессе диалога, построенном на добровольном участии обеих сторон (например, СРО и власть региона). Только тогда можно рассчитывать на дальнейшее плодотворное сотрудничество.

Каждый ли готов добровольно вступить в организацию и работать по принятым правилам? По нашему опыту нет. Но вступление частных клиник в СРО - это показатель готовности отвечать за свою работу, за своих врачей и меняться к лучшему. Это другой уровень ведения организации, это наличие миссии – участие в оздоровлении всей национальной системы здравоохранения. Только отсюда может возникнуть возможность получения доверия для решения задач от государства.

2. Следующий этап цивилизованного развития национального здравоохранения, не частного и государственного, а всего процесса организации оказания медицинских услуг населению с рациональными бюджетными расходами - это оптимизация надзора и контроля за качеством оказания медицинской помощи на постоянно растущем пространстве медицинских организаций.

Нормативно-правовая база, по которой осуществляется контроль за деятельностью медицинских организаций всех форм собственности проверяет огромное количество параметров, которые, к сожалению, никакого отношения к качеству оказания медицинской помощи не имеет. Ни одна верно заполненная карта или полностью выполненный стандарт лечения заболевания не гарантирует безопасности пациенту и не защитит собственника клиники от закрытия или судебного разбирательства.

 Возникает вопрос, как защитить пациента и себя, руководителя организации, который вкладывает свою душу, время, финансы в развитие дела своей жизни? Кто сможет оценить качество медицинской помощи, которую получает человек в моем учреждении?

И я согласен с корифеями в организации здравоохранения - профессором Комаровым Юрием Михайловичем и С генеральным секретарем РМО -нашим единственным представителем во Всемирной медицинской ассоциации Михайловым Леонидом Александровичем, решение этого, самого важного вопроса, который может задать себе собственник сам, лежит в достижении еще более важного вопроса – формировании действующего врачебного профессионального сообщества, которое вправе оценить, как работает их коллега, поддержать, подсказать, обучить.

Конечно, это вопрос глобального масштаба, потому что мало сейчас говорить об этом, делать нужно уже вчера. Механизмы 315 закона по которым действуют СРО по предпринимательскому типу, предписывают ответственность перед пациентом за каждого участника СРО, и мы можем гарантировать выполнение стандартов оснащения и соблюдения санэпидрежима, но как можно гарантировать правильную профессиональную деятельность врача во время его общения с пациентом. Актуальность и своевременность проблемы говорят о важности симбиоза государства , бизнеса, и профессии в становлении партнерской профессиональной СРО. Любая крупная статусная опытная клиника может поставить перед собой задачу создания СРО по профессиональному типу, но понимая, что это трепетный процесс – важно выявить разрозненных авторит. етных специалистов, собрать их в инициативную группу или найти интересующее действующее или когда-то созданное профильное некоммерческое партнерство и начинать возрождать или создавать его вновь по принципу СРО. На это потребуется терпение и время, а потом и финансовые вложения. Но вознаграждение - это станет кузницей новых кадров в том числе и для частной медицины.

Важно помнить, что в данное время, врачи, имеют огромную потребность в постоянном росте и взаимодействии с коллегами, но разуверились в пользе обществ и ассоциаций, собрания которых ничего кроме времени и новых требований и вмешательств в их рабочий процесс за собой не несут.

Но когда они понимают, что планы становятся выполненными этапами становления их собственной организации, а с каждого мероприятия у них есть возможность привнести новое в свой профессиональный опыт, у них появляется желание делиться, учиться и делать. Это не просто, на это нужно время. Но это дорогого стоит. За это нужно взяться всем.

Начинать нужно с каждого региона, чтобы объединения врачей по медицинским специальностям могли получить развитие, учитывая особенность каждого региона, а затем образовалась Национальная медицинская организация, без которой не может сущесТвовать цивилизованное здравоохранение.

Нам неоткуда взять новых специалистов, мы не можем изменить сегодняшнюю медицину, стирая традиции русских врачей. Но таким образом, создавая профессиональные СРО, мы можем взять на себя ответственность и внести изменения в существующюю систему без ожидания перемен в бюджете, новых программ и законов.

Мы, руководители СРО по предпринимательскому типу на добровольной основе, на практике ощутили, что такое ответственность всем предприятием, за один документ и именно нам нужно идти дальше.

Спасибо за внимание.