

Вопросы совершенствования психиатрической помощи и развития общественного здравоохранения

К.м.н., глав. врач О.В. ЛИМАНКИН

Problems of the advancement of psychiatric care and the development of public health care

O.V. LIMANKIN

Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко, Санкт-Петербург

Ключевые слова: Российское общество психиатров, общественные профессиональные медицинские ассоциации, послевузовское образование и аттестация в психиатрии.

Key words: the Russian Society of Psychiatrists, public professional medical associations, postgraduate education and certification in psychiatry.

Развитие общественного здравоохранения

В схематичном виде модель общественного здравоохранения, принятую в развитых странах, но относительно новую для России, можно представить как некий вариант общественного договора между государством (в котором в качестве государственных регуляторов выступают министерства, департаменты и т.д.) и профессиональным медицинским сообществом с его негосударственными регуляторами (ассоциации, гильдии, палаты и др.) о разграничении прав, полномочий и ответственности по вопросам медицинского обеспечения населения [14].

С.Ф. Багненко и соавт. [4] отмечают, что, несмотря на различия в системах общественного здравоохранения разных стран, можно выделить общие характеристики. В частности, профессиональными ассоциациями по медицинским специальностям регулируются вопросы разработки и утверждения стандартов медицинской помощи, программ высшего и последиplomного непрерывного образования, сертификации или аттестации, соблюдения корпоративной (профессиональной) этики, страхования профессиональной ответственности, а общекопоративные интересы на уровне территориальных единиц (земли, области и т.п.) регулируются территориальными медицинскими объединениями. Такая модель оставляет за государственным регулятором исполнение представительных, надзорных и контрольно-разрешительных функций, причем не изолированно, а во взаимодействии с профессиональными медицинскими объединениями.

Ответственность за качество медицинской помощи возлагается на того, кто оказывает медицинские услуги (врач, медицинская сестра и т.д.), а также на структуры, регулирующие их профессиональную деятельность (медицинские учреждения).

Высокий уровень качества выполнения профессиональных обязанностей определяется следующими составляющими: тщательно проработанными стандартами деятельности по всем медицинским специальностям; контролем за их исполнением со стороны профессиональных медицинских объединений; жесткой системой непрерывного последиplomного образования; системой корпора-

тивной этики; страхованием профессиональных рисков (профессиональная ответственность).

Профессиональные медицинские объединения не вмешиваются в трудовые отношения работодателя и врача, оставляя это право за профсоюзами, хотя в реальности и профессиональные ассоциации, и профсоюзы тесно взаимодействуют между собой, проводя совместные мероприятия.

Участие государственных регуляторов в обеспечении качества помощи носит либо формальный (например, выдача лицензии на основе сертификата), либо опосредованный (например, финансирование фондов, страхующих профессиональные риски; инвестирование перспективных научных исследований и т.д.) характер. Высокая степень защищенности пациента и врача при возникновении конфликтных ситуаций обеспечивается не столько работой судебных органов, сколько деятельностью различных общественных (досудебных) институтов, обладающих широкими полномочиями [4].

Модель общественного здравоохранения в сфере исполнения профессиональной медицинской деятельности можно рассматривать как отраслевой вариант саморегулирования, появление которого объясняется экономической целесообразностью, выгодой для всех сторон, вовлеченных в процесс оказания помощи [14–16]. В такой модели пациенту гарантируется получение помощи, качество которой не ниже стандартов, установленных профессиональным сообществом. Как указывает Г.Б. Гаевский (цит. по [6]), выработка стандартов самим профессиональным сообществом многих зарубежных стран оправдана, так как совокупный интеллект сообщества выше, чем интеллект чиновников, которые к тому же руководствуются не знаниями о последних достижениях в области медицины, а количеством средств, выделенных из бюджета. Врач оказывается защищенным от безосновательных претензий со стороны недовольных пациентов, действуя в рамках профессиональной организации и в соответствии с установленными ею нормами и правилами. Государству модель общественного здравоохранения дает возможность сократить расходы на содержание разветвленного

аппарата регулирования системы здравоохранения [6]. Причем, сокращение расходов на госрегулирование является, по мнению С.Ф. Багненко и соавт. [4], весьма актуальным с учетом российских реалий, так как по уровню прямых и опосредованных затрат на содержание структур и представителей госрегулятора (чиновников) в консолидированном бюджете здравоохранения Россия является лидером среди европейских стран. Кроме того, саморегулирование может рассматриваться как средство борьбы с другими российскими институциональными пороками — взятничеством и коррупцией.

В настоящее время число стран с государственным регулированием здравоохранения, при котором профессиональному медицинскому сообществу отведена скромная роль участника в обсуждении вопросов развития отрасли, уменьшается. Эффективность такого регулирования в какой-то мере себя оправдывает лишь в условиях социально-экономического и политического кризиса [2].

Повышение интереса к модели общественного здравоохранения в России в последнее десятилетие связано прежде всего с попыткой проведения в стране административной реформы, главной целью которой была «коррекция форм государственного вмешательства в экономику, отказ от избыточного государственного регулирования и повышение эффективности действий государственной власти в тех сферах, где ее участие абсолютно необходимо»¹. Основным направлением секвестрирования государственного вмешательства в экономическую и общественную жизнь является развитие саморегуляции хозяйственной деятельности; в данном случае речь идет о передаче несвойственных госрегулятору (т.е. Минздравсоцразвития) функций в руки профессионального медицинского сообщества.

Вышедший в 2001 г. пакет законов («О государственной регистрации юридических лиц», «О лицензировании отдельных видов деятельности», «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)») не внес существенных изменений в функционирование отрасли здравоохранения. Принципиально важным стал Федеральный закон «О техническом регулировании»², который вывел из-под прямого государственного регулирования основной элемент профессии — стандарты профессиональной деятельности. Закон отменил отраслевые стандарты, а исполнение национальных стандартов и стандартов организаций с 01.07.03 г. стало делом добровольным; вместо обязательной аккредитации учреждений была утверждена добровольная сертификация соответствия. Наряду с этим закон закрепил право профессиональных ассоциаций на разработку стандартов, т.е. фактически определил функции, передаваемые государством профессиональному сообществу, и заложил основы формирования делегированного саморегулирования профессиональной деятельности в различных сферах, в том числе и здравоохранения [5].

Следующим шагом реформы должно было стать принятие закона «О саморегулируемых организациях» — для

законодательного закрепления модели общественного здравоохранения, при которой профессиональному медицинскому сообществу было бы передано управление профессиональной деятельностью своих членов, а за институциональными структурами (Минздравсоцразвития, Росздравнадзор) были бы закреплены надзорные и контрольно-разрешительные функции. Делегирование саморегулирования в России через принятие специальных законов иллюстрируется успешным опытом в таких сферах, как адвокатура, нотариат, оценочная деятельность и т. д. [4].

Однако до настоящего времени закон «О саморегулируемых организациях» не принят, хотя его обсуждение продолжается несколько лет. Возникший «законодательный вакуум» не позволяет осуществить делегирование саморегулирования [2]. Приводятся различные доводы о неготовности государственных, социальных и экономических институтов к его введению. Важной причиной, по видимому, является желание чиновников сохранить управление профессиональной деятельностью (в медицине такими являются проведение аттестации, сертификации, утверждение лекарственных перечней и т.д.), тем более, что существует и неопределенная «цена вопроса». Так, по данным С.А. Анденко [2], только в Санкт-Петербурге ежегодно личные расходы врачей и медицинских сестер на подтверждение квалификационных категорий составляют около 10 млн рублей.

В настоящее время проведение административной реформы в здравоохранении характеризуется неопределенностью и непоследовательностью [4]. Предлагаемые программы часто представляют попытку реанимировать изжившую систему административно-государственного регулирования. Так, с 01.01.06 вступили в действие поправки к Закону РФ «Основы законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан», в соответствии с которыми стандарты медицинской помощи могут быть федеральными и региональными, а их утверждение закрепляется за органами управления исполнительной власти, т.е. за государственным регулятором соответствующего уровня. В соответствии со ст. 54 «Основ», профессиональные ассоциации могут претендовать лишь на один элемент управления профессиональной деятельностью — сертификацию своих членов. Все попытки государственного регулятора (Минздрава) де-юре «приватизировать» и эту функцию не увенчались успехом (соответствующие приказы министерства 1994—1995 гг. были отменены в 2000 г.), однако де-факто сертификация не является направлением деятельности профессиональных медицинских ассоциаций [4].

Процесс создания модели общественного здравоохранения, формирования института саморегулирования, перераспределения полномочий и ответственности между государственными и негосударственными регуляторами выглядит достаточно проблемным не только потому, что существует определенное сопротивление чиновничьего, бюрократического аппарата. Передачу функций следует рассматривать как возникновение новой реальной персональной ответственности каждого участника профессиональных отношений перед пациентом и обществом в целом за конечные результаты своей деятельности. Общество должно знать, в чьи руки переходят полномочия и насколько профессиональные ассоциации готовы к управлению профессиональной деятельностью медицинских работников [4].

¹Основные направления социально-экономического развития Российской Федерации на долгосрочную перспективу. Программа 2001 г. // http://www.spprinfo.ru/content/rubr6/rubr6_63.asp

²Федеральный закон РФ от 27.12.2002 №184 «О техническом регулировании».

В.А. Федотов (цит. по [2]) отмечает пестроту в том, что касается структуры и функций существующих профессиональных медицинских ассоциаций, соотнося их деятельность с двумя определяющими принципами эффективной функциональной структуры — территориальностью и специализацией. В течение последних 10 лет общероссийские общественные организации по большинству медицинских специальностей созданы с региональными отделениями не во всех субъектах РФ. В 1997 г. зарегистрированные на тот момент организации объединились в национальную медицинскую ассоциацию — Российское медицинское общество, представляющую российских врачей во Всемирной медицинской ассоциации и Европейском форуме медицинских ассоциаций. Структура территориальных медицинских ассоциаций, представляющих общеорганизационные интересы врачей в субъектах РФ (в правлениях территориальных фондов обществ медицинского страхования, в тарифных и лицензионных компаниях и т.д.), крайне неоднородна: в одних регионах эту функцию выполняют ассоциации главных врачей или медицинских работников, в других — ассоциации региональных отделений общероссийских общественных организаций по медицинским специальностям, а где-то их вообще нет [2].

По мнению Е. Денисенко [6], передавать государственные полномочия по управлению профессиональной деятельностью медицинских работников в настоящее время некому. Ни одна из действующих общественных организаций медиков не готова вести ответственный и содержательный диалог с властью от лица профессионального сообщества. Одна часть профессиональных ассоциаций сформирована на узкоспециальной основе и по сути дублирует функции научных обществ. Другая часть представлена главным образом организаторами здравоохранения и в связи с этим концентрирует свои усилия на управленческих и инфраструктурных вопросах. Отдельные ассоциации созданы на том основании, что их члены относятся к той или иной системе здравоохранения. Кроме того, ни одна из действующих организаций не объединяет одновременно представителей государственной и частной медицины, хотя деление союзов по форме собственности уже отражает реальное положение дел в России.

Медицинская общественность зачастую скептически относится ко многим действующим объединениям, которые заявляют о своей массовой разветвленности. Так, например, по данным А.В. Каменева (цит. по [6]), в Санкт-Петербурге существует множество медицинских ассоциаций, каждая из которых настаивает на своей ведущей роли и участвует в борьбе амбиций. Объединения, основанные на «общих», неконкретных идеях, не могут долго и устойчиво существовать. С другой стороны, многие организации, спонтанно созданные «снизу» как альтернатива объединениям, существующим под патронажем министерства или Российской академии медицинских наук, ориентированы на решение конкретных задач, а не достижение целей, которые стоят перед саморегулируемыми организациями [6].

В свете сказанного можно рассматривать и деятельность Российского общества психиатров.

Российское общество психиатров в переходный период

Развитие отечественной психиатрии невозможно рассматривать без учета такой важной ее составляющей, как общественная медицина. Профессиональные врачебные

общества в России стали создаваться с начала XIX века, научные общества специалистов — на полвека позже [9]. Примечательно, что первым таким объединением стало Психиатрическое общество в Петербурге, основанное в 1861 г. и начавшее регулярную деятельность с 1879 г. В дореволюционный период общенациональным общественным психиатрическим объединением был Русский союз невропатологов и психиатров, после революции — Всесоюзное научное медицинское общество невропатологов и психиатров.

В советский период деятельность Общества была частью государственной системы здравоохранения страны, в большей или меньшей степени связанной с деятельностью органов государственной власти, отвечающих за организацию медицинской помощи населению. Как указывает Ю.А. Александровский [1], такая модель имела определенные положительные стороны, так как расширяла возможности реализации многих научных и организационных решений, которые без государственной поддержки не могли быть внедрены в практическую психиатрию. С другой стороны, подчиненность Общества органам здравоохранения принижала его роль в развитии психиатрии и сдерживала инициативу. Без одобрения министерства не собирались съезды и конференции специалистов, не принимались и тем более не исполнялись их решения [1]. Как и все профессиональные общества специалистов в СССР, Всесоюзное научное общество невропатологов и психиатров было лишено собственности, ресурсов и значительной части полномочий, имевшихся у профессиональных медицинских ассоциаций за рубежом [1, 6].

Поэтому неслучайно в период перестройки деятельность Общества, как и многих советских общественных институтов, оказалась в центре острых дискуссий. В 1988 г. на VIII Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров было принято решение о разделении этих двух дисциплин, и появились соответственно Всесоюзное общество психиатров и Всесоюзное общество невропатологов³, а в 1990 г. на VI съезде психиатров и наркологов РСФСР было создано Российское общество психиатров (РОП).

На проходивших в этот период форумах деятельность РОП была подвергнута резкой критике [1, 10, 14]. Говорилось, что его руководство полностью зависит от Министерства здравоохранения, являясь по существу его бюрократическим придатком, и не защищает права рядовых врачей. Представители регионов высказывали недовольство тем, что Президиум правления почти целиком состоит из москвичей, и, таким образом, вся психиатрическая политика определяется небольшой группой высокопоставленных столичных психиатров (в ответ на это замечание представители московской психиатрии, входившие в руководящий состав РОП, приводили контраргумент, согласно которому, при наличии большого числа членов Президиума из отдаленных районов, его работа станет неэффективной из-за трудностей, связанных с созывом заседаний). Высказывались и другие предложения, нередко достаточно радикальные. В частности, предлагалось добиваться полной независимости РОП от Минздрава, но с правом вето на любые министерские приказы, затрагивающие вопросы оказания психиатрической помощи. Выдвигались также требования передачи РОП полномочий по проведению аттестации и последипломного образования специалистов. Часть психиатров полагали, что РОП

³В настоящее время Всероссийское общество неврологов.

должно взять на себя функции своеобразного профсоюза, основной задачей которого должна стать юридическая и социальная защита его членов. Ряд предложений касался «омоложения» руководящих органов РОП с тем, чтобы в них работали более активные ученые и представители практической психиатрии, а заслуженные и авторитетные деятели, находящиеся в преклонном возрасте, должны быть переведены в ранг «почетных» членов.

Характерные для 90-х годов идеи демократизации, различного рода сепараций отражали настроения не только в политических кругах на уровне субъектов РФ, но и различных общественных сферах, в частности в медицинской среде: в каждом регионе создавались ассоциации по медицинским специальностям — со своими уставами, целями и задачами, которые находились вне общей идеи по управлению профессиональной деятельностью (по каждой специальности) в масштабе всей страны [2]. В условиях снижения уровня патернализма со стороны государства обозначились новые проблемы, связанные с «независимостью» профессиональных общественных организаций.

С учетом сказанного, сложившаяся ситуация в Российском обществе психиатров определялась следующими обстоятельствами: 1. В Обществе, ставшем формально независимым от Министерства здравоохранения, не была решена проблема финансовых средств, необходимых для полноценного функционирования. 2. Со временем стало очевидным, что многие вопросы организации работы Общества, его структуры, поднятия авторитета в профессиональной среде требуют обсуждения и решения. Во многих субъектах РФ отсутствовали региональные отделения, что объяснялось различными причинами (недостаточная активность врачебного сообщества, отсутствие достаточно числа специалистов, территориальная разобщенность и т.д.). Нерешенность этих и других вопросов не позволяла РОП оказывать должного влияния на происходящие в отечественной психиатрии события. 3. В связи с отсутствием эффективно функционирующей организационной структуры РОП в регионах и слабостью его ресурсной базы профессиональный и общественный авторитет психиатрического сообщества постепенно стал перемещаться к базовым учреждениям — научным центрам и крупным больницам. 4. В этих условиях на смену зависимости от министерства пришла зависимость от фармацевтических компаний, которые стали активно финансировать проведение съездов, конференций, встреч врачей и т.д. 5. В соответствии с ходатайством большинства членов Правления Общества из его названия было убрано слово «научное», чем подчеркивалась большая ориентация РОП на проблемы психиатрической службы страны. 6. Как отмечалось выше, в советский период профессиональное сообщество специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, было представлено одной общественной организацией и одним печатным органом. В настоящее время в стране действует большое число территориальных и российских ассоциаций, объединяющих группы специалистов разного профиля, многие из которых в свою очередь входят в состав международных организаций. В этой ситуации утрата монополии является вызовом для РОП и служит определенным сигналом для перестройки его деятельности, более продуктивного подхода к решению вопросов научной и практической психиатрии, что способствовало бы сохранению лидирующего положения РОП в психиатрическом сообществе.

Дискуссии о месте, роли и задачах РОП и в настоящее время являются одной из стержневых тем различных форумов отечественных психиатров, многих публикаций; причем неудовлетворительное структурное и функциональное состояние РОП, его несоответствие представлению о современной профессиональной общественной медицинской организации является преобладающим мнением [1, 3, 11, 12].

Выражая крайнюю позицию, И.И. Антипин и А.Г. Комисаров [3] считают, что РОП в его нынешнем виде невозможно реформировать, в связи с чем наступило время создания нового профессионального союза. Авторы называют РОП «вещью в себе», «виртуальным сообществом администраторов», деятельность которого ни на что не влияет и никак не зависит от профессионального сообщества, в котором рейтинг РОП крайне низок.

В качестве других критических замечаний отмечается и малоэффективная структура РОП; отрыв столичного руководства от региональных отделений; порядок формирования руководящих органов, не позволяющий обеспечить адекватное представительство регионов; малое влияние РОП на решение вопросов практического здравоохранения [1, 3, 10, 11, 13].

В связи с этим привлекает внимание опыт профессиональных медицинских ассоциаций так называемых развитых стран, о котором частично говорилось выше. В сферу полномочий таких обществ входят непрерывное обучение и профессиональное саморегулирование, установление связей между общественными и частными службами, осуществление обзоров и оценок деятельности различных неправительственных организаций, сотрудничество со СМИ, выявление и анализ нужд потребителей помощи и членов их семей, ответственность за разработку национальных программ в области психического здоровья [8]. В качестве примера наиболее часто рассматривается деятельность Американской психиатрической Ассоциации (АРА), построенной на демократических принципах и играющей важную роль в жизни любого американского врача: членство в АРА дает возможность профессионального и карьерного роста и в то же время требует соблюдения утвержденных стандартов и правил корпоративной этики.

Ориентированные на этот опыт предложения по реформированию РОП сводятся к обеспечению приоритетного права Общества в решении вопросов аттестации и сертификации специалистов, лицензирования учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, формирования системы непрерывного профессионального образования в соответствии с современными требованиями к послевузовскому образованию (унифицированная система балльной оценки непрерывного повышения квалификации, тестовый контроль знаний и т.п.). Речь идет также о том, чтобы РОП взяло на себя и часть других функций, отнесенных к полномочиям органов управления и учреждений здравоохранения. В частности, указывается, что Общество должно принимать участие в составлении и реализации федеральных и региональных программ развития психиатрической помощи, экспертных заключений по наиболее важным ведомственным и правительственным документам (в том числе по научным разработкам) и др. [6, 8, 13].

Предложения по оптимизации организационной структуры РОП сводятся к усилению и развитию региональных отделений, введению «личного членства», активному использованию интернета как средства организации

текущей работы. Большинство участников дискуссий считают необходимым сохранение РОП как общероссийской организации с его региональными отделениями, хотя высказываются отдельные мнения о создании в регионах самостоятельных организаций и преобразованию РОП в конфедерацию [1, 3, 11—13].

Обсуждая будущее РОП, мы часто обращаемся к опыту других профессиональных медицинских сообществ и общественных организаций отечественных психиатров, в том числе и дореволюционной России.

Первоочередные задачи структурной реорганизации Российского общества психиатров

Принято считать, что очередность задач по реформированию любой общественной организации должна быть представлена следующим образом. Вначале определяются цели и задачи, затем соответствующая им организационная структура; все это институционализируется уставом, являющимся руководством к практической деятельности.

Следуя этой логике, многие участники дискуссии о реформе РОП предлагают начать с определения новых задач и целей Общества, принятия нового или корректировки действующего Устава. При этом аргументация сводится к следующему: прежде, чем требовать активности от региональных отделений, необходимо показать рядовым членам Общества, зачем им вообще нужна организация, каким образом она может защищать их интересы, почему они должны платить членские взносы и т.д.

Нам представляется, что такая постановка вопроса малопродуктивна и направляет усилия по реорганизации РОП в тупик. И вот почему: действующий Устав Общества⁴, в принципе, включает достаточно большой круг задач, соответствующих запросам широкой психиатрической общественности, включая разработку предложений и программ по совершенствованию психиатрической помощи, участие в совершенствовании профессиональной подготовки и аттестации специалистов, защиту прав и законных интересов своих членов в органах государственной власти, влияние на государственные решения и формирование общественного мнения в области охраны психического здоровья и т.д. Однако многие из этих целей не подкреплены встречным делегированием соответствующих полномочий со стороны государства, а потому остаются нереализованными. При этом невыполнение провозглашенных задач ничем Обществу не угрожает, поскольку государство не наделило РОП не только полномочиями, но и ответственностью.

В процессе административной реформы ситуация может измениться, и общественные профессиональные организации могут стать субъектами договора, по которому государство передаст им полномочия по осуществлению ряда функций (например, как организация непрерывного обучения специалистов и их аттестация). Однако такое делегирование следует рассматривать как серьезную обязанность, так как вместе с полномочиями на медицинские ассоциации будет возложена и ответственность за результат.

В связи с этим следует констатировать, что в структурном и функциональном отношении РОП как национальная общественная медицинская ассоциация не гото-

во взять на себя полномочия, о которых так настойчиво говорят на психиатрических форумах их участники. Практически отсутствует ресурсная база. Региональная сеть организации слаба, во многих субъектах РФ региональные отделения отсутствуют. Достоверной информации о реальном числе членов РОП нет, поскольку «членство» носит формальный характер, а многие регионы не перечисляют членские взносы. Поэтому один раз в 5 лет представители регионов собираются не на съезд РОП, а на лишенный понятных принципов представительства съезд психиатров России. Структуры РОП федерального уровня не функционируют регулярно и должным образом, секции и комиссии не собираются в полном составе.

В этой ситуации в период определенного ожидания, связанного с не зависящим от психиатрической общественности ходом административной реформы, первоочередной задачей являются не дискуссии о роли РОП, а реорганизация его структуры в соответствии с уставными задачами и прогнозом относительно перспектив развития общественного здравоохранения. Без наличия четкой структуры организация не может претендовать на выполнение функций, передаваемых ей государством. С другой стороны, внесение изменений и дополнений в Устав может быть проведено на любом этапе в будущем.

В «переходный период» необходимо провести инвентаризацию ресурсов Общества — кадровых и информационных, оптимизировать его структуру. Этот процесс может включать следующие направления:

1. Юридическая регистрация всех региональных отделений и при необходимости внесение изменений в уставы региональных организаций, уже зарегистрированных в качестве юридического лица. В настоящее время в ряде регионов созданы ассоциации, являющиеся самостоятельными общественными организациями, а не региональными отделениями РОП. Ясно, что национальное Общество не может представлять из себя некий конгломерат, включающий субъекты, наделенные разными правами — региональные отделения с государственной регистрацией в качестве юридического лица, региональные отделения без государственной регистрации и, наконец, самостоятельные общественные организации. В последнем случае непонятно, каким образом РОП, получив в будущем некоторые полномочия от государства, может в свою очередь делегировать их другой общественной организации в регионе. Во многих странах сознательно добиваются унификации структуры региональных (территориальных) отделений национальных ассоциаций, так как схожая структура позволяет эффективно взаимодействовать в рамках как специальности (по вертикали — в масштабе страны), так и территории (по горизонтали — в пределах субъекта РФ, между субъектами, между странами).

2. Оптимизация взаимодействия региональных отделений и центральных структур РОП. В настоящее время из-за огромной территории страны, большого числа регионов и их значительной удаленности от центра организация оперативной работы в рамках прямого взаимодействия невозможна. Необходимо предусмотреть делегирование решения всех основных вопросов на уровень регионов, ориентируясь при этом и на существующую в стране территориальную структуру органов власти и системы здравоохранения. Целесообразно объединить регионы одного федерального округа в своеобразный «куст» с неким организационно-методическим центром и коорди-

⁴Устав общественной организации «Российское общество психиатров». Утвержден Съездом РОП 2—4 ноября 1995 г. Зарегистрирован Решением Министерства юстиции РФ №408 от 24.07.1996 г.

нирующей фигурой. Это облегчит регионам выработку общих решений, формирование предложений и представительства, а центральным структурам — выполнение решений съездов, пленумов и органов Правления РОП.

3. Реорганизация структуры руководящих органов РОП. В настоящее время при их формировании не определены (и не разделены) представительные и исполнительские функции. Правление и его Президиум многочисленны (Правление — 197, Президиум — 67 человек); в них делегируются известные ученые и администраторы, представляющие регион либо учреждение. Однако в период между форумами представительные коллективы практически не работают (уже хотя бы по причине невозможности обеспечить общий сбор), реально отсутствует даже оперативная взаимосвязь. Притом что состав руководящих органов формируется не под выполнение рабочих задач, а по представительному принципу, в их составе не представлено значительное число регионов. Предлагается разделить функции на представительные (Правление) и исполнительские (Президиум) с соответствующим изменением порядка формирования руководящих органов и существенным сокращением числа их членов.

Согласно изложенной схеме Правление Общества формируется по представительному принципу, согласно которому в его состав входят: а) представители региональных отделений (не регионов!) — по 1 человеку от каждого; б) окружные координаторы региональных отделений — по 1 человеку от федерального округа; в) представители федеральных научных психиатрических центров (по 3—4 человека от каждого); г) главные специалисты МЗСР РФ и Росздравнадзора — федеральные и региональные.

Это позволит обеспечить в составе Правления представителей как регионов, так и федеральных центров и структур. В этом случае число членов Правления с учетом «перекреста» должностей и полномочий ряда лиц будет составлять около 120 человек.

Избранный Правлением Президиум, резко сокращенный до размеров активно работающей группы, формируется уже по другому принципу — по направлениям работы. В состав Президиума входят председатель Правления и его заместители (4); окружные координаторы (8); 12—15 человек из числа других членов Правления (всего

24—27 человек). При этом члены Президиума возглавляют комиссии Правления.

Таким образом, Правление, осуществляющее представительные функции, собирается один раз в году на пленумы или съезды, определяет на них стратегические задачи на последующий период, а Президиум организует их практическое выполнение. При этом основные вопросы работы на местах делегируются региональным отделениям, которые координируют свою деятельность на уровне округов.

Вопрос о создании действующего на постоянной и оплачиваемой основе органа по типу Исполкома может быть решен позже — после структурной реорганизации РОП, определения его финансовых ресурсов. В будущем представляется возможным создание Исполкома одновременно с упразднением Президиума.

Мы считаем, что предлагаемая структура РОП может обеспечить, с одной стороны, полное региональное представительство в руководящих органах Общества и делегирование значительного числа полномочий на региональный и окружной уровень, а с другой — более жестко регламентировать организационный алгоритм работы РОП. Высказывавшиеся опасения относительно того, что воспроизведение «вертикали власти» в общественной организации может привести к ее бюрократизации, на наш взгляд, неоправданны. Определенная централизация, усиление организационного и объединяющего начала необходимы Обществу для того, чтобы эффективно решать вопросы развития психиатрической службы с органами здравоохранения, брать на себя ответственность за обеспечение качества помощи, соблюдение стандартов, подготовку специалистов.

Проведение структурной реорганизации, естественно, станет возможным после окончания юридической регистрации всех региональных отделений и обсуждения в них предлагаемых изменений. В этот период необходимо активизировать работу действующих структур, сформировав своеобразные «точки роста». Важным является использование интернет-ресурсов. Новый сайт РОП должен стать не только источником информации для членов Общества, но, одновременно, инструментом их участия в деятельности организации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Страницы истории Российского общества психиатров (съезды, национальные конгрессы и конференции). М: ГЭОТАР-Медиа 2011; 144.
2. Анденко С.А. Профессиональное медицинское сообщество как элемент гражданского общества. /<http://mosclinici.ru/article/99/116291>
3. Антипин И.И., Комиссаров А.Г. Предложения по реформированию Российского общества психиатров. Независимый психиатрический журнал 2010; 1: 91—92.
4. Багненко С.Ф., Михайлов Л.А., Федотов В.А. Модель общественного здравоохранения в России. /<http://mosclinici.ru/article/99/115726>
5. Багненко С.Ф., Стожаров В.В., Кириллов А.В., Федотов В.А. Административная реформа и здравоохранение. Скорая медицинская помощь 2004; 4: 12—16.
6. Денисенко Е. Без рычага. Эксперт Северо-Запад 2009; 44.
7. Закон РФ от 22.07.93 №5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».
8. Казаковцев Б.А. Развитие служб психического здоровья. М: ГЭОТАР-Медиа 2010; 125—127.
9. Научные медицинские общества СССР. Под ред. М.В. Волкова. М: Медицина 1972; 455.
10. Нуллер Ю.Л. Что было в Челябинске? Расширенный Пленум Правления Всесоюзного научного общества психиатров, оказавшийся неправомерным и превращенный в совещание. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева 1991; 1: 152—153.
11. Решение Пленума Правления Российского общества психиатров. 11—13 октября 2006 года, Москва. Социальная и клиническая психиатрия 2007; 17: 1: 98—106.
12. «Смоленская инициатива». Открытое обращение Правления Смоленского филиала Российского общества психиатров делегации XIV съезда психиатров России. Октябрь 2005 г. М 2005.
13. Точилев В.А. Субъективные заметки участника Шестого съезда психиатров России в Томске. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева 1991; 1: 154—156.
14. Arrow K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review 1963; 53: 941—973.
15. Black J. Constitutionalising Self — Regulation. Modern Law Review 1996; 59: 24—55.
16. Cane P. Self — Regulation and Judicial Review. Civil Justice Quarterly 1987; 6: 224—247.