



# ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА

УДК 338.23:006.32

**Е.Л. ЗУЕВА**, к.экон.н., доцент кафедры государственного и муниципального управления

Пермский филиал ФГАОУ ВПО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», г. Пермь, ул. Студенческая, 38  
Электронный адрес: zuevael-0404@yandex.ru

**С.Ю. ХОВАЕВ**, преподаватель кафедры стратегического менеджмента

Пермский филиал ФГАОУ ВПО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», г. Пермь, ул. Студенческая, 38  
Электронный адрес: HovaevSY@hse.perm.ru

## САМОРЕГУЛИРУЕМЫЕ ВРАЧЕБНЫЕ АССОЦИАЦИИ В РОССИИ: ИСТОРИЯ, АНАЛИЗ, ПЕРСПЕКТИВЫ

### История развития медицинских ассоциаций за рубежом

История развития медицинских ассоциаций берет свое начало в середине XIX в., когда в странах Запада появляются первые медицинские ассоциации и врачебные общества. Одной из первых возникает в 1832 г. Британская медицинская ассоциация, которая в дальнейшем окажет существенное влияние на Канаду и Австралию [6]. Позднее в 1847 г. образуется Американская медицинская ассоциация [4]. В этот период подобные примеры можно найти в большинстве западных стран.

Создание медицинских ассоциаций является закономерным этапом развития национальных систем здравоохранения. Поскольку здравоохранение в середине XIX в. только зарождалось, не было единых стандартов медицинского образования и оказания медицинской помощи. Более того, у каждого врача имелось собственное представление о своей деятельности и о том, каким образом нужно оказывать медицинскую помощь. В связи с этим врачебная

В статье рассматриваются российские и зарубежные тенденции развития медицинских ассоциаций. Изучаются история развития данных организаций, их функционал, финансирование и особенности организации их деятельности. Анализируется зарубежный опыт применительно к российской ситуации, что позволяет выделить возможные тенденции развития медицинских ассоциаций в России.

**Ключевые слова:** медицинская ассоциация; саморегулирование в здравоохранении; врачебные общества

деятельность была неоднородной и зависела от личных характеристик врача, медицинского университета, где он учился, и многих других факторов. Для изменения сложившейся ситуации требовались создание единой системы стандартов медицинской деятельности, разработка рекомендаций по выбору диагностических и лечебных мероприятий, а также этических норм [10]. Можно проследить два различных пути решения данной проблемы: в ряде стран эти функции взяло на себя государство, в других – профессиональные организации (медицинские ассоциации).

Главной задачей для подобных профессиональных организаций стало участие врачей в установлении стандартов работы в сфере здравоохранения [1]. В начале своей деятельности медицинские ассоциации, как правило, создавали основополагающие комитеты по этике и образованию. Деятельность этих органов заключалась в разработке стандартов этики и медицинского обучения как основополагающих элементов врачебной деятельности. Такие комитеты являются общими для большинства медицинских ассоциаций: американской, немецкой, медицинского совета Великобритании и других стран [4-8]. Отметим, что деятельность по совершенствованию существующих стандартов этики и образования осуществляется и в настоящее время. В дальнейшем в состав медицинских ассоциаций вошли и другие комитеты, отвечающие, например, за последипломное образование и непрерывное обучение, за допуск врачей к деятельности, за сертификацию медицинских препаратов и т.д. Наличие тех или иных комитетов варьируется в зависимости от ассоциаций.

### **Роль саморегулирования в здравоохранении**

Саморегулирование, как и любое другое сложное явление, должно рассматриваться с разных точек зрения для получения наиболее полного представления о нем. В российской и зарубежной литературе саморегулирование представлено как связующее звено между тремя элементами – государством, обществом и здравоохранением, исполняющее уникальную роль [3; 9].

Рассматривая связь между здравоохранением и государством, можно сказать, что саморегулирование предоставляет врачам возможность взять на себя выполнение некоторых функций, которые до этого выполняло государство. Саморегулируемые организации могут не только устанавливать нормы, правила и стандарты для своих участников, но и проводить их обучение, разрабатывать траекторию развития всей сферы. Таким образом, врачи получают право влиять на здравоохранение, а государство снимает с себя часть ответственности и расходов.

При взаимодействии общества и здравоохранения саморегулирование должно привести к повышению качества оказания медицинских услуг, поскольку саморегулируемые организации могут устанавливать более высокие стандарты оказания медицинской помощи, внедрять новые стандарты и способы лечения, следить за уровнем квалификации врачей и проводить их обучение. Тем самым повышается уровень доверия общества к врачам и сфере здравоохранения в целом.

Саморегулирование в здравоохранении косвенно влияет и на взаимодействие общества и государства. При повышении качества оказания медицинских

услуг общество будет относиться более лояльно не только к сфере здравоохранения, но и к государству как поставщику данных услуг. Это позволяет уменьшить социальную напряженность и повысить доверие граждан к государству.

### **Деятельность медицинских ассоциаций в зарубежных странах**

Во многих зарубежных странах медицинские ассоциации являются неотъемлемой частью системы здравоохранения. Они выполняют отдельные функции, которые делегировало им государство, имеют собственное финансирование, структуру и нормативную базу.

Функционал медицинских ассоциаций можно условно разделить на две категории: универсальные функции, которые присутствуют во всех медицинских ассоциациях, и дополнительные функции, присутствующие лишь в некоторых из них.

Исторически большинство медицинских ассоциаций создавались для повышения качества медицинской помощи, поэтому базовой функцией является установление стандартов оказания медицинской помощи. В рамках данных саморегулируемых организаций определяются критерии, которым должна соответствовать медицинская помощь, и каким образом она должна оказываться. Еще одной функцией западных медицинских ассоциаций является утверждение моральных стандартов с помощью этического кодекса. Изначально кодекс врачебной этики был основан на клятве Гиппократова и регламентировал отношения между врачом и пациентом. В настоящее время вопросы этики имеют большее значение и широко обсуждаются в западном обществе. В результате кодекс был дополнен новыми характеристиками, такими, как положение об эвтаназии или принцип добросовестного отношения (врач должен относиться к пациенту с симпатией и пониманием). Более того, поскольку система здравоохранения включила в себя не только врачей, но и менеджеров, административный персонал и государственных служащих, этический кодекс во многих странах стал распространяться на всех работников в сфере здравоохранения.

Еще одна функция, которая характерна для медицинских ассоциаций разных стран, – это установление стандартов обучения. Данная функция реализуется несколькими путями. В ряде стран медицинские ассоциации осуществляют контроль за непрерывным обучением врачей после окончания университета: для прохождения аттестации каждый врач должен набрать нужное количество баллов (кредитов). Причем в США медицинская ассоциация проводит аудит самих университетов и оценивает, насколько то или иное учебное заведение справляется со своими функциями, т.е. саморегулируемая организация контролирует обучение будущих специалистов данной отрасли.

Помимо наиболее распространенных функций многие медицинские ассоциации предоставляют уникальные возможности для деятельности врачей. Так, Американская медицинская ассоциация (АМА) выпускает собственные медицинские журналы по разным направлениям: неврология, дерматология, хирургия, педиатрия, терапия и др., причем до четырех раз в месяц (в зависимости от журнала). Кроме того, АМА организует конференции врачей разных

специальностей для повышения уровня коммуникаций в сфере здравоохранения. Таким образом, у врачей появляется больше возможностей узнать своих коллег, поделиться знаниями и приобрести новый опыт. АМА также предоставляет гранты для обучения и стажировок наиболее перспективным представителям специальности и выпускает определенный перечень товаров, которые производятся под ее логотипом.

Важным аспектом любой некоммерческой организации являются источники ее финансирования. Каждая медицинская ассоциация имеет собственные источники дохода. Некоторые из них являются общими для большинства организаций, но основной источник финансирования у каждой ассоциации, как правило, свой. Те виды деятельности и функции, которые выполняет медицинская ассоциация, влияют на размер финансирования и его источники. Медицинские ассоциации, имеющие широкий набор функций (например, в Австралии и США), отмечаются большой дифференциацией источников дохода. В частности, в этих ассоциациях осуществляется продажа каких-либо товаров или лицензий; выпуск журналов также позволяет им получать доходы от рекламы, хотя они и не являются крупным источником. Медицинский совет Великобритании, напротив, имеет узкую специализацию, поэтому имеет меньше источников дохода. Основным источником финансирования данной ассоциации является доход от регистрации и сертификации врачей, которые обязаны продлевать свою лицензию и сертификат с определенной периодичностью, а поскольку процедура оценки требует затрат, она является платной для врачей.

Организационная структура большинства медицинских ассоциаций имеет много общих черт. Основа функционирования подобных организаций – собрание ее членов, которые путем голосования принимают основополагающие решения: выбирают направления деятельности, руководство организации, а также голосуют за внедрение тех или иных правил, стандартов и других регулирующих норм. Сама же деятельность организации ведется советами и комитетами в определенных сферах. Несмотря на то, что их количество и функционал отличаются, они являются неотъемлемой частью любой медицинской ассоциации. Данные органы подчиняются высшему руководству, которое устанавливает цели и задачи. Результат деятельности советов и комитетов заключается в разработке норм, стандартов и правил, которые представляются собранию участников саморегулируемой организации и утверждаются на голосовании. Помимо основных органов в любой организации присутствуют дополнительные структуры, поддерживающие ее работоспособность. К ним относятся, например, финансовый и кадровый отделы.

### **Сравнение российских и зарубежных медицинских ассоциаций**

В настоящее время российские медицинские организации значительно отличаются от аналогов в западных странах, тем не менее они имеют ряд общих черт. Для сравнения нами были выбраны три зарубежные медицинские ассоциации, которые являются наиболее яркими примерами самоуправления в здравоохранении за рубежом. Зарубежные ассоциации сравнивались с российской медицинской ассоциацией.

Самое значимое различие между российскими и зарубежными медицинскими ассоциациями (которые являются некоммерческими организациями) – это ведение публичной отчетности. Зарубежные организации ежегодно публикуют отчеты о проделанной работе, включающие информацию о выполнении определенных функций, описание финансирования и изменений в организационной структуре, в то время как российские ассоциации не публикуют отчетов. Такая ситуация не позволяет ни обществу, ни врачам вне ассоциации понять, чем занимается организация, какие у нее источники финансирования и для чего она существует. Это является серьезным барьером для развития данного института. Кроме того, информационная закрытость медицинских ассоциаций препятствует привлечению дополнительных средств на развитие, поскольку потенциальные инвесторы не знают, как будут использованы средства финансирования.

Информация о функционале медицинских ассоциаций была получена из различных источников: сайтов медицинских ассоциаций, их годовых отчетов и уставов. На основе полученной информации была составлена сравнительная таблица функций медицинских ассоциаций в России и за рубежом (см. таблицу).

Таблица

Функции медицинских ассоциаций

Функции	Американская медицинская ассоциация [4]	Медицинский совет (Великобритания) [6]	Австралийская медицинская ассоциация [5]	Российская медицинская ассоциация [2]
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
Допуск врачей к деятельности (подтверждение квалификации, аттестация)	–	+	+	–
Разработка стандартов профессиональной деятельности (стандарты/руководства по лечению)	+	+	+	–
Утверждение этических правил деятельности врачей и контроль за их соблюдением	+	+	+	+
Разработка стандартов медицинского образования	+	+	+	–
Сертификация программ последипломного образования	+	+	+	–
Урегулирование конфликтных ситуаций с пациентами (разбор претензий по качеству лечения)	+	+	–	–

Окончание таблицы

1	2	3	4	5
Участие в выработке государственной политики в сфере здравоохранения (разработка и согласование нормативных актов, утверждение тарифов на оказание медицинской помощи т.д.)	+	-	+	+
Информирование и обучение членов ассоциации (выпуск научных журналов, организация конференций, форумов, обучающих курсов и т.п.)	+	-	+	+
Профсоюзная работа (защита прав членов ассоциации перед работодателями)	-	-	-	-
Финансовая поддержка молодых перспективных специалистов (гранты для лучших студентов и молодых ученых)	+	-	+	-

В таблице представлены те виды деятельности, которые указаны в уставных документах, годовых отчетах и на сайте организации. Из таблицы видно, что медицинские ассоциации в разных странах имеют серьезные различия в функционале. Это связано с правовыми условиями, в которых работают данные организации, а также с финансовыми потоками, которыми оперируют саморегулируемые организации. В США и Австралии медицинские ассоциации имеют наиболее широкий функционал, благодаря тесному сотрудничеству с государством они переняли от него множество функций, а за счет наличия множества финансовых источников могут выполнять разноплановые функции. Правительство этих стран приняло решение, что представители профессионального сообщества смогут самостоятельно регулировать сферу здравоохранения. В Великобритании медицинская ассоциация (медицинский совет) выполняет узкоспециализированные функции, которые связаны с оценкой компетенции врачей и их образованием и, как следствие, с допуском к профессиональной деятельности. Различный функционал медицинских ассоциаций также связан и с историей формирования организации. Изначально медицинский совет в Великобритании начал заниматься разработкой стандартов, которым должны соответствовать врачи. Со временем они решили не расширять свой функционал, а сфокусировать его на качественном выполнении конкретного перечня задач. Как следствие, данная организация небольшая, рядовые участники лишь голосуют за избрание совета, который на протя-

жении определенного периода будет отвечать за создание новых или совершенствование текущих требований к работникам здравоохранения.

Из таблицы видно, что Российская медицинская ассоциация обладает значительно меньшим функционалом по сравнению с зарубежными организациями. Тем не менее Российская медицинская ассоциация разрабатывает этические нормы для входящих в нее врачей. Нормы этики собраны в специальном кодексе, разделенном на 9 частей, каждая из которых содержит в себе ряд положений о том, как врач должен относиться к различным заинтересованным сторонам, таким как пациенты, коллеги, обществу в целом, как должна соблюдаться врачебная тайна и т.д. Разработка кодекса этики – это общепризнанная практика, которая уже применяется во всех медицинских ассоциациях. Однако у Российской медицинской ассоциации есть функции, которые присутствуют не у всех зарубежных аналогов. В частности, данное профессиональное сообщество участвует в выработке государственной политики, т.е. представители ассоциации входят в состав некоторых правительственных и министерских комиссий. Благодаря этому есть возможность выразить мнение профессионального сообщества по тем или иным вопросам здравоохранения. Например, представители саморегулируемых врачебных обществ участвовали в разработке концепции непрерывного образования врачей. Поскольку государство на сегодняшний день регулирует большинство процессов в данной сфере, то участие в выработке государственной политики является наиболее действенным методом для изменения текущей системы здравоохранения.

Еще одна функция Российской медицинской ассоциации – информирование и просвещение врачей. Для выполнения данной задачи организация регулярно проводит съезды, конференции, а также имеет информационный портал, где размещаются актуальные для врачей научные статьи, а также новости об изменениях в российском здравоохранении. Благодаря подобным инструментам члены Российской медицинской ассоциации могут обмениваться знаниями и опытом с коллегами, а также получать актуальную для них информацию из первых рук.

Тем не менее, в отличие от западных ассоциаций, российская организация не разрабатывает стандарты медицинской помощи и не ведет контроль за квалификацией врачей или студентов медицинских университетов. Подобная ситуация характерна и для других представителей российских саморегулируемых организаций в здравоохранении (Российское медицинское общество и Национальная медицинская палата). Это связано, в первую очередь, с полномочиями, которые государство предоставило медицинским ассоциациям. В настоящее время подобные организации не имеют права разрабатывать собственные стандарты, поскольку численность врачей, которые в них участвуют, недостаточно велика. По закону о саморегулируемых организациях для этого им требуется не менее 50% от общей численности специалистов в данной области. Поскольку саморегулируемые организации в здравоохранении – это сравнительно молодой институт, то государство не спешит перекладывать свои функции на подобные организации. Как только медицинские ассоциации сформулируют четкую цель своей деятельности, они смогут привлечь в свои ряды достаточное количество врачей для легитимного выполнения более

сложных и ответственных задач, таких как установление стандартов лечения и контроль за образовательным процессом.

Второе препятствие, которое не позволяет российским медицинским ассоциациям выполнять больше функций, – это недостаточное финансирование. В отличие от зарубежных аналогов, российские организации еще не смогли привлечь достаточные средства для расширения собственной деятельности. Данная проблема характерна для большинства российских некоммерческих организаций. Привлечение финансирования из негосударственных источников является для них сложной задачей. Повысить свои шансы может открытая организация, которая декларирует миссию, цели, задачи, а также описывает собственный функционал и отчитывается о потраченных средствах. Вероятно, именно это станет приоритетной задачей для развития саморегулируемых организаций.

Небольшой функционал российских медицинских обществ во многом связан еще и с новизной этого механизма, поскольку ни врачи, ни общество, ни государство пока не представляют, какие обязанности могут выполнять данные организации. Это подтверждается исследованием, которое провели авторы статьи. Исследование базируется на опросе 78 врачей г. Перми различных специальностей.

В результате было выяснено, что большинство врачей не имеет достаточной информации о деятельности медицинских ассоциаций в российских условиях. Около четверти респондентов вообще не слышали о медицинских ассоциациях. Около 50% опрошенных врачей лишь имеют представление о том, что подобные организации существуют, но не знают, чем они занимаются. Лишь 10% представителей профессионального сообщества ответили, что они хорошо осведомлены о деятельности медицинских ассоциаций. Остальные респонденты воздержались давать ответ на данный вопрос. Это свидетельствует о том, что деятельность перечисленных организаций является недостаточно популярной и затрагивает не всех работников сферы здравоохранения.

Поскольку среди опрошенных врачей никто не состоял в медицинских ассоциациях, то большинство из них (57%) не хотят, чтобы государственные функции передавались саморегулируемым организациям. Это может быть связано как с низкой осведомленностью респондентов, так и с тем, что врачи не готовы взять на себя регулятивные функции по каким-либо причинам.

Отдельный интерес представляет важность функций медицинских ассоциаций с точки зрения представителей данной профессии. Если расположить функции в порядке убывания важности (с точки зрения опрошенных врачей), то получится следующая последовательность:

- 1) разработка стандартов профессиональной деятельности (стандарты/руководства по лечению) – 81% респондентов относится положительно к данной функции;
- 2) информирование и обучение членов ассоциации (выпуск научных журналов, организация конференций, форумов, обучающих курсов и т.п.) – 81% респондентов;
- 3) финансовая поддержка молодых перспективных специалистов (гранты для лучших студентов и молодых ученых) – 70% респондентов;
- 4) участие в выработке государственной политики в сфере здравоохране-

ния (разработка и согласование нормативных актов, утверждение тарифов на оказание медицинской помощи т.д.) – 67% респондентов;

5) урегулирование конфликтных ситуаций с пациентами (разбор претензий по качеству лечения) – 60% респондентов;

6) разработка стандартов медицинского образования – 58% респондентов;

7) профсоюзная работа (защита прав членов ассоциации перед работодателями) – 58%;

8) утверждение этических правил деятельности врачей и контроль за их соблюдением – 51% респондентов;

9) сертификация программ последипломного образования – 44%;

10) допуск врачей к деятельности (подтверждение квалификации, аттестация) – 36%.

Таким образом, прослеживается потребность врачей в усовершенствовании текущих стандартов медицинской деятельности, так как большинство из респондентов отметили эту функцию как одну из наиболее перспективных. Можно предположить, что врачи знают, каким образом можно улучшить текущие стандарты и адаптировать их под реальные условия.

Информационная функция и участие в разработке государственной политики – это то, что на сегодняшний день уже выполняется медицинскими ассоциациями. Поскольку у респондентов есть в этом потребность, то скорее всего саморегулируемые организации могут привлечь целевую аудиторию как раз благодаря этим функциям.

Оказание финансовой поддержки для специалистов – это еще одна из перспективных функций медицинских ассоциаций. При наличии надежных финансовых источников, как у американской и австралийской медицинских ассоциаций, российские профессиональные общества смогут оказывать поддержку перспективным специалистам. С одной стороны, это позволит данным организациям привлечь к себе внимание, а с другой – лучшие врачи получат возможность интегрироваться в мировое сообщество благодаря участию, на сегодняшний день платному, в конференциях и зарубежных профессиональных сообществах (например, Европейское общество кардиологов, Европейское общество терапевтов и т.д.).

Медицинские ассоциации могут сфокусироваться на первых пяти функциях как на наиболее значимых и выполнимых, так как остальные требуют дополнительных разрешений с правовой точки зрения. Для экономии ресурсов медицинские ассоциации в России могут сфокусироваться на выполнении ограниченного количества функций, но делать это нужно максимально эффективно. При этом у них есть возможность привлечь внимание профессионального сообщества к своей деятельности за счет выполнения наиболее актуальных задач здравоохранения.

### **Возможные тенденции развития медицинских ассоциаций в российских условиях**

В настоящее время российские саморегулируемые организации в здравоохранении находятся в самом начале своего пути. Существуют не только стимулы и благоприятные условия для их дальнейшего развития, но и препятствия.

К благоприятным условиям можно отнести государственную поддержку и заинтересованность. На всех уровнях государственной власти одобряется дальнейшее развитие саморегулирования во всех сферах, в том числе и в здравоохранении. Это выгодно государству, поскольку дает возможность переложить часть функций и ответственности на профессионалов из определенной сферы. Кроме того, за всю историю развития саморегулирования за рубежом был накоплен немалый опыт, который позволит российским медицинским ассоциациям не повторять ошибок зарубежных коллег и ускорить свое развитие.

В обществе пока не сложился благоприятный образ саморегулируемых организаций, потому не существует сигнальных механизмов, которые обусловят участие врачей в подобных организациях [1]. Иными словами, общество не воспринимает участие врача в деятельности медицинских ассоциаций положительно. Более того, на сегодняшний день государство до сих пор не определило функционал саморегулируемой организации в сфере здравоохранения. Закон о саморегулируемых организациях определяет лишь общие положения деятельности подобных структур, тогда как конкретный функционал и правила содержатся в специальных законах, регулирующих конкретную сферу. Подобные правила уже созданы и действуют на протяжении многих лет в сферах строительства и аудита. В здравоохранении возможность создания и организации деятельности саморегулируемых организаций признается, но их функционал остается размытым и неопределенным.

Усугубляет ситуацию существование нескольких подобных организаций, которые не имеют серьезных отличий: это и общеврачебные ассоциации, и узкоспециализированные – объединения специалистов определенных областей. Между тем сила любой саморегулируемой организации заключается в консолидации профессионального сообщества, т.е. в привлечении как можно большего числа работников к решению поставленных задач. Тогда как в современной действительности можно наблюдать обратную ситуацию – присутствие большого количества медицинских ассоциаций с ограниченным количеством участников.

Дальнейшее развитие медицинских ассоциаций, на наш взгляд, может пойти несколькими путями:

- автономное развитие;
- развитие с использованием зарубежного опыта;
- интеграция в международную систему медицинского саморегулирования.

Наиболее реалистичным сценарием развития российских медицинских ассоциаций, по нашему мнению, является автономное развитие. В рамках данного сценария медицинские ассоциации будут искать свой собственный путь. Поскольку в настоящее время главной задачей профессиональных сообществ является привлечение наибольшего количества участников, то профессиональные ассоциации начнут свою деятельность с выполнения функций, которые ориентированы на врачей. Этими функциями может быть обучение, повышение квалификации, возможность публикации и т.д., т.е. ассоциации будут стараться конкурировать между собой за участников. В результате подобной конкуренции останется несколько наиболее крупных ассоциаций, которые

будут предоставлять наибольшее количество услуг врачам. Подобное укрупнение позволит ассоциациям получить больше регулирующих возможностей. Вероятно, что наибольшее влияние получают общие медицинские ассоциации, которые нацелены на все категории врачей, а не на врачей определенной специальности. При этом можно предположить два варианта развития узкоспециализированных ассоциаций: интеграция с общеврачебными ассоциациями и самостоятельное развитие.

Если специализированные ассоциации будут существовать самостоятельно, то наибольшим риском станет прекращение работы в силу низкой популярности организации. Это особенно важно для ассоциаций врачей малочисленных специальностей. Тем не менее вполне вероятно, что крупные медицинские ассоциации (терапевтов, акушеров-гинекологов, хирургов, педиатров) будут развиваться самостоятельно.

Интеграция ассоциаций в единую систему или их слияние – более рациональный вариант. Это позволит снизить издержки на функционирование (общехозяйственные, управленческие расходы и численность вспомогательного персонала), а также предоставит возможность вырабатывать совместную политику по целому ряду вопросов, что, в свою очередь, поможет координировать функции различных медицинских ассоциаций. Тем не менее даже если ассоциации не будут интегрированы в единую систему, им придется координировать действия для того, чтобы не противоречить друг другу (особенно это касается специализированных и общих ассоциаций, интересы которых могут пересекаться).

Сложно прогнозировать, какие функции по регулированию здравоохранения будут выполнять медицинские ассоциации в российских условиях. Одним из возможных вариантов может стать создание кодекса этики для работников в сфере здравоохранения, но подобные документы в российской практике, к сожалению, не влекут за собой реального исполнения. Разработка стандартов качества медицинских услуг поможет улучшить качество оказания медицинских услуг, но если не будет выработан способ мониторинга и оценки деятельности врача, стандарты не будут иметь положительного эффекта. Отметим, что внедрение высоких стандартов для членов медицинской ассоциации может привести к выходу врачей из организации, особенно если они не будут получать каких-либо серьезных преимуществ от членства в медицинской ассоциации.

Вторым сценарием развития российских медицинских ассоциаций является адаптация зарубежного опыта к российской практике. В частности, могут быть использованы уже разработанные кодексы этики и стандарты оказания медицинской помощи. В рамках данного сценария необходимо учитывать, что медицинские ассоциации в западных странах развиваются уже более века, что сформировало их определенный статус в обществе и среди врачей. Это было постепенное развитие и поэтапное повышение стандартов деятельности врачей. Следует понимать, что развитие по западному образцу должно идти так же постепенно и равномерно. Если российские медицинские ассоциации будут применять последние зарубежные нормативные и регламентирующие документы, общество и врачи могут оказаться не готовы к подобному регули-

рованию, так как, с одной стороны, врачам будет сложно быстро перейти на новые стандарты, а, с другой стороны, общество может не сразу отреагировать на внедрение подобных стандартов. Поскольку в российских условиях репутационные и сигнальные механизмы развиты слабо, обществу потребуется большой промежуток времени для того, чтобы сформировать положительный образ медицинских ассоциаций.

В связи с указанными выше особенностями для российских ассоциаций в большей степени приемлемо ускоренное, но постепенное развитие, т.е. ассоциации могут использовать документы, которые были созданы в западных медицинских ассоциациях ранее, и постепенно производить их улучшение. Это позволит врачам быстрее перейти на новые стандарты и сформировать культуру постоянного совершенствования: врачи будут знать, что в будущем стандарты станут только выше. Вместе с тем медицинским ассоциациям следует учитывать техническое оснащение врачей, поскольку оно сильно варьируется от региона к региону и серьезно отличается в городе и сельской местности. В связи с этим многие стандарты не смогут выполняться в силу объективных причин.

Необходимо разделять функционал между ассоциациями разного уровня: между специализированными и общеврачебными ассоциациями; между головной организацией и ее региональными отделениями. Общеврачебные ассоциации могут взять на себя не только установление стандартов медицинской помощи, но и разработку рекомендаций, которые связаны со здоровьем населения. По примеру Американской медицинской ассоциации российские организации саморегулирования могут вырабатывать нормы по допустимому уровню загрязнения воды или же разрабатывать рекомендации по ведению здорового образа жизни и борьбе с курением.

Благодаря использованию зарубежного опыта деятельность медицинских ассоциаций может стать более скоординированной и однонаправленной. Тем не менее отметим, что даже при координации действий наличие большого количества медицинских ассоциаций не сможет обеспечить их равномерное развитие. Поскольку каждая медицинская ассоциация будет развиваться в собственном темпе, может возникнуть разрыв в их действиях и нормах. Соответственно, врачи из разных медицинских ассоциаций будут следовать разным нормам и правилам, что будет сказываться на их результативности.

Третьим сценарием развития российских медицинских ассоциаций является их интеграция в международную систему. Для этого возможно сотрудничество с Международной медицинской ассоциацией и Европейской медицинской ассоциацией. При организации международного сотрудничества российским ассоциациям нужно будет решить, кто из них будет осуществлять представительство в международных организациях. При этом ассоциация, установившая международное сотрудничество, получит конкурентное преимущество перед другими саморегулируемыми организациями в здравоохранении. Это может стать базой для формирования иерархии медицинских ассоциаций.

При международном сотрудничестве ассоциациям потребуется выполнение регламентов и стандартов, установленных на международном уровне. С одной стороны, это сложная задача для врачей, входящих в ассоциацию, в

силу объективных и субъективных причин. С другой стороны, сотрудничество с международными органами и установление международных стандартов качества оказания медицинских услуг укрепит репутацию медицинских ассоциаций среди пациентов и общества в целом. Это позволит повысить роль сигнальных механизмов на рынке здравоохранения.

Подытоживая все вышесказанное, следует подчеркнуть, что наибольшее влияние на развитие российских медицинских ассоциаций оказывает законодательная база. В настоящее время законодательство описывает лишь общие положения деятельности медицинских ассоциаций, при этом в других отраслях созданы специальные законы, регулирующие деятельность профессиональных сообществ в определенной сфере. В будущем будет происходить более строгое регулирование организаций в сфере здравоохранения, в связи с чем будет определяться конкретный функционал и специфика деятельности медицинских ассоциаций. Многие из положений законодательства могут серьезно ограничивать работу медицинских ассоциаций, что существенно уменьшит их возможности международного сотрудничества и использования западных стандартов.

В заключение необходимо сказать, что саморегулирование в российском здравоохранении находится на этапе зарождения и будущее развитие данной сферы зависит как от работы самих медицинских ассоциаций, так и от институциональных особенностей нашей страны. Зарубежные медицинские ассоциации являются отличным примером партнерства и разделения обязанностей между государством и профессиональными сообществами. При этом не существует универсального механизма работы этих организаций – каждой стране присущи свои особенности, которые находят отражение и в саморегулировании. Вероятно, опыт других стран поможет развитию саморегулирования в России.

### Список литературы

1. *Об итогах* анализа практики применения законодательства Российской Федерации о саморегулируемых организациях в отдельных сферах и отраслях экономической деятельности: докл. Минэкономразвития России. М., 2010.
2. *Российская Медицинская Ассоциация*: сайт [Электронный ресурс]. URL: <http://www.rmass.ru> (дата обращения: 13.05.2013).
3. *Тихомиров А.В.* Саморегулирование: применимость в сфере оказания медицинских услуг // *Главный врач: хозяйство и право*. 2012. № 3. С. 11-20.
4. *American Medical Association*: website [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ama-assn.org/ama> (дата обращения: 13.05.2013).
5. *Australian Medical Association*: website [Электронный ресурс]. URL: <https://ama.com.au> (дата обращения: 13.05.2013).
6. *British Medical Association*: website [Электронный ресурс]. URL: <http://bma.org.uk> (дата обращения: 13.05.2013).
7. *General Medical Council*: website [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gmc-uk.org> (дата обращения: 13.05.2013).

8. *German Medical Association*: website [Электронный ресурс]. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de> (дата обращения: 13.05.2013).
9. *Gladstone D., Johnson J., Pickering W.G., Salter B., Stacey M.* Regulating Doctors. London: Institute for the Study of Civil Society, 2000. P. 8-28.
10. *Pellegrino E.D., Relman A.S.* Professional Medical Associations: Ethical and Practical Guidelines // *The Journal of American Medical Association*. 1999. Vol. 282, № 10. P. 984-986.