

Интервью номера

Закон не может и не должен заставлять пациента лечиться. Убедить пациента – задача врача



На вопросы главного редактора Пановой Инны Викторовны отвечает:

Бойцов Сергей Анатольевич

Генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН, заслуженный врач РФ.

Бойцов С.А. закончил Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова (г. Ленинград) и с 1980 по 1984 год проходил службу на Краснознаменном Северном флоте в качестве начальника медицинской службы атомной подводной лодки, после чего в 1984 году поступил в адъюнктуру при кафедре военно-морской и госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. В 2002 году в должности начальника кафедры закончил службу в Вооруженных Силах РФ и перешел на работу в ГУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, где с 2003 по 2006 год исполнял обязанности директора Центрального клинико-диагностического комплекса и заведующего кафедрой внутренних болезней. С февраля 2006 года по март 2011 года работал в качестве заместителя по науке – первого заместителя генерального директора ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздравсоцразвития России. С марта 2011 года по 2017 год работал в качестве директора ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России. С 2017 года по настоящее время является генеральным директором ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России, главным внештатным специалистом кардиологом Минздрава России Центрального, Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов.

Аннотация

Генеральный директор ФГБУ «НМИЦК им. академика Е.И.Чазова» Минздрава России С.А. Бойцов рассказывает об особенностях гражданских взаимоотношений в медицине и сложностях их правового регулирования. В социальном государстве лечение – это право гражданина, а не его обязанность, и потому со стороны закона могут быть реализованы только поощрительные меры, а принуждать пациента, наказывать его, бессмысленно.

Ключевые слова

Гражданские правоотношения, медицинский арбитраж, страховая медицина, коммерческая медицина, диспансеризация

Для цитирования: Бойцов С.А. Закон не может и не должен заставлять пациента лечиться. Убедить пациента – задача врача / беседовала И.В. Панова // Публичное право сегодня. 2023. № 3(17). С. 6–22

УДК 342



— Основные проблемы в медицинской сфере у нас связаны с тем, что в системе взаимодействия «доктор – пациент» ни одна из сторон не чувствует себя юридически защищенной. Пациент не верит, что при судебной экспертизе медицинское сообщество отнесется к случаю объективно. И врач, в свою очередь, не в состоянии отойти от протокола, потому что знает, что любое нестандартное решение будет трактоваться не в его пользу. На текущий момент правила оказания медицинской помощи гражданам регламентирует Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. Что Вы думаете по этому вопросу и что ожидаете от нового закона, который регламентировал бы отношения «пациент – доктор» и «медицинское учреждение – государство»?

— Я начну с того, что действительно сейчас, в течение уже нескольких лет, у нас основополагающим документом при организации лечебно-диагностического процесса как на амбулаторном, так и на стационарном уровне являются клинические рекомендации. И это определено законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. Клинические рекомендации — это первичный документ, на основании которого в значительной степени организуется порядок оказания медицинской помощи, который предполагает описание структур штатного расписания, оснащения, во многом предопределяет маршрут пациентов. «Клинические рекомендации» – сами по себе слова уже говорят: это рекомендации. Каждая из них имеет класс и уровень доказательности по пятиступенчатой системе, и врачу приходится принимать решение, опираясь на элементы этой пятиступенчатой системы. Если, допустим, самый верхний уровень 1 – это однозначно, скажем так, надежные решения. Но



надо иметь в виду, что в целом ряде случаев врачу приходится принимать решение в силу отсутствия доказательной базы. В отношении того или другого метода диагностики или лечения ему нередко приходится опираться на гораздо менее подкрепленные имеющиеся данные и систематизированные факты. В этом случае велика доля личного мнения врача, опирающаяся на уровень его компетентности, как результат его образовательной и самообразовательной деятельности, на уровень его профессиональных навыков с учётом фактора опыта, который имеет большое значение, кстати, не только в медицине, но и в той же юриспруденции.

Часто, когда возникает какая-либо конфликтная ситуация в системе взаимоотношений «врач–пациент», присутствует ещё и третья сторона, оценивающая, кто прав, кто виноват. Это могут быть страховые компании, органы управления здравоохранением и контрольно-надзорные органы.

Безусловно, у пациента, который обращается по поводу своих проблем, есть свои основания. Иногда такого рода обращения связаны с преимущественно эмоциональными оценками ситуации, в силу того что кто-то не так сказал, кто-то не так несвоевременно сделал. Но, к сожалению, нередко приходится иметь дело с ситуациями, когда у пациента есть, обоснованные предположения о некачественном оказании медицинской помощи.

И здесь всегда приходится разбираться в деталях. Поэтому та третья сторона, которая оценивает эту ситуацию, должна быть в профессиональном плане очень подготовлена, с учётом необходимости знаний особенностей оказания медицинской помощи. Аналоги другого рода в системе гражданских взаимоотношений найти, наверное, не так просто. В определенной мере это похоже на оказание услуг человеку, например, в косметологии, что совсем близко с медициной. Пластическая хирургия – это уже медицина.

Вот я упомянул слово «услуга», оно вошло в нашу жизнь уже лет 20, может быть чуть меньше. И мне кажется, что не только с точки зрения особенностей восприятия медицинским сообществом, но и с точки зрения сути это не точное определение. Гораздо более правильным является оказание медицинской помощи. А услуга – это все-таки сфера бытовых взаимоотношений.



— Как Вы относитесь к новым методам разрешения споров и урегулированию конфликтов в медицинской практике, в частности, к медиации? Имеет ли смысл создание отдельного медицинского арбитража как альтернативы суду или квазисудебного органа?

— Я думаю, что это было бы выходом из положения, потому что действительно, в сфере гражданских взаимоотношений, помимо судебных взаимоотношений, есть ещё арбитраж в хозяйственных спорах и т.д. Я думаю, что это было бы очень разумным выходом из положения. Мысль не нова, я её поддерживаю.

— А что насчёт медиации без участия государства? Какое ваше мнение? О разрешении конфликтов без участия государственных органов?

— Я понимаю, что вы имеете в виду. Здесь, не будучи специалистом в той проблематике, которую мы сейчас с вами обсуждаем, я имею представления не столько на основе каких-то прочитанных документов, текстов, а на основе собственных, внесистемных соображений. Я бы осторожно относился к медиации, потому что там тоже порождается некая вероятность субъективизма, недостаточного уровня профессионализма и т.д.

— Сергей Анатольевич, большая часть критики медицинской сферы в России сводится к вопросу о недостаточном финансировании и про низкие зарплаты для медработников. Говорят, что квот недостаточно на соответствующие и операции, и препараты. Низкие тарифы на медицинские процедуры страховых компаний. На ваш взгляд, что нужно реформировать в данной системе, чтобы был баланс достигнут между страховой и коммерческой медициной?

— Понятно, что любая система способна переварить любое количество денег, в том числе и система оказания медицинской помощи. То, что мы могли бы увеличить объемы и



качество оказания медицинской помощи при увеличении финансирования – это вполне понятно. Но следует иметь в виду, что для этого требуется дальнейшее развитие структур, оснащение, подготовка кадров. На это соответственно сейчас и направлены федеральные проекты, в том числе проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Что касается реформирования системы в плане достижения баланса между страховой и коммерческой медициной – это совсем другая тема. Коммерческая медицина – это реальность, данность. При этом уже давно коммерческая медицина, особенно крупные учреждения влились в страховую медицину.

В системе взаимоотношений между коммерческой и страховой, государственной медицинской существует конкуренция за кадры. Хорошо известно, чем богаче регион, чем богаче его административный центр, тем больше там дефицит кадров в учреждениях государственной медицины, потому что там гораздо больше частных медицинских структур, которые тоже оказывают медицинскую помощь. При этом есть серьезное обстоятельство: если государственные учреждения, муниципальные структуры находятся под жестким контролем со стороны надзорных органов, то коммерческие структуры, пройдя стадию лицензирования, в дальнейшем находятся в достаточно «свободном плавании» в плане контроля качества оказания медицинской помощи, в том числе на предмет достаточного соответствия клиническим рекомендациям. Контроль там гораздо более мягкий, за исключением тех случаев, когда идет речь об оплате выполненных работ за счет страховых денег. Тогда страховые компании применяют такого же рода контрольные меры и соответствующие санкции. А как найти баланс? Искусственным образом провести раздел, сказать, что не больше такого-то процента, такой-то доли должны быть государственные структуры, такой-то доли – частная. Разумеется, что никто не знает, где граница.

— Государство поощряет граждан, ответственно относящихся к своему здоровью и ведущих здоровый образ жизни. Многие заболевания легче предотвратить, чем вылечить. Насколько эффективна существующая система диспансеризации, какие дополнительные обследования Вы бы рекомендовали включить?

— Есть такая известная формула: самое лучшее лекарство не помогает, если его не принимать. И это не пустая фраза, потому что существует проблема приверженности пациента к лечению. Даже наличие достаточно ярко выраженных симптомов, которые мешают человеку жить, чувствовать себя комфортно, не означает, что он, имея лекарство, будет его принимать, по целому ряду возможных причин. Та же самая история с диспансеризацией. Наша диспансеризация уникальна, потому что она содержит в себе методы скрининга, причем имеющие убедительную доказательную базу в их медико-экономической эффективности в привязке как к каждому конкретному пациенту, так и к системе, и государству в целом. Кроме того, система диспансеризации содержит в себе набор дополнительных методов исследования, каких нет ни в одной стране мира в отличие от скрининга, который существует во многих странах мира. Более того, у нас создана система углубленной диспансеризации для лиц, имеющих серьезные хронические заболевания, перенесших коронавирусную инфекцию. Так вот, если пациент не придет на диспансеризацию, диспансеризация, скорее всего, не поможет.

Почему не приходят? Сейчас стали значительно больше приходить, но, несмотря на приглашения, все равно остается проблема. «У меня нет времени. Да, я так себя хорошо чувствую. Да, знаем вашу диспансеризацию. Ой, опять ходить по кабинетам».

«—Жалобы есть? – Жалоб нет», – такой диспансеризации уже нет больше 10 лет. Сейчас нет таких кабинетов, где сидит доктор и не глядя на пациента спрашивает жалобы. Диспансеризация – это набор методов исследования, а врач появляется только в самом конце, когда оценивает результат. Поэтому я считаю, что она вполне работоспособна, и её эффективность будет повышаться не столько по мере усовершенствования самой структуры диспансеризации, сколько по мере повышения уровня зрелости общества и повышения уровня общей культуры. Что потихонечку происходит, пример той же волны ЗОЖ-движения, которое захлестнуло страну примерно лет так восемь тому назад. Это действительно пример того, что общество положительно может реагировать. Причем интересно, что реагировало в большей степени молодое поколение и средний возраст, ещё не имеющие каких-либо серьезных проблем со здоровьем.





Вы, когда этот вопрос сформулировали, наверное, имели в виду, что ожидать со стороны пациента, вернее, гражданина, потому что участником процесса диспансеризации является не пациент, а гражданин. И вы, наверное, имеете в виду, что он ещё должен иметь какую-то ответственность за непрохождение диспансеризации. Например, недополучение какого-то объема услуг или, допустим, необходимость оплаты каких-то услуг. Эти мысли вынашивали и высказывались на самых разных уровнях и государственных структур, в профессиональных и общественных организациях. Пытались приводить примеры, якобы существующие в других странах, что есть страны, в которых если гражданин не прошел диспансеризацию, то его страховка на какое-то количество процентов уменьшается и т.д. Мне не известны такие примеры. Поощрительные меры могут быть. Но это возможно только при участии ещё одной стороны – работодателя. Понятно, что это наиболее вероятно в больших бизнес-структурах, компаниях и т.д. Это разумная практика: человек бросил курить или не курит – ему какие-то поощрения. Это могут быть деньги, это могут быть абонементы. Вот я бы так на этот вопрос ответил.

— Спасибо большое. На госслужбе тоже могут какие-то положительные поощрения для госслужащих придумать. То есть нужно заниматься этим вопросом. В системе здравоохранения существует такой тоже неочевидный перекокс. Вот пациенты, которые не несут никакой ответственности, за то, что рекомендации врачей они не исполняют. И при этом у врачей ничего нет никакого инструмента ни административного неформального, право заставлять пациента следить за своим здоровьем. Может быть, здесь какие-то меры нужны?

— Вы знаете, меры нужны, и они предпринимаются. Во-первых, это, конечно, способность найти правильные слова и убедить пациента. Большинство людей не имеют правильного представления о болезни, о том, как она лечится. У многих свое представление. И ведь очень часто получается, что в этом треугольнике «врач–пациент–болезнь» пациент врача вместе с болезнью ставит напротив себя.



Надо научиться каждому медицинскому работнику – это касается не только врачей, но и среднего медицинского персонала – в этом треугольнике построить другую конструкцию, чтобы врач и пациент были вместе против болезни, и чтобы пациент действительно верил и понимал, что они с врачом решают одну задачу. Тогда мотивация и приверженность лечению повысятся. Но повысятся опять-таки не на всю жизнь, потому что все равно пройдет какое-то время, симптомы могут стать помягче и захочется дозы лекарств уменьшить или пропускать: «может, вообще уже не надо, поберегу печень», – и так далее. Есть ведь ещё мнение друзей, соседей. Оно ведь всегда очень значимо и авторитетно. И опять мотивация снижается. Этот момент медицинским работникам надо учитывать и снова возвращать пациента в этом треугольнике на свою сторону.

Есть другие методы. Допустим, когда пациент возрастной, имеющий как минимум пять-шесть заболеваний начинает «взвешивать» количество таблеток, которые у него на ладошке. Ему хочется уменьшить их количество. И медицина, и фарминдустрия идут ему навстречу. Разрабатываются комбинированные препараты, в которых два и более компонентов. И тогда пациенту, несмотря на понимание, что там внутри вот этой таблетки два-три-четыре препарата, легче будет справиться со своими психологическими препятствиями. А принуждать пациента, наказывать его, бессмысленно. Да и невозможно ни по этическим, ни по юридическим соображениям.

— Цифровизация затронуло все сферы нашей жизни и медицины в том числе. Электронные медицинские карты они, конечно, позволяют аккумулировать информацию очень оперативно, обмениваться между учреждениями, в том числе результатами. Но вот как решается вопрос конфиденциальности этой информации? Были ли случаи «утечек» и как планируется их предотвращать?

— Каких-то специальных, отдельных мер в плане защиты для движения потоков медицинской информации нет. Это общепринятые подходы, они очень жесткие и всегда стоят



на позициях номер один. При разработке и внедрении каких-либо новых информационных систем, не говоря уже о тех системах, которые эксплуатируются, все прекрасно понимают, что в качестве информации передаются персональные данные. И даже когда мы получаем письма, в том числе из органов, которые занимаются дознанием, следствием, запросы: «Предоставьте нам выписку из истории болезни» (это уже не относится к вопросу цифровизации), мы всегда можем предоставить только тот объем информации, который нам определен законом. Вот и всё. То же самое с цифровизацией.

Цифровизация действительно пришла в медицину уже достаточно давно, она уже широко присутствует. И это не просто электронные медицинские карты, это, большие базы данных. Но если говорить об утечках баз данных, я, честно говоря, не будучи специальным образом вовлечен в эту тему, я не слышал, чтобы были какие-то хищения или потери, в отличие от телефонных баз данных или баз данных на автомобилях.

— Из-за пандемии новый скачок развития получила телемедицина. Однако вопрос объективности назначений врача в отсутствие личного осмотра остается спорным. Какое у Вас отношение к этому направлению медицины?

— Отношение очень хорошее. Телемедицина крайне необходима, особенно в системе оказания медицинской помощи для населения, которое наблюдается в центральных районных больницах, в их поликлиниках, на фельдшерских акушерских пунктах, где более специализированный уровень медицинской помощи менее доступен, нежели в административном центре региона.

Невозможно переоценить телемедицину в регионах, где низкая плотность населения, в труднодоступных местах. Телемедицина абсолютно необходима в плане срочности принятия решений, для скорой медицинской помощи, при необходимости соответствующей поддержки со стороны специалистов стационаров или специальных, координацион-

но-методических центров. Это уже нормальная практика, сейчас имеющая регулярный характер.

Телемедицина может быть и в амбулаторной практике, когда пациент находится дома, а врач в поликлинике. COVID заставил перевести диспансерное наблюдение на эти рельсы на период пандемии. Но начинается диспансерное наблюдение всегда непосредственно в кабинете у врача при личном контакте. Телемедицинские способы наблюдения пациентов после предшествующего общения в кабинете, обследования и постановки диагноза – это нормально.

Сейчас внедряются дистанционные способы мониторинга показателей состояния здоровья. В первую очередь это касается артериального давления. Я надеюсь, что в ближайшее время это будет уровень глюкозы в крови у пациентов с сахарным диабетом, это может быть и целый ряд параметров у пациентов с сердечной недостаточностью. Бронхиальная астма – тоже возможно.

Телемедицина есть, она уже пришла, и будет только развиваться. И, безусловно, в правовом аспекте этот процесс всегда должен учитываться. Сейчас это активно обсуждается на разных общественных площадках.



— **А много противников телемедицины среди врачей есть?**

— Я пока не встречал.

— **Да, это на пользу будет людям такая процедура. Современные способы лечения продвинуты настолько, что их можно назвать чудом: и трансплантации, и искусственные органы, и экспериментальное лечение. Как этические нормы успевают за такими продвинутыми методами лечения, в правовом поле, в частности?**

— Этические нормы могут не успевать, но может случиться так, что этические нормы сформировались раньше, нежели пришли методы. Такое тоже возможно. Это в значительной степени зависит от истории общества. Это зависит от уровня общей культуры населения. Тем не менее, если новые методы появляются, то этические нормы действительно могут трансформироваться, должны эволюционировать.

Самым ярким примером является проблема донорства и донорских органов в трансплантологии. Ведь, например, если говорить о трансплантации сердца, она вообще зародилась в нашей стране в 1950-е годы. Но первая операция была сделана не у нас, а в Южной Африке в начале 60-х годов. К нам трансплантология пришла существенно позже. Как системный процесс, который имеет широкую географию по стране, а не только локализация в рамках одного-двух центров, она стала такой только в течение последних 10 лет. Это стало возможным благодаря тому, что, во-первых, были преодолены «страшилки» в от-



ношении врачей-убийц и рядом с ними стоящих злодеев, которые людей, ещё до конца не умерших, якобы убивают для того, чтобы забрать у них органы. Я хорошо помню шумиху, которая была в Москве вокруг одной из больниц, связанную с забором донорских почек. Других прецедентов в нашей стране я не слышал, но в кинофильмах, телевизионных сериалах эта тема живет, и на этом материале формируются этические нормы, даже я бы сказал, контрэтические нормы. Хотя, слава Богу, зрелость общества уже достаточна для того, чтобы действительно не бояться быть донорами. Люди иногда очень быстро, стремительно, за секунды переходят из одного состояния в другое. Ощущая себя здоровым, человек может иметь очень железные принципы, что донорство – это совершенно преступная сфера, сплошной криминал. Но как только, не дай Бог, ему скажут: «Вы знаете, вам необходима пересадка такого или другого органа» (а сейчас пересаживают не только почки, это уже и сердце, и печень, и легкие, это совсем уже другая трансплантология), – он моментально станет совсем другим человеком. Но очень бы не хотелось, чтобы у нас был такой механизм эволюции наших этических норм.

Уважаемый Сергей Анатольевич!

Благодарим Вас за интересное интервью нашему журналу. Хотим пожелать Вам и всему коллективу НМИЦК им. академика Е.И.Чазова дальнейших успехов в вашем нелегком деле. Уверены, что Вам удастся спасти ещё немало жизней и справиться с вызовами современности. Спасибо за то, что делитесь своим опытом и знаниями с нами и нашими читателями.

The law cannot and should not force the patient to be treated. Convincing the patient is the task of the doctor

Boytsov Sergey Anatolyevich

Director General of the Federal State Budgetary Institution “National Medical Research Center of Cardiology named after Academician E.I. Chazov” of the Ministry of Health of Russia, Doctor of Medicine, Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Honored Doctor of the Russian Federation.

gives an interview to the editor-in-chief Panova Inna Viktorovna

S.A. Boytsov graduated from the Military Medical Academy named after S.M. Kirov (Leningrad) and from 1980 to 1984 served in the Red Banner Northern Fleet as the head of the medical service of a nuclear submarine, after which in 1984 he entered the adjunct at the Department of Naval and Hospital Therapy of the Military Medical Academy named after S.M. Kirov. In 2002, as head of the department, he finished his service in the Armed Forces of the Russian Federation and moved to work at the State Institution “National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov” of the Ministry of Health of Russia, where from 2003 to 2006 he served as director of the Central Clinical and Diagnostic Complex and Head of the Department of Internal Diseases. From February 2006 to March 2011, he worked as a deputy for science – First Deputy General Director of the Federal State Budgetary Institution “Russian Cardiological Research and Production Complex” of the Ministry of Health and Social Development of Russia. From March 2011 to 2017, he worked as the director of the FSBI “National Scientific and Research Center (GNIC) of Preventive Medicine” of the Ministry of Health of Russia. From 2017 to the present, he is the General Director of the FSBI “National Medical Research Center (NMIC) of Cardiology named after acad. E.I. Chazov” of the Ministry of Health of Russia, chief extraordinary cardiologist of the Ministry of Health of Russia of the Central, Ural, Siberian and Far Eastern Federal Districts.

Abstract

General Director of the Federal State Budgetary Institution “NMICC named after academician E.I. Chazov” of the Ministry of Health of the Russian Federation S.A. Boytsov talks about the peculiarities of civil relations in medicine and the difficulties of their legal regulation. In a social state, treatment is a citizen’s right, not his duty, and therefore only incentive measures can be implemented by the law, and there is no use to force the patient, punish him

Keywords

Civil legal relations, medical arbitration, insurance medicine, commercial medicine, medical examination

For citation: Boytsov S.A. The law cannot and should not force the patient to be treated. Convincing a patient is the task of a doctor / interviewed by I.V. Panova. *Public Law today* 2023;(3):6–22..

UDC 342

— **The main problems in the medical field are related to the fact that in the doctor–patient interaction system, none of the parties feels legally protected. The patient does not believe that the medical community will treat the case objectively during the forensic examination. And the doctor, in turn, is unable to deviate from the protocol, because he knows that any non-standard solution will be interpreted not in his favor. At the moment, the rules for providing medical care to citizens are regulated by the Federal Law “On the Basics of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation” No. 323-FZ of 21.11.2011. What do you think about this issue and what do you expect from the new law that would regulate the relationship “patient – doctor” and “medical institution – state”?**

— I will start with the fact that, indeed, now, for several years, we have a fundamental document in the organization of the diagnostic and treatment process at both the outpatient and inpatient levels called clinical recommendations. And this is defined by Law No. 323-FZ of 21.11.2011. Clinical recommendations are the primary document on the basis of which the order of medical care is largely organized, which involves a description of staffing structures, equipment, largely determines the route of patients. “Clinical recommendations” – the words themselves already speak: these are recommendations. Each of them has a class and a level of evidence according to a five-step system, and the doctor has to make a decision based on the elements of this five-step system. If, for example, the topmost level 1 is unambiguously, let’s say, reliable solutions. But it should be borne in mind that in a number of cases the doctor has to make a decision due to the lack of evidence. In relation to one or another method of diagnosis or treatment, he often has to rely on much less supported available data and systematized facts. In this case, a large proportion of the doctor’s personal opinion is based on the level of his competence, as a result of his educational and self-educational activities, on the level of his professional skills, taking into account the experience factor, which is of great importance, by the way, not only in medicine, but also in the same jurisprudence.

Often, when there is any conflict situation in the doctor-patient relationship system, there is also a third party assessing who is right and who is to blame. These can be insurance companies, healthcare management bodies and regulatory and supervisory authorities.

Of course, a patient who addresses his problems has his own reasons. Sometimes such appeals are associated with mainly emotional assessments of the situation, due to the fact that someone said the wrong thing, someone did it at the wrong time. But, unfortunately, it is often necessary to deal with situations when the patient has reasonable assumptions about poor-quality medical care.

And here you always have to figure out the details. Therefore, the third party who assesses this situation should be professionally prepared, taking into account the need for knowledge of the specifics of medical care. Analogs of a different kind in the system of civil relations are probably not so easy to find. To a certain extent, this is similar to providing services to a person, for example, in cosmetology, which is very close to medicine. Plastic surgery is already medicine.

Here I mentioned the word “service”, it has entered our lives for 20 years, maybe a little less. And it seems to me that not only from the point of view of the peculiarities of perception by the medical community, but also from the point of view of the essence, this is not an accurate definition. It is much more correct to provide medical care. And the service is still the sphere of everyday relationships.

— **What is your attitude to new methods of dispute resolution and conflict resolution in medical practice, in particular, mediation? Does it make sense to create a separate medical arbitration as an alternative to a court or a quasi-judicial body?**

— I think that this would be a way out of the situation, because indeed, in the field of civil relations, in addition to judicial relations, there is also arbitration in economic disputes, etc. I think that would be a very reasonable way out of the situation. The idea is not new, I support it.

— **What about mediation without the participation of the state? What is your opinion? About conflict resolution without the participation of state bodies?**

— I understand what you mean. Here, not being an expert in the issues that we are discussing with you now, I have ideas not so much on the basis of some documents or texts I have read, but on the basis of my own, non-systemic considerations. I would be cautious about mediation, because there is also a certain probability of subjectivism, insufficient level of professionalism, etc.

— **Sergey Anatolyevich, most of the criticism of the medical sphere in Russia comes down to the issue of insufficient funding and low salaries for medical workers. They say that quotas are not enough for the corresponding operations and drugs. Low rates for medical procedures of insurance companies. In your opinion, what needs to be reformed in this system so that a balance is achieved between insurance and commercial medicine?**

— It is clear that any system is able to digest any amount of money, including the system of medical care. The fact that we could increase the volume and quality of medical care with increased funding is quite understandable. But it should be borne in mind that this requires further development of the structure, equipment, and training of personnel. Accordingly, federal projects, including the “Fight against Cardiovascular Diseases” project, are now aimed at this.

As for reforming the system in terms of achieving a balance between insurance and commercial medicine, this is a completely different topic. Commercial medicine is a reality, a given. At the same time, commercial medicine, especially large institutions, have joined insurance medicine for a long time.

In the system of relations between commercial and insurance, state medicine, there is competition for personnel. It is well known that the richer the region, the richer its administrative center, the greater the shortage of personnel in state medical institutions, because there are much more private medical structures that also provide medical care. At the same time, there is a serious circumstance: if state institutions, municipal structures are under strict control by supervisory authorities, then commercial structures, having passed the licensing stage, are in a fairly “free float” in terms of quality control of medical care, including for sufficient compliance with clinical recommendations. The control there is much softer, except when it comes to paying for the work performed at the expense of insurance money. Then insurance companies apply the same kind of control measures and appropriate sanctions. And how to find a balance? To make an artificial division, to say that state structures should occupy not more than such a percentage, such a share and such a share is given to private institutions. Of course, no one knows where the border is.

— **The state encourages citizens who are responsible for their health and lead a healthy lifestyle. Many diseases are easier to prevent than to cure. How effective is the existing system of medical examination, what additional examinations would you recommend to include?**

— There is such a well-known formula: the best medicine does not help if it is not taken. And this is not just a phrase, because there is a problem of the patient’s adherence to treatment. Even the presence

of sufficiently pronounced symptoms that prevent a person from living, feeling comfortable, does not mean that he, having a medicine, will take it, for a number of possible reasons. The same story with the medical examination.

Our medical examination is unique because it contains screening methods that have a convincing evidence base in their medical and economic effectiveness in relation to each individual patient, and to the system and the state as a whole. In addition, the medical examination system contains a set of additional research methods, which are not available in any country in the world, unlike screening, which exists in many countries of the world. Moreover, we have created a system of in-depth medical examination for people with serious chronic diseases who have suffered a coronavirus infection. So, if the patient does not come to the medical examination, the medical examination, most likely, will not help.

Why don't they come? Now they have started to come much more, but despite the invitations, there is still a problem. "I don't have time. Yes, I feel so good. Yes, we know your medical examination. Oh, walking around the offices again."

"-Any complaints? - There are no complaints," - there has been no such medical examination for more than 10 years. Now there are no such offices where a doctor sits and asks complaints without looking at the patient. Medical examination is a set of research methods, and the doctor appears only at the very end, when he evaluates the result. Therefore, I believe that it is quite workable, and its effectiveness will increase not so much as the structure of the medical examination itself improves, but as the level of maturity of society increases and the level of general culture increases. What is slowly happening is an example of the same wave of healthy lifestyle movement that swept the country about eight years ago. This is really an example of how society can respond positively. Moreover, it is interesting that the younger generation and the middle age, who have not yet had any serious health problems, reacted to a greater extent.

When you formulated this question, you probably meant what we should expect from the patient, or rather, a citizen, because the participant in the medical examination process is not a patient, but a citizen. And you probably mean that he should still have some responsibility for not passing the medical examination. For example, the shortfall of a certain amount of services or, for example, the need to pay for some services. These thoughts were nurtured and expressed at various levels and state structures, in professional and public organizations. They tried to give examples that allegedly exist in other countries, that there are countries in which if a citizen has not passed a medical examination, then his insurance is reduced by a certain number of percent, etc. I am not aware of such examples. There may be incentive measures. But this is possible only with the participation of another party - the employer. It is clear that this is most likely in large business structures, companies, etc. This is a reasonable practice: a person has quit smoking or does not smoke - he needs some kind of encouragement. It can be money, it can be season tickets. That's how I would answer this question.

— Thank you very much. The civil service can also come up with some positive incentives for civil servants. That is, we need to deal with this issue. There is also an unobvious bias in the healthcare system. Here are patients who do not bear any responsibility for the fact that they do not follow the recommendations of doctors. And at the same time, doctors have nothing, no tool, no administrative informal measures, the right to force the patient to monitor his health. Maybe some measures need to be taken here?

- You know, measures are needed, and they are being taken. Firstly, it is, of course, the ability to find the right words and convince the patient. Most people do not have the right idea about the disease, about how it is treated. Many have their own idea. And very often it turns out that in this triangle "doctor-patient-disease" the patient puts the doctor together with the disease in front of himself.

It is necessary for every medical worker to learn – this applies not only to doctors, but also to nursing staff – to build a different structure in this triangle so that the doctor and the patient are together against the disease, and so that the patient really believes and understands that he/she and the doctor solve the same problem. Then motivation and adherence to treatment will increase. But again, it will not increase for life, because it will still take some time, the symptoms may become milder and you will want to reduce or skip the doses of medications: “maybe you don’t need it at all, I’ll save my liver,” and so on. There is also the opinion of friends, neighbors. It is always very significant and authoritative. And again, motivation decreases. This point should be taken into account by medical workers and again return the patient in this triangle to his side.

There are other methods. Let’s say when an aged patient with at least five or six diseases begins to “weigh” the number of pills that he has on his palm. He wants to reduce their number. Both medicine and the pharmaceutical industry are meeting him halfway. Combined preparations are being developed in which there are two or more components. And then, despite the understanding that there are two or three or four drugs inside this pill, it will be easier for the patient to cope with his psychological obstacles. And forcing the patient, punishing him, is pointless. And it is impossible either for ethical or legal reasons.

— **Digitalization has affected all spheres of our life, including medicine. Electronic medical records, of course, allow you to accumulate information very quickly, exchange between institutions, including results. But how is the issue of confidentiality of this information resolved? Have there been any cases of “leaks” and how are they planned to be prevented?**

— There are no special, separate measures in terms of protection for the movement of medical information flows. These are generally accepted approaches, they are very tough and always stand on the number one positions. When developing and implementing any new information systems, not to mention those systems that are being operated, everyone understands perfectly well that personal data is transmitted as information. And even when we receive letters, including from the bodies that are engaged in inquiry, investigation, requests: “Provide us with an extract from the medical history” (this no longer applies to the issue of digitalization), we can always provide only the amount of information that is determined by law to us. That’s all. It’s the same with digitalization.

Digitalization has really come to medicine for quite a long time, it is already widely present. And it’s not just electronic medical records, it’s large databases. But if we talk about database leaks, to be honest, without being specifically involved in this topic, I have not heard of any theft or loss, unlike telephone databases or car databases.

— **Because of the pandemic, telemedicine has received a new leap in development. However, the question of the objectivity of doctor’s appointments in the absence of a personal examination remains controversial. What is your attitude to this area of medicine?**

— The attitude is very good. Telemedicine is extremely necessary, especially in the system of medical care for the population, which is observed in central district hospitals, in their polyclinics, at paramedic obstetric stations, where a more specialized level of medical care is less accessible than in the administrative center of the region.

It is impossible to overestimate telemedicine in regions with low population density, in hard-to-reach places. Telemedicine is absolutely necessary in terms of the urgency of decision-making, for emergency medical care, if necessary, appropriate support from hospital specialists or special, coordination and methodological centers. This is already a normal practice, now having a regular character.

Telemedicine can also be used in outpatient practice when the patient is at home and the doctor is in

the polyclinic. COVID forced the transfer of dispensary observation to these rails for the period of pandemic. But the dispensary observation always begins directly in the doctor's office with personal contact. Telemedicine methods of monitoring patients after previous communication in the office, examination and diagnosis are normal.

Remote methods of monitoring health indicators are being introduced now. First of all, this concerns blood pressure. I hope that in the near future it will be the blood glucose level in patients with diabetes mellitus, it may be a number of parameters in patients with heart failure. Bronchial asthma is also possible.

Telemedicine is there, it has already arrived, and it will only develop. And, of course, in the legal aspect, this process should always be taken into account. Now this is being actively discussed on various public platforms.

— **Are there many opponents of telemedicine among doctors?**

— I haven't met such doctors yet.

— **Yes, such a procedure will be useful to people. Modern methods of treatment are so advanced that they can be called a miracle: transplants, artificial organs, and experimental treatment. How do ethical standards keep up with such advanced methods of treatment, in the legal field, in particular?**

— Ethical norms may not keep up, but it may happen that ethical norms were formed earlier than the methods came. This is also possible. This largely depends on the history of the society. It depends on the level of the general culture of the population. Nevertheless, if new methods appear, then ethical norms can really be transformed, they must evolve.

The most striking example is the problem of donation and donor organs in transplantology. After all, for example, if we talk about heart transplantation, it generally originated in our country in the 1950s. But the first operation was done not here, but in South Africa in the early 60s. Transplantology came to us much later. As a systemic process that has a wide geography across the country, and not just localization within one or two centers, it has become such only over the past 10 years. This became possible due to the fact that, firstly, the "horror stories" regarding killer doctors and villains standing next to them were overcome. These doctors were said allegedly to kill people who have not yet died completely in order to take their organs from them. I well remember the hype that was in Moscow around one of the hospitals associated with the collection of donor kidneys.

I have not heard any other precedents in our country, but this topic lives on in films and television series, and ethical norms, even I would say counterethical norms, are formed on this material. Although, thank God, the maturity of society is already sufficient to really not be afraid to be donors. People move from one state to another very quickly, rapidly, in seconds. Feeling healthy, a person can have very iron principles that donation is a completely criminal sphere, a solid crime. But as soon as, God forbid, they tell him: "You know, you need a transplant of this or that organ" (and now they are transplanting not only kidneys, this is already the heart, liver, and lungs, this is a completely different transplantation), – he will instantly become a completely different person. But I really would not like us to have such a mechanism for the evolution of our ethical norms.

Dear Sergey Anatolyevich!

Thank you for an interesting interview with our journal. We would like to wish you and the entire team of the NMICC named after academician E.I. Chazov further success in your difficult task. We are sure that you will be able to save many more lives and cope with the challenges of our time. Thank you for sharing your experience and knowledge with us and our readers.
