

Внутренняя потребность в здоровом образе жизни у большинства российских граждан пока отсутствует, нужен целый комплекс мер. К такому выводу пришли участники «круглого стола» в Госдуме РФ «О формировании системы социально-экономической мотивации (финансового мотивирования) граждан РФ по ведению здорового образа жизни, сохранению и укреплению своего здоровья и работодателей по укреплению здоровья работников».

Открывая дискуссию, первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья академик РАН Николай Герасименко предложил обсудить целесообразность введения в России, как это уже сделано в ряде стран, санкций за нездоровый образ жизни. «Государство должно создать понятную и убедительную систему мотивации гражданина к сохранению своего здоровья», – считает и заместитель главы комитета кандидат медицинских наук Сергей Дорофеев, напомнивший, что приоритет профилактики закреплён в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Несмотря на это, в последние годы в стране растёт количество сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, сахарного диабета и болезней органов дыхания. По данным Минздрава России, на эти четыре группы приходится 80% смертей, обратил внимание собравшихся С.Дорофеев. Заметив, что все указанные заболевания «так или иначе связаны с образом жизни человека», то есть употреблением алкоголя, курением,

Профилактика

Хоть заставляй быть здоровым...

Конечно, государство должно мотивировать граждан к позитивному образу жизни



неправильным питанием и малоподвижным образом жизни, он высказался за то, чтобы активнее привлекать к работе по формированию здорового образа жизни работодателей. По словам депутата, правильно организованное управ-

ление здоровьем сотрудников позволяет снизить заболеваемость в коллективе на 40-50%.

Но такая система профилактики должна включать механизмы экономического мотивирования, убеждён С.Дорофеев. Кроме того,

она должна получить, по его мнению, отдельное целевое финансирование.

Заместитель директора Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздрава России Наталья Костенко основным механизмом в системе профилактики назвала диспансеризацию населения. По её словам, в 2013 г. профилактические осмотры прошли 35 млн россиян, в том числе 14 млн детей. «Итоги проведённой диспансеризации показали, что почти 40% граждан имеют хронические неинфекционные заболевания», – сообщила представитель Минздрава.

Отметив положительный эффект от проводимой в стране антитабачной политики, Н.Костенко высказалась за повышение акцизов на табак до среднего европейского уровня. А директор Государственно-научно-исследовательского центра профилактической медицины Сергей Бойцов предложил ввести

налоговые льготы для организаций, реализующих свои корпоративные программы по формированию здорового образа жизни.

К достижению баланса интересов всех участников процесса, создания социально-экономических стимулов к формированию здорового образа жизни призвала директор Института экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» Лариса Попович. Введение в России фискальных мер, таких как повышение платежей за медпомощь для граждан, ведущих нездоровый образ жизни, не реалистичны, полагает она. «Вводить санкции в отношении конкретного человека не стоит. Другое дело, ужесточение наказания за противоправные действия третьих лиц в отношении индивидуумов, например, беременных женщин, работников – это можно обсуждать», – считает Л.Попович. Однако гораздо большего эффекта можно будет достичь благодаря мерам поддержки, убеждена она.

По итогам дискуссии участники «круглого стола» приняли адресованные органам законодательной и исполнительной власти рекомендации, направленные на формирование государственной политики мотивирования населения к здоровому образу жизни и стимулирования к этому работодателей.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

НА СНИМКЕ: увлечение спортом в молодости закладывает прочную основу здорового образа жизни.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Конференции

Возможность интеграции медицинского сообщества в системы оценки качества медицинской помощи и досудебного урегулирования конфликтов между врачом и пациентом стала основной темой конференции «Медицина и право», прошедшей в Москве по инициативе координационного совета врачебных палат и ассоциаций Центрального федерального округа.

Президент Национальной медицинской палаты Леонид Рощаль считает, что сегодня «на уровне государства не созданы структуры, которые защищали бы врачей. В системе отсутствуют какие-либо инструменты, позволяющие решать конфликты между врачом и пациентом, а медицинскими организациями в случае их вины – компенсировать ущерб пациентам. Объём претензий возрастает как снежный ком, и среди них множество несправедливых. Возникают ситуации, когда ни простым врачам, ни медицинским учреждениям в случаях судебных исков нечем расплачиваться».

Отсутствие эффективных механизмов защиты как врачей, так и пациентов, зачастую необъективная работа Института судебно-медицинской экспертизы, противоречия в нормативно-правовой базе, приводящие к неоднозначности трактовок действий врачей, неразвитость инструментов досудебного урегулирования конфликтов – это те проблемы, которые были указаны в качестве основных.

– Сегодня алгоритм досудебного разбирательства, в принципе, предельно прост, тем, что в законодательстве есть такое понятие, как экспертиза качества медицинской помощи. Но это только в рамках системы обязательного медицинского страхования. Сегодня страховые компании, безусловно, должны защищать застрахованных. Но могу сказать, что, по нашим данным, пациенты почему-то мало обращаются в страховые компании, и это не

Доколе быть беззащитными?

Как избежать конфликта в досудебном порядке

работает так широко, – отметила заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Ирина Серёгина. Росздравнадзор готов содействовать в пределах своих полномочий в разработке алгоритма досудебного разбирательства. Помощник министра здравоохранения РФ Ирина Андреева обратила внимание на невысокий уровень правовой грамотности врачей в сравнении с пациентами и подчеркнула, что «нужно создавать такую систему, в которой будет удобно работать и врачу и пациенту. Главное – чтобы оценка качества медицинской помощи, само качество медицинской деятельности остались абсолютной прерогативой медицинского сообщества».

За рубежом, в частности в Германии, в досудебном порядке решается 80% всех спорных ситуаций, а их рассмотрение строится на обезличенной независимой профессиональной экспертизе качества оказания медицинской помощи, которую проводят представители врачебных палат. Как отметил Леонид Рощаль, именно такая система должна лечь в основу реализации пилотных проектов в регионах. На сегодняшний день в Национальной медицинской палате существуют определённые наработки в сфере развития элементов системы досудебного урегулирования конфликтов. В качестве основы может быть использован опыт Врачебной палаты Смоленской области.

– Врачебная палата Смоленской области существует 5 лет. За этот период рассмотрено более 700 случаев жалоб по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи и проблем дополнитель-

ного лекарственного обеспечения инвалидов. Всего два случая были рассмотрены на третейском суде, а остальные урегулированы на досудебном уровне, – рассказывает Наталья Аксёнова, председатель Врачебной палаты Смоленской области. – Врачебная палата заключила соглашения с Департаментом здравоохранения и Росздравнадзором области о том, что поток жалоб может регулироваться в досудебном порядке. Пациенты имеют возможность обратиться в палату, так как во всех медицинских организациях Смоленской области имеется ссылка на наш адрес и телефон. Также в договорах с медицинскими организациями и пациентами при оказании платных услуг указывается, что в случае конфликта дело может быть рассмотрено в третейском суде. Такая ситуация выгодна для врача и пациента. Решение третейского суда является окончательным и не подлежит обжалованию.

Одним из элементов системы досудебного регулирования конфликтов может стать также и процесс медиации.

– Сегодня пришло время для официального введения в структуры медиаторов здравоохранения. Медиация важна как метод досудебного урегулирования споров. В случае если стороны не приходят к мировому соглашению, тогда они обращаются в третейский суд, – подчёркивает Юрий Ушанов, проректор Института развития дополнительного профессионального образования.

Однако чтобы всё это работало, необходима объективная система независимой экспертизы качества медицинской помощи.

– Невозможна никакая медиация и невозможно никакое решение

третейского суда, если в основе его не лежит справедливое и компетентное экспертное решение. С экспертным решением у нас в стране есть проблемы, справедливых экспертных решений очень и очень мало, – говорит Алексей Старченко, сопредседатель Комитета по независимой экспертизе качества НМП. – Национальной медицинской палате удавалось переломить судопроизводство в случаях несправедливых заключений судебно-медицинской экспертизы. На сегодняшний день мы вынуждены констатировать, что серьёзного и справедливого судопроизводства по вопросам медицины в нашей стране практически нет.

Наряду с проблемами неразвитости системы защиты врачей и пациентов, а также системы досудебного урегулирования конфликтов важную роль играют и противоречия, заложенные в системе здравоохранения. Именно они стимулируют возникновение конфликтов и неоднозначность трактовок действий врача.

– Действительно, эти проблемы есть, и представители медицинской сферы, совершая какие-то, может быть, с юридической точки зрения неправомерные или даже противоправные действия, не виновны в этом, потому что есть различия в нормативно-правовых актах, – отметила Анна Филатова, заместитель директора Научно-исследовательского института Российской правовой академии при Минюсте России.

Алексей Старченко отмечает также и неоднозначность содержания и понятия стандартов оказания медицинской помощи.

– В законе указано, что качество медицинской помощи определяется, в том числе, исполнением

стандартов медицинской помощи и на основе исполнения порядка оказания медицинской помощи, – говорит он. – Фразу «на основе стандартов» каждый читает, как хочет. В результате непонятно, нужно ли соблюдать стандарты оказания медицинской помощи? Модная тема в Минздраве – стандарты не нужно использовать для оказания и контроля медицинской помощи. Они нужны, чтобы посчитать тариф. Если взять стандарт гемодиализа, то обработка фистулы, установка фистулы и сам процесс гемодиализа – всё это должно быть включено в этот стандарт. Но в стандарте по перитонеальному гемодиализу отсутствует сама эта услуга, установление катетера и, что самое страшное, отсутствие растворов, которые необходимы для этой манипуляции. Растворы для этого стоят очень дорого. Например, один комплект стоит 90-100 тыс. руб. Как считается такой тариф, если в стандарте нет работы нефролога по установлению катетера, контролю за ним, сама процедура и раствор для неё отсутствуют. И какой мы тогда получим тариф?

Ликвидировать правовые противоречия поможет включение в процесс аудита нормативно-правовых актов, готовящихся к подписанию со стороны Минюста здравоохранения РФ, представителей профессионального сообщества.

Национальная медицинская палата ставит перед собой задачу создать в стране эффективную систему защиты медицинских работников.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Хочется высказать свою точку зрения как специалиста в области общественного здоровья и здравоохранения со стажем более 40 лет на материалы обозревателя «МГ» Константина Щеглова, участника II Национального конгресса частных медицинских организаций («МГ» № 13 от 21.02.2014).

Преждевременные претензии

Не могут не броситься в глаза многократные проявления жесточайшего медицинского экстремизма, прозвучавшего на конгрессе. Так, Дмитрий Борисов сказал, что «финансовые и управленческие возможности государства в существующей модели здравоохранения практически исчерпаны. Привлечение дополнительных средств граждан в сферу оплаты медицинских услуг, а также частных инвестиций в сферу здравоохранения требуют изменения экономической модели». Априорно медицинские услуги частных медицинских организаций однозначно озвучены «как услуги высокого качества». Участники конгресса заявили, что «кардинальное изменение качества и доступности медицинских услуг исключительно за счёт средств бюджета и ОМС, без привлечения частных инвестиций, не представляется возможным». Просят «разрешить работать в системе ОМС по рыночной цене, с соплатежом от населения или страховой компании, убрав из тарифа ОМС его структуру для негосударственных медицинских учреждений, оставив её только в качестве финансового контроля за подведомственными государственными учреждениями», сетовали на то, что «они не вправе распоряжаться по собственному усмотрению прибылью от услуг ОМС». Заявлять себя потенциальными партнёрами государства в сфере обеспечения конституционных прав граждан на охрану здоровья частной медицине очень рано, и не совсем оправданно так считать.

А ведь известно и «не следует забывать, что медицинский бизнес – это не что иное, как предпринимательская деятельность, куда приходят люди, готовые рисковать и вкладывать свои деньги и усилия ради главной цели любого бизнеса – получения прибыли, независимо от того, какими высокими словами и благородными намерениями это камуфлируется. Но для привлечения больных частный медицинский бизнес непрерывно совершенствуется и улучшается, хотя и заменить собой массовое государственное здравоохранение не может и не должен». Разделяю эту точку зрения Ю. Комарова, профессора, заслуженного деятеля науки РФ, опубликованную в периодической печати 2014 г.

Надежды, надежды...

В «МГ» есть такие слова: «Минздрав убеждён, что привлечение частного сектора может стать важным фактором в повышении эффективности всей системы здравоохранения и доступности качественной медицинской помощи для населения». Думаается, Минздраву, не посчитав, в какие цифры госбюджету все их просьбы могут вылиться, давать такую надежду сегодня опрочетчиво. В условиях деятельности системы здравоохранения на экономию бюджетных средств, ожидания их уменьшения на 18%, «пока общепринятого правового определения понятия государственно-частного партнёрства», как отмечает «МГ», ещё нет.

Точка зрения

Какой быть частной медицине?

Этот вопрос с каждым днём требует более чёткого прояснения



«Минэкономразвития России совместно с Агентством стратегических инициатив разрабатывают «дорожную карту», которая предусматривает расширение участия негосударственного сектора в сфере здравоохранения с увеличением доли средств этому сектору в бюджете территориальных программ ОМС к 2015 г. в 10 раз (10%), к 2018 г. – в 20 раз (20%), сейчас – не более 1%. Уже разработан и обсуждается проект Федерального закона «Об основах государственно-частного партнёрства». В нём может оказаться много несостоятельных идей, не полезных для развития общественного здравоохранения, да и всей экономики страны. Ведь что такое федеральный закон? Это то, что уже устойчиво работает, представлено в обществе, в системе здравоохранения наконец. Напрашивается известный афоризм – готовится «пир во время чумы».

Так что, уважаемый председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья населения С. Калашников, на конгрессе вы огласили, что намерены добиваться запрещения оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях. Вам как никому надо сначала тщательно изучить эти вопросы, а не пользоваться информацией в одностороннем порядке. Во-первых, с 2014 г. в территориальных программах госгарантий ОМС уже имеется строчка, «что должно быть оказано пациенту лечебно-профилактического учреждения бесплатно». Во-вторых, с момента утверждения Программы госгарантий (1998) сохраняется ограниченность финансовых средств как бюджетных, так и небюджетных (ОМС). И государственные и муниципальные ЛПУ работают в постоянном риске недостаточности финансовых средств, так как тарифы ОМС полностью не покрывают расходы на оказанную бесплатную медицинскую помощь. Поэтому платные услуги являются необходимым источником финансирования ЛПУ. В-третьих, пожалуй, самым важным аспектом присутствия в ЛПУ платных услуг (согласно Указу Пре-

зидента № 597 от 07.05.2012 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики») является предписание не о том, что в достижении индикативных показателей по здравоохранению при учёте всех источников финансирования, включая платные услуги, они указываются, но благодаря этому – достигаются. К тому же благодаря принятым мерам по упорядочиванию платных услуг намного сократилась категория «пациенты ЛПУ», и увеличились договорные медицинские услуги с работодателями для проведения профосмотров работающих граждан, особенно во вредных условиях труда, других профосмотров, а также договоры с иностранными гражданами.

На сегодняшний день с 2010 г. частные медицинские организации могут участвовать в выполнении Программы государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам бесплатной медицинской помощи населению РФ, и эта возможность действительно зафиксирована в Федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

Я бы внесла в перечень наличие стажа работы в системе ОМС не менее 3 лет, чтобы система была устойчива и отдалённые результаты лечения были видны, чтобы отрегулировалась система контроля качества медицинской помощи населению в рамках ОМС, чтобы комиссия контроля качества по линии ОМС также активно посещали частные клиники и центры, как и государственные ЛПУ. Надо отработать частную медицинскую систему государственной статистической отчётности, а пока все представленные цифры надо проверить. Регионам РФ надо разработать список предпочтений для организации частных клиник и центров. При стаже всего 3 года (с 2010 г.) работы частной медицины в системе ОМС и представлении всего 4 профилей оказанной медицинской помощи рано ещё везде частную медицину допускать и вписывать, тем более что, «по данным Минздрава, уже 17,5% от всех медицинских организаций, оказывающих бесплатную

помощь по полисам ОМС, – это частные медицинские организации, а на 2014 г. их уже на 405 больше». Это хорошие показатели.

В одинаковые условия

Между прочим, царская Дума строго следила за тем, чтобы число думских врачей, оказывающих бесплатную медицинскую помощь населению и получающих заработную плату от царской Думы, не превышало число частнопрактикующих врачей. Так поддерживалась доступность бесплатной медицинской помощи для населения.

Так что на ближайшие 10 лет уже имеются достаточные условия для развития участия частных медицинских организаций в выполнении ПГГ. Ведь подытожив все их предложения, особенно о соплатеже населения или страховой компании, в выступлении подчёркивалось, что «государственные и муниципальные организации здравоохранения должны быть поставлены в одинаковые условия с частными клиниками и центрами в части формирования базы доходов и оплаты всех расходов». Получается, что частная медицина просит взять её на баланс государства. А взяв её с обозначенным багажом, мы можем остаться без кадрового состава в нашем массовом государственном здравоохранении. В мире существуют 4 формы оказания медицинской помощи населению: страховая, частная, государственная, храмовая (при храмах). Нет в мире государства, которое бы захотело взять на свой баланс частную медицину, а вот государственная медицина с советских времён постепенно прирастает странами.

Если есть лишние деньги, почему бы не увеличить ещё тарифы в системе ОМС, и эти тарифы могут привлечь большее число частных клиник и центров в систему ОМС. Хочется подчеркнуть важный момент – условия работы по полисам ОМС должны быть одинаковыми как для частных, так и для государственных медицинских организаций. По-другому не может быть.

Нельзя не обратить внимание на приведённые в «МГ» цифры. «Лидерами на рынке платных медицинских услуг являются стоматология (50% в стоимостном выражении), диагностика (20%), гинекология и урология (15%), косметология (7%). 60% всей частной медицины сосредоточено в Москве и С.-Петербурге, 20% – в городах-миллионерах и 20% – во всей остальной России».

Данная статистика не подкрепляет объём и содержание предъявленных предложений частной медициной для их решений.

Партнёры или конкуренты?

Один из выступающих на конгрессе сказал, что «не может в государстве с рыночной экономикой столько лет суще-

ствовать нерыночная отрасль». А ведь здравоохранение нельзя считать нерыночной отраслью, так как переход на рыночную экономику в системе здравоохранения был осуществлён ещё в 1989 г. и экономические методы управления сегодня прочно действуют в государственных и муниципальных медицинских организациях, и главное, что в отрасли работает и динамично развивается частная медицина как важный элемент рыночной экономики в теперешней отрасли здравоохранения.

В «МГ» приводятся слова председателя Правительства РФ Д. Медведева. «Он признал, правда, что трудно обеспечить условия для полной конкуренции на рынке медицинских услуг, особенно в труднодоступных и малонаселённых районах страны. Медицинский бизнес туда сложно привлечь просто потому, что это нерентабельно». «Поэтому обеспечение доступности качественной медицинской помощи в таких местах и вообще в целом по стране берёт на себя государство. И так будет ещё, я думаю, очень и очень долгое время». «Он призвал государственные медицинские организации не бояться конкуренции с частными клиниками». Я двумя руками голосую в поддержку этих слов. Очень правильно подытожена дискуссия.

Так что в рамках работы в системе ОМС частная медицина – партнёр с государственными и муниципальными ЛПУ, а в целом мы конкуренты. Ещё есть вопрос в «МГ»: «Как ужиться частной и государственной медицине?». Во-первых, каждому заниматься своей медицинской деятельностью, добиваясь доступности и качества в оказании медицинской помощи населению. Государственной медицине надо меньше заниматься самостязанием, критиканством, а больше – просто конструктивной улучшающей управленческой и медицинской деятельностью в отрасли. Для частной медицины – меньше нападков, медицинского экстремизма в адрес государственного здравоохранения, больше спокойной и планомерной работы в системе ОМС. Качество медицинской помощи в частной медицине является тоже весьма актуальной проблемой, тем более они с их слов «растут, как грибы после дождя».

Анна ДЮКАРЕВА,
профессор
кафедры общественного здоровья
и здравоохранения факультета
дополнительного образования,
доктор медицинских наук.

**Южноуральский
медицинский университет.**

Челябинск.

НА СНИМКЕ: может быть, врачи в частных клиниках более вежливы и внимательны к пациентам, но у них на это есть и время, и деньги.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

В Сочи Федеральное медико-биологическое агентство России развернуло целую систему оказания помощи спортсменам на XXII зимних Олимпийских играх. С каждым из них работал спортивный врач, физиотерапевты, травматологи, мануальные терапевты, массажисты, психологи. Три специальных диагностических центра были задействованы внутри олимпийских деревень (в нижнем, морском кластере Прибрежный и в верхних, горных – Лаура и Роза Хутор). Кроме того, мобильные центры стояли вне олимпийских деревень, непосредственно около мест проведения соревнований. Они представляли собой российский ноу-хау и хорошо зарекомендовали себя на универсиаде в Казани и также помогали спортсменам восстанавливать свои силы.

Как оценивает прошедшую Олимпиаду руководитель Федерального медико-биологического агентства России Владимир УЙБА? Об этом с ним беседовал корреспондент «Медицинской газеты» Алексей ПАПЫРИН.

– Владимир Викторович, начинать разговор надо, наверное, с того, когда специалисты ФМБА России начали заниматься медицинским сопровождением спортивных мероприятий?

– Точкой отсчёта стало постановление Правительства РФ № 812 от 17.10.2009, согласно которому организация медицинского обеспечения спортсменов сборных команд нашей страны была возложена на ФМБА России. Конечно, мы занимались этой работой в тесном сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами – Министерством спорта России, Олимпийским комитетом, спортивными федерациями.

Срок в 4 года – это всего один промежуток между олимпиадами. Хочу уточнить, что, когда мы начинали этим заниматься, в рядах спортивных врачей насчитывалось 100 человек на 10-тысячную дружину спортсменов, выступающих как в летних, так и в зимних видах спорта, защищающих честь нашей страны на паралимпиадах. Теперь только со сборными зимних видов спорта трудились 127 медицинских работников, в том числе врачей по спортивной медицине – 72, массажистов – 55.

Добиться такой кадровой укомплектованности было нелёгким делом. Нам пришлось не только приглашать на работу врачей, но и обучить их премудростям этой специализации, создать систему сертификации спортивного врача. Ведь ни один медицинский вуз спортивных врачей не выпускает. Ещё предстояло организовать целую систему их подготовки, переподготовки.

Если бы мы не создали собственную модель медико-биологического обеспечения спортсменов, а воспользовались чужой, то заведомо проиграли бы. В истории ещё не было случая, чтобы потенциальный соперник отдал конкурентам лучшее, поделился наиболее перспективными разработками.

Мы сумели решить эту задачу, поскольку наши специалисты уже много лет проводят исследования и оказывают медицинскую помощь людям, работа которых связана с экстремальными условиями. Ежегодно углублённые медицинские осмотры (УМО) проходили до 14 тыс. спортсменов – членов и кандидатов в сборные команды России. Эту работу агентство проводило на базе сети своих медицинских учреждений.

УМО – это не обыкновенная диспансеризация. Её особенность в том, что исследуются функции организма, которые обеспечивают работоспособность, готовность организма спортсмена выдерживать колоссальные перегрузки без ущерба для своего здоровья. Именно поэтому на углублённые осмотры привлекаются до 20 специалистов. При этом выпол-

каждый спортсмен как минимум 3 раза обращался к нашим специалистам, получив 6 процедур, манипуляций. В общей их доле возросло количество психологических пособий (286). По сути, это четверть всей помощи. Хотя ранее превалировал массаж, а психологическая помощь оказывалась в достаточно небольшом масштабе. Теперь же со спортсменами работало свыше 50 квалифицированных психологов. Каждый из них получил индивидуальное разрешение на работу со спортсменом, соот-

агентство (WADA) публикует (обновляет) список субстанций и методов, запрещённых к применению в спорте. Методы, которые попадают в этот список, считаются допингом. А медицинские технологии включают в себя совокупность всех запрещённых средств, приёмов и методов, которые используются в спорте для профилактики травм и заболеваний.

То есть грань между допингом и медицинскими технологиями совершенно понятная и чёткая. Если же возникает необходи-

мость применения запрещённых методов и субстанций, отдельных лекарственных средств, в этом тоже нет проблем. Спортивные врачи чётко знают порядок уведомления и оформления разрешения на их терапевтическое использование.

– В западных СМИ прошли публикации, что на Олимпиаде российские спортсмены использовали ксеноновые ингаляции...

– Я не могу сказать, использовался ксенон или нет, но основной принцип, как сказал выше, – применять то, что не запрещено WADA. А ксенон никто не запрещал...

– Можно назвать хотя бы в общем плане некоторые из них, взятые на вооружение?

– Думаю, что они дадут мало информации людям непосвящённым. Например, базовая технология оценки генетического статуса и комплексного протеогеоминого и метаболоминого обследования человека при различных видах спортивной деятельности. Главная сложность заключалась в том, что доказывать их эффективность приходилось не только в лабораторных и стендовых условиях, но и в условиях реальных соревнований спортивных команд 2-3 уровней. Проверять их надо было на спортсменах, а не на обычных добровольцах. Ведь у спортсменов во время соревнований изменяется метаболизм организма.

– Во время Олимпиады в Пекине ряд экспертов связывали успешное выступление китайской команды с использованием «природного допинга».

– Вряд ли такое словосочетание можно назвать корректным. Дело в том, что вещества природного происхождения человек естественным образом употребляет в пищу повсеместно. Этим он восполняет свою потребность в питательных веществах, белке и другом. Но в некоторых природных продуктах биологически активные вещества содержатся в более высоких количествах. В условиях, когда спортсмену необходимо их повышенное ко-

личество, эффективность таких продуктов должна быть выше, чем у «стандартного набора» питательных веществ. Поэтому за счёт специализированного питания можно расширить возможности спортсмена. И это делается повсеместно, как правило, за счёт применения продуктов особого спортивного питания (напитки, смеси, БАД и др.). И здесь мы не отстаём. По заказу ФМБА России разработано несколько специализированных продуктов спортивного питания (БАД, напитки, галеты). Уста-

новленным порядком они зарегистрированы в органах Роспотребнадзора и поставляются в сборные команды России.

– В Советском Союзе действовала целостная система, помогающая отбирать лучших спортсменов.

– Я сам занимался лёгкой атлетикой. Мой учитель физкультуры обратил внимание, как быстро бегаю. И буквально передал меня в детско-юношескую спортивную школу. Позанимавшись там два года, мне удалось достигнуть лучших результатов. И тогда меня пригласили выступать за сборную команду города. В то время существовала и другая форма подготовки спортсменов – спортивные школы. По существу, это были интернаты, где молодые ребята могли не только учиться, но и полноценно заниматься спортом. Особенно эта форма являлась незаменимой для тех, кто жил в глубинке. Перспективных ребят приглашали учиться в специализированные школы. И это срабатывало. В конце 90-х годов прошлого столетия Китай пошёл по этому пути. Там отобрали для занятий спортом мальчишек и девчонок по целому ряду физиологических параметров, которые уже существовали в Советском Союзе.

В будущем можно будет действительно попасть в десятку, генетически определяя, что заложено в каждом ребёнке. Но спортсмены не овощи, которые можно в огороде собрать для Олимпиады. Им ещё предстоит многому научиться, пройти специальную подготовку и иметь силу воли подчинить всю свою жизнь спорту, а это очень тяжёлая работа.

Сегодня Минспорт России возрождает былую систему, она пока не носит целостного характера, а представляет собой отдельные звёздочки. В каждой территории нужно иметь десяток спортивных школ, и работа пойдёт на новом уровне.

Со своей стороны, мы будем очень серьёзно заниматься разработкой индивидуальных алгоритмов подготовки спортсменов с учётом их генетических особенностей. Это научное направление сегодня в арсенале всех развитых стран мира.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Из первых уст

Одна на всех победа

В завоевание медалей Олимпиады внесли весомый вклад и медики



ветственно, эти специалисты ценились буквально на вес золота. Известно, что психокоррекция способна творить чудеса при условии профессионально подготовленного специалиста-психолога, современного оборудования. И то и другое у нас есть.

– Как удалось российским врачам буквально поставить на коньки Виктора Ана? Ведь корейские коллеги считали, что он не сможет больше выступать на соревнованиях такого класса, ему не позволит состояние здоровья...

– Дело в том, что в Южной Корее очень большая конкуренция среди спортсменов по шорт-треку. Им занимались не на уровне сборной команды, а пациента. А характер его травмы нуждался в проведении серьёзных методик реабилитации и достаточно длительного периода восстановления. Когда ему предложили свои услуги по реабилитации российские медики, то он их принял. В результате была проведена огромная работа. Наши технологии, приёмы, методы применялись не раз и при восстановительном лечении олимпийских спортсменов. Скажу больше, многие из них специально возвращаются после лечения в зарубежных клиниках на родину, чтобы реабилитацию пройти непосредственно дома.

– Владимир Викторович, даже во врачебной среде не все чётко понимают, где проходит грань между допингом и медицинскими технологиями...

– Это очень просто. Ежегодно Всемирное антидопинговое

является около 30 лабораторных и функциональных исследований. С сентября по декабрь прошлого года обследования на базе ведущих медицинских учреждений агентства УМО прошли более 220 спортсменов – все, кто принял участие в соревнованиях в Сочи. Для их обследования была задействована единственная в Европе мультидисциплинарная лаборатория, расположенная в Федеральном медицинском биофизическом центре им. А.И.Бурназяна ФМБА России. Всем российским спортсменам сделано полное генетическое тестирование и выданы специализированные генетические паспорта.

– Какие травмы чаще всего получали спортсмены? С какими проблемами они обращались к врачам?

– К сожалению, в зимних видах спорта, если происходят, как мы говорим, страховые случаи, то это тяжёлые травмы. На этот раз мы не избежали пяти таких происшествий. О самой тяжёлой вы прекрасно знаете. На тренировке упала член сборной команды России по фристайлу Мария Комиссарова, у неё диагностировали перелом позвоночника со смещением. Остальные травмы на Олимпиаде связаны с ушибами, растяжениями, из «экзотических» была одна – спортсмен поехал на велосипеде по Сочи и упал с него, получив заметные ссадины.

Всего была проведена 1271 процедура медико-восстановительного характера. Если учесть, что на Олимпиаде выступало 220 российских спортсменов, то получалось, что

Российское здравоохранение характеризуется нестабильностью, постоянно реформируется. Эти реформы так часто происходят, что порой специалистам трудно оценить их целесообразность, эффективность. Население же в большинстве своём ими не удовлетворено. Оно не успевает приспособиться, привыкнуть к часто меняющимся условиям получения медицинской помощи. Слияние больниц, объединение поликлиник, отсутствие чётких границ между бесплатной и платной медицинской «услугой», платными и бесплатными лекарствами и многое другое – всё это не ведёт, по мнению больных, к улучшению качества и доступности самой этой услуги. Врачи также попали в очень трудные условия. «Обслуживание» больного забюрократизировано до крайности. Как дамочков меч, над ними висит выполнение плана приёма больных в поликлинике и плана койко-дней в отделении больницы. Размеры отделений достигли немалых размеров – до 80, 100 коек. Управлять таким отделением, обеспечить внимание каждому больному – очень непростое дело. Это только небольшая часть «реформ», которые в полном смысле слова сотрясают отечественное здравоохранение.

Руководители отечественного здравоохранения часто ссылаются на европейский или заокеанский опыт оказания медицинской помощи населению, оправдывая свои нововведения. Попробуем рассмотреть опыт Великобритании, на который нередко ссылаются.

Заболел человек. Он или его близкие вызывают врача на дом. Тот может дать совет по телефону или попросить привезти больного к нему в офис врача общей практики (general practitioner). Если у вас нет автомобиля, берите такси, говорит врач. Больной очень плохо себя чувствует (высокая температура, или боли в сердце, или не может встать с постели), вызывайте скорую помощь (ambulance). На этом разговор с врачом заканчивается.

Педиатров по вызову на дом нет, но есть очень небольшое количество педиатров частной практики. Алгоритм получения медицинской помощи заболевшему ребёнку тот же самый.

В офисе врач осматривает больного, выписывает лекарства. Есть перечень лекарств, доступных всем специалистам, в том числе и педиатрам: British National Formulary и British National Formulary for Children. Без рецепта отпускаются только самые простые медикаменты – витамины, нестероидные противовоспалительные препараты, простые лосьоны, кремы, притирки, желудочно-кишечные средства типа антацидов, имодиума, диоралита, местные анестетики и тому подобные. Любые другие лекарства отпускаются только по рецепту, например, антибиотики, бронходилататоры, все сердечно-сосудистые средства, сильные обезболивающие, седативные, психотропные, антиконвульсанты и им подобные.

Врач на дому не обслуживает. Если до утра следующего дня визит к врачу отложить нельзя или посетить поликлинику не позволяет состояние, больной будет доставлен в Accident и Emergency Department, то есть в отделение неотложной и скорой помощи. То же и с остро заболевшими детьми.

Врач общей практики может направить больного на консультацию узкого специалиста. Консультанты работают в больницах. Если больной не удовлетворён государственным консультантом, к которому его направил врач, он вправе потребовать другого, в том числе в другой больнице.

Услуга консультанта оказывается бесплатно, она оплачивается по линии National Health Service (Национальная служба здравоохранения) страховой организацией. Зарплата консультанта в течение первых 5 лет его работы повышается ежегодно, потом каждые 5 лет.

Существует очередь на первичную консультацию (примерно 5-10 недель для обычных, не-ургентных случаев; для срочных консультаций – 1-2 недели).

Взгляд

АНГЛИЙСКИЙ ПАЦИЕНТ

У него нет привычки «отблагодарить» врача



Если больной госпитализируется и в приёмном отделении врач считает, что нужна консультация узкого специалиста, она осуществляется на месте, как правило, быстро.

У консультантов есть возможность осуществить диагностику и лечение в объёме, достаточно полном, которым обычно располагает больница.

Лечение осуществляется по протоколу. Такие распространённые детские болезни, как вирусный гастроэнтерит, бронхолит, диабетический кетоацидоз, бронхиальная астма, нефротический синдром, болезнь Кавасаки, лечатся по протоколу, принятому в данном отделении больницы. Разница между протоколами разных больниц небольшая.

Протоколы есть основные и общие для страны, как, например, NICE guidelines. Они доступны для всех, их можно посмотреть в Интернете. Есть региональные протоколы, например West of Scotland. Есть совсем местные – отделенческие, больничные.

Лечение вне стационара дорогое. Некоторые врачи общей практики имеют навыки мини-оперативных вмешательств (minosurgery). Эти медицинские услуги также оказывают по протоколам.

Есть очень дорогостоящие лекарства для лечения больных с редкими сложными болезнями. Такие лекарства финансируются из национальных фондов. Все лекарства, назначенные узким специалистом, для больного бесплатны. После выписки из стационара лекарства выписывает врач общей практики, они тоже бесплатны, хотя есть номинальная плата за выписку повторного

рецепта – около 7 фунтов, но и она для ряда больных отменяется по соответствующим льготам.

В системе NHS есть стандарты диагностики и лечения – соответствие клинического диагноза списку диагностических методов исследования и применяемой терапии (лекарства, вспомогательные методы лечения). Они предусмотрены как в общей практике, так и для госпитальной медицины. Практически все распространённые заболевания лечатся согласно этим стандартам.

Оперативное вмешательство назначается по показаниям в плановых ситуациях, и вопрос решается консилиумом специалистов. Исключение из этого

ку, которая, по мнению населения, очень политизирована и бюрократизирована. Многие эти изменения спускаются «сверху». Например, самоокупаемость медицинской услуги, плата по результатам лечения и т.п. Проводятся попытки создать специальный сервис, куда больной может обратиться с жалобой. Жёсткая ограниченность ресурсов и повышенные запросы населения рождают во врачебной среде напряжение.

В Англии пытаются ввести конкурентность между медицинскими организациями, распределять финансы по факту выполненных процедур или результатам лечения. Всё это

скрывать от него информацию о результатах исследования и о диагнозе болезни.

Патриархальный уклад отношений врач – больной уходит. Нередко больной оспаривает точку зрения врача, принятые им решения, диагноз и т.п. Несмотря на это, уважение к профессии врача осталось на довольно высоком уровне. Материальную благодарность не то чтобы совсем запрещают, но смотрят на это с порицанием, и не многие больные приносят подарки врачу. Благодарят тоже не всегда, многое воспринимается как должное, считается, что врач и так немало зарабатывает, и нечего их баловать.

Как видим, нет стабильности и в британском здравоохранении. Разные причины заставляют власти идти на реформы в деле оказания медицинской помощи населению. При этом и у них, и у нас – не из желания улучшить здравоохранение, сохранить многое положительное, что было достигнуто в предыдущие десятилетия, а сделать его более рентабельным, менее затратным для казны. Как и у нас, в Великобритании вводится самоокупаемость медицинской деятельности, протоколы и стандарты диагностики и лечения. Однако пока сохраняется то, что когда-то было и у нас – нет пресловутого показателя эффективности пребывания больного в стационаре в виде койко-дня. Его де-факто внедряют в повседневную практику работы больницы, хотя есть медико-экономические стандарты на этот счёт. Чем короче «койко-день», тем больше больных заработает денег. Это порочная практика. Больной нередко выписывается недолеченным, могут быть рецидивы и отдалённые осложнения болезни и лечения. При необоснованно ранней выписке все эти негативные последствия остаются вне статистических показателей работы больницы.

Более всего отражает различия между российским и английским здравоохранением отношение населения к врачу. Английский врач не смотрит в карман обратившегося за помощью к нему больного. Больной и не думает «благодарить», нет такой привычки, знает, что врач неплохо зарабатывает. Российский же в силу нужды и уже укоренившейся привычки ждёт, а иногда и понуждает больного его «отблагодарить».

Не уверен, что эти и другие привлекательные стороны британской системы здравоохранения не пострадают под напором вынужденных реформ. Возможно, мы через некоторое время уже не обнаружим разницу между ними и нами. Однако есть образцы (они были и у нас), которые следует иметь в виду, и при благоприятных условиях вернуться к ним, а не считать, что теперешняя система навсегда.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

Лондон – Москва.