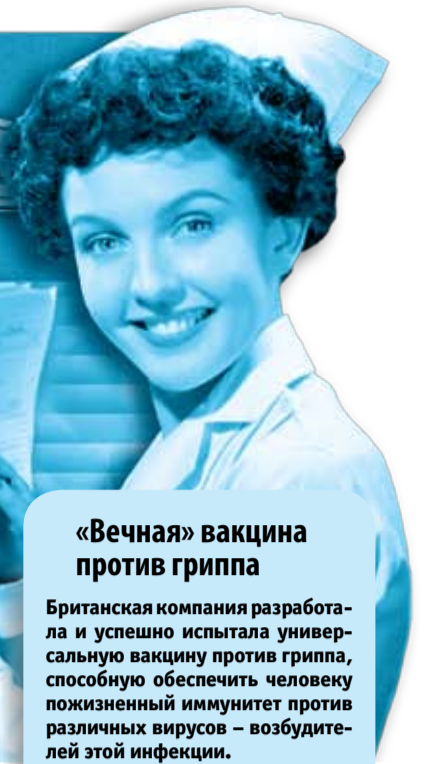


О проблемах
нефрологических
и транспланти-
рованных пациентов
в России
стр. 3

Право
пациента
стр. 4-5

Вестник
врачебной
палаты ЮФО
и СКФО
стр. 6-7

2000+
ФАРМАЦЕВТИКА



январь
№ 1 (13) 2011

Современное здоровоохранение

«Вечная» вакцина против гриппа

Британская компания разработа-
ла и успешно испытала универ-
сальную вакцину против гриппа,
способную обеспечить человеку
пожизненный иммунитет против
различных вирусов – возбудите-
лей этой инфекции.

Результаты первой фазы кли-
нических испытаний препарата
были представлены на Всемирном
конгрессе по гриппу в Амстердаме.
Разработчиком вакцины под на-
званием FLU-v является компания
SEEK, специализирующаяся на ис-
следованиях в области инноваци-
онных лекарственных средств.

В испытаниях вакцины приняли
участие 48 добровольцев. Согласно
отчету, представленному на конфе-
ренции в Амстердаме, первая фаза
клинических исследований проде-
монстрировала безопасность пре-
парата и его способность вызвать
устойчивый иммунный ответ. Ис-
пользуемые в настоящее время
противогриппозные вакцины созда-
ны на основе поверхностных
антигенов вирусов гриппа, отлича-
ющихся высокой изменчивостью.
В связи с этим состав вакцин не-
обходимо менять ежегодно.

В отличие от других вакцин,
FLU-v включает синтетическое
аналоги внутренних белков ви-
руса, отличающихся высокой ста-
бильностью. Изменений структуры
этих белков не было зафиксиро-
вано на протяжении всей истории
наблюдений за вирусами гриппа,
которые ведутся около 60 лет. В
результате, новая вакцина теоре-
тически способна обеспечить за-
щиту от большого числа разновид-
ностей вируса гриппа. Возможно,
эта защита для привитого человека
будет пожизненной.

cheldocor.ru

Прививка от кокаина

Американские ученые под ру-
ководством д-ра Р. Кристалла из
Медицинского колледжа Вейл
Корнелл разработали вакцину,
которая может помочь наркома-
нам справиться с зависимостью.

Исследователям удалось вы-
звать у подопытных мышей дей-
ствующий длительное время им-
мунитет против кокаина благодаря
одной прививке. Вакцина содер-
жит в себе обычный простудный
вирус и частицу, похожую на ко-
каин, пишет *The Daily Mail*. Секрет
эффективности кроется в том, что
вакцина провоцирует иммунный
ответ в организме, реагируя на мо-
лекулы кокаина до того, как нарко-
тик достигает мозга. Организм бук-
вально воспринимает кокаин как
вредный вирус, вторгшийся в тело.

medicine.newsru.com

новые клиники

В Ростовской области создан детский центр здоровья

– Более 23 тысяч детей пройдут скрининг-
диагностику в центре, – заверила ми-
нистр здравоохранения области Та-
тьяна Быковская. – В течение 40 минут
специалисты смогут установить риски по
развитию заболеваний у детей...

Наша справка:

Для центров здоровья закуплено обо-
рудование за счет средств федераль-
ного и областного бюджетов на общую
сумму 12 млн. 144,5 тыс. рублей. Для
оснащения центра здоровья в Батай-
ске из областного бюджета выделено
и освоено 1 млн. 700 тыс. рублей, из
муниципального бюджета – 900 ты-
сяч рублей.

– К созданию центров здоровья для детей и подрост-
ков подтолкнула сама жизнь. Все детское население
области закреплено за данными центрами. Здесь
необходимо показать пример ответственности за
свое здоровье, указать подросткам здоровую дорогу
в жизнь, – считает вице-губернатор С. Горбань.



В декабре 2010 г.
в России в рамках
приоритетного
национального проекта
«Здоровье» была создана
сеть детских центров.
Донской край внес свой
вклад в общероссийскую
программу открытием
пяти центров здоровья.
Шестой центр – внепла-
новый – появился в ми-
нувшем году в Батайске.

Начало работы детского
центра здоровья в Батай-
ске проинспектировали
вице-губернатор Ростовской об-
ласти Сергей Горбань и донской
министр здравоохранения Та-
тьяна Быковская.

Основная цель таких центров
– выявление рисков, ранних сим-
птомов заболевания. Здесь про-
водится скрининг-оценка уров-
ня психофизиологического и
соматического здоровья, функ-
циональных и адаптивных резервов
организма, комплексное иссле-
дование функций органов и си-
стем детей: состояния сердечно-
сосудистой, дыхательной систем,
нервной системы, состояния здо-
ровья зубов и полости рта, зре-
ния, сканирование позвоночника
и стопы на предмет выявления на-
рушений осанки и плоскостопия.
Кроме того, центры здоровья рас-
полагают необходимым оборудо-
ванием для определения в крови
ребенка уровня глюкозы, холесте-
рина, никотина и других токсиче-
ских веществ.

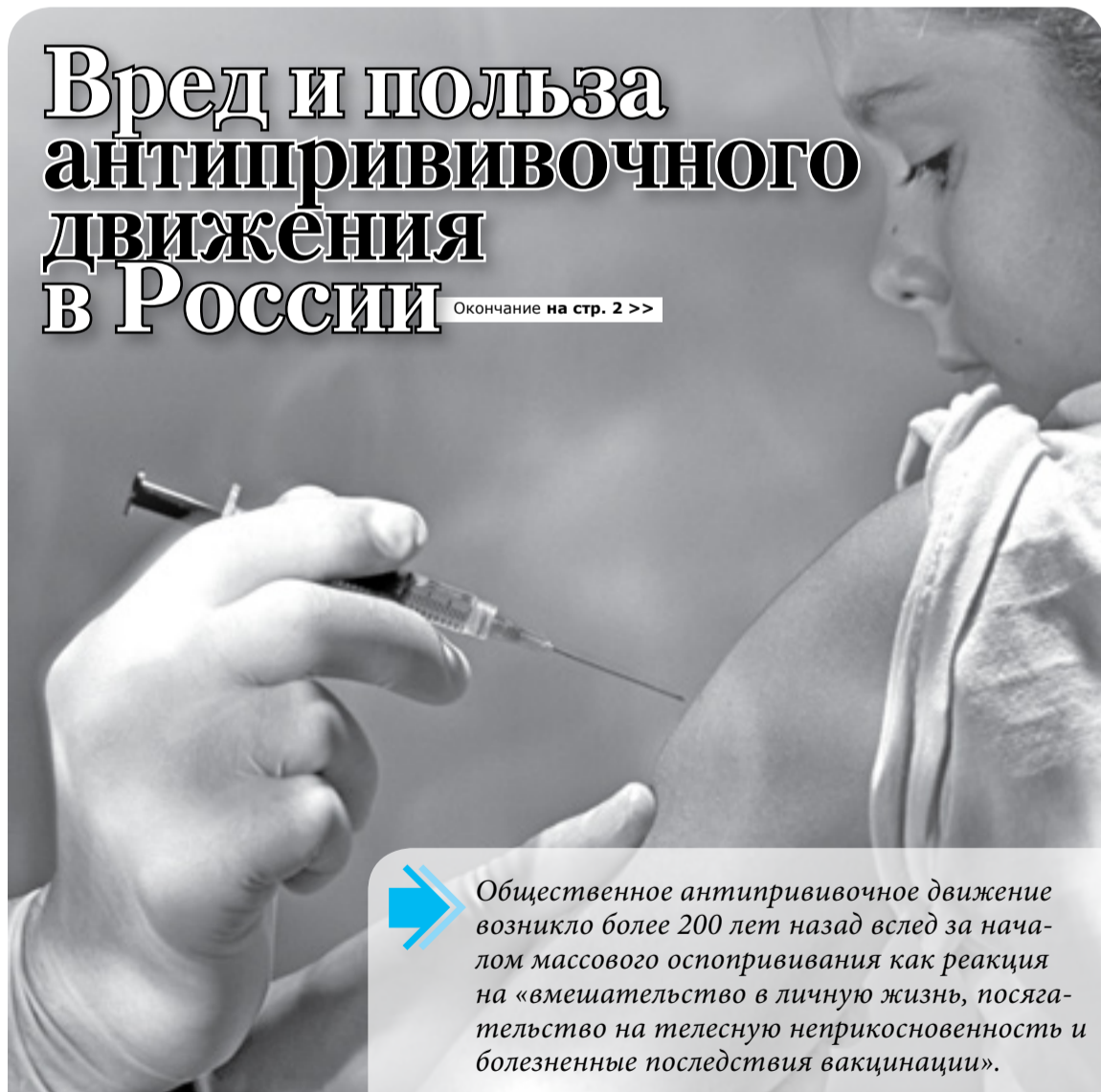
После проведения обследо-
вания педиатром дается заключение
о состоянии здоровья ребенка.
Родителям выдают рекомендации
по организации режима дня, пи-
тания, физической нагрузки.

Центр здоровья будет работать
в две смены, что позволит прини-
мать как организованные группы
детей, так и пациентов, пришед-
ших самостоятельно.

поднимаем проблему

Вред и польза антипрививочного движения в России

Окончание на стр. 2 >>



Общественное антипрививочное движение
возникло более 200 лет назад вслед за нача-
лом массового оспопрививания как реакция
на «вмешательство в личную жизнь, посяга-
тельство на телесную неприкосновенность и
болезненные последствия вакцинации».

Антипрививочное движение преследует вакци-
нопрофилактику, словно тень, объединяя гоме-
опатов, натуропатов, диетологов, токсикологов,
целителей, физиков, экологов, химиков, журналистов
и прочих специалистов, изрядно дистанцировавших-
ся от клинической патологии, под лозунгами: «Вакци-
нация не защищает от инфекционных заболеваний!»,
«Вакцинация – причина неизлечимых хронических
заболеваний!», «Вакцинация – ритуальное жертвопри-

ношение невинных младенцев!», «Вакцинация – заговор
против человечества!», «Вакцинаторы лгут населе-
нию!», «Вакцинаторы подкуплены фармакомафией!».
Эти лозунги столь иррациональны, что их ошибочно
можно принять за заклания некоей секты. Но, на
самом деле, они – суть антипрививочной пропаганды,
набирающей силу в последнее время и обращенной к
населению и, прежде всего, к врачам общей практики
и педиатрам, занятым вакцинопрофилактикой. >>

В министерстве
здравоохранения
Ростовской области работает
горячая линия по вопросам
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ЛЕКАРСТВЕННОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРАЖДАН

Специалисты фармацевтического
управления ответят на все вопросы,
а также помогут разрешить
возникшие трудности
в обеспечении лекарственными
препаратами по телефону

(863) 263-20-50

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ
РАБОТАЕТ ЕЖЕДНЕВНО

с понедельника по четверг –
с 9.00 до 18.00, в пятницу – до 16.45

Проблемы массового здравоохранения

ВОПРОС: Бывают случаи, когда мама приводит ребенка в детский сад, а его не берут, говорят, что нет необходимых прививок. Правомерно ли это?

ОТВЕТ: Зам. директора Департамента развития мощности детям Ольга ЧУМАКОВА: «Ребенка должны принять в детский сад даже в случае отсутствия у него прививок. Но при этом в законе о вакцинации четко прописано, что, если существует неблагоприятная эпидемиологическая обстановка... детский сад вправе отказать в приеме ребенка, потому что этот ребенок подвергается риску заболеть...».

поднимаем проблему

Вред и польза антипрививочного движения в России

Социальный вред антипрививочной пропаганды очевиден. Где бы ей не внимали – в Москве, Томске или Нижнем Новгороде, в Англии, Швеции, Германии, США или в Республике Бенин – повсюду возникают «гнездышки» отказы от вакцинации по немедицинским основаниям, снижается массовость иммунопрофилактики и повышается частота заболеваний (среди непривитых или частично привитых) корью, коклюшем, дифтерией, гепатитом В и другими управляемыми инфекциями.

Антипрививочная пропаганда квазиреспектабельна, наукообразна, основана на непомерных преувеличениях, эмоциональна и рассчитана на отсутствие профессиональной осведомленности. В ней тотально игнорируется риск осложнений при заболеваниях непривитых. У доверчивого слушателя возникает иллюзия: если завтра запретить все прививки, то настанет новая счастливая жизнь без аллергии, аутоиммунопатологии и злокачественных опухолей. Все инфекционные заболевания, включая бешенство и туберкулез, станут «легкими» и самоизлечимыми. О врачах, занятых прививочным делом, и о специалистах, разрабатывающих и производящих вакцины, антипрививочная пропаганда отзывалась, как о преступниках, с неизменной подозрительностью и прокурорскими интонациями.

Российское антипрививочное движение (как интегральная часть международного) исповедует общую корпоративную идеологию, использует общие пропагандистские материалы и занято расширением и укреплением международных связей путем организации семинаров, Интернет-рассылок и перевода англоязычной актуальной и классической антипрививочной литературы на русский язык с публикацией на бумажных и электронных носителях (например, книги Альфреда Уоллеса, Дона Гамильтона и Роберта Мендельсона). Оно связано с антипрививочными группами в более чем 20 странах и входит в «Европейский Форум антипрививочной бдительности» (*European Forum for Vaccine Vigilance – EFVV*), который разработал собственную концепцию поствакцинальных осложнений (ПВО) и, якобы, создал свою систему регистрации ПВО на основе опросников и подготовил изложенный в отчете анализ. Разумеется, выводы этого анализа точно совпадают с давно известными постулатами антипрививочной пропаганды: «...в отличие от официальной информации побочные эффекты прививок очень часто встречаются – гораздо чаще, чем признается официально, гораздо более тяжелые, чем при-

знается официально, учащаются с увеличением числа полученных прививок, отвечают за появление новой, комплексной патологии, часто это дегенеративные заболевания (фибромиалгия, диабет, аутизм, самые различные аутоиммунные заболевания), чаще всего не признаются врачами и поэтому не регистрируются».

Прошло достаточно времени после принятия Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ, в соответствии с которым никто не может быть вакцинирован без личного согласия или согласия родителей. Однако для российского антипрививочного движения вакцинопрофилактика остается «поголовной», «принудительной без выбора» и «обязательной, несмотря ни на что». Антипрививочники в благородной позе и «белых одеждах» продолжают защищать свободу выбора и право населения на отказ от прививки в ситуации, когда юридически такая защита должна быть функцией государства.

КТО ОНИ, СТОРОННИКИ АНТИПРИВИВОЧНОГО ДВИЖЕНИЯ?

Движущая сила антипрививочного движения – это побочные эффекты прививок – поствакцинальные реакции и осложнения. Именно психология их восприятия, вернее, ее аномалии у участников движения стали предметом детального изучения в вакцинологии. Специалист по клинической психологии М.А.Полищук выделяет пять групп «отказников» от вакцинации:

1. «Реактивная группа» – реальные и мнимые жертвы поствакцинальных реакций и осложнений.
2. «Тревожно-фобическая группа» – лица, испытывающие тревогу за свое здоровье и здоровье близких, требующие гарантий абсолютной безопасности вакцинации (под влиянием пропаганды или ятрогении – т.е. изменения здоровья к худшему в ходе какого-либо лечения).
3. «Идеологическая группа» – неприятие вакцинации по религиозным, экзотическим и конспирологические соображениям.
4. «Группа ориентации на участие» в общественном движении (создание харизмы у лидеров и приобщение у ведомых).
5. «Группа предпринимателей» – люди, вовлеченные в «антипрививочный» бизнес, задействованные в обороте гомеопатических «вакцин», гомеопатической и натуропатической профилактики и терапии поствакцинальных осложнений, занимающиеся финансовыми и политическими играми вокруг вакцинопрофилактики.



Как социально-идеологический феномен антипрививочное движение примыкает к маргинальным парамедицинским ретроградным течениям – гомеопатии, натурологии, целительству, СПИД-диссидентству, холистической медицине и валеологии, а также к созданию так называемой «Новой Медицины» – без прививок, фармпрепаратов, инвазивных вмешательств и высокотехнологичных методов лечения.

ЧЕРНЫЙ «PR»

На полках российских магазинов медицинской литературы периодически появляются и весьма активно раскупаются книги выраженного антипрививочного содержания. Это два издания «Беспощадной иммунизации» и буклет «Прививки в вопросах и ответах для думающих родителей», принадлежащие перу А.Г.Котока, который скомпилировал англоязычную и русскоязычную антипрививочную литературу с весьма пристрастным анализом отечественных пропрививочных публикаций, вывав и выплитив немалое число ошибок, нестыковок и противоречий.

Три книги из отечественной «антипрививочной библиотеки» принадлежат перу Г.П.Червонской: «Прививки: мифы и реальность», «Календарь прививок – ошибка медицины XX века» и «Обилие поствакцинальных осложнений как причина детской инвалидности».

Существенный урон охвату детей календарными прививками нанес видеofilm «Правда о прививках», в котором с благословения епископа Ипполита снималась Г.П.Червонская.

В сегодняшней России от 10 до 30 млн. активных пользователей персональных компьютеров имеют доступ в Интернет. Поэтому главный инструмент антипрививочного движения и в мире, и в России – это веб-страницы, которых сегодня существуют сотни. Примечательно, что в Российском государстве с многомиллионным контингентом вакцинируемых ни книги, ни статьи, ни Интернет-ресурсы, ни выступления в прессе радикальных «антипрививочников» не рассматриваются и не анализируются в профессиональных микробиологических и эпидемиологических журналах.

ПРИЧИНЫ ОЖИВЛЕНИЯ И УСПЕХОВ «АНТИПРИВИВОЧНИКОВ» В РОССИИ

В относительно малочисленном антипрививочном движении существуют две принципиально различные позиции:

- «Радикальная» – вакцинация не защищает от инфекций; все доказательства защиты сфальсифицированы фармакомафией; вакцинация тотально вредна – ее необходимо запретить.

- «Умеренная» – вакцинация эффективна, но опасна; нужен индивидуальный подход с учетом эпидобстановки и риска осложнений; необходимо переходить на новые более безопасные препараты и т.д.; индивидуализация вакцинации с неминуемым снижением охвата противоречит идеологии программ по иммунизации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Кстати, умеренная антипрививочная позиция не только не встречает сопротивления, она явно поддерживается в отечественных средствах массовой информации и профессиональной медицинской прессе. Антипрививочники в дебатах с приверженцами иммунопрофилактики в качестве аргументации цитируют современную отечественную вакцинологическую литературу. Там часто встречаются сообщения, не соответствующие тому, что есть на самом деле. Например, о том, что в России отсутствует адекватная система мониторинга и регистрации поствакцинальных осложнений, что АКДС может «способствовать проявлению» аллергии на пыльцу растений и домашнюю пыль, «индуцировать» образование аутоантител и лимфоцитарных клонов, направленных на «собственные компоненты организма», что многие живые и инактивированные вакцины могут приводить к развитию «аутоиммунного состояния» и «соматических» (а почему бы не психических?) заболеваний, что рекомбинантные вакцины загрязнены фрагментами чужеродной ДНК со свойствами онкогенов и т.д. В таких цитатах, вопреки принципиальным различиям, через запятую подряд перечислено и то, что невозможно даже теоретически, и то, что воспроизводится только на животных, но не на человеке, и то, что наблюдается в клинике крайне редко.

Тем временем в зарубежных клинических и популяционных исследованиях на многотысячных контингентах с адекватным дизайном или в мета-анализе публикаций доказано, что вакцинация не повышает частоты полинозов, манифестаций атопии, возникновения сенсibilизации к компонентам вакцин, не увеличивает неврологической и иммунопатологической и онкологической заболеваемости.

В России антипрививочная идеология вместе с деструктивными представлениями гомеопатов и натуропатов позитивно воспринята многими педиатрами, в чьи должностные обязанности входит ответственное решение об отводе от календарной вакцинации. Даже возникает мрачное предположение, что официальная медицина находится в своеобразном «симбиозе» с антипрививочным движением – дескать, будет на кого свалить неудачи вакцинопрофилактики. Ощущается дефицит осведомленности и полноценной литературы для специалистов вакцинного и прививочного дела – не компиляций, а написанных авторами, непосредственно занятыми этим делом. В этом смысле, крайне полезным было бы многотиражное издание русского перевода четвертого американского издания фундаментального руководства «Vaccines» by Stanley A. Plotkin, Walter A. Orenstein, Paul A. Offit (2003).

Иной раз поверхностный взгляд журналиста на проблему вакцинации, как на «спор между учеными» свидетельствует о принципиальном непонимании различий между специалистами вакцинного и прививочного дела, с одной стороны, и функционерами антипрививочного движения, с другой.

КТО ВЫИГРЫВАЕТ ОТ УСПЕХОВ АНТИПРИВИВОЧНОГО ДВИЖЕНИЯ?

Как ни странно, это вовсе не те, кто отказался от вакцинации и избежал возможных ее осложнений, а крупные производители вакцинных препаратов. Под давлением жесткой антипрививочной пропаганды в последние два десятилетия инактивированные вакцины стали выпускаться без ртутьорганического антисептика – мертиолята (тимеросала). Отказ от тимеросала не имел надежных оснований – наука уступила предрассудкам. Приготовление вакцин, не содержащих тимеросала, в однодозовых конечных контейнерах в 10-40 раз (!) повысило их цену. Фармацевтический рынок начал покидать производители средней руки, для которых переход на производство без антисептика экономически обременителен. Оставшиеся без нормальной рыночной конкуренции крупные компании, ставясь монополистами, еще более взвинтили цены.

СОЦИАЛЬНАЯ... ПОЛЬЗА АНТИПРИВИВОЧНОГО ДВИЖЕНИЯ

При всей деструктивности антипрививочное движение выражает критический, весьма ценный для профессионала, взгляд обществу на далеком не простое вакцинное и прививочное дело. Кроме того, крайняя ограниченность помощи, оказываемой государством, заставляет признать социально ценной заботу антипрививочного движения о детях и взрослых, ставших инвалидами вследствие вакцинации.

А.Н.Мац, НИИ вакцин и сывороток им И.И.Мечникова РАМН (публикуется в сокращении)



Министр здравоохранения Ростовской области Т. Быковская:

– Программа модернизации системы здравоохранения Ростовской области на 2011–2012 годы ставит такие задачи, выполнив которые появится возможность провести системные преобразования в службе здоровья. В итоге, это позволит медицинским работникам Дона качественно оказывать медицинскую помощь, а населению – получать весь набор гарантированных государством медико-социальных услуг.



Заместитель Главы Администрации (Губернатора) области С. Бондарев:

– Сегодня цель социальной политики нашего государства – сохранение здоровья населения как одной из самых важных ценностей жизни. Достижение этой цели требует сохранения стратегии приоритетного развития отрасли здравоохранения. В 2011–2012 годах в области начинается модернизация здравоохранения, которая является продолжением системных преобразований, начатых в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Общее финансирование программы составит более 9 млрд. руб. Ее реализация позволит значительно повысить технологический, организационный и профессиональный уровень донской медицины.

официально

БЛИЖАЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ДОНСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Основные направления модернизации здравоохранения в Ростовской области – это укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, их информатизация, внедрение стандартов оказания медпомощи.

Приоритеты расставлены в пользу служб, которые осуществляют диагностику и лечение массовых заболеваний, относящихся к основным причинам смертности (болезни системы кровообращения, новообразования, травматизм и иные внешние причины). Это – медицинские учреждения кардиологического, онкологического, травматологического профиля. Модернизация также затронет акушерско-гинекологическую службу, непосредственно ответственную за ряд демографических показателей.

Планируется также завершение реконструкции областной больницы №2 и Областной детской больницы за счет средств областного бюджета. Предполагается проведение капитального ремонта в 43 медицинских учреждениях областного и муниципального подчинения и многое другое.

Сегодня 22 000 000 населения Южного федерального округа обслуживают всего 165 нефрологов (на одного специалиста приходится свыше 133 000 человек)... Остро стоит проблема доступности диализа. Заместительную почечную терапию сегодня получают около 21 000 диализных больных, около 6 000 пациентов с трансплантированной почкой и порядка 200 человек с трансплантированным сердцем. Обеспеченность населения России диализом остается одной из самых низких в мире. К примеру, в Ростовской области этот показатель – всего 38 человек на миллион – хуже, чем в странах Африки...

Еще в декабре 2009 года Совет по делам инвалидов при Председателе Совета Федерации Федерального Собрания РФ обратил внимание на проблемы больных, перенесших трансплантацию жизненно важных органов: почек, печени, сердца. Было рекомендовано решать их программно-целевым методом. Это позволило бы значительно улучшить показатели эффективности медицинской помощи в рамках задач, стоящих сегодня перед системой здравоохранения России. Однако за время, прошедшее с момента публикации Рекомендаций Совета Федерации, ситуация не изменилась, а сами предложения были практически проигнорированы всеми органами исполнительной власти.

1) Несостоятельность современной системы предупреждения и ранней диагностики тяжелых заболеваний различных органов и систем.

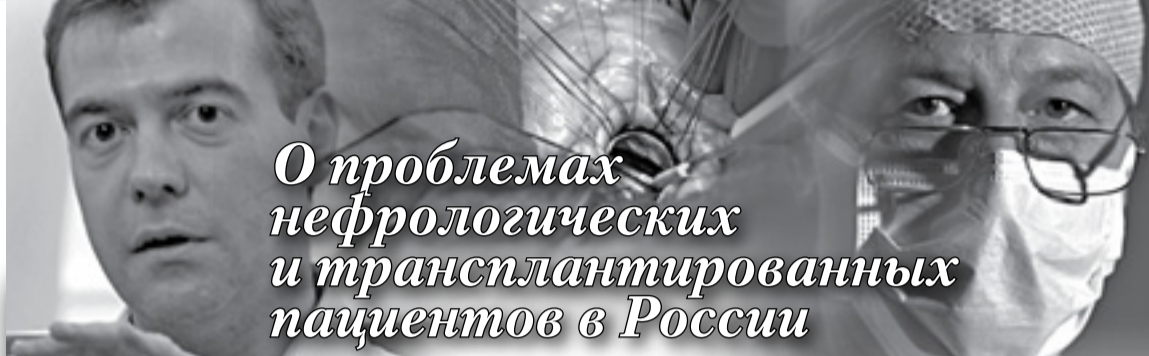
Несмотря на существование федеральной программы «Здоровье», в России по-прежнему уделяется недостаточное внимание диагностике тяжелых нефрологических, кардиологических и других заболеваний, в том числе, приводящих к необходимости выполнения трансплантации органов и (или) тканей.

В программу плановой диспансеризации населения не включены важные базовые исследования по выявлению нефрологических и кардиологических заболеваний, то есть хотя бы один ежегодный анализ крови на уровень креатинина, электролитов крови и анализ мочи на альбуминурию, а также эхокардиография и УЗИ органов брюшной полости. Эти исследования не требуют больших затрат, но, безусловно, могут помочь в ранней диагностике жизнеугрожающих состояний и снизить количество пациентов с запущенными формами тяжелых заболеваний, ведущих к инвалидизации и даже гибели людей.

Другой аспект этой проблемы заключается в катастрофической нехватке квалифицированных врачей в регионах, где практически нет нефрологов, кардиологов, других специалистов, способных поставить точный диагноз и провести адекватное лечение.

2) Доступность медицинской помощи для больных с терминальной стадией почечной и/или сердечной недостаточности.

Остро стоит проблема доступности диализа. Заместительную почечную терапию (ЗПТ) сегодня получают около 21 000 диализных больных, около 6 000 пациентов с трансплантированной почкой и порядка 200 человек с трансплантированным сердцем. Обеспеченность населения диализом остается одной из самых низких в мире (157 человек на миллион населения). В ряде регионов ситуацию можно охарактеризовать как критическую. Эти цифры свидетельствуют о существенном отставании от актуальной потребности в диализе, которое является одной из причин чрезвычайно высокой смертности среди больных с терминальными стадиями хронических болезней почек: пациенты зачастую просто не доживают до начала терапии.



О проблемах нефрологических и трансплантированных пациентов в России

ОБРАЩЕНИЕ К ПРЕЗИДЕНТУ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Д.А.МЕДВЕДЕВУ

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЙ ДМИТРИЙ АНАТОЛЬЕВИЧ!

Обращаемся к Вам от имени Всероссийской общественной организации нефрологических и трансплантированных пациентов «ПРАВО НА ЖИЗНЬ». В этом письме мы хотим донести до Вас наиболее актуальные проблемы граждан нашей страны, страдающих тяжелыми заболеваниями, приводящими к инвалидности, – людей, остро нуждающихся в оказании квалифицированной медицинской помощи.

Поставить свою подпись под письмом можно на сайте «Право на жизнь» – <http://www.sborgolov.ru/voiteview.php?voite=295>

Еще хуже дело обстоит с кардиологическими больными. У многих людей с терминальной стадией сердечной недостаточности просто нет заместительной терапии (исключение составляют единичные случаи имплантации систем вспомогательного кровообращения). Их единственный шанс на выживание – это трансплантация сердца. Количество таких операций в год в нашей стране не превышает 50, а нуждающихся – в сотни раз больше. Для сравнения: в США ежегодно проводится не менее 2000 операций по трансплантации сердца, наши же результаты заметно скромнее, а смертность пациентов в листах ожидания составляет до 60%.

3) Лекарственное обеспечение и оказание специализированной медицинской помощи.

В редких счастливых случаях, когда пациенту все же спасают жизнь, выполняя трансплантацию того или иного органа, человек сталкивается с новыми проблемами. Это и оказание квалифицированной высокотехнологичной помощи на местах в регионах, и получение жизненно необходимых лекарств. Пациентам с пересаженными органами необходимо пожизненно принимать подавляющие иммунитет препараты, чтобы исключить отторжение. Эти лекарства входят в перечень семи нозологий, но с их получением в последнее время часто возникают трудности: региональные органы здравоохранения при этом переадресовывают пациентов в Федеральный Минздрав, откуда получают конкретный ответ, а не очередную отписку, еще ни разу не удавалось. Получается замкнутый чиновничий круг, в центре которого – больной человек наедине со своими проблемами.

Сегодня в медицинскую практику активно внедряются новые препараты-дженерики, заменяющие дорогостоящие импортные аналоги в системе ЖНВЛС. Назначение этих лекарств было бы оправдано, если бы они прошли полный цикл клинических исследований в соответствии с мировой практикой, подтвердили свою эффективность, не имели бы побочных действий и были известны российским врачам. Но до тех пор, пока эффективность и безопасность дженериков не доказана, применение данных препаратов у пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями или людей, перенесших трансплантацию, не

только нецелесообразно, но и чрезвычайно новыми осложнениями, а следовательно, дополнительными бюджетными затратами на лечение.

Еще более плачевная ситуация складывается в случае, если больному-инвалиду по жизненным показаниям необходимо лекарство, не входящее в ограничительные перечни, но положенное ему в соответствии с Постановлением Правительства РФ №890. Например, современные препараты, предназначенные для лечения тяжелого осложнения хронической болезни почек – *гиперпаратиреоза*, результатом которого становится разрушение костей и поражение сердечно-сосудистой системы. Врачи просто боятся назначать этим больным врачебную комиссию, без заключения которой препарат не получить. Но даже если комиссия пройдена, чиновники на местах в большинстве случаев игнорируют ее рекомендации, пользуясь недостаточной правовой защищенностью больных. Подобная ситуация происходит и с новыми препаратами иммуносупрессии и эритропоэтинами.

Большие проблемы остаются при проведении медико-социальных экспертиз инвалидов. Больные, перенесшие трансплантацию, обязаны проходить медико-социальную экспертизу (МСЭ) ежегодно, где каждый раз приходится доказывать, что орган пересажен и проблемы со здоровьем, обусловленные этим обстоятельством, никаким образом не делись.

Реабилитации пациентов, перенесших пересадку органов, не существует. Диализ – это достаточно дорогой способ ЗПТ. (Создание и работа одного диализного места для государства стоит от 800 тыс. до 1,2 млн. руб. в год, а трансплантация и реабилитация после нее в первый год – около 1 млн. руб., а в последующие годы – от 250 до 300 тыс. руб. на человека.) Но, безусловно, необходимо, чтобы трансплантация развивалась не только в крупных городах, но и в регионах; чтобы создавались новые отделения патологии трансплантированной почки.

Сейчас единственное такое отделение существует только в Москве, в 52-й ГКБ, на базе которой было бы целесообразно создать специализированный НИИ нефрологии. В 52-й ГКБ существует единственный в Москве нефрологический центр, где наблюдаются москвичи и многие пациенты из регионов. В больнице работают квалифицированные врачи, про-

водится гемодиализ, перитонеальный диализ, функционируют отделения патологии трансплантированной почки, нефрологии, нефрореанимация и т.д. Рядом расположен НИИ трансплантологии им. В.И.Шумакова – один из ведущих центров по трансплантации почки, сердца, печени и других органов. Специализированный Институт нефрологии необходим, так как квалификация врачей в регионах не всегда достаточна для лечения пациентов с тяжелыми нефрологическими заболеваниями. По этой причине жизнь таких людей превращается в адские мучения, а назначение терапии осуществляется, исходя из скудных возможностей региональных бюджетов.

4) Социальные, информационные и иные аспекты трансплантации органов и/или тканей. Проблемы органного донорства.

Еще более серьезная проблема, мешающая развитию трансплантологии как отрасли медицины и выполнению операций по трансплантации смертельно больным людям, – органное донорство. Не только население, но даже врачи не всегда имеют представление о реальном положении дел в трансплантологии. Недобросовестные средства массовой информации сформировали в обществе негативное отношение к данной проблеме. Ситуацию необходимо менять посредством методичной информационной и просветительской работы. Опираясь на опыт европейских стран, можно сказать, что в решении этих задач могут помочь циклы документально-образовательных программ и блоки социальной рекламы, которые не могут создаваться без государственной поддержки. Помимо того, в серьезной корректировке нуждается Закон о трансплантации. Нынешнее законодательство крайне несовершенно, поэтому в новой редакции, составленной при участии ведущих специалистов в области трансплантологии, необходимо отразить все аспекты и способы решения проблемы.

Мы обращаемся к Вам, чтобы донести информацию о проблемах людей, переживших тяжелые испытания, но верящих в то, что они действительно нужны своей стране и безразличны обществу. Искренне надеемся, что данное письмо не останется без внимания и поддержки.

Сопредседатели ВОО «Право на жизнь» – М.Гавриков и И.Христова

Медицина. Общество. Человек

- **Будь грамотным пациентом!**
- **Знай свои права и умей их защищать!**
- **Медицинские страховые компании всегда на твоей стороне!**

100+
ФАРМАЦЕВТИКА

спец
раздел

ПРАВО ПАЦИЕНТА

страховой случай

По новым правилам

С 1 января 2011 г. вступил в силу новый Закон об обязательном медицинском страховании (ОМС). Теперь застрахованным считается любой человек, проживающий в нашей стране с момента его рождения, в том числе и иностранные граждане, а также лица без гражданства. Каждому будет положен полис единого образца, не требующий замены при изменении страховщика, места работы или места жительства. Позже полис заменит запись в универсальной электронной карте.

Застрахованные отныне получили право один раз в год выбирать страховую компанию, из числа работающих в том субъекте федерации, в котором они проживают. В Ростовской области таких компаний семь, в том числе и наш филиал. Ранее такой выбор осуществлял работодатель или органы власти. Теперь руководители предприятий и учреждений не обязаны организовывать

выдачу полисов своим сотрудникам. Реализовать право выбора страховой компании можно будет путем подачи заявления лично или через своего представителя. Для детей до 18 лет заявления должны заполнять родители или другие их законные представители.

Наш филиал предлагает централизованную выдачу полисов по месту работы, причем не только для сотрудников, но также для



Рубрику ведет зам. директора Ростовского филиала СК «МАКС-М», к.м.н. **Е.В. Пахарина**

членов их семей и родственников. Уверены, это поможет сэкономить время и силы нашим застрахованным, позволит избежать очередей в пунктах выдачи полисов.

Во исполнение нового закона Ростовским филиалом предусмотрены мероприятия прямо или косвенно защищающие права пациентов. Главное из них – контроль качества лечения и обследования наших застрахованных. В нынешнем году мы запланировали проверить более миллиона случаев оказания медицинской помощи в круглосуточных и дневных ста-

ционарах, поликлиниках и диспансерах. Для этого будем привлекать врачей-экспертов, к квалификации которых, кстати говоря, новый закон значительно повысил требования: теперь необходимы не только сертификат, но и десятилетний стаж работы, подготовка по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС. Специалисты, с которыми мы работали ранее, полностью соответствуют этим требованиям, их кандидатуры внесены в единый территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи.

Наш десятилетний опыт работы в Ростовской области позволит обеспечить качественное обязательное медицинское страхование всем, кто выберет нашу компанию.

платные медицинские услуги

НЕ ПЛАТИ, КОГДА НЕ ДОЛЖЕН!

Пациентам были возвращены неправомерно оплаченные средства в сумме более 40 тыс. рублей.

Желание обратиться в Ростовский филиал ЗАО «МАКС-М» с письменным обращением у половины наших застрахованных появилось после общения со специалистами действующего уже более трех лет консультативно-диспетчерского центра филиала, а также с представителями нашей компании по защите прав застрахованных в медицинских организациях.

В структуре причин обращений, связанных с необходимостью расходования личных средств для оплаты медицинских услуг, почти 80% составляют заявления граждан о приобретении в период стационарного лечения лекарственных средств, входящих в утвержденный областным минздравом Перечень, и которые, как правило, приобретаются по инициативе медицинских работников.

По-прежнему высоким остается удельный вес обращений (каждое пятое по счету) по поводу правомерности оплаты услуг при амбулаторном лечении – при обращении для дополнительного обследования в медицинские учреждения, не входящие в структуру территориальной поликлиники.

Так, например, Таганрогской станцией переливания крови взималась плата за обследование на RW по направлению поликлиник. В этом случае – больные (пенсио-

В 2010 году отмечался рост числа обращений граждан в Ростовский филиал ЗАО «Макс-М» по вопросам правомерности оплаты медицинской услуг. С заявлениями по этому поводу обратились почти сто человек. Такие обращения поступили от жителей Семикаракорского, Шолоховского районов области, из Таганрога, Шахт, Волгодонска.

неры) готовились на плановую госпитализацию. Данное обследование должно проводиться бесплатно.

В Таганрогском городском дерматовенерологическом диспансере дообследование пациентов из муниципальных поликлиник города также проводилось за плату. Не случайно организация платных медицинских услуг в учреждениях подведомственных областной дерматовенерологической службе привлекла внимание областной прокуратуры. По итогам проверки, по выявленным недостаткам были приняты соответствующие меры прокурорского реагирования.

Из всего этого следует, что руководители лечебных учреждений вместо того, чтобы заключить договоры на возможность бесплатного обследования пациентов в других лечебных учреждениях (как это предусмотрено Тарифным соглашением), по сути, дали разрешение врачам выдавать направления на выполнение неправомерных платных услуг. Аналогичные случаи фиксировались нашими специалистами в Шахтах и Волгодонске.

В ряде случаев муниципальными лечебными учреждениями

не предпринимаются действия, направленные на обеспечение выполнения Территориальной программы. Так, в ЦГБ Каменска-Шахтинского были нарушены права пациента на бесплатную медицинскую помощь: проведение томографического исследования, назначенного лечащим врачом в стационаре ЦГБ, гражданину вынужден был оплатить из личных средств. Только после вмешательства филиала деньги пациенту были возвращены.

На сумму более 3,3 тыс. рублей неправомерно обследовали пациентку из Таганрога в период стационарного лечения в областной больнице №2. Почти 10 тыс. рублей возвращено пациенту из Шолоховского района области за незаконную оплату лечения в пульмонологическом отделении областной клинической больницы, более 20 тыс. рублей – нашему застрахованному за приобретенные медикаменты в период стационарного лечения в ЦРБ Семикаракорского района.

В поликлинике №9 г. Ростова-Дону в договоре на платные стоматологические услуги была указана не фактически оказанная медицинская помощь – «лечение кариеса», входящая в програм-

Вам всегда поможет советом круглосуточный консультативно-диспетчерский центр Ростовского филиала медицинской страховой компании «МАКС-М»

МАКС-М

бесплатный телефон:
8-800-555-00-03
городской телефон:
8 (863) 227-04-81

эл. почта: maksmkdc@aaanet.ru

ВНИМАНИЮ ПАЦИЕНТОВ!



Территориальные отделы Ростовского филиала «МАКС-М»:

г. Ростов-на-Дону, пл. К. Маркса, 24 (863) 223-63-46
г. Аксай, пр. Ленина, 28 (86350) 5-46-59
ст. Романовская, ул. 50-летия Победы, 5 (86394) 7-13-16
ст. Казанская, ул. Ленина, 21 (86364) 3-22-21
п. Веселый, ул. Октябрьская, 161 (86358) 6-13-92
п. Глубокий, ул. Семашко, 51 (86365) 9-60-26
г. Константиновск, ул. 9 января, 26 (86393) 2-25-36
с. Кашары, ул. Октябрьская, 96 а (86388) 2-24-28
г. Морозовск, ул. Подтелкова, 10 (86384) 4-13-29
п. Каменоломни, ул. Садовая, 23 (86360) 2-24-60
г. Пролетарск, пр. Ленина, 75 (86374) 9-64-64
г. Семикаракорск, ул. Б. Куликова, 2 (86356) 4-70-97
п. Целина, ул. 2-я линия, 153; (86371) 9-59-32
г. Волгодонск, ул. Черникова, 28 А (86392) 4-50-50
г. Донецк, квартал 60, 7, к. 3 (86368) 2-13-43
г. Каменск-Шахтинский, пер. Садовый, 1а (86365) 3-22-07
г. Таганрог, пер. Красный, 14 а (8634) 31-57-10
г. Шахты, ул. Советская, 143 (86362) 2-57-61

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ОФИС РОСТОВСКОГО ФИЛИАЛА «МАКС-М»

344002, г. Ростов-на-Дону,
ул. Станиславского 8А,
тел.: (863) 227-02-87, 227-04-81
www.maksm-rostov.ru

Мы ждем Вас!

медицинских услуг не были адаптированы к конкретным лечебным учреждениям. В Ростове-на-Дону, Таганроге, Шахтах и других территориях области право издания регламентирующих приказов делегировано главным врачам лечебных учреждений. К сожалению, никто не проанализировал то, как эти приказы будут работать. В имеющихся документах есть разделы, определяющие конкретные лиц, осуществляющих платные услуги, отрегулировано только распределение доходов от платных услуг и т.д. Вместе с тем, в нарушение установленного порядка, за исключением единичных случаев, не определен перечень оборудования, предназначенного для оказания платных услуг. Зачастую в приказах не определены подразделения, которые должны оказывать платные услуги, не ясно время оказания платных услуг выделенным штатным медицинским персоналом. Такая организация приводит к тому, что оплаченная медицинская помощь оказывается в основное рабочее время. Зачастую «платные» пациенты принимаются вне очереди, а пациенты с полисами ОМС вынуждены длительно ожидать приема врача или выполнения процедуры.

Окончание на след. стр. >>

Не плати, когда не должен!

Не решается проблема дублирования обследования в областных медицинских организациях пациентов, имеющих направление на консультации установленного образца. Зачастую в государственных медицинских учреждениях не принимаются во внимание результаты обследования, проведенного в муниципальном лечебном учреждении, мотивируя этот факт их низким качеством. Пациенты вынуждены проходить повторные посещения диагностических служб областного учреждения или бесплатно после многодневного ожидания очереди, или же платно (к тем же специалистам в день обращения вне очереди).

С целью исключения коррупционной составляющей платных медицинских услуг и защиты прав пациента требуют доработки и унификации договоров об оказании услуг на возмездной основе. Как показывают наши наблюдения, в нарушение действующего Постановления Правительства РФ от 13.01.1996 г. №27 в ряде муниципальных учреждений медицинские услуги оказываются без должного оформленного договора. Пациенты не информируются о возможности получения медицинской помощи бесплатно по полису ОМС – в амбулаторных картах зачастую отсутствуют отметки об информированном согласии пациента на получение медицинских услуг на платной основе.

Договоры на возмездное оказание услуг, составленные в медицинских учреждениях Таганрога, Волгодонска, ЦРБ Октябрьского (сельского), Каменского, Верхнедонского районов Ростовской области носят формальный характер. В них не предусматриваются разделы, определяющие объем платных услуг, не прописана ответственность «исполнителя», то есть медицинского учреждения, в случае осложнения при оказании платных медицинских услуг, а также порядок получения и размер компенсации пострадавшему гражданину.

При доработке регламентирующих приказов об организации платных услуг, на наш взгляд, как приложение должна быть выведена единая форма типового «Договора о предоставлении платных медицинских услуг», который должен содержать Перечень манипуляций и услуг, которые лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) обязуется предоставить больному (с указанием полного перечня услуг: все лечебно-диагностические манипуляции, услуги специалистов и т.д., а не общих формулировок вроде «стационарная помощь» или «амбулаторно-поликлиническая помощь»).

В документе должен быть предусмотрен механизм, исключающий возможность манипулирования составом услуг, на которые имеет право пациент, в том числе в части применения различных медицинских технологий в рамках одного стандарта медицинской помощи при оказании платной и бесплатной медицинской помощи.

На наш взгляд, Минздраву РФ необходимо своим документом определить место страховых медицинских организаций в проведении вневедомственного контроля порядка оказания платных медицинских услуг через институт своих представителей в лечебных учреждениях по защите прав застрахованных с использованием потенциала аккредитованных в территориальном фонде ОМС экспертов страховых медицинских организаций.

Первый зам. директора Ростовского филиала ЗАО «МАКС-М» В.Сафроненко

Руководитель Департамента здравоохранения г. Москвы Леонид Печатников заявил, что в медицинских учреждениях наблюдается «сложная ситуация с кадрами». По его мнению, это связано с «серьезным отставанием» качества преподавания в медицинских вузах. Из-за этого выпускников часто «страшно подпустить к пациенту».

И, хотя по статистике в развитых странах 3 врача приходится на 1000 населения, а в России – 4,4 врача на 1000 населения, однако мало кто учитывает, что потребность в медицинской помощи в России гораздо выше...

звони и консультируйся бесплатно!

Вы спросили – КДЦ «МАКС-М» ответил...

По инициативе генерального директора страховой компании «МАКС-М» Н.В.Мартыановой несколько лет назад в Ростовском филиале был организован консультативно-диспетчерский центр (КДЦ). Поначалу основной задачей центра являлось проведение круглосуточного консультирования граждан по вопросам организации обязательного медицинского страхования (ОМС), получения гарантированной бесплатной медицинской помощи, льготного обеспечения лекарственными средствами.

Со временем функции КДЦ расширились – центр стал заниматься информационным сопровождением представителей филиала «МАКС-М» в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), проведением анкетирования руководителей медицинских учреждений и застрахованных в телефонном режиме. Представителям в ЛПУ из различных городов и районов области давались подробные разъяснения по вопросам, которых поступило в это время около тысячи.

По просьбе медицинских работников во многие ЛПУ были направлены имеющиеся в распоряжении медицинской компании стандарты оказания медицинской помощи в электронном виде.

Начиная с 2007 г., по различным вопросам в КДЦ обратились свыше 30 тыс. граждан, большинство из которых являлись застрахованными именно «МАКС-М» (67%). Ежедневно, с целью уточнения принадлежности пациентов к базе застрахованных, из различных ЛПУ Ростовской области обращаются в КДЦ медицинские работники. Специалисты КДЦ уже предоставили справки в телефонном режиме более чем 4000 медицинских работников.

Немало случаев, когда при обращении граждан из отдаленных районов области за консультацией к узким специалистам областных учреждений выявляется смена места жительства пациента, фамилии, социального статуса. В этих случаях больному для получения медицинской помощи по программе госгарантий необходимо срочно предоставить новый полис обязательного медицинского страхования. В оптимальном режиме специалисты КДЦ стараются решить любую проблему (только в Ростовскую областную клиническую больницу по факсу направлено из территориальных отделов 239 полисов ОМС и 121 справка). Это помогло избежать многих конфликтов между пациентами и сотрудниками медучреждений.

Ежегодно проводится глубокий анализ обращений в КДЦ. Так, установлено, что в часы работы амбулаторно-поликлинических учреждений – с 8.00 до 18.00 – в КДЦ поступает более 90% обращений. Большинство звонков поступает в будние дни. Чаще всего в КДЦ обращаются жители Ростова-на-Дону, Шахта, Таганрога, Волгодонска, Октябрьского (сельского), Аксайского, Семикаракорского и Каменского районов области.

Кроме того, анализ причин обращений граждан в КДЦ показал, что, в основном, людей интересует порядок выдачи и оформления полисов ОМС (57%), организация работы медицинских учреждений (23%), лекарственное обеспечение (8%).

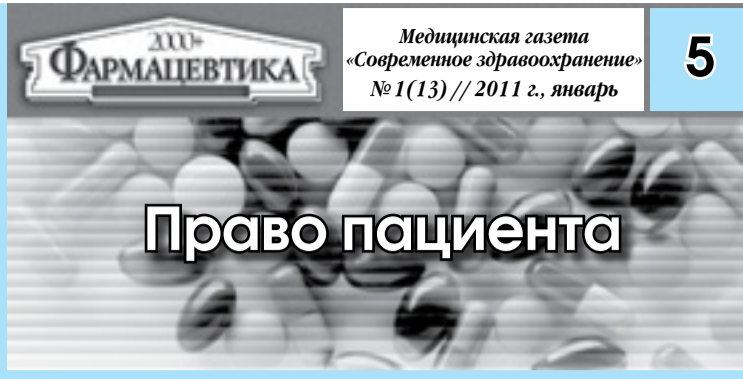
Увеличение числа обращений по вопросу обязательного медицинского страхования наблюдалось в 2007 и 2010 гг., что, на наш взгляд, объясняется проведением открытых конкурсов на обязательное медицинское страхование неработающего населения области. По результатам конкурсов проводился обмен полисов, в связи с чем и возникали вопросы о сроках действия полисов граждан, находящихся за пределами Ростовской области. В эту группу обращений также включены вопросы родителей о правилах обеспечения медицинскими полисами новорожденных детей, граждан после увольнения из организаций, смены места жительства или фамилий, лиц без гражданства РФ, вынужденных переселенцев.

Зафиксированы случаи, когда застрахованные жаловались на неправомерное взимание денежных средств за медицинские услуги, которые должны быть предоставлены пациенту в рамках программы госгарантий бесплатно. Основной причиной возникновения конфликтных ситуаций между пациентом и лечебно-профилактическим учреждением является отсутствие четкого перечня медицинских услуг, оказываемых бесплатно в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Проведенный анализ обращений граждан в КДЦ свидетельствует о необходимости повышения уровня оказания медицинской помощи населению, повышению информированности пациентов об объеме медицинской помощи в рамках территориальной программы госгарантий.

За консультацией к специалистам консультативно-диспетчерского центра страховой компании «МАКС-М» можно обратиться по бесплатному телефону – 8-800-555-00-03.

Начальник консультативно-диспетчерского центра Ростовского филиала ЗАО «МАКС-М» Т.К.Поплавская



болевые точки здравоохранения

Назревает катастрофическая нехватка медицинских кадров

Исполнительный директор Ассоциации медицинских обществ по качеству (АСМОК) Гузель Улумбекова уверена: в скором времени в России сложится критическая ситуация в медицине в виду дефицита медицинских кадров, сообщает АМИ-ТАСС. Хотя, по словам Г.Улумбековой, есть данные о том, что нашей стране сообщество врачей на 30-40% многочисленнее, чем в развитых странах.

Исполнительный директор АСМОК заявляет: есть проблема диспропорции в структуре медицинских кадров. К примеру, согласно статистике, на одного врача в России приходится 2,4 медсестры, а в развитых странах – три медсестры. А вот патологоанатом, рентгенолог, психиатр вообще стали редкими специальностями. Одновременно с этим жители сельской местности в пять раз меньше обеспечены врачами, чем горожане.

«Одна из главных причин предстоящего острого дефицита кадров – низкие зарплаты. Также среди врачей отмечается высокая доля лиц пенсионного и предпенсионного возраста – около 50%, а, значит, многие в скором времени уйдут на заслуженный отдых. А вот из-за демографического провала приход молодых кадров в отрасль уменьшился. Потом, 30-40% выпускников медвузов не идут в медицину. Если же они все-таки работают по специальности, то их квалификация вызывает сомнения. Известно, что 15% российских врачей не проходят повышение квалификации один раз в пять лет», – констатирует Улумбекова.

Medicine.newsru.com

итоги – 2010

Представители страховых компаний – миссия защиты

Прошедший 2010 год был «горячим» для всех страховщиков на территории Ростовской области, ведь по итогам конкурса за 6 месяцев необходимо было заменить медицинских полисы всем жителям Донского края. Ростовский филиал «МАКС-М» со своей задачей справился. Важную роль в деле замены полисов сыграли представители нашей компании, которые терпеливо вели разъяснительную работу в массе населения, выдавали полисы в городских поликлиниках, приблизив тем самым пункты выдачи полисов непосредственно к застрахованным.

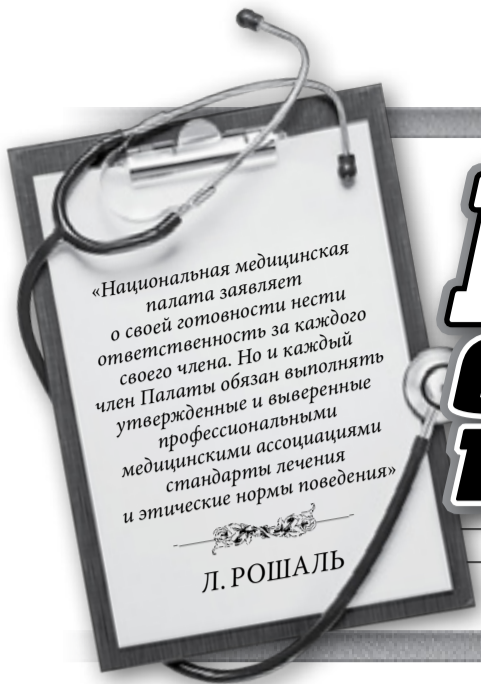
В 2010 г. представители филиала в лечебных учреждениях приняли почти 10,5 тысяч застрахованных, 95% всех обратившихся к ним граждан нуждались в разъяснениях. Наибольшее число вопросов касалось порядка замены и выдачи полисов обязательного медицинского страхования (ОМС). Несмотря на то, что в 2010 г. проблема информированности пациентов о работе поликлиник и больниц была уже не столь острой, как на начальных этапах работы представителей Ростовского филиала «МАКС-М» все же более 17% консультаций были связаны именно с тем, в каком порядке можно получить ту или иную медицинскую услугу.

Наиболее показательным для оценки удовлетворенности пациентов качеством предоставляемых ЛПУ медицинских услуг является число жалоб застрахованных. В прошлом году представители филиала приняли 450 устных и 25 письменных жалоб граждан, причем большая их часть касалась вопросов организации работы ЛПУ, лекарственного обеспечения лечебного процесса и качества оказываемой медицинской помощи.

Значительно уменьшилось в 2010 г. число письменных жалоб от застрахованных. Что, вероятно, связано с возросшей осведомленностью застрахованных о своих правах, позволяющей многим самостоятельно решать проблемы в лечебных учреждениях. С другой стороны, Областная долгосрочная целевая программа «Развитие здравоохранения Ростовской области на 2010–2012 годы» приносит свои плоды – все больше жителей Ростовской области стали своевременно получать медицинские услуги высокого качества.

В марте 2011 г. институту представителей страховых медицинских организаций исполнится четыре года. Это серьезный испытательный срок для любой новой структуры, и она прошла проверку временем на необходимость и функциональность.

Зам. директора Ростовского филиала ЗАО «МАКС-М» Е.А.Собянина



ВЕСТНИК врачебной палаты ЮФО

спецраздел газеты «Современное здравоохранение»

№ 1(3) // ЯНВАРЬ // 2011

ЮФО
и СКФО

мнение

Рошаль против Астахова



Президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль, комментируя ситуацию с годовалым Ярославом Колосовым, чья мать недовольна тем, как его лечат в Российской детской клинической больнице, выступил категорически против отправки ребенка с врожденным заболеванием на лечение в Германию.

Жительница Ростова-на-Дону Елена Колосова на своей странице в Живом Журнале пожаловалась, что она уже семь месяцев находится в РДКБ вместе со своим ребенком и якобы сталкивается с хамством и непрофессионализмом врачей. По словам главврача РДКБ Н. Ваганова, медики делают все возможное, чтобы помочь ребенку, а склонность мамы этому мешает. Детский омбудсмен Павел Астахов заявил, что обратится в Минздрав РФ с просьбой отправить Ярослава в германскую клинику.

«Я выступаю категорически против направления ребенка в Германию, так как для этого нет никаких профессиональных оснований ни по муковисцидозу, ни по кишечному свищу», – сказал Л. Рошаль, который возглавляет НИИ неотложной детской хирургии и травматологии. Он сообщил, что Е. Колосова лично попросила его участвовать в комиссии, которая решит, отправлять ли ребенка за границу. Рошаль считает, что Астахов «вышел за пределы своих профессиональных обязанностей».

«Я заявляю, что по отношению к ребенку не было сделано ни одной диагностической ошибки...», – сказал детский врач. По его мнению, ребенка можно прооперировать в России, а если отправить его на лечение за границу, то это будет знаком недоверия к российским врачам.

редакционная статья

Н.Л. КРЕМЕНЧУЦКАЯ, председатель совета Межрегиональной общественной организации «Врачебная палата ЮФО и СКФО», эксперт Комиссии по здравоохранению Общественной палаты при Президенте РФ, член комитета по социальной политике Торгово-промышленной палаты РФ, врач акушер-гинеколог высшей категории:

За шесть лет существования нашей палаты мы и по извилистой тропе прошли, и по проселочной дороге плутали, и, в конце концов, на широкое шоссе вышли. Всякое бывало. Зато появился практический опыт. Не задумываясь, мы вошли в число учредителей Национальной медицинской палаты. Есть четкое понимание: такие организации можно построить только «снизу», а не по указанию «сверху».

Когда создавалась окружная палата, я почти год «прожила» в машине, проводя встречи со всеми представителями региональной власти в каждом субъекте федерации, стремясь получить поддержку министров и губернаторов. Что характерно – иногда нас по-

Врачебная палата ЮФО – пример эффективности объединения врачей

➔ Пример деятельности Врачебной палаты Южного федерального округа, как и примеры Смоленской и Калининградской палат, доказывают эффективность объединения врачей.

нимали лучше министры экономики, чем руководители профильных министерств. Экономисты быстрее схватывали идею, поддерживая перспективность реализации саморегулирования на местах. Считаю, некоторые наши наработки, апробированные в ЮФО, Национальной медицинской палатой могут быть распространены и на остальные территории. Мы создали у себя Третейский суд, подготовив 30 третейских посредников в каждом регионе. Для их обучения нами был получен президентский грант.

Структурно Врачебная палата состоит из шести комитетов, куда входят комиссии. Например, Консультационно-правовой комитет состоит из комиссии по врачебной этике, Третейского суда, комиссии по защите интеллектуальной собственности. У нас работает сайт – www.vrpalata.ru,

позволяющий оперативно и быстро принимать меры, когда требуется наше вмешательство.

В Ростове-на-Дону мы открыли общественную приемную по вопросам здравоохранения. Разбираем жалобы – из 50 обращений 3 передали в прокуратуру, 38 разрешили при помощи механизма досудебного урегулирования споров, остальные дела отправлены в суды общей юрисдикции.

Жалобы традиционны: на неповоротливость системы, на равнодушие, на стремление заработать на чужой беде и недостаточной информированности пациента. Вот один из таких случаев. В Палату обратились родственники умершего. Им принесли пригла-

шение на бесплатную операцию в кардиоцентр через месяц после того, как, отчаявшись ходить по инстанциям, больной прооперировался за собственные деньги и умер «под ножом». Больные продают квартиры и машины за онкопрепараты, которые должны получать бесплатно по программе ДВЛ. Часто идут жалобы на отсутствие в клиниках необходимых лекарств, присутствующих в аптеках, находящихся рядом.

Врачебная палата ЮФО поддерживает медицинских работников, разбирает конфликты, выступает посредником между региональными органами управления здравоохранения и врачебным сообществом.

выносим на обсуждение проект документа

ПРОЕКТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРТИИ РОССИИ

Разработчик: проф. Г.А. КОМАРОВ, e-mail: rmass@yandex.ru, kotarovga@yandex.ru. Проект обсужден на VII (XXIII) Всероссийском Пироговском съезде врачей, 27 ноября 2010 г., принят за основу, рекомендован для широкого обсуждения в коллективах врачей ЛПУ, в вузах и НИИ России.

ВРАЧЕБНЫЙ,
ГОСУДАРСТВЕННО-
ОБЩЕСТВЕННЫЙ
И ГРАЖДАНСКИЙ ДОГОВОР

Врачебная декларация

Мы – врачи – в силу избранной нами добровольно профессией являемся представителями такого сословия и той частью общества, которая предусматривает гуманистическое служение человеку независимо от его гражданства, национальности, вероисповедания, политических взглядов, возраста, пола и прочих признаков, а также обстоятельств, силою которых человек становится нуждающимся в нашем участии и в нашей профессиональной помощи.

Являясь гражданами Российской Федерации, мы руководствуемся Конституцией и действующими законами страны, стремимся жить в соответствии с ними, с моральными и этическими нормами, которые приняты в обществе, с теми положениями, которые приняты международным медицинским сообществом в декларациях и других документах Всемирной медицинской ассоциации и Всемирной организации здравоохранения.

Используя свое гражданское конституционное право, мы можем исповедовать любую религию, состоять в любой политической партии, поддерживать или критиковать власти страны, проводимую ими государственную деятельность, открыто выражать свое отношение ко всем событиям общественной и государственной жизни, к поступкам и словам любого человека, иметь и открыто высказывать собственное мнение по любому вопросу.

Однако, приступая к исполнению своих профессиональных обязан-

ностей, мы руководствуемся только одним принципом – интересами пациента, сохранением его здоровья и жизни, и несем ответственность за свои действия по законам своей или той страны, на территории которой нами оказывается профессиональная медицинская помощь пациенту.

В этом, и только в этом, состоит исключительность нашей профессии, нашего сословия и нашего общественного положения.

Мы – врачи – исходим из того и признаем, что:

- здоровье населения и демографические процессы (рождаемость, физическое развитие, заболеваемость, инвалидность, средняя продолжительность жизни, смертность) зависят от социального и экономического уровня развития общества, от проводимой политики государства по охране здоровья населения, от уровня развития здравоохранения;
- здравоохранение является важнейшей сферой обеспечения гражданских прав и свобод, а также одним из основных факторов национальной безопасности страны и общественной стабильности;
- охрана здоровья населения и развитие здравоохранения являются важнейшей функцией, обязанностью и стратегической задачей государства, всех ветвей его власти и управления;
- государство несет ответственность перед своим народом и международным сообществом за состояние охраны здоровья и надлежащее качество окружающей среды для безопасного развития и жизни человека;
- государство не должно осуществлять руководство профессиональной деятельностью медицинских работников и развитием врачебного самоуправления, но обязано обеспечивать надлежащие условия для их осуществ-

ления, справедливо оценивать и достойно оплачивать труд медицинских работников, а также заботиться о сохранении их здоровья;

- регламентация и оценка деятельности медицинских работников осуществляются профессиональными общественными медицинскими организациями, опирающимися в этом на действующее законодательство, ученых, специалистов-экспертов и взаимодействие с федеральными, региональными и муниципальными органами власти и управления.

Мы – врачи – считаем себя ответственными за:

- соблюдение законов страны и морально-этических норм, действующих в обществе;
- своевременность, качество и полноту оказываемой профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационно-восстановительной и оздоровительной помощи нуждающимся в них людям, но только в пределах созданных для этого государства и обществом условий;
- сохранение врачебной тайны;
- последствия от наших вмешательств;
- нанесенный пациенту физический, моральный или экономический ущерб;
- ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей.

Мы – врачи – заявляем о своем праве на:

- признание обществом, государством, властями и гражданами нашего исключительного положения во время профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи человеку, имея в виду суждения и действия исключительно в интересах нуждающегося в медицинской помощи человека и приоритетность их над всеми иными интересами, обстоятельствами и регламентациями;
- использование всех принадлежащих обществу и государству ресурсов (финансовых, информационных, технических, энергетических, природных, человеческих, интеллектуальных и других) по своему усмотрению и в том объеме, как того требует состояние нуждающегося в нашей про-

фессиональной помощи человека в период выполнения мероприятий по спасению его жизни и сохранению здоровья;

- создание надлежащих условий для осуществления нашей профессиональной деятельности со стороны общества, государства, властей любого уровня, должностных и частных лиц;
- обеспечение нам права беспрепятственного перемещения любыми видами транспорта и на любые расстояния за счет общества и государства при исполнении профессиональных обязанностей, соразно обстоятельствам, связанным со спасением жизни и здоровья человека;
- создание условий для использования достижений мировой медицинской науки и практики в интересах пациентов посредством всех существующих каналов информации;
- справедливую и достойную оплату труда пропорционально его качеству, сложности, специфике, интенсивности, объему выполняемой работы, интеллектуальным и физическим затратам, а также на социальные гарантии (включая внеочередное, в полном объеме и бесплатное получение медицинской помощи в период работы и пожизненно после завершения профессиональной врачебной деятельности) и удовлетворение духовных и иных потребностей.

Мы – врачи – ожидаем от общества и государства признания:

- справедливыми все изложенные выше положения декларационной части настоящей Хартии об особом общественном положении и правах врачей, а также положений, изложенных ниже в последующих разделах;
- необходимости принятия Хартии в качестве обязательного для исполнения всеми субъектами (врачами, государством, гражданами) документа;
- неотложности разработки и принятия медицинского законодательства Российской Федерации в приоритетном порядке, необходимого для осуществления эффективной профессиональной медицинской деятельности;

выносим на обсуждение проект документа

- права на получение высшего медицинского образования, специализацию и усовершенствование за счет предусмотренных государственным бюджетом средств с обязательной отработкой равного по продолжительности обучения срока в государственных лечебно-профилактических учреждениях – ЛПУ – (при полном соблюдении государственных обязательств, предусмотренных в настоящей Хартии);

- принадлежности врачей к свободной профессии (при получении высшего медицинского образования за государственный счет – после отработки предусмотренного срока в государственных ЛПУ);

- права врачей при оказании медицинской помощи и спасении жизни человека, независимо от его гражданства и подданства, обращаться за необходимым содействием в органы власти и управления всех уровней, во все зарегистрированные на территории Российской Федерации организации и учреждения, ко всем должностным лицам, которые при недостаточности у них на то прав и полномочий обязаны получить их у вышестоящего руководства без участия в этом врача, оказывающего медицинскую помощь;

- исключительного права врачей России и других государств, находящихся на транспорте (автомобильном; железнодорожном; речных, морских и воздушных судах), совершающем передвижение под флагом или юрисдикцией Российской Федерации, независимо от его пространственного местоположения при возникновении угрозы жизни и здоровью человека любого подданства и гражданства требовать при необходимости непредусмотренной остановки, изменения маршрута следования до ближайшего порта или населенного пункта, где имеется возможность оказания человеку эффективной медицинской помощи; не лимитированное предоставление ответственным за транспортное средство лицом (водителем, начальником, командиром, капитаном) всех имеющихся на борту средств связи и телекоммуникации для осуществления консультаций и необходимой коллегиальной профессиональной поддержки;

- права врача использовать без предварительной оплаты любой вид государственного и муниципального транспортного средства для своевременного прибытия к месту оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;

- необходимости государственного страхования профессиональной ответственности врачей (работающих в государственных бюджетных и муниципальных лечебно-профилактических организациях и учреждениях в полном объеме, а в частных лечебно-профилактических организациях – в половинном объеме);

- необходимости обеспечения ведомственным жильем врачей, отрабатывающих свое обучение за государственный счет в государственных и муниципальных ЛПУ; а также беспроцентного погашения ипотечных кредитов на весь период работы в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях; обеспечения благоустроенным и комфортабельным жильем специалистов общехирургических (семейных) практик в сельской местности с компенсацией всех коммунальных платежей, отоплением, освещением и средств связи;

- целесообразности пересмотра общественного отношения к здоровью как к высшей общечеловеческой ценности, а также отношения к врачебной профессии, к положению врача в обществе, к оплате труда врачей и других категорий медицинских работников;

- необходимости и значимости принятия Общественной и Государственной декларации.

Общественная и Государственная декларация

Общество и государство признают особое общественное положение врачебной профессии. Во все времена в России врачи почитались как представители самой гуманной профессии, добровольно возложившие на себя миссию служения людям и оказания им помощи при возникновении душевных и телесных недугов, а также спасения жизни в критических ситуациях. Общество и государство призна-

ют, что врачи пользуются особым доверием людей и своей деятельностью заслуживают уважение. Недооценка важности сохранения здоровья, пренебрежение рекомендациями врачей, отсутствие или ненадлежащее обеспечение условий для эффективной профессиональной медицинской деятельности приводят к ухудшению качества медицинской помощи, к росту заболеваемости, снижению трудоспособности, средней продолжительности жизни населения и к повышению смертности.

Признавая важность формирования нового отношения к здоровью, к системе охраны здоровья народа, к здравоохранению и к врачам, общество и государство считают необходимым принять Медико-социальную Хартию Российской Федерации.

Общество и государство признают, что:

- врачи являются особой профессиональной когортой, представителями свободной профессии, в силу своего предназначения имеющими право требовать от общества и государства создания определенных условий, без которых объективно невозможна эффективная профессиональная медицинская деятельность;

- в связи с несовершенством законов, невозможностью предусмотреть в них все многочисленные и разнообразные обстоятельства и условия, влекущие необходимость принятия нестандартных решений и осуществление нестандартных действий при оказании медицинской помощи нуждающимся в ней людям, общество и государство признают за врачами право действовать в интересах сохранения жизни и здоровья человека, руководствуясь приоритетом гуманистических, общечеловеческих ценностей и принципов, Клятвы Гиппократова, профессиональной этикой и стандартами, а также собственными решениями;

- при возникновении необходимости оказания медицинской помощи и спасения жизни человека на транспорте (автомобильном, железнодорожном, речном, морском, воздушном), независимо от его местоположения в пространстве признается исключительное право врача требовать остановки, изменения курса до ближайшего пункта (порта), использование всех видов имеющихся на борту средств связи и телекоммуникации;

- государство и общество признают профессиональную автономию врача при оказании им медицинской помощи человеку в кризисных и экстремальных ситуациях и его неограниченное право на принятие нестандартных и непредусмотренных законами и стандартами решений и осуществление действий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья пациента, имея в виду последующую полную ответственность за них перед государством и обществом с надлежащей независимой профессиональной экспертизой и защитой;

- в условиях развития общества и государства по законам рыночной экономики здравоохранение является сферой, в которой рыночные законы имеют этические ограничения применимости, поскольку взаимоотношения «врач-пациент», «врач-общество», «врач-государство» носят в большей степени гуманистический характер, имеют не столько денежный критерий измерения, а более всего нравственный, и составляют важную часть системы обеспечения государственной и общественной безопасности, сохранения и повышения производительного потенциала общества;

- надлежащим образом не регламентированные взаимоотношения «врач-общество», «врач-государство», «врач-пациент» влекут за собой несправедливое принижение общественной роли врачей, неадекватную оценку их труда и диспропорции в его оплате;
- недостаточные условия для осуществления профессиональной медицинской деятельности наносят ущерб государству и обществу, обуславливают низкую эффективность использования интеллектуального и профессионального потенциала медицины и здравоохранения, отражаются на состоянии здоровья населения, заболеваемости, трудоспособности, смертности и других демографических показателях;

- в ответ на добровольное принятие на себя врачами обязательств по

предупреждению болезней, диагностике и лечению, по оказанию медицинской помощи людям в критических ситуациях возникает обоснованная потребность принятия государством и обществом симметричных обязательств перед медицинской профессией и врачами.

Общество и государство принимают на себя следующие обязательства:

- признавать право врачей на общественное регулирование своей профессиональной деятельности и врачебное самоуправление, сохраняя за государством обязанность создавать необходимые условия для надлежащей профессиональной медицинской деятельности;

- осуществить разработку в приоритетном порядке и принятие законов, нормативно-правовых актов и стандартов, обеспечивающих эффективную профессиональную медицинскую деятельность;

- рассматривать по существу принятые высшими профессиональными медицинскими форумами страны – Всероссийскими Пироговскими съездами врачей – рекомендации по совершенствованию охраны здоровья населения, развитию здравоохранения и профессиональной медицинской деятельности, стремиться к максимально возможной полной их реализации с использованием всех государственных и общественных ресурсов;

- принимать необходимые меры и содействовать развитию конструктивного диалога, взаимодействия и сотрудничества врачей с государственными и общественными институтами страны, органами власти и управления всех уровней, с населением в вопросах здоровья образа жизни, профилактики и эффективного лечения заболеваний;

- для исключения недостаточности эффективных и тем более ошибочных государственных решений в деле охраны здоровья населения осуществлять экспертизу важнейших законов, указов, постановлений, других правовых и нормативных актов государственного значения общественными профессиональными медицинскими организациями и Всероссийскими Пироговскими съездами врачей;

- производить пересмотр системы и принципов оплаты труда врачей и всех категорий специалистов, технического, вспомогательного и обслуживающего персонала профилактических и лечебно-диагностических учреждений, ученых, профессорско-преподавательских кадров, а также стипендий студентам высших и средних специальных медицинских учебных заведений при всех существенных изменениях экономических показателей развития страны и в зависимости от уровня инфляции;

- осуществлять систематическое информирование населения страны о показателях здоровья граждан, о состоянии системы здравоохранения и о принимаемых решениях по обеспечению конституционных прав граждан на охрану здоровья в форме ежегодных отчетов высших должностных лиц государства;

- обеспечивать достойное правовое и экономическое положение врачей и условия для удовлетворения их социальных (в том числе по сохранению здоровья и внеочередного, бесплатного и полного объема получения необходимой медицинской помощи в период работы и в пенсионном возрасте пожизненно), интеллектуальных, бытовых, экономических, информационных и других потребностей на уровне международных стандартов;

- создать современную, многоканальную и эффективную государственную информационную систему для взаимодействия врачей с населением с целью формирования здорового образа жизни, функционирования системы динамического наблюдения за здоровьем населения, противодействия недобросовестной рекламе и распространению опасных для здоровья населения знахарства, целительства, псевдонаучных способов, средств и методов лечения.

Гражданская декларация

Граждане Российской Федерации как потребители медицинской помощи и медицинских услуг признают, что:

- врачи являются представителями особой профессии, обладающей специальными знаниями и владея особыми технологиями и методами оценки состояния здоровья, распознавания признаков его нарушения и заболеваний, профилактики, лечения и реабилитации;

- правовое, общественно-социальное и экономическое положение врачей, работающих в государственном и муниципальном секторах здравоохранения, является приоритетной задачей государства и нуждается в непрерывном совершенствовании;

- врачи являются представителями свободной профессии, ответственными за результаты и качество оказываемой пациентам медицинской помощи в пределах специально созданных для этого обществом и государством условий;

- общество и государство должны обеспечивать врачам исключительное и неограниченное право принимать самостоятельные решения и осуществлять самостоятельные действия, в том числе не предусмотренные законами, нормативными актами и стандартами, направленными на спасение жизни и здоровья людей;

- граждане должны нести моральную, юридическую, а в особых случаях и экономическую ответственность за сохранение своего здоровья, здоровья своих детей и близких, за выполнение рекомендаций врачей, за соблюдение этических норм поведения при взаимодействии с врачами,

Граждане Российской Федерации, являясь заинтересованными потребителями медицинской помощи и медицинских услуг, в ответ на принятие врачами особых обязательств, в свою очередь принимают на себя следующие симметричные обязательства перед врачами:

- относиться к врачам как к представителям особой свободной профессии с должным уважением, почтением, вниманием и доверием;

- являться к врачам в назначенное ими время, в надлежащем гигиеническом состоянии и в трезвом виде;

- осуществлять вызов врачей на дом или по иному месту нахождения только в том случае, если непосредственный визит затруднен по объективным причинам, связанным с плохим состоянием здоровья;

- сообщать врачам все необходимые для диагностики заболеваний и лечения сведения, в том числе и носящие конфиденциальный характер, полно, своевременно, неисказанно, полагаясь на неукоснительное соблюдение врачами положений Клятвы Гиппократова о врачебной тайне;

- выполнять все рекомендации врачей и назначения в полном объеме, в рекомендованной последовательности и в должное время, без внесения всяких несогласованных с врачами изменений;

- сообщать лечащим врачам обо всех рекомендациях, сделанных другими лицами (врачами и не врачами), до их выполнения (применения) в процессе проводимого лечения;

- давать свое согласие на привлечение лечащими врачами других специалистов или на созыв консилиумов по мере возникновения такой необходимости;

- не предлагать врачам денежного или иного вознаграждения до начала лечения и во время его, что не исключает добровольных знаков внимания и благодарности в разумных пределах после выздоровления;

- при взаимодействии с врачами соблюдать принятые в обществе нормы поведения и лексики, не допуская сексуальных притязаний, а тем более угроз и применения по отношению к врачам физического насилия;

- предоставлять врачам беспорядную и бесконфликтную возможность внеочередного получения ими медицинской помощи и медицинских услуг в период работы, а также в пенсионном возрасте пожизненно;

- своевременно и открыто сообщать врачам о возникших неудовлетворенностях качеством медицинской помощи и медицинских услуг;

- своевременно и объективно сообщать руководству лечебно-профилактических учреждений (организаций), органам управления здравоохранением всех уровней (при необходимости) о возникновении

конфликтных отношений с лечащими врачами, о нарушениях врачами норм медицинской этики, проявлении мздоинства и, особенно, коррупции;

- не предъявлять к врачам требований по принятию решений и осуществлению действий, противоречащих действующему законодательству; профессиональным принципам, нормам и правилам; этическим и нравственным кодексам; убеждениям и совести врачей;

- признавать право врачей на отказ в оказании медицинской помощи и медицинских услуг при грубом нарушении одного или нескольких приведенных выше обязательств пациентами, но при условиях и гарантиях возможности, своевременности и доступности ее получения у других, не менее квалифицированных специалистов.

КОНСЕНСУС

Полномочные представители врачей, полномочные представители организаций по защите прав пациентов и полномочные представители органов государственной власти и управления Российской Федерации признают все изложенные выше принципиальные положения настоящей Медико-социальной Хартии Российской Федерации как справедливый, обязательный для руководства при осуществлении всех видов государственной, профессиональной и общественной деятельности Договор, вступающий в силу после обсуждения и принятия его на Всероссийском Пироговском съезде врачей, после ратификации Президентом страны, Правительством Российской Федерации и общественными организациями, выражающими и защищающими интересы и права граждан.

Медико-социальная Хартия Российской Федерации является развитием идущего из глубины веков важнейшего кодекса профессиональной медицинской этики – Клятвы Гиппократова, не противоречит не утратившим значения положениям ее, международным медицинским кодексам и декларациям, направлена на решение важнейшей задачи – восстановления и укрепления здоровья каждого гражданина Российской Федерации и всего населения страны в целом.

Медико-социальная Хартия Российской Федерации является концептуальной основой для: разработки законодательных и нормативных актов по охране здоровья и развитию здравоохранения на государственном, региональном и муниципальном уровнях; для планирования и осуществления мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья населения; для разработки эффективных форм и методов профилактики и лечения заболеваний; для определения справедливой оплаты труда медицинских работников; создания надлежащих условий для успешной, качественной и эффективной деятельности их в различных ситуациях; для социальной защиты и удовлетворения профессиональных и духовных потребностей медицинских работников; для дальнейшего развития и совершенствования профессионального врачебного самоуправления.

Медико-социальная Хартия Российской Федерации является Договором, возникающим в условиях формирования и развития гражданского общества, который предусматривает неперемное дальнейшее совершенствование с включением в него всех новых и полезных для каждого человека и всего населения Российской Федерации дополнений и уточнений, возникновение которых будет предопределено логикой и реалиями общественного и государственного прогресса, достижениями мировой медицинской науки и практики.

Все дополнения и изменения в Медико-социальную Хартию Российской Федерации будут вноситься на Всероссийских Пироговских съездах врачей после всестороннего и широкого обсуждения их с населением страны, с медицинскими работниками, с государственными и общественными институтами и органами власти и управления всех уровней, с религиозными конфессиями, поскольку целью является восстановление, сохранение и развитие не только физического, но и нравственного, духовного здоровья народа великой России.

Диалог с личностью

официально

Новый уровень платежей за неработающих



Закон об установлении платежа в систему обязательного медицинского страхования (ОМС) на неработающее население запланировано принять в первом полугодии 2011 г.

В декабре 2010 г. Президентом России был подписан закон об обязательном медицинском страховании. «Начиная с 2011 года, в законе установлен поэтапный переход к установлению фиксированного платежа на неработающее население», – уточнила Министр здравоохранения и социального развития Татьяна Голикова. Она пояснила, что этот платеж будет одинаков для всех регионов страны «... в связи с тем, что является таким же страховым взносом, как и платежи работодателя в системе ОМС». Точную цифру Татьяна Голикова не озвучила. «Назвать вам эту цифру я сегодня не могу», – сказала она, пояснив, что требуются серьезные экономические расчеты.

Министр особо отметила, что система уплаты платежей на неработающее население требует серьезной доработки. «Несмотря на декларацию в старом законодательстве, платежи на неработающее население в значительном количестве регионов уплачивались по остаточному принципу», – признала Т.Голикова. Она подчеркнула, что «это приводит к несбалансированности системы ОМС, и, соответственно, к необеспеченности тех стандартов медицинской помощи, которые должны быть обеспечены для граждан РФ». Что касается будущего года, то Министр заверила собравшихся: «В 2011 году платежи на неработающее население жестко фиксируются на уровне 2010 года».

Как ранее отмечал председатель Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) Андрей Юрин, в настоящее время платежи на неработающее население в среднем составляют по России 3 тыс. рублей. Задача состоит в том, чтобы в течение переходного периода (а это четыре года, то есть к 2015 году) выйти на уровень в 10 тыс. рублей. Платежи за неработающее население в ФОМС осуществляют регионы РФ.

ami-tass.ru

реплика

Стереотипы и здоровье

Вообще говоря, все равно, отчего человек нервничает: миллион ли долларов он потерял или ему просто ботинки жмут – в любом случае возникает психоэмоциональная перегрузка. Она сопровождается определенной реакцией организма – стрессом.

«ВСЕ БОЛЕЗНИ ОТ НЕРВОВ»

«Биохимия стресса» такова:

1. Спазм гладкой мускулатуры (гладкая мускулатура – это сосуды, сердце, толстый кишечник).

2. Спазм коротких мышц позвоночника – в результате позвонки начинают давить друг на друга.

3. Самоотравление организма. Желудочно-кишечный тракт, поджелудочная железа, печень, защищаясь от стресса, начинают интенсивно вырабатывать пищеварительные соки. А кишечник, напомним, уже спазмирован, зажат, выводящие протоки желчного пузыря – тоже... Поэтому соки никуда не выводятся и начинают бродить.

4. Снижение иммунитета. В результате самоотравления выделяются вещества, подавляющие иммунную систему.

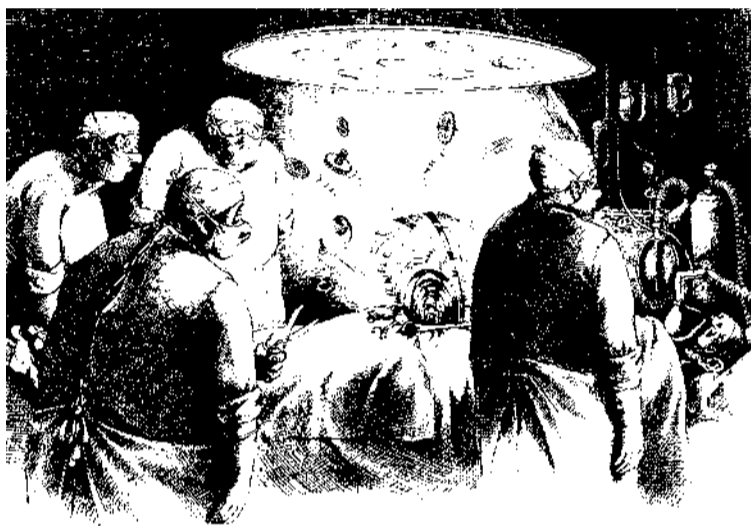
Все это нормальные защитные реакции. И если человек отдохнет, отоспится, то никаких тяжелых последствий не будет – организм успокоится и придет в норму. Но проблема современного человека в том, что у него практически нет возможности успокоиться. Стресс ежедневно присутствует в его жизни, накапливается и ведет к серьезным заболеваниям. Ведь гладкая мускулатура всегда спазмирована, а пищеварительная система всегда работает ненормально. И получается, что все избытки типа «гуляйте на свежем воздухе», «спите десять часов в день» и «не нервничайте» – бесполезны, потому что невыполнимы. Время на восстановление у всех разное и зависит от психологического типа личности. **Рассмотрим каждый из них:**

Художественный тип – быстро соображающий, тонко чувствующий, очень эмоциональный человек. Он счастлив, только ощущая всеобщую любовь и признание. Такие люди фонтанируют идеями, но, к сожалению, зачастую не способны ни одно дело довести до конца – и в результате на их открытиях делают деньги и славу другие. В этом случае темпераментные люди рискуют скатиться к алкоголизму. На любой стресс «художник» реагирует включением сразу всех четырех «стрессовых механизмов». Но он довольно быстро восстанавливается. Как говорится, поплакал – и все прошло.

Логически-структурный тип – рациональные люди, интроверты, привыкшие все обдумывать и анализировать. Их не очень интересу-

Нельзя говорить: «Иммунитет понижен, иммунитет повышен» – точно так же, как нельзя говорить о пониженном и повышенном давлении: важны не абсолютные цифры, а гармония между ними. Для кого-то норма 150 на 110, а для кого-то – 100 на 60, но человек будет себя хорошо чувствовать, только если разница между верхним и нижним давлением равна 40 – это «фильтрационная» разница, когда слаженно работают все системы организма, освобождая его от токсинов и обеспечивая жизнестойкость. То же и с иммунной системой: все обеспечивающие ее факторы должны быть в гармонии, настроены друг на друга.

Широко известны избитые истины, вроде «Все болезни от нервов», «Лечить надо не болезнь, а человека», «В здоровом теле – здоровый дух». Базальные вещи, не правда ли? Но насколько эти постулаты соответствуют тому, что есть на самом деле. Попробуем разобраться вместе...



ет мнение окружающих. Главное для них – быть уверенным в своей правоте и в полезности своего дела. Чувства они держат при себе, беды не оплакивают, а раскладывают на составляющие и решают. Они склонны накапливать стресс и, по большому счету, подвержены более тяжелым заболеваниям, хотя внешне их страдания могут быть совсем незаметны.

Разумеется, системы реабилитации для этих типов будут строго противоположны. Задача врача – выявить их процентное соотношение и подобрать соответствующие программы.

«ЛЕЧИТЬ НАДО НЕ БОЛЕЗНЬ,
А ЧЕЛОВЕКА»

Идеология «медицины здорового человека» – лечение заболевания плюс устранение причины заболевания, то есть усиление иммунитета.

Качество иммунной системы зависит от трех составляющих:

1. **Наличие очагов инфекции.** Любой очаг инфекции – кариозные зубы, тонзиллит, насморк, гайморит – со временем вызывает проблемы в организме: в яичниках, маточных трубах (у женщин), кишечнике, почках. Поэтому в первую очередь, чтобы вылечить человека, необходимо устранить все источники возможной инфекции.

2. **Нормальная работа желудочно-кишечного тракта.** Иммунитет на 60% зависит от деятельности пищеварительной системы. Если человек родился с тонкой слизистой кишечника – у него уже ненадежный иммунитет. А

если на протяжении жизни он не следил за своим питанием, то все совсем разбалансировалось. Поэтому необходимо привести в порядок пищеварительную систему. Лишь после этого имеет смысл проводить столь модную сейчас гидроколонтерапию – промывку кишечника. Проводить эту процедуру, пока не снят спазм кишечника, бесполезно. После колонтерапии «уходят» и полезные бактерии, поэтому необходимо «засеять» пространство здоровой флорой.

Диету современному человеку соблюдать довольно сложно, а ведь именно она – главное условие излечения. Нет, конечно, если уж решили заботиться о здоровье, то можно выкроить и время, и место, чтобы съесть четыре раза в день что-нибудь полезное... Но проблема банкетов, фуршетов, деловых приемов остается нерешенной. Конечно, у здорового человека организм сам диктует, чего ему больше хочется, но, едва вы начинаете переждать, этот механизм контроля отключается.

3. **Устранение стресса.** Собственно, не устранив стресс, вы не решите и проблем с желудочно-кишечным трактом, потому что, как уже было сказано, все болезни от нервов.

«В ЗДОРОВОМ ТЕЛЕ –
ЗДОРОВЫЙ ДУХ»

Душу, так же, как и кишечник (сколь ни грубо это звучит), надо очищать. Не выговоренные проблемы и комплексы имеют свойство накапливаться и «отравлять» организм. Длительные молчаливые переживания по поводу своих или чужих поступков, невысказанная обида – это стресс. А выговорившись, вы как бы получаете прощение и разрешение избавиться от источника всех болезней. Так просто, правда?

Юлия Николаева

Зарубежный курьер

Хороший сон полезнее хорошей косметики

Всегда считалось, что хорошо выспавшийся человек выглядит значительно привлекательнее невыспавшегося. Теперь этому уже есть научное подтверждение – исследование шведских ученых, результаты которого опубликованы в «Бритиш Медикал Джурнал».

Сотрудники Каролинского института в Стокгольме сфотографировали 23 участниц эксперимента, когда после восьмичасового сна у них на лице не было никакой косметики, а затем – после непрерывного бодрствования в течение 31 часа. Потом они пригласили 65 сторонних «экспертов» и предложили им сравнить полученные фотографии.

Эксперты единогласно заявили, что снимки выспавшихся выглядят, определенно, симпатичнее и свежее.

«Хороший ночной сон можно рассматривать как естественную «косметику» организма. Его эффект значительно выше, чем у многих средств современной косметической промышленности», – отметил один из исследователей Юхан Аксельссон. По его словам, тот, кто хочет выглядеть красивым, большое внимание должен уделять именно качественному ночному сну.

ami-tass.ru

Спорт не вредит здоровью

Считается, что профессиональный спорт не оздоравливает, а наоборот – сулит лишь травмы из-за мощных перегрузок. Группа ученых под руководством Оливера Нойбауэра из Института нутрициологии Венского университета решила проверить данное утверждение.

В частности, экспертов заинтересовали нагрузки, с которыми вынужден справляться участник соревнований по триатлону. Так, согласно стандарту, каждому спортсмену нужно проплыть 3,8 километра, проехать 180 километров на велосипеде и пробежать 42-километровый марафон. Исследователи провели эксперимент, чтобы понять, насколько подобные нагрузки опасны.

Группе добровольцев, состоящей из 42 мужчин, было предложено сдать анализы крови за два дня до начала спортивных соревнований, сразу после финиша, по прошествии суток, а потом через 5 и 19 дней. В ходе каждого анализа определялась концентрация маркеров окислительного стресса, воспалительных процессов, повреждения мышечных тканей, включая сердечную мышцу и наличие поврежденных молекул ДНК в лимфоцитах.

В итоге оказалось, что увеличение концентрации описанных маркеров, действительно, наблюдалось, однако лишь на небольшое время. Через пять дней все основные параметры приходили в норму. Ученые констатируют: при оптимальном режиме тренировок и 2-3-недельном перерыве после каждого серьезного соревнования можно сохранить здоровье и молодость надолго.

Medicine.newsru.com