

У нового министра здравоохранения Новосибирской области огромный дефицит времени. Тем не менее он удивительно легко, день в день согласился на интервью, признавшись: «К «Медицинской газете» у меня уже долгие десятилетия самое хорошее, тёплое отношение».

Доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, известный онкоуролог Леонид ШАПЛЫГИН возглавил региональную медицинскую отрасль со сложнейшей структурой, в которой и сельские, и городские, и областные, и федеральные, и академические, и частные клиники. По словам вновь назначенного руководителя Минздрава Новосибирской области, его главная цель – консолидировать усилия всех участников этого уникального медицинского кластера, чтобы медицинская помощь любого вида сложности стала равно доступной каждому жителю региона.

– Леонид Васильевич, какие приоритеты у министерства в развитии направлений, видов медицинской помощи или конкретных лечебных учреждений?

– В первую очередь мы концентрируем усилия на службе родовспоможения и оказания помощи детям. На второе место по значимости поставили развитие службы скорой помощи, поскольку это касается каждого человека: «скорая» должна приехать вовремя и быть оснащена всем необходимым оборудованием и медикаментами.

В числе самых важных, конечно, тема медицинского обслуживания людей старшего поколения. Я имею в виду все категории – и ветеранов войны, и ветеранов труда, и просто пенсионеров. Эти люди нуждаются в особенном внимании с нашей стороны, причём не только в госпиталях для ветеранов, но в каждой поликлинике и каждой больнице.

Мы также намерены изменить ситуацию в плане приближения специализированной медицинской помощи к пациенту. Надо быть честными: при всей провозглашаемой доступности медицинской помощи человеку из глубинки попасть на приём к профессору или главному специалисту сложно.

В конце января состоялся первый выезд в село врачебной бригады ведущих специалистов и профессоров из клиник Академии медицинских наук, федеральных медицинских центров, Новосибирского государственного медицинского университета и областных учреждений.

Программа была насыщенной: доктор провели консультирование пациентов, а также отбор больных на стационарное и хирургическое лечение, организовали для местных врачей мастер-классы по выполнению ультразвуковых диагностических исследований и эндоскопических исследований, прочитали несколько тематических лекций для пациентов, школьников, студентов колледжа. Я планирую эффективность первой поездки очень высоко. Такие «профессорские десанты» мы будем практиковать регулярно, планируем за год посетить все районы области.

Следующий приоритет – амбулаторно-поликлиническое звено. К сожалению, многие поликлиники в Новосибирске располагаются

бернатором поставлена задача планировать также строительство поликлиник второй очереди. И вот когда новых зданий станет больше, они будут использоваться уже не в дополнение, а взамен существующих.

– А где планируете набирать врачей и медсестёр для новых ЛПУ?

– Этот вопрос я слышу не в первый раз... Сказать, что сразу все штаты будут укомплектова-

дует, если главный врач не выполнит, не справится?

– Снимать с работы не буду, потому что уволить проще всего, а кого поставить на это место? Кадровый резерв управленцев – самое уязвимое место в любой отрасли, включая здравоохранение. Правильнее научить и заставить человека, который работает на должности руководителя, выполнять то, что ему предписано. Личная ответствен-

казателям регион вписывается в параметры «дорожной карты», но почивать на лаврах рано. Весьма существенно ситуация изменится к лучшему, когда в Новосибирской области появится онкологический центр – серьёзное, хорошо оснащённое учреждение, и вся работа по оказанию онкологической помощи будет структурирована. Пока помощь по данному профилю оказывается больным в разных лечебных учреждениях

Наши интервью

Планы министерства обозначены

Принципиальные позиции главы отрасли в регионе



в приспособленных помещениях, на первых этажах жилых домов, в пристройках. Мы решили не идти по пути капремонтов, потому что это большая и чаще всего бессмысленная трата денег: как ни отремонтируй, в итоге получаешь примерно то, что и было, только с покрашенными стенами. Решили строить новые.

– Это будут поликлиники взамен или в дополнение к имеющимся?

– Пока в дополнение. На совещании с главными врачами мы определили 7 мест в городе, где остро стоит проблема доступности первичной помощи: там строятся новые микрорайоны, и имеющимся поликлиникам уже не хватает мощностей. Все здания будут возводиться на условиях государственно-частного партнёрства.

Семь поликлиник – это только объекты первой очереди. Гу-

ны, конечно, нельзя, потребуется какое-то время. Но ведь подготовка врачей в НГМУ продолжается. И, кроме того, сейчас в Новосибирской области более 1100 негосударственных медицинских организаций. Убеждён: такое количество частных центров сохраняется до той поры, пока система государственного здравоохранения работает недостаточно эффективно. Будем мы работать лучше – врачи вернутся.

– Вы в этом уверены?

– Уверен.

– По вашей инициативе министерство начало проводить еженедельные совещания с главными врачами, обсуждать политику в отрасли, заслушивать мнения коллег. Говорят, что на этих совещаниях вы часто, давая поручения, добавляете «Под вашу личную ответственность». Что после-

ность – нормальное явление, главный врач обязан отвечать за всё. В качестве мер воздействия есть административные меры, возможность провести финансово-экономическую проверку или проверку лечебной работы, да и само публичное разбирательство на планёрке никому не доставит удовольствия.

– Вы не упомянули в числе приоритетов кардиологическую и онкологическую службы. По уровню поздней выявляемости и смертности от той и другой патологии Новосибирская область, увы, не в числе самых благополучных.

– Но и не в числе самых проблемных. Мы действительно пока отстаём в достижении показателей, которые определены «дорожной картой» по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Хотя делается немало: открыты и работают 8 сосудистых центров, благодаря чему ситуация заметно улучшается. В настоящее время готовятся приказы по оказанию медицинской помощи по разным профилям, и кардиологической в первую очередь. Речь идёт о соблюдении порядков и стандартов оказания помощи при сердечно-сосудистой патологии, а также о чёткой маршрутизации таких пациентов.

Помощь при инфаркте оказывается вовремя, а вот диагностических коронарографий до него мы выполняем недостаточное количество, хотя технические возможности для этого есть. Наконец, возможности областного кардиодиспансера, на мой взгляд, используются не в полной мере. Недавно я назначил нового главного врача этого учреждения для того, чтобы изменить положение дел.

С онкологией ситуация подобная. Хотя формально по по-

региона – и в городских, и в областных, и в федеральных. Это не способствует единообразию подходов, поскольку и возможности учреждений разные, и опыт у врачей разный.

Если всё пойдёт по плану, новосибирский онкоцентр станет одним из лучших в стране. О сроках ввода говорить преждевременно, мы только-только вышли на стадию аукциона по проектированию здания. Но, учитывая современные темпы строительных работ, я не думаю, что это будет долгострой.

– Вопрос о программе «Земский врач»: считаете ли вы её эффективной?

– Да, считаю. В прошлом году в сельские районы Новосибирской области уехали 90 врачей, это в среднем по три человека в каждую ЦРБ. В нынешнем году планируем получить финансирование на 150 человек, столько молодых специалистов уже записались в программу. Это очень серьёзный вклад, чтобы улучшить ситуацию с медицинской помощью на селе.

– С вашим приходом Минздрав области вновь поднял «железный занавес»: информация стала открытой и доступной.

– Это моя принципиальная позиция. Мы даже начали издавать информационный сборник областного Минздрава периодичностью 2 раза в месяц. Сайт ведомства также должен быть максимально информативен и для СМИ, и для каждого жителя области. А ещё министерство оформило подписку на «Медицинскую газету» – как же без неё?

Беседу вела
Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Инициатива

Может ли амбулаторная медицинская помощь стать полноценной заменой стационарному лечению? По мнению министра здравоохранения Республики Алтай Владимира Пелеганчука, во многих случаях может. Выступая на коллегии Минздрава республики, посвящённой итогам работы отрасли в 2013 г., глава ведомства поставил такую задачу перед руководителями лечебных учреждений региона.

По информации министерства, за период с 2006 по 2013 г. коечный фонд стационаров в

«Ночёвка» в больнице отменяется

Республике Алтай сокращён на 20,5%. В настоящее время в здравоохранении региона «работают» 1629 круглосуточных коек. Показатель обеспеченности населения составляет 77 на 10 тыс. жителей, что значительно ниже, чем в среднем по РФ и Сибирскому федеральному округу (84,1 и 88,8 на 10 тыс. соответственно).

Однако сказать, что потребность местного населения в стационарном лечении не удов-

летворяется, нельзя: за те же 7 лет значительно увеличено количество коек дневного пребывания. Сегодня в ЛПУ республики развёрнуто 444 места в дневных стационарах, и по данному показателю – 21 «дневная» койка на 10 тыс. жителей – Республика Алтай, напротив, заметно опережает как среднероссийские цифры, так и среднесибирские. Таким образом, реструктуризация коечного фонда не привела к ухудшению качества и ограничению доступ-

ности медицинской помощи в регионе.

Владимир Пелеганчук считает оптимальным нынешнее соотношение коек круглосуточного и дневного пребывания в республике. Тем не менее работа по реструктуризации коечного фонда будет продолжена, и до 2020 г. доля расходов бюджета на содержание круглосуточных стационарных коек должна ещё больше сократиться, а доля расходов на содержание коек днев-

ного пребывания – увеличиться.

В то же время, обращаясь к членам коллегии, министр подчеркнул, что лечебно-диагностическая помощь, оказанная в амбулаторных условиях, может стать полноценной заменой стационарной помощи только при хорошей материально-технической базе поликлиник и высоком уровне знаний врачей.

Елена ЮРИНА.

Горно-Алтайск.