

После награждения победителей Всероссийского конкурса «Лучший врач года» – 2013, одним из учредителей которого является «Медицинская газета», обладатели высшей награды – приза «Хрустальная Гигиена» собрались в Каминном зале «МГ» за традиционным «круглым столом». Беседа, как и во все предыдущие годы, прошла в тёплой дружеской обстановке. Правда, на этот раз она была, может быть, более откровенной, острой, звучало больше идей, конструктивных предложений по решению многих проблем. Наверное, это говорит о том, что лучшие представители нашей медицины не только «видят свет в конце туннеля», но и знают, как наладить наше дело, совершенствовать систему здравоохранения страны.

Конструктивность, взвешенность – эти основополагающие моменты стали главными в непросто разговоре наших врачей с журналистами, а значит, и нашими читателями. Высказывались они прямо и откровенно, поскольку уверены, что их предложения, критические замечания несомненно заинтересуют министра здравоохранения РФ В.Скворцову и её команду.

Наболело. И надоело!

– В нашем городе с населением в 400 тыс. человек – одна картина, а вокруг него – совсем другая: лечиться там негде и не у кого, поскольку районное звено медпомощи разрушено, – так начал своё выступление заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Института повышения квалификации из Хабаровска В.Воловик. – Мы концентрируем всю помощь в крупных городах, и у нас в ведущих лечебных учреждениях Хабаровска сосредоточено современное оборудование не хуже, чем в США, с которыми мы часто сравниваем нашу систему здравоохранения. Но отойдите в сторону – в районы: участковые больницы закрыты, а из районных больниц сделали непонятно что. Уровень помощи мы, конечно, поддерживаем, обучаем молодых специалистов. Но что дальше? Сейчас есть, правда, попытки реанимировать глубину здравоохранения, правительство повернулось к селу лицом, краевые и целевые программы действуют. Но вопросов много. Вот мы прооперировали больного, а долечивать его негде. Если ко мне попадает пациент из края, я делаю ему всё. А выписать боюсь – некуда, он живёт в селе, где ничего нет. Кто там может знать, что такое эндопротезирование? Но в стране же существуют реабилитационные центры, специализированные санатории, и если мы оказываем высокотехнологичную помощь, должна быть поэтапная система реабилитации, которую мы предлагаем не один год: стационар – реабилитационная койка (кардиохирургическая, нейрохирургическая, травматологическая и т.д.), и пациента надо переводить на неё, там работают совсем другие специалисты. Да и стоимость той койки намного дешевле, чем нашей, это экономически выгоднее. Только после этих этапов пациента можно переводить на амбулаторную помощь.

Здесь возникает и другой вопрос. Мы пролечили человека, он получал у нас всё бесплатно. Как только его выписали, всё лечение он должен проводить за свои деньги, потому что никаких льгот у него нет, и среднестатистический больной предоставлен сам себе. Разве может он купить те препараты, которые мы ему прописали? Один из 10-20, а остальные?...

Сейчас, чтобы получить инвалидность – «легче повеситься». С Министерством труда и социальной защиты и его службами на местах общаться бесполезно. Даже если у пациента нет руки, для них это ещё не факт.

Всё острее становится проблема кадров. В Хабаровске укомплектованность участковыми терапевтами и педиатрами – 50%, в основном это женщины пенсионного и предпенсионного возраста, и за ними никто не стоит. Рассчитано, что ежегодно приток «свежей крови» – молодых в здравоохранение должен

Конечно, труд наш оплачивается невысоко. В Хабаровске, если врач высшей категории «живёт в больнице», плюс у него 10 дежурств в месяц – его зарплата 30 тыс. руб. А если не дежурит по каким-то причинам – делите пополам, молодой доктор получает 6-7 тыс. руб.

На торжественной церемонии награждения лучших врачей, министр здравоохранения В.Скворцова назвала нас элитой общества. Действительно, врач – профессия особенная, он отвечает за жизнь человека. А ему порой не на что купить что-то приличное своему ребёнку!

такой политики не совсем понятен, поскольку штрафы, которые накладываются, ни в какой степени не идут на улучшение системы медицинской помощи, а наоборот, вычитаются из тех средств, которые расходуются на медикаменты, питание больных и др.

Кроме того, врачам приходится сейчас много времени проводить за медицинской документацией, чтобы налицо было свидетельство, доказывающее правильность ведения больного. Бумажные носители при этом не отменяются. К чему такая двойная работа? Это тоже сокращает

«03» поставляется современное оборудование, и такого шофера-фельдшера надо обучить, как с ним обращаться, он должен уметь на нём работать.

В общем, наметилась тенденция, когда врачей убирают со «скорой» и заменяют их фельдшерскими бригадами, экономия средств. Сегодня у нас из 38 врачей 25 – пенсионного возраста, и при этом работающих на линии только 2, а среди 12 врачей среднего возраста молодых только двое.

Хочу дополнить коллегу по вопросу о работе в системе ОМС, которая внедрена и в

«Круглый стол»

Как там жизнь за пределами Москвы?

Лучшие врачи страны говорят в редакции своей профессиональной газеты о том, о чём прежде предпочитали молчать



быть 8-10%, только тогда система жизнеспособна. А они не приходят к нам.

Мы имеем специализированные стационары – это здорово, ещё 10 лет назад не могли даже мечтать об этом. Кадры готовим не только на своих базах, но ездим в США, Японию. У нас нередко бывают корейцы, японцы, китайцы, они привозят свои современные медицинские системы, мы учимся на них работать, внедряем их у себя и оставляем в наших клиниках. Мы порой отправляем к ним наших пациентов. На этапах становления новой технологии, методики это выгодно и нам и им. Считаю, что такая практика нормальная.

Я – травматолог-ортопед и с горечью отмечаю, что травматологи у нас «голые», мы не можем закрыть в них даже дежурства, хоть иди туда работать сам. В районах не то что травматолога, но и хирурга нет, и кто-то из специалистов или совсем молодой хирург берётся лечить травму. Что из этого подчас получается, понимают многие. При всём при этом увеличивать травматологические койки никто не собирает, их только сокращают. И в то же время руководство нередко мне говорит: «Этого пациента надо положить». А в стационаре 60 коек, и 93 человека уже лежат, койки ставим в коридорах, холлах и даже в моём кабинете. Наболело всё это, и хочется высказаться, поскольку есть надежда, что что-то сдвинется с места.

И я слышу это регулярно. Да, сейчас нет дефицита товаров, всё что хочешь – бери, только когда кошелек полный. А если это невозможно сделать, врачи разочаровываются, и тогда напрасно спрашивать их, почему они уходят из профессии.

Нужны критерии

Одна из незаживающих ран здравоохранения – взаимоотношения медицинских учреждений с фондами обязательного медицинского страхования. Поднял её и заведующий офтальмологическим отделением Воронежской городской клинической больницы № 17 Р.Авдеев:

– В разных регионах взаимодействия со страховыми компаниями разные. К нам они приходят для проверок с определённой периодичностью и, знакомясь с медицинской документацией за пролеченных больных, часто делают это формально, поскольку у них нет единых требований. Например, в одном месяце представитель компании накладывает огромные штрафы за какие-то просчёты. Мы их исправляем. Во время следующей проверки он снова находит недочёты, которые раньше не отмечал. Мы спрашиваем: «Почему же в прошлый раз вы нам об этом не сказали?» Ответ невразумителен. Отсюда напрашивается вывод, что у проверяющих есть свой план, согласно которому они должны оштрафовать медицинское учреждение. Смысл

времени общения с пациентом, а порой даже его обследование.

О скорой помощи – на полном серьёзе

Реорганизация службы «03» вызвала немало вопросов. Свой взгляд на её перестройку высказала врач станции скорой медицинской помощи из Улан-Удэ Республика Бурятия М.Колдунова:

– Немало вопросов вызывает введение у нас должности «фельдшер-водитель». То есть теперь на вызов должен ехать врач с водителем или фельдшер с фельдшером-водителем. Это нововведение оторвано от жизни. Что такое работа медика-водителя? Человек находится за рулём, его руки частенько в машинном масле – о какой помощи больному можно говорить, если она потребует? «Скорая» порой приезжает в места, куда страшно даже заходить. А если в пути больному уже надо оказывать помощь? Практически это сделать невозможно: машина должна остановиться, фельдшер-шофёр – обработать руки, и только тогда войти в салон и помочь врачу или фельдшеру в экстренной ситуации. Значит, надо бросить кабину машины. А у нас есть случаи угона санитарного транспорта, поскольку в нём имеются лекарства, ими хотят воспользоваться наркоманы, бандиты, а то и просто хулиганы мечтают «с ветерком» прокатиться на санитарном авто. Кроме того, сегодня на

нашу службу. Правила игры меняются от месяца к месяцу, невозможно ориентироваться, как заполнять медицинские документы. Но это ещё полдела – штрафы небольшие. Проблема в другом – только сейчас вышли медико-экономические стандарты, протоколов оказания медицинской помощи пока нет. Нельзя использовать у нас и некоторые медикаменты, которыми раньше пользовались. Если мы покупаем препарат, который не предусмотрен стандартом, – получим штраф. Но при этом все страховые компании говорят, что они работают на пользу пациента. Да, с введением ОМС станции стали получать больше денежных средств, поскольку у нас подушевое финансирование, а не за пролеченный случай. Но эти деньги с каждым годом будут убывать по той простой причине, что «скорая» не сможет выполнять план по количеству вызовов. Мне как врачу непонятно, какой план может быть у «03». Я всегда считала и считаю, что если нет вызовов у «скорой» или их мало, значит, первичное звено здравоохранения – наши поликлиники – работают отлично, значит, дорожно-транспортных происшествий почти не происходит, а детских несчастий не случается, потому что все родители рачительны, владеют медицинскими знаниями настолько хорошо, что в любую минуту могут оказать своему ребёнку необходимую помощь. Значит, торжествует профилактика! А сегодня дело обстоит так: на сколько мы не выполним план, на столько процентов нам урежут бюджет на следующий год. Вот и разгадка!

Нельзя не обратить внимание, что в последнее время всё больше регистрируется запущенных больных, поликлиники перестали давать направления в стационар. Граждане этот момент почувствовали и, вызывая «скорую», утяжеляют симптомы своих заболеваний. Реальная помощь им не нужна, но мы же обязаны к ним выехать! Почему таких «больных» не наказывают, почему нет никакой юридической ответственности за необоснованные вызовы? Вот человек порезал палец, расшиб коленку, разве он не может обратиться в травматологию? Нет, он требует к себе «скорую», а когда мы отвозим его, он жалуется на нас. Сегодня в каждом учреждении на видном месте находится

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

информация – телефон прямой линии с Министерством здравоохранения, горячая линия с Департаментом или Управлением здравоохранения территории. И пошла свистопляска! Врач оказывается незащищённым.

Хочу сказать добрые слова о наших российских станциях «скорой». Это отличная школа для врача, даже если после окончания вуза доктор не пойдёт туда работать, но, пройдя здесь практику, он становится настоящим асом своего дела. «Скорая» вырабатывает у врача особые навыки, поскольку её требования – знание патологии, быстрый ум, умение оперативно принимать решения. Помню, когда училась в Томском медицинском институте, у нас уже с 3-го курса были обязательны дежурства на «03», и продолжались они вплоть до окончания вуза. Один раз в неделю каждый студент обязан был дежурить на «скорой». Потом мы получали документ, дающий право работать фельдшером. Сейчас на станции приходит много нового оборудования, а работать некому. В ближайшее время в специализированные бригады поставят аппараты УЗИ, а кто их будет осваивать? Некому. Обидно, что сертификат врача «скорой» недействителен ни в одном лечебном учреждении, может, ещё и потому молодые не торопятся в нашу службу.

О молодых замолвим слово

Многие участники «круглого стола» поднимали вопрос о кадрах. С особой тревогой о сегодняшнем положении молодого доктора говорил заведующий отделением эндоскопии Республиканской клинической больницы им. Г.Я.Ремиевской из Хакасии **Н.Буторин**.

– Молодая смена нам нужна как никогда, мы ощущаем её нехватку, однако молодых врачей, которые приходят к нам работать, остаётся только пожалеть. Разница между врачом со стажем и только что окончившим вуз велика. Молодой не имеет права работать платно, в санитарную авиацию и частную клинику его вряд ли возьмут. И если доктор со стажем в целом обеспечен, то молодой, пока 5 лет не отработает, непонятно, на что живёт.

Наша российская медицина развивается как-то зигзагообразно. Давайте вспомним недавнее время: когда участковым терапевтам повысили оклады, работающие у нас в больнице прекрасные гематологи тут же ушли в эту службу, стационар остался пуст. Сейчас врачам, которые едут работать в сельскую местность, государство выделяет 1 млн руб. И вот у меня работала прекрасный молодой врач, год мы его обучали, а оставить у себя не смогли, поскольку жить ему было не на что, и он уехал в район. Разве это дело?!

Или посмотрите, какой нелепый перекоп образовался в оплате труда. Недавно санитаркам повысили зарплату. Она, санитарка, убирает 4 туалета в день, не отвечает за жизнь человека, и получает 16 тыс. руб. А медсестра – 13 тыс. Врач первого года работы – 15 тыс. Выводы?

Или такой вопрос: кто придумал после окончания вуза вместо 4-месячных специализаций, ввести 5-летнюю ординатуру? Да, в Москве нет и никогда не будет проблем с кадрами. Но то, что за Московской кольцевой автодорогой Россия стала голой, об этом кто-то подумал? В 90-е годы мы потеряли целое поколение детей. Сейчас молодых мало, надежды, что они придут в медицину, ещё меньше, пока мы выезжаем на старых кадрах. Да, через 11 лет (6 лет учёбы в вузе и 5 в ординатуре) может что-то

и изменится, но пока приходится тяжело.

Очень обидно нам, на периферии, слышать, что, мол, врачи взяточники, что вроде мы даже стоим во втором месте в рейтинге коррупционеров. А наша «взятка» – это коробка конфет от благодарных пациентов...

Разные судьбы

У каждого врача своя дорога в профессию. Участковый терапевт городской поликлиники № 1 Стерлитамака из Башкортостана **Г.Валеева** начинала свой путь врачом подросткового кабинета. А сегодня...

– Сегодня эта служба в загоне, дети брошены, – рассказывает она. – Подростковый возраст – это период, когда человек уже не ребёнок, но ещё и не взрослый. Когда закрыли подростковую службу, пришлось переквалифицироваться в участкового врача. У нас особая миссия – мы первыми контактируем с пациентом, в этот момент участковый врач – и хирург, и терапевт, и психиатр, и стоматолог, и лор. Вот повысили нам зарплату, а ведь никто так и не идёт работать в нашу службу. У нас в поликлинике 16 участков, 4 врача – пенсионного возраста, я – предпенсионного, очень устаю. Участки большие, у меня их два, один из них обслуживаю только на приёме в поликлинике, и это меня не удовлетворяет. Ведь я должна знать своих пациентов досконально. Однажды порой и врачом себя не чувствую. Мне «спускают» какие-то шаблоны и говорят, что «так надо лечить», но больному это не помогает. Я назначаю ему необходимый препарат, однако приходит представитель страховой компании и штрафует меня. Хотя проверяющая нередко по специальности всего лишь медсестра.

Составляем мы на каждый квартал льготные рецепты, но никогда заявки полностью не выполняются. Выписываются какие-то копеечные, малоэффективные лекарства, которые я всё равно больному никогда не назначу. Не случайно сегодня многие больные, имеющие льготы по инвалидности, отказываются от соцпакетов, поскольку необходимые лекарства им не дают.

Актуальным стал вопрос с больничными листами. Поскольку их дают на 3 дня, а не на 5, как раньше, пациент приходит на приём, а назначения врача не выполнены. Когда спрашиваешь его, почему, ответ один: «Я ещё не получил зарплату». Сокращаются и хорошо зарекомендовавшие себя дневные стационары, очереди в них приходится долго ждать.

Всё острее встаёт вопрос с медицинскими сёстрами. К нам сейчас приходят из медицинских училищ «стерильные девочки», обучать всему им приходится на месте, они по-латыни даже аспирин не могут выписать. Да и доктора нередко не лучше. Внедрили всеобщую диспансеризацию, но кто её будет проводить? В нашей поликлинике всего один хирург. Значит, надо было сначала решить кадровую проблему.

Что делать с выпивохами?

Участковый психиатр из Новооскольской ЦРБ Белгородской области **Е.Малева**, работающая на участке, с болью говорила о проблеме медицинских вытрезвителей. Их закрыли, а ответственность за алкоголиков возложили на медицинских работников. Привозят, например, такого «не вяжущего лыка», да ещё агрессивного пьяницу в медицинское учреждение, а там молодые женщины – доктор и медсестра, что они могут сделать? Физические меры к ним

применять нельзя, полиция не имеет права действовать, пока нет состава преступления. Если нет тяжёлого психического расстройства от алкогольной интоксикации, психиатр не имеет права помещать его в психиатрическую больницу. Те, кто принимал такое решение о медвытрезвителях, пусть подскажут врачам, как им действовать, какую профилактику проводить? Сегодня кое-где в областях создают платные структуры, и там есть результаты, но не на базе же медицинских учреждений надо искоренять алкоголизм. А ведь ещё несколько лет назад у нас был неплохой опыт – действовали лечебно-трудовые профилактории. Люди в них проходили ремиссию, у них не было условий для алкоголизации, там они хоть как-то держались, да и в дальнейшем судьба у кого-то менялась. Добровольность наркологической помощи довела наркологию до абсурда: если я хочу, то лечусь, а если нет – «отстаньте от меня». Нельзя в сельской местности списывать алкоголиков на амбулаторную помощь. Сёла расположены в нескольких километрах друг от друга, врач должен ещё туда как-то добираться, чтобы выяснить, принимает ли человек те препараты, которые ему прописаны.

О трудностях работы врача общей практики говорила врач Ишакского отделения ОВП Чебоксарской районной больницы из Чувашии **Е.Жирнова**. Радиус обслуживания её пациентов 15-17 км, удалённость участков, их размеры нигде не учитываются. Иногда слышишь замечания: почему кардиологического больного не досмотрела, пропустила травматологическую патологию? Но автотранспорта у нас нет. Был бы – можно было бы после приёма поехать к пациенту, осмотреть его, проконсультировать, а так надо добираться за свой счёт. К большому сожалению, у нашего населения нет приверженности к здоровому образу жизни, не воспитываем мы своих граждан. Часто наш больной нарушает режим, но требует одного – положить его в стационар...

На «круглом столе» было сказано и немало хороших слов о сегодняшнем дне нашего здравоохранения. На положительной ноте заключила общую беседу врач-бактериолог Инфекционной больницы им. Е.Н.Павловского из Белгорода **С.Волубева**. Она говорила о таких деятельных руководителях, как в её учреждении, благодаря которым медицинские учреждения прирастают замечательной техникой.

– Мне приятно ходить на работу, где есть лаборатория, оснащённая современной аппаратурой, – сказала она. – Наша ПЦР-диагностика позволяет подтвердить правильность диагноза в 99% случаев.

Но, как и многие участники встречи, она поддержала своих коллег в том, что из-за низких зарплат – 19 тыс. руб. (даже при большом стаже) – профессия буквально себя изживает. На место аксакалов медицины молодёжь если и приходит, то долго не задерживается, быстро исчезает. А кто будет лечить народ? Да, трудно быть врачом в России. Далеко не просто даётся престиж и почёт, о котором так любят вспоминать в столице... Надеемся, что всё, о чём говорили, лучшие врачи, собравшиеся в «МГ», услышат руководители и федеральных и территориальных учреждений здравоохранения.

Подготовила
Валентина ЗАЙЦЕВА,
редактор отдела
здравоохранения «МГ».

НА СНИМКЕ: участники «круглого стола» в редакции «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

События

Новые «скорые» для Дагестана



В Дагестане заметно обновился автопарк скорой помощи. Недавно министр здравоохранения Дагестана Танка Ибрагимов торжественно передал руководителям районных больниц 32 машины.

Кроме того, крупные учреждения – Республиканская клиническая больница, Детская республиканская клиническая больница и городская детская поликлиника № 5 Махачкалы получили 3 мобильных медицинских комплекса для проведения массовой диспансеризации детского и взрослого населения, проживающего в отдалённых местностях.

Ещё до 1 августа, также в рамках программы модернизации здравоохранения, в лечебные учреждения республики уже были поставлены 108 машин скорой помощи. В целом в учреждения здравоохранения Дагестана за этот год уже направлено 140 машин скорой помощи и 3 мо-

бильных медицинских комплексов для диспансеризации взрослого и детского населения на базе шасси КамАЗа, на общую сумму 150 млн руб.

Как отметил министр Танка Ибрагимов, «благодаря получению санитарного автотранспорта и установке спутниковой навигационной системы ГЛОНАСС/GPS заметно улучшились качественные показатели обслуживания населения республики: повысились уровень и качество скорой и неотложной медицинской помощи населению, в среднем на 5-7 минут сократилось время доезда до больного, сократился холостой пробег машины скорой помощи, отмечается экономия расходов на горюче-смазочные материалы».

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Республика Дагестан.

НА СНИМКЕ: новые «скорые» готовы к выезду.

Профилактика

Преграждая путь наркомании и алкоголизму

Создание отечественной системы комплексной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей послужило началу активного взаимодействия государственных и негосударственных структур, занимающихся этими проблемами.

Так, в рамках заключённого соглашения о сотрудничестве между некоммерческим фондом «Здоровая страна» и Московским научно-практическим центром наркологии на днях прошло совместное мероприятие по профилактике социально значимых заболеваний.

Благодаря сотрудникам отделения профилактики ВИЧ/СПИДа МНПЦ наркологии в реабилитационном центре «Навигатор», организованном в рамках деятельности НФ «Здоровая страна», состоялась демонстрация информационного фильма по этой проблематике, а после просмотра, в ходе живого диалога, медицинские и социальные работники ответили на все интересующие вопросы. Кроме того, из присутствующих 32 человек в РЦ «Навигатор» добровольно тестирование на наркотики прошли 12 человек, на наличие ВИЧ-инфекции – 27. Ведущий специалист МНПЦ наркологии

А.Максимовская сказала присутствующим, что центр, который она представляет, рад началу сотрудничества с фондом «Здоровая страна» в виде совместного мероприятия по профилактике социально значимых заболеваний.

– Проведённое мероприятие – это только начало сотрудничества в комплексе оказания медицинской помощи со стороны МНПЦ наркологии центрам социальной адаптации нашего фонда, – считает президент некоммерческого фонда «Здоровая страна» Андрей Новаков. – Вскоре планируется лекция о гепатитах и посещение нашего реабилитационного центра «Рекавери», расположенного в Подмоскowie. А уже на днях в медицинском центре можно будет сдать анализы на наличие инфекций, передающихся половым путём. Подобные мероприятия позволяют объединять усилия наркологического сообщества и повышают эффективность оказания медико-социальной помощи населению. Таким образом, работа общественных организаций в деле борьбы с наркоманией и алкоголизмом становится всё более заметной и эффективной.

Найля САФИНА,
корр. «МГ».

Москва.