

Реформирование российского здравоохранения в последние 20 лет происходит столь стремительно, что откликаться на каждую из «реформ», на каждый поворот «сюжета» значит оказаться «не в теме». Смена каналов финансирования отрасли, соотношение платной и бесплатной медпомощи, постепенный отказ от содержания медицины из бюджета – за всё платит ОМС и т.д. и т.п.

В своё время «МГ» охарактеризовало ситуацию с отечественной медициной как «исчезающая Атлантида» (см. «МГ» № 21 от 28.03.2012). Теперь можно с полной уверенностью сказать: она исчезла. Исчезло многое, а может быть всё, что составляло в прошлом суть и гордость системы охраны и сбережения здоровья населения. Прослужив медицине более 50 лет в качестве практикующего врача и 40 преподавателем клинической кафедры медицинского вуза, мне есть с чем сравнивать то, что было, с тем, что есть.

### Тогда

Старинная больница. С самого своего возникновения она была и остаётся до сих пор клинической базой нескольких кафедр большого медицинского института (теперь университета).

Что характерно для больницы столь почтенного возраста, это гармоничное сочетание в коллективе врачей всех возрастных групп. Заведующие отделениями вырастали из молодых, становились асами своего дела. Опыт и профессионализм их был на уровне хорошего доцента кафедры. Они были авторитетом не только для своих, больничных ординаторов, но и ординаторов кафедр. Порой нельзя было отличить своих, больничных врачей, от кафедральных коллег. И те и другие с полной профессиональной отдачей служили делу врачевания. Много было «старых» опытных врачей, долгие годы проработавших в своих отделениях. Проводы на пенсию сопровождалась добрыми словами перед коллективом больницы на еженедельных пятничных конференциях, вручением цветов и подарков.

Главными врачами становились воспитанники больницы, как правило, заведующие отделениями, прослужившие не один десяток лет. Их хорошо знали, вместе с их достоинствами и недостатками. К кафедральным коллективам они относились с уважением. Врачи больницы «без отрыва от производства» выполняли научные работы и успешно защищали диссертации. Более того, некоторые из них «переходили» в преподаватели.

Могу без колебания сказать, что мы были единым коллективом при выполнении своих врачебных обязанностей – сотрудники больницы и кафедр. Кафедры играли немалую роль в создании определённой деонтологической атмосферы в больнице. Стремясь быть примером для студентов, преподаватели становились таковыми и для врачей, особенно молодых, среди которых было много выпускников их вуза.

К чести главных врачей надо сказать, что они были в непосредственном контакте с заведующими кафедрами. Были сложности во взаимоотношениях между ними? Были. Чаще всего это касалось дисциплины кафедральных ординаторов и интернов – невыход на дежурство без предварительного извещения, огрехи в оформлении и написании истории болезни.

Особенно важно было то, что руководство больницы всегда находило приемлемый для обеих сторон выход из трудного положения с помещениями для учебных комнат. Это самая злободневная проблема в любой клинической больнице.

Естественно, интересы главного врача и кафедральных коллективов в этом вопросе были разнонаправленными. Больнице надо было обеспечить оптимальное содержание больных, заведующему кафедрой – по возможности нужное количество

### Читатель – газета

## До основания ... а затем?

### Что мы потеряли и что приобрели за последние 20 лет?

и удовлетворительное состояние учебных помещений. Не секрет, что, по крайней мере, более или менее комфортные условия для проведения учебного процесса во многом обеспечивают его эффективность. Практически всегда обе стороны умели находить приемлемое решение.

Особо следует сказать о лечебно-диагностическом процессе. Были все возможности для полноценного клинического обследования больного как в самой больнице, так, по показаниям, и в других учреждениях. Можно было приглашать больного для повторной госпитализации, если было необходимо проследить течение заболевания и внести коррективы в лечение. Это создавало условия для проведения научных исследований. Сотрудники кафедр в соавторстве с врачами больницы писали научные статьи, издавали монографии. В порядке вещей были консилиумы по трудным больным с непременно участием профессоров и доцентов кафедр, созываемые, как правило, заместителями главного врача по лечебной работе. Ежегодный разбор летальности по больнице осуществлялся сотрудниками кафедр, ими же подготавливались и проводились клинико-анатомические и клинико-больничные конференции. Это была хорошая школа и для старших и для младших.

Так протекала интересная профессиональная жизнь двух коллективов, приносящая её участникам удовлетворение.

### Теперь

Читаешь тексты докладов и интервью официальных лиц разного ранга, а в них речь идёт о высокотехнологичном медицинском оборудовании, закупленном за отчётный период, о клинических стандартах, уже утверждённых, о том, насколько выросла зарплата врачей и среднего медицинского персонала, об информатизации и компьютеризации и других впечатляющих свершениях. И кажется, что с медицинской помощью населению дела идут на лад.

Если спуститься с небес, нарисованных в этих текстах, на землю повседневной жизни пациентов и тех, кто непосредственно оказывает им медицинскую помощь, то картина не вызывает, мягко говоря, энтузиазма.

Что думают о текущей ситуации со здравоохранением читатели «МГ» и о чём пишут её корреспонденты с мест? «Взаимное раздражение врачей и пациентов друг другом – плохой диагноз современной медицине и обществу в целом» (см. «МГ» № 5 от 23.01.2013). В Республике Тыва 30% респондентов, по дан-

ным социологическим исследованиям, отметили грубое и невнимательное отношение к больным врачам и другим медперсоналом. Причина, считают организаторы местного здравоохранения, в 1,5-2 раза превышающей норму нагрузку на врача и большом объёме бумажной работы. Способ поправить положение выбран весьма оригинальный (это мы уже проходили) – организация «наставничества» (см. «МГ» № 20 от 15.03.2013).

Они созданы теми условиями, в которые попали медицинские работники за эти годы. Уйдут условия, уйдут привычки и стереотипы. Не за привычками и стереотипами, а за условиями, их породившими, нужен государственный и ведомственный контроль и надзор.

«Любая реформа должна быть на благо населения. А если она не приносит улучшения, то какая же это реформа, зачем её проводить?» Так сказала жительница

принципы размещения больных по возрасту. С начала XX века в детских больницах дети грудного и раннего возраста госпитализировались в боксы. Теперь можно видеть грудничков в палатах на 6 коек вместе с мамами. Итого 12 человек. Такого раньше не было. Это грубое нарушение эпидемического режима в детском отделении со всеми вытекающими последствиями, которые не замедлили сказаться – внутрибольничные инфекции.

Можно найти оправдание этому явлению в необходимости платить врачам зарплату, дефиците боксированных коек, привести другие аргументы. Но в любом случае всё это говорит о плачевном состоянии отечественного здравоохранения.

Трудное финансовое положение в здравоохранении привело к назначению руководителями ЛПУ специалистов, которые в большей степени менеджеры. Отсюда и «менеджерский» подход к решению проблем. Нередко увольняются без объяснения причин врачи и медицинские сёстры, много лет проработавшие в больницах, увольняются без слов благодарности за многолетнее служение делу врачевания. Прерывается связь поколений, молодым врачам не у кого учиться профессии. Взаимоотношения между коллегами нередко напряжённые, переживаемые эмоции негативные. И трудное, очень трудное положение клинических кафедр в клинических больницах. Явилось то, чего никогда раньше не было между кафедральными коллективами: одна кафедра отнимает у другой учебные помещения, с которыми сейчас и так большие проблемы. Это тоже всё феномены бесконечного реформирования.

В любой системе дефект в одном из компонентов не остаётся без последствий для всей в целом. Имею в виду высшее медицинское образование. Об этом многократно писала «МГ». Повторяться нет смысла. Отмечу только новые явления последних лет, имеющие негативный характер.

Сокращение сроков пребывания больного на круглосуточной стационарной койке сейчас преподносится как «умение работать», зарабатывать деньги. Коль скоро это совершается, усугубляется и без того трудная ситуация с преподаванием клинических дисциплин. Студент не увидит, как протекает болезнь от её начала до выздоровления больного. Это даст будущему врачу фрагментарное представление о течении патологического процесса, такое же, как и наблюдение больного в дневном стационаре.

Краткосрочное пребывание больного в стационаре резко сужает возможности проведения клинических научных исследований. А внедрение лечебно-диагностических протоколов и стандартов ОМС свяжет по рукам учёных клинических НИИ.

Обещали создать к концу 2013 г. 13 кластеров, где можно будет одновременно лечить, учить и заниматься наукой. Осталось подождать совсем немного.

### ... а затем?

А затем мы читаем, что приобретено столько-то единиц современного оборудования медицинского назначения, внедрены протоколы и стандарты, повышена медработникам зарплата до «средней по больнице», о широком внедрении информатизации и компьютеризации, о симуляционных и дистанционных методах обучения ...

Рудольф АРТАМОНОВ,  
профессор.

одного из малых городов России корреспонденту «МГ» (см. «МГ» № 69 от 13.09.2013).

Какими «новациями» в деле организации медицинской помощи характеризуется теперешнее реформирование здравоохранения?

Вот что возмущает специалистов. «Разве допустимо, чтобы из самой сибирской глубинки поступил больной, а его через 5 дней отпустили домой? Сразу же будут рецидивы, и все затраты огромных средств уйдут впустую», – из интервью «МГ» академика РАМН Р.Карпова (см. «МГ» № 66 от 07.09.2012). В этом высказывании отражение установок на раннюю выписку из стационара для экономии средств на содержание дорогой стационарной койки. Сбережение жизни и здоровья людей дешёвым быть не может.

Мнение академика РАМН А.Караськова: «...пациент должен получить не только помощь по ВМП (высокотехнологичная медицинская помощь), но пройти весь комплекс сочетанной патологии в одной клинике. Например, больной поступил по федеральной квоте «сердечно-сосудистая хирургия», а в Новосибирском НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина выявляют онкологию. Оказываем помощь ВМП по двум профилям». За рубежом так делают с 90-х годов, добавляет академик (см. «МГ» № 48 от 03.07.2013).

То, о чём сказал А.Караськов, очень актуально для педиатрии. Больного ребёнка в стационаре пролечили от болезни, которая послужила показанием к госпитализации. У ребёнка, как и у взрослого больного, нередко одновременно имеет место не одна или две, а порой три болезни. Лечить эти, сопутствующие болезни, в одном стационаре не будут. Выпишут домой, и посоветуют обратиться в другое учреждение. Такова повседневная практика. По собственному врачебному опыту педиатра знаю, что не каждая мать выписанного таким образом ребёнка, найдёт время и силы искать это другое учреждение. Предсказать последствия такой «практики» нетрудно.

Результатом реформирования стало и то, что бюджетные больницы стали всё шире оказывать платные услуги. Доходит до неприличных ситуаций – в приёмном покое говорят, что свободных мест нет, есть только платные палаты. Мама больного ребёнка, имея полис на руках, соглашается...

Хуже всего то, что, может быть, в самом деле больницы, чтобы выжить, нарушают отечественными педиатрами разработанные