

КОНЪЮНКТУРА

ИНТЕРВЬЮ

Дмитрий Матвеев: Мы медицинские подразделения просто так не трогаем

Министр здравоохранения Прикамья — о приоритетах в деятельности минздрава и повышении качества оказания медицинских услуг

ЕЛЕНА БАРДУКОВА

— Расскажите, пожалуйста, о приоритетах в деятельности министерства здравоохранения, основных задачах в этой нелёгкой сфере, методах их решения.

— Сфера действительно нелёгкая. Проблем здесь накоплено, наверное, на десятилетие. Самый главный приоритет — выстроить систему здравоохранения с точки зрения её эффективности в интересах конкретного пациента. И здесь приоритетом у нас являются, естественно, поликлиники.

В этом году мы должны завершить реализацию проекта «Новая поликлиника»: привести учреждения в нормативное состояние, провести все необходимые ремонтные работы, наладить систему записи и уменьшить сроки ожидания врачей. Что касается участковых врачей, то мы уже видим хороший результат. В наиболее эффективно работающих поликлиниках сроки ожидания участковых врачей сократились до 24 часов, в не самых хорошо работающих — примерно четыре-пять дней, а в самых проблемных — до семи дней. Но это уже не 14, как было в прошлом году. Наша задача — до конца года добиться того, чтобы все участковые могли принять пациента в течение одного-двух дней максимум. И параллельно провести аналогичную работу по всем узким специалистам.

— **По всему региону?**

— Да, по всему краю. Сейчас норматив планового ожидания узких специалистов по программе госгарантий составляет 14 дней. Для наиболее востребованных мы хотим добиться показателя не более 10-11 дней, и абсолютно по всем специалистам мы должны укладываться в 14 дней. Пока есть проблемные специалисты, которых пациенты могут ждать не один месяц.

Кроме того, в поликлиниках реализуется проект развития в регионе системы электронного здравоохранения. Наша задача — в течение полутора-двух лет полностью уйти от бумажного ведения медицинской документации. Для этого и подключаем поликлиники к интернету, и закупаем компьютерное оборудование, и модернизируем наши информационные системы. После того как мы завершим проект по поликлиникам, приступим к масштабному приведению в соответствие стационаров.

Параллельно, конечно же, работаем с медицинскими приоритетами. Наиболее значимыми проблемами в этом году являются онкологические и сердечно-сосудистые заболевания. В этих сферах тоже пересматриваем схемы оказания медицинской помощи, создаём трёхуровневую систему по онкологии и

кардиологии. Это должно увеличить и доступность, и качество оказания этой медицинской помощи. Вся работа, связанная с онкологическими заболеваниями, должна быть направлена на их раннее выявление. Что касается сердечно-сосудистых заболеваний, то должна быть очень качественная диспансеризация, постоянное наблюдение за пациентом в группе риска. Понимаете, человек, который имеет болезни системы кровообращения или хотя бы повышенное давление, не излечится полностью, но он должен непрерывно наблюдаваться и получать лечение, чтобы не было осложнений в виде инсультов и инфарктов.

— Сейчас идёт работа по созданию крупных центров, на прошлой неделе открылась новая краевая больница в Березниках. Но как быть с отдалёнными территориями, особенно если дело касается случаев, требующих немедленного медицинского вмешательства?

— Все наши укрупнения не ухудшают, а только улучшают качество медицинской помощи в отдалённых территориях. Мы нигде никакие медицинские подразделения просто так не трогаем. Наша задача — создать эффективную рабочую структуру с минимальными затратами на управлеченческий персонал. В некоторых маленьких лечебных учреждениях в крае доля фонда оплаты труда административного персонала доходила до 40%, и деньги управленцам шли за счёт оплаты труда медиков, за счёт медикаментов. Это недопустимо. Мы должны создать крупные, эффективно работающие структуры и при этом максимально улучшать качество медпомощи для пациента.

Если мы говорим про удалённые территории, то тут главная задача — обеспечить доступность амбулаторно-поликлинической помощи в ФАПах. Больше 20 новых ФАПов мы построили в прошлом году по всему краю и будем продолжать это строительство как минимум два ближайших года. К 2020 году абсолютно все ФАПы в крае должны быть подключены к интернету. Кроме того, у ФАПов будет много дополнительных функций, это будет фактически мини-поликлиника. При необходимости фельдшеры должны записывать пациентов на приём и в центральные районные больницы, и в краевые учреждения непосредственно по месту жительства. В дальнейшем у них будет возможность проводить телемедицинские консультации и с ЦРБ, и, при необходимости, даже с краевыми медицинскими учреждениями. Помимо этого, мы должны обеспечить возможность забора анализов на базовые тесты во всех ФАПах. Это же касается и минимальных



диагностических исследований — например, ЭКГ-аппараты должны быть везде. В тех территориях, где нет своих аптек, будем оборудовать аптечный пункт. Сейчас во многих ФАПах это уже делается.

Всё, что является высокоспециализированным, — лечение инсультов, инфарктов, роды, серьёзные хирургические вмешательства — будет и должно делаться в крупных, хорошо оснащённых как оборудованием, так и кадрами территориальных центрах. Здесь основной проблемой является транспортная доступность таких центров: как приехать и особенно как оттуда уехать. Здесь работает по двум направлениям. Во-первых, вместе с министерством транспорта пересматриваем маршрутную автобусную сеть, чтобы все населённые пункты имели сообщение исходя из того, где какая медицинская помощь оказывается. Во-вторых, пока в пилотном режиме, но пробуем доставлять пациентов как на лечение, так и обратно силами медицинских организаций. Такой пилотный проект уже реализован на территории КУБа, следующий мы планируем запустить в объединённой больнице в Березниках.

— **С перспективой на весь край?**

— Да. Чтобы решить проблему, наверное, даже больше обратной доставки пациентов, которых привозят по линии скорой помощи или, например, на плановые операции в стационары. Понятно, что мы не можем превратиться в службу такси, но какие-то варианты будем искать.

— **Как процессы укрупнения больниц затронут персонал и медработников? Какая работа ведётся по «выравниванию» ситуации с разницей в размере заработных плат работников медучреждений?**

— Все укрупнения и создание кластеров направлены исключительно на снижение административных издержек, медиков при этом ни в коем случае не сокращают. Действительно, в разных больницах существует некий дисбаланс между заработными платами, мы будем оборудовать аптечный пункт. Сейчас во многих ФАПах это уже делается. Где-то мы отказываемся от излишних корпусов, лишних зданий, чтобы их не отапливать, не содержать. Не можем мы позволить себе содержать здание площадью 5 тыс. кв. м и при этом использовать всего 200 «квадратов». Это просто деньги на ветер. Кроме того, я считаю, что не должно быть большой разницы в зарплатах врачей стационаров и врачей поликлиник, — сейчас как раз смотрим, как наиболее эффективно выстроить систему оплаты труда.

— **Как планируете привлекать новые кадры?**

— Наша первоочередная задача — предложить достойную заработную плату наиболее востребованным специалистам (а прежде всего у нас их дефицит в поликлиниках), в частности участковым, узким специалистам, тем, кто ранее уходил из поликлиник в стационары и частные центры и вернулся в нашу систему.

Кроме того, договариваемся с муниципалитетами о предоставлении служебного жилья приезжим специалистам. Следующее — наша целевая ординатура. Каждый год более 200 человек обучается целевым образом: мы заключаем контракт с каждым учебным заведением, и человек получает образование с обязательством отработать в лечебном учреждении