

ОБЩЕСТВО



— Тема ФАПов действительно очень тяжёлая, и недовольство жителей обоснованно. Есть множество населённых пунктов, которые фактически не имеют медицинской помощи. Но строительством новых и даже приобретением мобильных ФАПов эту проблему полностью тоже не решить, это объективно.

ФАП — лечебное учреждение, которое лицензируется. Чтобы получить лицензию, оно должно соответствовать стандартам, обеспечить которые — удовольствие очень дорогое. Я уж не говорю про кадры, которыми укомплектовать каждый ФАП в каждой деревне крайне сложно.

На мой взгляд, выход здесь в другом. Нужно обеспечить условия для того, чтобы человек мог получить помочь в течение пресловутого «золотого часа». Для этого необходима круглосуточная связь в любой точке края (значит, нужна работа с сотовыми операторами) и транспортная доступность (санитарный высокопроходимый автотранспорт и санитарная авиация). То есть к нему за это время должна прибыть укомплектованная оборудованием, медикаментами бригада медиков и при необходимости срочно доставить в райцентр, где есть полностью обеспеченная по требованиям лицензии больница.

— Итак, изменения курса реформы за год не произошло. Доклад наделал шума, но в реальности никаких последствий не имеет, идём прежним курсом?

— Пожалуй, могу припомнить единственное организационное решение «по

мотивам» того доклада. Ряд помещений в государственных и муниципальных медицинских учреждениях сдавался в аренду. Так вот, на эту аренду в середине 2012 года был наложен тотальный запрет. Как бы в целях разобраться, нет ли тут злоупотреблений.

Это привело к совершенно абсурдным ситуациям. Например, с предприятием, которое организует питание на территории больницы, договор заключён на три года, а договор аренды помещений под эти цели — на год, на 2013 год договоры не подписывались, лежали в министерстве «мёртвым грузом» без движения. Ни распоряжений, ни приказов, ни внятного ответа — ничего. Просто негласный запрет. И когда в конце года возникла угроза того, что с 1 января больные останутся без питания либо кормить их придётся, по факту, незаконно, 29 декабря собрали все договоры по краю и скопом в один день подписали.

В остальном на жизни медучреждений тот доклад никак не отразился. Потому что специалисты понимают: логика начатых преобразований — железная, по этому пути сейчас идёт вся страна. Используя, к слову, именно пермский опыт. Другое дело, что у реформы осталась «незавершёнка» — как, например, с анализом причин вызова «скорой», который я приводил. Как в строительстве, «незавершёнка» не позволяет оценивать, хороший получился дом или плохой.

Поэтому нужно не устраивать популистские пиар-акции, которые только мешают работе, а просто доводить начатое дело до конца, вот и всё. ■

ТЕКУЩИЙ МОМЕНТ

«То, что сегодня происходит, — один из прорывных моментов»

На площадке Пермской государственной медицинской академии была презентована «Декларация целей и задач отрасли здравоохранения Пермского края на 2013 год».

Анастасия Крутень, министр здравоохранения Пермского края:

— Мы начинаем работу по формату «Открытого правительства» в соответствии с направлением Министерства здравоохранения РФ. Министерства вступают в «Открытое правительство» для улучшения качества медицинских услуг, развития обратной связи. Мы делаем пробный шаг, понимая, что эту работу надо вести комплексно. Ставим амбициозные задачи для диалога.

Один из главных приоритетов — работа в прозрачном режиме. Что даст эта работа? Для руководства региона — формирование общественно значимых приоритетов, улучшение восприятия обществом решений правительства. Для жителей — обратную связь. Приоритеты на 2013 год — всеобщая диспансеризация, поддержка детства и материнства, развитие информационных технологий, кадровая политика.

Людмила Чудинова, первый заместитель министра здравоохранения Пермского края:

— Несмотря на то что в Пермском крае устойчивая тенденция к снижению смертности, этот показатель всё же выше, чем в Приволжском федеральном округе и России. Если возьмём смертность по причинам, то 80% — это неинфекционные заболевания. То же — в трудоспособном населении. Структура смертности: одинаково умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологии, болезни пищеварительной системы. И 25% — это лица трудоспособного возраста.

По словам Чудиновой, существует две причины заболеваний — это биологические факторы и поведенческие (курение, употребление алкоголя, неправильное питание, низкая физическая активность).

Людмила Чудинова:

— На 60% неинфекционных заболеваний влияют эти факторы. То есть дешевле профилактировать. Профилактика — это формирование здорового образа жизни и раннее выявление. На этот год у нас большая задача — всеобщая диспансеризация. Это не просто осмотр и диагностика, это комплекс мероприятий. То есть по завершении предварительной диагностики с пациентом начинается работа по формированию здорового образа жизни.

Как отметила Людмила Чудинова, особенность диспансеризации в 2013 году заключается в том, что обследование будет всеобщим, тогда как ранее осматривалось только трудоспособное население. Теперь осматриваться будут все лица от 18 лет, кратность осмотра — один раз в три года. Кроме того, предполагаются регулярные осмотры у участковых врачей. На первом этапе пациент пройдёт анкетирование, осмотр и сдаст анализы. Если потребуется помочь узких специалистов, то он направляется на второй этап диспансеризации.

Людмила Чудинова:

— Это будет совершенно бесплатно. Также дополнительно будет оплачиваться труд медицинских работников. В этом году мы должны осмотреть около 120 тыс. человек в 109 больницах.

Другими задачами Чудинова назвала улучшение материально-технической базы медицинских учреждений и поддержку материнства и детства — снижение инвалидности и смертности, создание условий для квалифицированной помощи, профилактику и снижение количества абортов.

Пермский край ждёт и детская диспансеризация: в этом году врачи осмотрят 240 тыс. детей. Особое внимание врачи уделят детям в возрасте от одного года до семи, а также от 10 до 17 лет. Также в диспансеризации поучаствуют более 4 тыс. сирот и 17 тыс. усыновлённых и опекаемых детей.

К концу 2013 года региональный минздрав должен оценить эффективность проведённых мероприятий.

Кроме того, планируется развивать уровень информатизации. После введения «Электронной регистратуры» в 2012 году появилась возможность по структуре записи отслеживать, в какой больнице не хватает специалистов, где наиболее напряжённое расписание. Также создаётся телемедицина.

Людмила Чудинова:

— Очень важна возможность этих консультаций между врачами первичного звена и квалифицированными специалистами. Начинаем консультации. В первую очередь обращаться будем по инсультам, чтобы принять решение, перевести ли пациента в краевую больницу. По инфарктам будем определять тактику: консервативная или оперативная.

Организуем видеосвязь с учреждениями. В 48 районных больницах уже устанавливается оборудование.

Относительно кадровой политики Чудинова отметила, что «здесь работа должна носить постоянный характер». Среди запланированных мероприятий — мониторинг, создание базы вакансий, работа по привлечению студентов, организация частичной компенсации найма, строительства или приобретения жилья, проведение конкурсов профессионального мастерства.

Михаил Падруль, проректор Пермской государственной медицинской академии:

— Нам нужно создать некую структуру, которая бы объединила ассоциации врачей. Медицинская палата, неважно как называть, которая заключит соглашения с министерством здравоохранения, возьмёт на себя обязательства, чтобы мы могли активно заниматься развитием здравоохранения. То, что сегодня происходит, — один из прорывных моментов. Сегодня появилась возможность обсудить то, чем мы будем заниматься до 2020 года. Я доволен партнёрскими отношениями министерства и профессиональной общественности.