

## ЗАДОЛЖАЛИ РАБОТНИКАМ:

невыплата  
зарплаты в ПМК  
составляет 4 млн.  
рублей > **2**



16+

# Зори ПЛЮС

ДОБРЯНСКАЯ НЕЗАВИСИМАЯ ГАЗЕТА • WWW.DOBRYANKA.NET • ЧЕТВЕРГ, 26 ФЕВРАЛЯ 2015 Г. № 8 (489)

## СМЕРТЕЛЬНОЕ СТОЛКНОВЕНИЕ:

выезд на встречу  
закончился  
трагедией > **17**



КРУГЛОСУТОЧНЫЙ НОМЕР РЕДАКЦИИ 8-950-46-963-46. Занеси в свой телефон и сообщай новости!

# НА ЧТО ЖАЛУЕТЕСЬ?

Чтобы обсудить ситуацию в сегодняшней медицине и понять, куда же мы движемся, 19 февраля наша газета провела «Круглый стол» на тему «Первые итоги реформы здравоохранения» > **10-11**



В обсуждении проблем здравоохранения на «Круглом столе» принимали участие главный врач Добрянской больницы Григорий Макаров, пресс-секретарь Минздрава Пермского края Марина Киршина, главный ангионевролог Минздрава Роман Энгаус, начальник Центрального территориального управления Минздрава Сергей Пономарёв, глава Добрянского района Константин Лызов, депутат Земского собрания Валерий Дружинин, Почётный гражданин Полазны Евгений Балбатунов (слева направо) и другие. / Фото Марины Вешкуровой

Реклама

НЕ ПОКУПАЙТЕ  
**МЕБЕЛЬ!**

Пока не проверите  
её стоимость  
на [doma-dom.ru](http://doma-dom.ru)

 **Дома Дом**

Добрянка, ул. Советская,  
102 б, т. 8 (902) 475-14-05

Цена референтная без учета доставки мебели и матраса с 10.02.15 до 30.02.15. Среднеклассная – среднекорпоративная, ориентированная на основную аудиторию, представленная в мебельном магазине с Пермью и т. Добрянка с 10.02.15 по 10.02.15. Подробности у продавца.



7 337 Р  
Средняя цена

4 990 Р  
Цена в Доме Дом

**Зори  
ПЛЮС**

**Газета, которой доверяют!**

Подписка на газету «ЗОРИ ПЛЮС»  
с марта на 4 месяца 2015 года!

При получении	ЦЕНА	
	На 4 месяца	На 1 месяц
по домашнему адресу	216 руб.	54 руб.
по месту работы	208 руб.	52 руб.
в редакции	200 руб.	50 руб.
в Обществе инвалидов (ул. Копылова, 67)	208 руб.	52 руб.
для пенсионеров по возрасту	208 руб.	52 руб.
ведомственная подписка	300 руб.	75 руб.

**Оформить подписку на газету вы можете в нашем офисе:**  
ул. К. Маркса, 80 с 8 до 18 часов (кроме субботы и воскресенья)  
или позвонить нам по телефону 2-49-25 –  
и в удобное для вас время наш почтальон оформит подписку.

# НА ЧТО ЖАЛУЕТЕСЬ

В последнее время вопросы, касающиеся здравоохранения, поднимаются нашими читателями всё чаще. Пациенты переживают, что отделения объединяют, круглосуточные койки сокращают: как же лечиться? Организационные изменения в больницах волнуют и самих медиков, обстановка в коллективе порой доходит до конфликтов. Чтобы обсудить ситуацию в современной медицине и понять, куда же мы движемся, 19 февраля наша газета провела «Круглый стол» на тему «Первые итоги реформы здравоохранения». За столом в редакции нашей газеты собрались не только добрянские медики, но и представители районной власти, краевого профсоюза и Министерства здравоохранения Пермского края, общественники.

## «Объёмы медпомощи прежние»

Начальник Центрального территориального управления Минздрава **Сергей Пономарёв** сразу оговорился, что ни о какой реформе здравоохранения речи нет.

– Меня само слово «реформа» настораживает, – заявил он. – Реформы в том понимании, какое в это понятие вкладывается, нет.

По его словам, Пермский край – один из последних регионов в стране, который сейчас переходит на новую систему оплаты медицинской помощи. Если раньше больницы получали деньги за количество посещений больных и койко-места, то с 1 июля прошлого года введена новая система – за каждый законченный, пролеченный случай.

– Нормативы определены на федеральном уровне, – пояснил он. – Есть определённый среднестатистический объём посещений, вызовов скорой помощи, госпитализации. Условно говоря, просчитывается, сколько население края должно проболеть в этом году. Из этих нормативов просчитывается бюджет фонда обязательного медицинского страхования, и, исходя из них, он обеспечен на 100%.

Как мы уже писали, в стране создана трёхуровневая система оказания медпомощи. Первый уровень – первичная медико-санитарная помощь, на котором работают Добрянская и Полазненская больницы. По данным Минздрава, в целом такая помощь составляет порядка 80% всех объёмов. Второй уровень – межмуниципальные (межрайонные) центры, где оказывается более квалифицированная помощь, так как в них сконцентрировано серьёзное диагностическое оборудование и есть соответствующие кадры. И третий уровень – высокотехнологичная специализированная помощь в краевых больницах.

– В соответствии с этим и выстраивается маршрутизация – потоки пациентов. И говорить о сокращении коечного фонда – совершенно некорректный разговор. Объёмы не уменьшены, – подчеркнул Сергей Пономарёв.

То есть если пациент нуждается в госпитализации, он её получит: если не в местной больнице, то на более высоком уровне.

Так называемая маршрутизация ярко заявила о себе при инфарктах и инсультах. Этих пациентов теперь сразу из дома на автомобиле скорой помощи везут в Пермь. Вот тут и возникает больше всего вопросов: зачем сокращать наше кардиологическое отделение и отправлять больных в пермские клиники? А если не довезут, как случилось с одним из добрянцев 5 февраля? Он умер в машине скорой, не доехав до Перми.

## Сосудистая программа – строгое руководство к действию

Настоящий ликбез провёл для собравшихся главный ангионевролог Минздрава Пермского края **Роман Энгаус**:

– С 2008 года в России стартовала сосудистая программа. Руководствуясь последними мировыми и российскими исследованиями, подходы к лечению острых сердечно-сосудистых патологий, а именно инсульта и острого инфаркта миокарда, поменялись. Мероприятия направлены на интенсивную реабилитацию. В России инсульт является первым поставщиком инвалидов. Программа подразумевала создание сети медицинских разноуровневых учреждений. Пациенты с острыми сосудистыми катастрофами должны поступать сразу, с колёс, в первичные сосудистые отделения. Государство затратило огромные деньги – миллиарды – на их организацию, оснащение, обучение медперсонала. На сегодняшний день в Пермском крае существует 15 таких площадок. В течение 40 минут должен родиться диагноз. Все сосудистые отделения обеспечены компьютерными томографами – тяжёлым, очень дорогостоящим оборудованием. Я сам работаю в такой клинике и могу сказать: доктора реально бегают, причём документально идёт хронометраж. В зависимости от результата на компьютерном томографе принимается решение о лечении. Если пациент нуждается в операции, он будет оперирован – либо нейрохирург выезжает на место, либо пациент транспортируется в региональный сосудистый центр. То есть вопрос стоит так: человек приезжает парализованный, а выходит на своих ногах – это в идеале.

Доктор подчеркнул, что важно начать правильное лечение в течение 3-4 часов после приступа. Но и это ещё не всё. Уже в первые 12 часов с момента заболевания человек должен начать получать реабилитационную помощь.

– К нему подходит мультидисциплинарная бригада: там много специалистов, начиная от невролога, заканчивая инструкторами ЛФК, логопедами. Каждый имеет свою программу, чтобы степень инвалидизации свести на минимум, – объяснял он. – На сегодняшний день приказы не позволяют пациентам остаться лечиться в территориях. Я часто сталкиваюсь с таким: мы можем сами лечить инсульты, мы же раньше лечили их! Это неправильно! Люди не понимают, что требования к организации такого отделения ни одна больница сама не потянет. Требуются серьёзные государственные вложения. Лиха беда начало – купить компьютерный томограф. Самое главное – огромная армия специалистов, которая должна работать с этим пациентом.

## Не всё так сказочно

Выступление высококвалифицированного специалиста было похоже на сказку: целая армия специалистов у одного больного... Но в реальности приезжие больные в пермских клиниках сталкиваются с проблемами куда прозаичней: обычного ухода за ними нет, поднести судно некому. А родственники из деревни зачастую просто не могут приехать, чтобы позаботиться.

– Вопрос ухода – это системная проблема в здравоохранении, – признал Роман Энгаус. – Безусловно, уход у нас несколько страдает... В идеале должен быть персонал, который получает такие деньги, за которые им интересно ходить на работу и ухаживать за пациентом. Но нет ничего идеального. Надо понимать, что вся программа рассчитана на



Консультант Минздрава при Добрянской больнице **Людмила Черепанова** убеждена, что изменения в системе здравоохранения несут только пользу больным, ведь уровень смертности снижается.



Председатель краевого профкома работников здравоохранения **Геннадий Шабалин** считает, что, несмотря на заявленное увеличение финансирования системы, реально в больницы в январе поступило денег меньше.

больного человека, чтоб он не превратился в инвалида, а не на его родственников. Да, заболел близкий человек, их жизнь не может не измениться. Ездите. Ухаживайте. Конечно, эту проблему стараются как-то решить. Идёт постоянный поиск младшего медицинского персонала. Подтягивают волонтеров...

Таким образом, уход за тяжёлыми больными сегодня отдан на откуп родственникам и уходит на второй план по отношению к главной цели – спасению человека.

Но что было не так, когда умер человек по пути в Пермь?

Ситуацию прокомментировала консультант Минздрава по Добрянскому району **Людмила Черепанова**:

– На момент приезда скорой помощи давление у больного не определялось вообще. Доктор приехал, они постарались сделать всё, что необходимо. Больной пришёл в себя, давление стало 100 на 70, было принято решение везти больного. Мы разбирали этот случай с нашим кардиологом Сергеем Бусовым. Он сказал: «А сколько таких не довозили до кардиологического отделения Добрянской больницы?» Больной был практически довезён до Перми, но наступило повторное шоковое состояние. Все повторные мероприятия, к сожалению, эффекта не дали. Реанимационное оборудование в машине есть. И это могло произойти и в больнице.

## Цифры доказывают

Людмила Черепанова привела довольно весомые цифры:

– За 2014 год в стационарах Добрянки и Полазны было пролечено 50 пациентов с острым инфарктом миокарда. Из них в первые сутки поступило 42, то есть ещё не сразу обращаются. Умерли 13 из 50, то есть 26%. В то же время в больницы №№ 4 и 6 Перми мы направили 64 человека с острым инфарктом миокарда. Умерли 5 человек, показатель смертности – 7,8%. У нас никогда не было такого снижения смертности от острых нарушений мозгового кровообра-



**Не хотелось бы администрации выступать в роли скорой помощи для наших больниц. Это происходит довольно часто, люди начинают обращаться, жаловаться, и мы начинаем к процессу подключаться».**

Константин Лызов, глава Добрянского района

щения. На сегодня единственный случай, когда пациент умер в машине.

Заверили медики, что проблем с наличием транспорта для доставки больных в Пермь нет. В Добрянской больнице три бригады работают на территории, и одна выделена специально для Перми.

– Все машины оборудованы полностью по стандартам, что позволяет оказывать помощь в любых условиях. И под маршрутизацию, прежде чем запустить систему, в 2012-13-14 годах реализовывалась программа оснащения, – добавил Сергей Пономарёв.

## Слово о реаниматологах

– Программа маршрутизации имеет место быть, она очень серьёзная, хорошая. Она сделана для людей, это однозначно. Эти центры, которые имеют современное оборудование, очень нужны. В каждую деревню такое оборудование не поставишь. Другое дело – комплекс проблем, который вырос в Добрянке. Человек обратился в больницу, а приёмного отделения нет, – выступил представитель ТОСов **Аркадий Злыгостев**.

Напомним, вместо приёмного отделения в Добрянской больнице сейчас создан пункт неотложной помощи, куда в ночное время при поступлении больного вызывают сотрудников реанимационного отделения. Эти новые для них функции и вызва-



В?

## Чтобы обсудить ситуацию в современной медицине и понять, куда же мы движемся, 19 февраля наша газета провела «Круглый стол» на тему «Первые итоги реформы здравоохранения»



Председатель совета ветеранов Добрянской больницы Нина Протопопова критично высказывалась о нормативах здравоохранения, которые, по её мнению, не стыкуются с реальностью.



Врач Добрянской больницы Игорь Деменев скептически отнёсся к тому, как оптимистично обрисовали картину в современном здравоохранении представители Минздрава.



Представитель районного совета ТОСов Аркадий Злыгостев, чтобы избежать конфликтов в сложный переходный период, призвал главного врача Добрянской больницы относиться к своим сотрудникам уважительно. / Фото Марины Вешкуровой

ли недавний конфликт в больнице.

– Врачи-реаниматологи должны заниматься своим делом, то, что они умеют. А то в приёмник привезли пьяного, с ним любой дежурный врач может справиться, зачем реаниматологу бежать? У него свои пациенты, – отметила председатель совета ветеранов медиков **Нина Протопопова**.

– А вот тут я с вами не соглашусь. Врач анестезиолог-реаниматолог обязан осмотреть тяжёлого или непонятного больного, чтобы исключить патологию, которую нельзя пропустить. Потому что реаниматолог – тот универсальный специалист, который имеет знания в различных смежных отраслях медицины. И вот только когда реаниматолог говорит: «Это не наш» и уходит, этим пациентом может заниматься любой дежурный врач. Так было всегда. Я не один год проработал, и мы всегда ходили в «приёмник», – возразил Сергей Пономарёв.

Слово взял врач Добрянской больницы, член независимого профсоюза медработников **Игорь Деменев**:

– Послушал, даже чаю выпить захотелось. Такой мёд! Всё прекрасно! Но не совсем всё так. Есть ли у нас дежурный врач в больнице?

Раз закрыто приёмное отделение как таковое, то кто дальше, после осмотра реаниматологом, будет заниматься больным?

– Если есть в больнице круглосуточные койки, обязан быть дежурный врач, – подчеркнул Сергей Пономарёв.

Главный врач Добрянской больницы **Григорий Макаров** пояснил, что среди дежурных врачей есть хирург, анестезиолог и на дому – гинеколог. Дополнительно на дому дежурят второй хирург и реаниматолог.

### «Если врачи – то лечите»

В связи с новшествами системы здравоохранения и к врачам возникают новые требования.

– Понятно, что очень сложно перестроиться, – сказал Григорий Макаров. – При-

ходится брать не только коллективную ответственность, а и персональную. Но с теми, кто привык трудиться, проблем нет.

– Мы пришли к тому, что с врачей надо требовать работу. Зарплату уже потребовали, она не такая маленькая. Начали требовать работу, реально не всем нравится. Но это будет продолжаться, – поддержал его Сергей Пономарёв.

Особенно, по его словам, это касается участковых врачей.

– Нечего скрывать, к сожалению, некоторые врачи очень сильно расколодились, – высказался он. – Вот мы сейчас и отошли от системы, слава тебе, господи, когда оплата стала не по койкам, а по количеству госпитализации. Врач и должен оценить, как лечить. У нас как происходило: гипертонический криз, врачу неохота подбирать терапию, занят чем-то, лень... На госпитализацию – там подберут и сделают. Это неправильно.

– Получается, что обоснованных случаев госпитализации не так много. Должны лечить участковые, – резюмировал бывший главный врач стоматполиклиники п. Полазна, Почётный гражданин Полазны **Евгений Балбатунов**.

«Гримасой системы» назвал министерский представитель практику массового направления пациентов на всевозможные анализы.

– Лаборатории крутятся в каком-то диком ритме, а результаты, по сути, никому не нужны. Мы выписываем пациента с больничного листа, даже не посмотрев их! – отметил он. – Над этим тоже сейчас работаем.

Нашло поддержку в Минздраве и предложение главного врача увеличить рабочую неделю узких специалистов с 33 часов до 38,5. Однако профком в этом вопросе выступает резко против чиновников.

– Удлинение рабочей недели – то, чего делать не надо. Конечно, суд решит всё. Мы будем выступать на стороне работников, это однозначно, – сказал председатель профкома работников здравоохранения Пермского края **Геннадий Шабалин**.

### Профком денег недосчитал

Геннадий Шабалин поделился своей аналитикой по изменениям, которые сейчас происходят в здравоохранении.

– В целом оптимизация – вещь нужная, полезная, – подтвердил он. – Но вот говорите, что программа госгарантий обеспечена, исходя из норматива, полностью. Но реально – на 30-40% средств не хватает! Кто этот норматив установил? Всё обеспечено, а тот объём помощи, который нужен, не можем оказать! Потому что нам приходится укладываться в те деньги, которые есть. Отсюда все проблемы. Маршрутизация – отработаем. Люди начнут понимать, что лучше там лечиться, где есть оборудование и летальность низкая. Время надо. Но в целом главная проблема – это большой дефицит средств. Кроме того, на днях председатель федерального правительства Медведев сказал – надо создавать резервный фонд. Откуда? Значит, сейчас будут урезать текущее финансирование. Я только что объехал три территории – Соликамск, Чернушку, Большую Сосновку. Я не нашёл ни одного лечебного учреждения, которое бы заработало в январе больше, чем в прошлом году. А в систему на 2015 год пришло на миллиард рублей больше: не 24, а 25! Где они? При переходе на «законченный случай» заявляли, что кто-то не сможет заработать, но кто-то должен получить больше. До сегодняшнего дня я не нашёл, кто за январь заработал больше. Сегодня задача и политическая, и экономическая – удержать людей на рабочих местах.

По Добрянской больнице он заметил, что прошлогоднее выполнение плана всего на 84% – ущербно для лечебного учреждения.

– Заработать надо всё. И второе – сохранить эти деньги, уйти от штрафных санкций, – добавил он.

### Район на хорошем счету

Говоря о состоянии здравоохранения конкретно в Добрянском районе, представитель министерства Сергей Пономарёв отметил, что

наша территория выглядит довольно оптимистично. И в этом есть заслуга местной власти.

– Великое благо, где главы адекватно, внятно относились к проблемам медицины. Строили ФАПы, амбулатории, выделяли деньги на ремонты больниц. Константин Васильевич среди них, – сказал он.

– Мы с депутатским корпусом в последние три года гигантские шаги делаем в здравоохранении. Пять новых объектов открыли, и на очереди ещё три ФАПа. Всё это на «лукойловские» средства и местный бюджет, – ответил Константин Лызов.

Он твёрдо заявил, что и Полазненскую больницу строить будут. В мае должны завершить проект, и он уйдёт на экспертизу.

По поводу же изменений в системе здравоохранения глава района сказал:

– Не хотелось бы администрации выступать в роли скорой помощи для наших больниц. Это происходит довольно часто, люди обращаются, жалуются, и мы начинаем к процессу подключаться. О том, что в коллективе что-то происходит, мы узнали практически из газет. У нас хоть и не стало прямых полномочий, но мы отвечаем так или иначе за оказание медицинской помощи перед населением. Поэтому договорились с Сергеем Александровичем, с Григорием Владимировичем, что оперативно будем участвовать во всём информационном пространстве.

Сергей Пономарёв отметил:

– У Григория Владимировича есть определённые характерологические недостатки, ему на них указано. С людьми, особенно сейчас, надо разговаривать помягче, объяснять. Но в целом я считаю его абсолютно адекватным, внятным, современным руководителем. И, более того, уверен, что при нём и его замах больница финансово не провалится.

Обеспокоенность ситуацией в Добрянской больнице обсуждалась и среди депутатов Земского собрания района.

– Мы сейчас очень активно занимаемся вопросом кадрового обеспечения. Те вопросы, которые сейчас будоражат медиков, могут косвенно привести к оттоку врачей. Мы не должны быть в стороне от этого, – высказался председатель общественного совета при больнице, депутат Земского собрания **Валерий Дружинин**.

### В мировом тренде

Завершая наш разговор, директор газеты **Татьяна Крохалёва** констатировала:

– Итак, сегодня в здравоохранении присутствуют: нехватка средств, недостаточная квалификация медперсонала, проблема управления, и «мёд» при этом тоже присутствует. Проблемы организации переходного периода сказываются на простых людях, на больных. Напряжение медперсонала в больнице опять же сказывается на мне как на пациенте. Нельзя об этом забывать. И ещё вот что. Я обращаюсь к платным докторам. Несмотря на то, что государство платит миллиарды, я тоже плачу, и всё больше и больше...

– Если бы не было проблем в бесплатной медицине, платных кабинетов бы не было, а они растут как грибы. Значит, есть проблемы, – подхватил её мысль Евгений Балбатунов.

Роман Энгаус привёл личный пример:

– У меня родители живут в Израиле. Мама решила записаться на приём к кардиологу. Пожалуйста – через 3 месяца. Но она хочет завтра, тогда за деньги. Мы не оригинальны, это во всём мире так. Мы в мировом тренде...

Ольга МЕЛЕНИНА