

# НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ» – ПЕРВЫЕ ШАГИ, ПРОБЛЕМЫ, РЕШЕНИЯ



НАЧАЛЬНИК УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. КЕМЕРОВА,  
КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК  
Эдуард Маркович Шпилянский

К реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» работники здравоохранения г. Кемерова приступили с довольно высокими стартовыми возможностями, что явилось отражением целенаправленной и системной работы по совершенствованию оказания медицинской помощи населению при поддержке областной и городской администраций.

Начиная с 2004 года вкладываются значительные средства в улучшение материально-технической базы медицинских учреждений. Если в 2003 году на финансирование строительно-монтажных работ из областного и городского бюджетов было израсходовано 67 804,57 тыс. рублей, то в 2004 году – 139 058,2 тыс. рублей, в 2005 году – 453 804,7 тыс. рублей, в 2006 году – 143 718 тыс. рублей.

Завершено многолетнее строительство Кемеровского кардиологического центра, капитально отремонтированы и реконструированы ожоговое отделение и детская больница с водолечебницей городской клинической больницы №2, отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных детской клинической больницы №5, открыты специализированное гериатрическое отделение, 3 новых ОВП, травмпункт. После капитального ремонта получили новое рождение еще 24 важных для города медицинских учреждения.

В 2006 году из средств федерального бюджета получены медицинское оборудование, аппаратура, санитарный транспорт на 49,2 млн. рублей. Значительно обновлен автопарк скорой медицинской помощи. 50% автотранспорта обеспечено спутниковой навигацией, которая позволяет четко отслеживать место нахождения медицинской бригады, сокращать время прибытия к пациенту.

В 2007 году Кемеровским городским Советом народных депутатов принята программа по укреплению и развитию материально-технической базы муниципальных учреждений здравоохранения на 2008–2010 годы. Объем дополнительного финансирования городской медицины составил 600 млн. рублей.

В Кемерове отработана система материального стимулирования работников здравоохранения за счет средств местного бюджета.

Решением городской администрации:

- в 2000 году установлены доплаты за расширенный объем работы и выплачиваются подъемные молодым специалистам среднего звена;
- в 2003 году учреждена специальная премия победителям областных и городских профессиональных конкурсов: врачам – по 10 тыс. рублей и медсестрам – по 5 тыс. рублей;
- в 2004 году установлены ежемесячные доплаты и подъемные выпускникам медицинских учебных заведений, начинающим трудовой путь в участковой сети: врачам – 10 тыс. рублей, медицинским сестрам – 5 тыс. рублей. Затраты городского бюджета на эти цели составляют почти 2,5 млн. рублей в год;
- в 2006 году в целях привлечения высококвалифицированных специалистов в практическое здравоохранение из городского бюджета производятся ежемесячные доплаты врачам, имеющим ученую степень, в зависимости от самой степени и занимаемой должности от 2 до 15 тыс. рублей;
- в 2006 году руководителям первичного звена, которым не предусмотрены выплаты в рамках национального проекта, установлены ежемесячные доплаты: заведующим поликлиниками – 5 тыс. рублей, заведующим терапевтическими и педиатрическими отделениями – 3 тыс. рублей.

В рамках национального проекта в 2006 году из средств федерального бюджета на ежемесячные доплаты медицинским работникам участковой службы выплачено 15,7 млн. рублей.

Первые итоги реализации национального проекта «Здоровье» были подведены 24–25 апреля 2007 года на впервые состоявшейся совместной научно-практической конференции муниципальной и ведомственной медицины: «Актуальные вопросы здравоохранения: проблемы и перспективы реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». В рамках конференции прошла очередная сессия Сибирского отделения Кузбасского научного центра.

Единые цели и задачи объединили ученых Кемеровской государственной медицинской академии, Кемеровского института социально-экономических проблем в здравоохранении, представителей муниципальных, областных, ведомственных лечебно-профилактических учреждений, территориального Фонда ОМС, страховой медицинской организации «Сибирь» для решения актуальных вопросов здравоохранения Кузбасса – укрепления здоровья населения, снижения уровня заболеваемости, инвалидности, смертности, улучшения демографической ситуации.

Организаторы и участники конференции выразили единодушие в том, что наконец появилась уверенность в «светлом» будущем российской медицины: в возрождении престижности врачебной профессии, в том, что и нашим медикам доступно самое дорогостоящее эффективное оборудование, самые современные высокие технологии, что мы можем и будем работать на уровне мировых достижений медицинской науки и практики, решим проблему демографии в стране в сторону значительного улучшения, что не россияне будут стремиться получать врачебную помощь за рубежом, а к нам, в Россию, со всего мира будут обращаться за лучшей высококвалифицированной медицинской помощью.

В 2006 году – стартовом году национального проекта – главное внимание было сосредоточено на координации усилий медицинских учреждений и служб социальной защиты населения г. Кемерова по оказанию медико-социальной помощи ветеранам Великой Отечественной войны и труженикам тыла, бывшим военнослужащим и чернобыльцам, пожилым людям, отдельным гражданам с доходами ниже прожиточного минимума; работе по оздоровлению детей, по предупреждению сиротства; помощи людям без определенного места жительства.

Решением этих проблем постоянно занимается специально созданная гериатрическая служба: 6 геронтологов в поликлиниках, областной госпиталь ветеранов войн, специализированное гериатрическое отделение городской клинической больницы №2, отделение ветеранов городской клинической больницы №3, лечебно-оздоровительный центр «Милосердие».



625 немобильных пациентов обслуживаются на дому выездными медицинскими бригадами «узких» специалистов, социальными работниками.

Городской центр социальной адаптации населения окружает заботой и вниманием одиноких людей, отдельных граждан, оказавшихся в сложной жизненной ситуации, занимается вопросами жизнеобеспечения пациентов без определенного места жительства и вернувшихся из мест лишения свободы.

Забота о детях – приоритетное направление деятельности медико-социальных служб. В роддомах Кемерова ежегодно более 200 новорожденных остаются без попечения родителей. Большое количество детей и подростков являются социальными сиротами, то есть сиротами при живых родителях. В целях решения этой важной и сложной проблемы в городе разработана и реализуется программа «Профилактика девиантного материнства». Городской больницей №1 и епархией создан фонд «Будущее Кузбасса», решающий проблемы брошенных детей.

С 1 января 2006 года в Кемерове, как и по всей России, введены родовые сертификаты. В течение года сформировался механизм заинтересованности врачей в регулярном и качественном наблюдении беременных. Среднее количество посещений врача за период диспансерного наблюдения возросло с 15 до 17. В 1,4 раза увеличился объем оказания стационарозамещающей помощи (дневные стационары), что способствовало снижению частоты осложнений беременности. Оплата сертификатов дала возможность улучшить материально-техническое обеспечение учреждений родовспоможения, стимулировала роддома к дальнейшему совершенствованию диагностических и лечебных технологий акушерско-неонатальной службы.

В 2006 году в родильных домах г. Кемерова появилось на свет 5670 кемеровчан, что на 180 человек больше, чем в 2005 году.

Согласно национальному проекту «Здоровье» в 2008 году за счет средств федерального бюджета в столице Кузбасса будет построен перинатальный центр, который обеспечит будущих рожениц самой современной медицинской помощью.

В 2006 году приобретено диагностическое оборудование на 2 млн. 300 тыс. рублей. Укомплектованность амбулаторно-поликлинической службы участковыми врачами и медицинскими сестрами достигла 100%.

Дополнительная диспансеризация работников бюджетной сферы и трудящихся, занятых на работах с вредными и опасными производственными факторами, обозначила проблемы, над которыми предстоит серьезно поработать и врачам, и пациентам. Только 9,5% кемеровчан, прошедших диспансеризацию, признаны здоровыми, 80,7% нуждаются в дообследовании и лечении в поликлинике, 2,8% – в лечении в стационарных условиях, 0,4% нуждаются в высокотехнологичных видах медицинской помощи, 6,5% вошли в группу риска и нуждаются в коррекции образа жизни.

Проведенные мероприятия обеспечили возможность сформировать паспорт здоровья врачебных участков, выявить заболевания на ранних стадиях, создать условия для формирования здорового образа жизни.

Медицинской службой УИС Кемеровской области наработан положительный опыт лечения социально значимых заболеваний. Открыты центры по оказанию фтизиатрической, психологической и наркологической помощи осужденным. Для работы в специализированных клиниках привлечены лучшие специалисты медицинских вузов, научно-исследовательских центров Сибири. В настоящее время среди осужденных, состоящих на диспансерном учете, 19% больны туберкулезом, 35% – наркоманией, 12% – алкоголизмом.

Учитывая общность проблем, налажена взаимосвязь с учреждениями «открытого» здравоохранения по передаче персонализированной информации на лиц, освобождающихся из мест лишения свободы и нуждающихся в продолжении курсовой терапии либо в динамичном наблюдении.

В рамках национального проекта «Здоровье» расширены возможности акушерско-гинекологической помощи осужденным. Исправительное учреждение г. Мариинска, оказывающее услуги родовспоможения, внесено в список учреждений областного подчинения, имеющих право на выдачу родовых сертификатов.



Кемеровский кардиологический центр – уникальное специализированное лечебно-профилактическое учреждение. Здесь открыто единственное в России предприятие по серийному производству биопротезов клапанов сердца и сосудов, удостоенное первой престижной премии Лилехая на съезде Европейской ассоциации кардиоторакальных хирургов в Копенгагене в 1997 году и премии Правительства Российской Федерации за достижение в науке и технике в 2002 году.

В настоящее время кардиологический центр – это единый комплекс, позволяющий создать технологию организации кардиологической помощи по принципу «замкнутого круга», объединив амбулаторный этап (диагностика, лечение, диспансерное наблюдение), госпитальную базу терапевтического и кардиологического профилей, отделение реабилитации на базе санатория «Меркурий».

В г. Кемерово, как и во всей России, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний устойчиво занимает первое место. Сердечно-сосудистые заболевания среди населения Кемеровской области на 15% выше, чем в среднем по Сибирскому федеральному округу.

В то же время в последние годы наметилась тенденция к снижению показателей смертности по ряду показателей, что, по мнению кардиологов, обусловлено применением комплекса инновационных технологий в кардиологии региона.

Выделение значительных средств федерального, областного и местного бюджетов для высокотехнологичных хирургических методов лечения (ВМП) позволило повысить доступность специализированной помощи населению.

В 2006 году по г. Кемерову на ВМП израсходовано 42,4 млн. рублей. С 2003 года количество операций коронарного шунтирования возросло в 3 раза, рентгенохирургических вмешательств – в 4 раза, эндоваскулярных вмешательств при остром коронарном синдроме – в 7,5 раза.

С 2002 года на 26% уменьшилась общая летальность при инфаркте миокарда. В 2005 году смертность при ишемической болезни сердца в Кемеровской области была на 14% меньше показателей по Сибирскому федеральному округу и от инфаркта миокарда – на 7% меньше общероссийских.

Вместе с тем в 2006 году в клиники кардиологического центра поступили 2263 пациента с нестабильной стенокардией, зарегистрировано 1118 случаев острого инфаркта миокарда.

Кардиологи уверены, что при соответствующем финансировании, внедрении инновационных технологий в ближайшие годы снизится смертность населения при кардиологическом шоке на 50%, при инфаркте миокарда – на 6%, что позволит приблизиться к общеевропейским показателям.

В 2006 году утверждена Концепция развития медицинской профилактики населения Кемеровской области. Она базируется на стандартах медицинской профилактики, содержащих в зависимости от контингентов населения информацию о факторах риска, мерах первичной профилактики, ранней диагностике и профилактике осложнений и оценке конечного результата деятельности.

## Управленческие решения, новые организационные технологии

Медицина основательно готовилась к работе в новых условиях. За счет федерального бюджета прошли переподготовку участковые терапевты, педиатры, врачи общей врачебной практики и скорой медицинской помощи, участковые медицинские сестры. Проведено обучение медицинского персонала работе на компьютерах, новом диагностическом и лечебном оборудовании. Определены границы обслуживаемых участков: изучен социальный состав прикрепленного населения, создан компьютерный банк данных малообеспеченных семей, одиноких граждан, инвалидов, дополнены сведения о льготниках, идет разработка паспортов здоровья врачебных участков. Пересмотрены графики работы амбулаторно-поликлинических учреждений с учетом субботных дней. Изучена и освоена новая отчетная документация, которая, по мнению врачей, требует значи-



тельного сокращения. И это далеко не полный перечень того, что было проделано за довольно короткий промежуток времени.

И все-таки в ходе работы возникали непредвиденные ситуации, которые приходилось анализировать и быстро принимать необходимые меры.

Определенные трудности возникли в связи с дополнительной диспансеризацией. Очень точно отражена эта проблема журналистом В. Акимовой в газете «Кузбасс»: «Невероятно, но факт: население, которое вот уже много лет жалуется на платность в медицине, бесплатные медосмотры пройти не спешит». К этому можно добавить – не спешит и на обязательную бесплатную вакцинацию. Чтобы выполнить поставленные задачи, медработникам пришлось отправлять письменные приглашения, по несколько раз обзванивать, посещать квартиры подлежащих диспансеризации пациентов и, наконец, прибегнуть к помощи руководителей предприятий, организаций, учебных заведений.

Неполная укомплектованность поликлиник «узкими» специалистами, практически одно временно хлынувший поток посетителей на лечение и диспансеризацию, в разы возросшая нагрузка на врачей при устаревшем штатном расписании создали новые проблемы – уменьшение доступности медицинской помощи, значительное увеличение очереди на прием к врачу.

Возникшая ситуация стала предметом изучения Департамента здравоохранения области и Управления здравоохранения города. Заключение специально созданной комиссии, работающей в Кемеровском консультативно-диагностическом диспансере, принимающем в день до 1,5 тыс. человек со всего Кузбасса: «Регистратура не справляется с потоком пациентов. Ее работники, имеющие в основном среднее образование, растерялись, оказались некомпетентными отвечать на многочисленные вопросы, интересующие посетителей, неподготовленными к работе в таком режиме».

Сегодня регистратура работает, как загруженный дорожный перекресток, распределяя потоки посетителей. В часы пик ей нужен «регулирующий» – врач-координатор. Его главные задачи – консультативная помощь: как посетителю найти нужного специалиста, записаться на прием к врачу, получить карточку; решение всех нестандартных и конфликтных ситуаций, возникающих у стойки регистратуры.

По распоряжению главы города в штатное расписание консультативно-диагностического диспансера с июля 2007 года введена ставка врача-координатора, открыта вторая регистратура для обслуживания пациентов, направленных на консультативный прием. Для работы в часы пик должность врачей-координаторов планируется ввести и в других крупных поликлиниках Кемерова.

В связи с проведением дополнительной диспансеризации значительно выросла потребность в расходных материалах и медикаментах, необходимых при проведении обследований. Финансирование по ОМС не обеспечивает необходимых средств на эти цели, не предусмотрены они и национальным проектом, что привело к платности ряда исследований. В результате из средств, полученных от платных услуг, амбулаторно-поликлинические учреждения покрывали дефицит бюджетной системы.

Чтобы обследование в поликлиниках стало бесплатным, губернатором области А.Г.Тулеевым было предложено внести корректировку в территориальную программу госгарантий 2007 года. Предложение одобрил областной Совет народных депутатов. В амбулаторный сектор городского здравоохранения направлено дополнительно 40 млн. рублей. Благодаря такой финансовой поддержке, на 1 посещение поликлиники расход на медикаменты и расходные материалы вырос с 4 до 14 рублей.

Увеличены дифференцированные тарифы на медикаменты и в стационарах. Стоимость 1 койко-дня для детей, малоимущих, неработающих пенсионеров – 114 рублей, для работающих пациентов – 63 рубля. Это обеспечивает бесплатное лекарственное обеспечение социально незащищенных граждан.

В Фонд ОМС от предприятий и организаций города поступают далеко не те средства, которые необходимы для бесплатного обследования и лечения. Участие населения в ДМС находится в зачаточном состоянии.

В настоящее время разработана губернская программа добровольного медицинского страхования. Программа обеспечивает привлечение в здравоохранение средств работодателей и населения в социально приемлемой форме. Таким образом, ДМС обеспечит доступность меди-



цинской помощи: расширение набора услуг, использование медицинских технологий, лекарственных средств, проведение высокотехнологичных операций сверх территориальной программы государственных гарантий.

В 2006 году «скорой медицинской помощью», общедоступной, бесплатной для пациентов, самой мобильной и самой дорогостоящей для бюджета (1 вызов – 760 рублей), доставлено в лечебно-профилактические учреждения города 17 985 травмированных пациентов, в том числе 5499 (30,6%) – в состоянии алкогольного опьянения; 148 пострадавших от травм скончались на месте происшествия. Для оказания помощи «алкогольным» пациентам из городского бюджета затрачено 4,2 млн. рублей.

Из анализа работы травматологических отделений городских больниц в 2006 году: пациенты, поступившие на госпитальные койки в состоянии алкогольного опьянения, составили 14–25% от всех травмированных. Мужчин в 2–3 раза больше, чем женщин; пациенты трудоспособного возраста составляют 80–97%; рабочие – 15–28%, служащие – 7–12%, неработающие – 30–57%, пенсионеры – 11–26%, в том числе инвалиды – 2–9%, бомжи – 6–17%.

Из материалов исследований ожогового отделения: если среднее пребывание пациентов на госпитальной койке в стационарах города – 11 дней, в ожоговом отделении – 23, то «алкогольные» пациенты занимают дорогостоящую ожоговую койку 31 день. И это притом, что стоимость 1 койко-дня в ожоговом отделении – 728 рублей, стоимость лечения одного больного – 20 тыс. рублей.

Однако для всех – и пациентов, получивших травму в результате несчастного случая, и для людей, оказавшихся в сложной жизненной ситуации, и для виновников травматизма – «алкогольных» пациентов – лечение бесплатно.

В декабре 2005 года решением управления здравоохранения в больнице выделено 10 дополнительных коек для оказания медицинской помощи незастрахованным в системе ОМС пациентам с холодовой травмой и отморожениями. Большинство из них – лица без определенного места жительства, граждане, ведущие асоциальный образ жизни, больные, получившие травмы в состоянии сильного алкогольного опьянения. У 75% тяжелая травма сопровождается сопутствующими заболеваниями: чесотка, педикулез, часто туберкулез, эпилепсия. Зачастую у этих пациентов отсутствуют документы, удостоверяющие личность...

Сколько сил, заботы, внимания, средств затрачивается для лечения и реабилитации этих людей! Это дезинфекционная обработка, дополнительное согревание, использование специализированных средств для недопущения развития инфекционных осложнений, сбалансированное калорийное питание, парентеральное и энтеральное питание, помощь персонала в достижении максимально возможного уровня функциональной независимости и т.д. Совместная работа медицинских работников с Центром социальной адаптации населения: поиск родственников, оформление ампутированных в дома инвалидов, трудоустройство работоспособных, восстановление утраченных документов, в ожидании которых пациент остается надолго на дорогостоящей больничной койке.

Результат – нередко пациенты возвращаются в асоциальную среду, поступая в больницу в еще более тяжелом состоянии. Затраты на их обследование, лечение, адаптацию и реабилитацию оказываются потраченными впустую. Снова больничная койка, вновь дорогостоящее лечение.

В 2004 году проблема лечения социально дезадаптированных пациентов с термическими травмами стала предметом изучения и консультаций с учеными института социально-экономических проблем в здравоохранении, ведущими специалистами управления здравоохранения, ожогового отделения городской клинической больницы №2, наркологического диспансера, службы социальной защиты населения города, работниками правоохранительных органов.

Определили задачи каждого участника эксперимента. Наркологи и психологи проведут эксперимент по лечению этих людей от алкогольной и наркологической зависимости. Юристы помогут с оформлением необходимых документов: паспорта, полиса медицинского страхования, пенсионных бумаг. Социальные работники займутся решением вопросов привлечения пациентов к трудовой деятельности, устройства в дома инвалидов, городской центр социальной адаптации населения и т.д.

Специально созданная медико-социальная бригада в составе лечащего врача, социального работника, нарколога, психолога и юриста разрабатывала индивидуальный маршрут пациен-



та в зависимости от степени его социальной дезадаптации, поведения в отделении (активное, пассивное, негативное), наличия сопутствующей патологии, желания изменить свой образ жизни.

Из 34 пациентов, вошедших в контрольную группу, 8 оформили новые документы: паспорта, медицинские полисы, пенсии, 5 направлены на дальнейшее лечение в наркологический диспансер, 3 – в психиатрический диспансер, 3 – в дом-интернат для инвалидов, 6 трудоустроены, 2 прошли реабилитацию в больнице восстановительного лечения. В итоге по данной группе больных повторных госпитализаций не зарегистрировано.

Эксперимент позволил наладить взаимодействие отделения с Центром социальной адаптации населения: в течение 3 дней нуждающиеся становятся на учет, им оказываются все виды социальной помощи, включая материальную. Психологи пришли к заключению, что 70% трудоспособных пациентов готовы изменить свой образ жизни, но не знают, как это сделать.

Медико-социальная бригада пришла к выводу, что работу в данном направлении необходимо продолжать. Однако для решения всех вышеперечисленных проблем необходимо: ввести в штатное расписание ожогового отделения должности психолога и нарколога, закрепить за отделением постоянного социального работника, решить вопрос со страховыми организациями о выделении средств на лечение сопутствующих заболеваний.

В июле 2007 года администрацией области принято решение о перепрофилировании одной из городских многопрофильных больниц на 410 койко-мест в социальную. Здесь планируется оказывать бесплатную медицинскую помощь малообеспеченным пациентам, людям, оказавшимся в сложной жизненной ситуации. На капитальный ремонт, оснащение больницы современным медицинским оборудованием предварительно выделено 100 млн. рублей. Для оказания помощи пациентам будут привлечены средства и от благотворительных мероприятий. Придут сюда работать на общественных началах сестры милосердия, студенты медицинской академии и медицинского колледжа. Открыть больницу в новом качестве намечено в августе 2008 года.

С 2008 года в ЛПУ города начнет действовать пилотный проект по сокращению инвалидности и смертности трудоспособного населения от управляемых предотвратимых причин.

На врачебных конференциях, в литературе медицина буквально «кричит» о трате громадных денег на лечение «алкогольных» пациентов, виновников криминальных разборок, неработающих. Пора принять нормативный акт о платности всех услуг, которые оказываются в лечебно-профилактических учреждениях пациентам, поступившим в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Если не в состоянии платить, но после лечения могут работать, пусть отработают все затраты на свое лечение.

На 1 дезадаптированного больного бюджет затрачивает до 20 тыс. рублей. В то же время врач у операционного стола проводит в месяц более 60 часов, его зарплата – 7 тыс. рублей, медицинская сестра стационара совершает более 2000 манипуляций в месяц, за них ей платят около 5,3 тыс. рублей, санитарка за свою «черную» работу, чтобы белым-бело было вокруг, приносит в семью 2,4 тыс. рублей.

Придет время, когда каждый гражданин России будет нести ответственность за свое здоровье. Без участия «главного действующего лица» проекта в задачах, поставленных перед здравоохранением, ничего не получится.