

соответствующего уровня? Увы, не все больницы и поликлиники любят эту категорию людей. И третий вопрос — о профилактике детских болезней. Здесь есть успехи?»

**Светлана ЕРМОЛОВА**, директор ГКУЗ

НО «Нижегородский территориальный центр медицины катастроф» и главный нештатный специалист Министерства здравоохранения Нижегородской области по скорой медицинской помощи:

— Если говорить про современное состояние скорой помощи, то в Нижегородской области скорая помощь соответствует требованиям нормативной документации.

В 2014 году в Нижегородской области была проведена большая работа по оснащению скорой новым транспортом, нами было закуплено 136 машин за счет областного бюджета. При том, что у нас около 290 бригад круглосуточной скорой помощи. Почти половина парка обновлена. И в 2015 году, и в этом мы получаем новые машины.

Показатели вызова скорой помощи распределяются на две формы — экстренную и неотложную. После ДТП, инфаркт, инсульт — скорая должна прибыть к пациенту в течение 20 минут. И в 90% случаев вызовов в экстренной форме мы укладываемся в норматив. Конечно, бывают ситуации, когда из-за непроходимости дорог и пробок скорость снижается. О безобразном содержании дорог информацию выносим сразу на уровень правительства. Реакция, как правило, следует немедленная.

А вот с кадрами проблема существует. Врачей не хватает. Недавно появилась возможность принимать студентов. И сейчас студент, три года проучившийся в мединституте, при сдаче соответствующих экзаменов имеет право работать на скорой. Если мы будущего врача возьмем фельдшером на скорую помощь, то многие, уверена, полюбят эту работу и останутся верны ей надолго.

О стационарах скорой помощи. В преддверии чемпионата мира по футболу у нас определены два многопрофильных стационара: больница № 33 и областная больница. Роль многопрофильного стационара в районах выполняют центральные районные больницы. В Арзамасе и Дзержинске созданы больницы скорой помощи, а в Нижнем Новгороде — да, такой пока нет. И целесообразность ее создания рассматривается. Город разделен рекой. И в верхней, и в нижней части есть базовые больницы. Поэтому ряд специалистов сомневается в нужности срочных переездов из одной части города в другую через мосты и пробки, если можно оказать помощь в хорошем стационаре рядом с происшествием. Тем не менее, вопрос этот с повестки дня не снят.

**Надежда СУХАЧЕВА**,

главный врач ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5»:

— Добавлю, медицина — это не только новое здание, напичканное оборудованием, — это прежде всего специалисты, коллектив, школа, традиции. Раньше скорая довозила до порога, дальше все делал стационар. А сегодня с началом создания профильных центров мы плотно

взаимодействуем со скорой помощью, проводим совместные конференции, например, по лечению инфаркта и инсульта, приглашаем специалистов скорой помощи на семинары, на которых выступают ведущие профессора России, показываем on-line все, что происходит в операционной с пациентами, которых доставила скорая. Результат — подтягивается заметно даже уровень фельдшеров.

## Про менталитет пациента

**Аркадий ДЕНИСЕНКО**,

главный врач больницы № 35:

— Вопрос всем: часто ли вы ходите на профосмотр, в центры здоровья? Вот автолюбитель должен раз в год провести техосмотр автомобиля, иначе страховая компания не зачет страховой случай. А наши пациенты? Надо начать с тех обязательств, которые граждане должны нести перед системой здравоохранения. Человеку бывает сложно объяснить, кто ответственен за его здоровье. По Конституции, вроде как государство. Но мы ж переходим на страховую медицину. Дорогой пациент, вы, как застрахованный человек, выполняете страховые обязательства? Вам известно, что 14 посещений человека в год сокращает одну госпитализацию? Каждый ли из нас ходит регулярно к врачу?

Но если большинство наших граждан не занимаются своим здоровьем и надеются, что кто-то за них решит этот вопрос, то нам-то, врачам, как быть? Если мы возьмем госпитализацию по экстренной помощи — в основном, это ночная госпитализация. Спрашиваешь: когда заболело? — Два дня назад. А почему только сейчас обратились? Страшно стало? Может, навешивать датчики, чтобы в случае чего гаджет сам врача вызывал? Это я про менталитет наш...

**Татьяна ЕГОРОВА**:

— У нас есть независимая оценка качества медицинских услуг. Эта система отражает не качество помощи, которую оценивают специалисты, а качество услуги, то есть отношение, восприятие населением того, как работает система здравоохранения. И у нас есть к чему стремиться: в поликлиниках ситуация напряженная из-за дефицита кадров, который сегодня существует. 90% — это дефицит кадров в поликлинике. Мы стараемся эту проблему решить, включая в программу госгарантий частные учреждения. Но с чем сталкиваемся? Их в три раза стало больше по сравнению с 2013 годом. Но только одно учреждение в этом году сделало заявку на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, а вообще участковую службу не берет частный сектор.

**Александр ПРУДНИК**, социолог:

— Мы регулярно проводим опросы населения о проблемах, которые волнуют людей. В предвыборных опросах формулировка звучала чуть иначе: за истекший год ситуация в здравоохранении для вас лично стала лучше или хуже? 39% нижегородцев сказали, что хуже. 3% — лучше.

Так почему же все-таки «хуже», если объективно становится лучше? Может, действительно, менталитет?

## Ответ из словаря и «по жизни»

**Евгения ЗАХАРОВА**,

директор платной скорой помощи «Медэкспресс НН»:

— Зачитаю, что такое реформа. «Реформа — это изменение в какой-либо сфере жизни, не затрагивающее функциональных основ, или преобразование, вводимое законодательным путем. В частности, процесс преобразования государства, начинаемый властью по необходимости. Конечная цель любой реформы — укрепление и обновление государственных основ, что, однако, не всегда несет за собой улучшение уровня жизни, сокращение государственных расходов и, наоборот, — увеличение доходов». И еще не стоит путать понятия «реформа» и «усовершенствование», «модернизация». Да, пациенты жалуются, например, на скорую помощь, потому что им кажется, что недостаточен тот объем медикаментозной терапии, который мы делали на догоспитальном этапе. А он изменился, потому что произошли изменения в протокольной части оказания медицинской помощи. Появились новые стандарты. Например, пожилой человек ждет укол на догоспитальном этапе, а у него нет даже показаний к этому. И из таких «мелких» деталей складывается неудовлетворенность.

**Татьяна БОРОВКОВА**:

— Мы тоже проводим анализ, кто у нас не удовлетворен. Пожилые раньше часто госпитализировались на терапевтические койки с намерением «прокапаться», особенно в осенне-зимний период. Закончилось лето, сады-огороды, и бабушки-дедушки решили подлечиться. Если им не назначают капельницы, а дают другую терапию в амбулаторных условиях, то возможен и всплеск негодования. То же самое бывает и в детской практике. Достаточно много мамочек ведут карты своих детей и ходят к специалистам, чтобы в дальнейшем, возможно, появился повод освободить сына от армии. А в спортивную секцию сыну нужна другая справка. Будет мамочка довольна, если ей такую справку не дадут?

**Надежда СУХАЧЕВА**:

— Наша медицина сделала действительно серьезный рывок. А ментальность людей, в том числе СМИ, осталась пока прежней. Эмоции подчас преобладают. Но я считаю, что не стоит обижать наших пациентов. 39% — это очень много! Цифра серьезная и настораживает. Задача медиков — работать во благо пациента. И эти 39% говорят нам: совершенствуйте себя и систему!

*(Продолжение следует)*

