№ 10 (11) ноябрь 2013 года

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

г. Калининград

ВЕСТНИК ВРАЧЕБНОЙ ПАЛАТЫ

www.cgb39.ru

«Желающих обратиться к народу
должны предварительно выслушивать врачи».
(Базылев Юрий)

Парк скорой помощи увеличился

В этом году у калининградской скорой медицинской помощи появилось 23 новых автомобиля.

10 новеньких «Фольксвагенов», оснащенных современным медицинским оборудованием и системой спутникового наблюдения, переданы 21 ноября Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Калининградской области «Городская станция скорой медицинской помощи».

На приобретение этой техники по поручению губернатора Николая Цуканова из регионального бюджета было выделено более 19 млн рублей.

Вручая медикам ключи от новых машин, заместитель председателя правительства области Алексей Силанов сказал: «Скорая помощь – особый участок системы здравоохранения. Ваша работа – спасать жизни людей. И когда счет идет на минуты, очень важно, чтобы не только грамотно работали специалисты, но у бригады был технически новый автомобиль, оснащенный современным оборудованием, чтобы вы имели все возможности для эффективной помощи людям. Поэтому сегодня 10 автомобилей получает Городская станция скорой медицинской помощи. На 13 единиц техники пополнился в этом году парк машин скорой помощи в других муниципальных образованиях области».

По словам Алексея Силанова, обновление автомобильного парка будет продолжено. Совершенствуется Скорая помощь также организационно: все бригады будут замкнуты на единую диспетчерскую службу, машины оборудованы системой ГЛОНАСС. Эти меры призваны обеспечить нормативное время прибытия бригад «Скорой», улучшить качество оказания неотложной медицинской помощи населению области.

По поручению губернатора, при закупке новой техники особое внимание удалялось ее надежности, удобству. И главный врач городской станции Людмила Сиглаева подтвердила: «Скорые» на базе «Фольксвагенов» обладают необходимыми параметрами для создания комфортных условий для пациентов и врачей. Порадовали технические характеристики новых машин и водителей.

Сразу после вручения ключей первые четыре специализированные бригады отправились на вызовы.

Утвержден состав Общественного совета при Минздраве Российской Федерации

Уважаемые коллеги!

В соответствии с рекомендациями рабочей группы Общественной палаты РФ и Экспертного совета при Правительстве РФ по выработке единых стандартов формирования и координации деятельности общественных советов при федеральных органах исполнительной власти и на основании Положения об Общественном совете при министерстве здравоохранения Российской Федерации, на официальном сайте Минздрава России в сети Интернет состоялось интерактивное голосование за кандидатов в состав Общественного совета при министерстве здравоохранения Российской Федерации.

Национальной медицинской палатой в его состав была выдвинута кандидатура председателя КРОО «Врачебная палата» Т.Н. Серых, что говорит о признании на самом высоком уровне наших достижений в развитии врачебного самоуправления в Калининградской области. В настоящее время подведены итоги голосования, состоялись все необходимые согласительные процедуры. По итогам этой работы, приказом министерства здравоохранения РФ от 14 ноября 2013 года создан Общественный совет при министерстве здравоохранения Российской Федерации, а также утвержден его состав.

Благодаря вашей поддержке, вашему активному голосованию представитель нашего медицинского сообщества Т.Н. Серых вошла в состав Общественного совета.

Впервые у нас появилась уникальная возможность донести до руководства здравоохранением страны свои идеи, предложения, свои взгляды на развитие отрасли, свои проблемы непосредственно через своего представителя, а не по обычным бюрократическим каналам и фильтрам.

Искренне поздравляем Татьяну Николаевну с победой, желаем ей успехов на новом поприще, в деле развития здравоохранения региона.

Совет КРОО «Врачебная палата»

С Днём рождения, Николай Ильич!

8 ноября отметил свой День рождения замечательный человек, заслуженный врач России, Николай Ильич Иванаев.

Богатый опыт организатора здравоохранения, профессиональные знания позволили ему наладить устойчивую работу Правдинской ЦРБ в очень трудное и болезненное для всех нас медиков время перестройки отрасли.

В качестве заместителя главного врача Центральной городской больницы Николай Ильич многое сделал для становления и развития регионального медицинского самоуправления и повышения квалификации врачей в области. Мы сердечно поздравляем нашего дорогого коллегу, Николая Ильича, с Днем рождения.

Желаем ему крепкого здоровья, успехов в работе на благо здравоохранения области, благополучия и всего самого наилучшего!

КРОО «Врачебная палата»,
главные врачи области.

МЕДНОВОСТИ

Новые принципы управления

В конце октября состоялось заседание Координационного совета по взаимодействию между НМП и Минздравом РФ. На нем было представлено Положение о взаимодействии по вопросам совершенствования законодательства в области здравоохранения.

«Мы выстраиваем сегодня государственно-общественную форму управления профессиональной деятельностью. За последнее время Минздравом РФ было издано несколько приказов, которые вызвали вопросы со стороны врачебного сообщества.

Мы сейчас оказываемся в положении, когда должны критиковать Минздрав за те приказы, которые уже были изданы. Мы не хотим идти по этому пути, а хотим отвечать вместе с Минздравом за качество работы, и готовы давать экспертные заключения на те приказы, которые только планируются к принятию.

Если представители министерства будут не согласны с нашими замечаниями, тогда им придется давать обоснование своей позиции», – сказал сопредседатель Координационного совета, президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль.

Эта инициатива была подержана министерством здравоохранения РФ. В ближайшее время на повестке дня обсуждение сразу нескольких нормативных актов.

Одной из острых проблем, обсуждаемой в ходе Заседания Совета, стала необходимость изменения медотчётности. Одним из выходов может стать анализ отчётности и устранение дублирующей информации.

Вопросы саморегулирования профессиональной деятельности – это также одно из серьёзных направлений работы Совета: «Речь идет о концептуальных положениях проекта закона. Обязательно ли членство врачей в профессиональных организациях или нет? Какова роль профильных организаций? В каком виде они будут участвовать в процессе саморегулирования? Какие этапы и сроки внедрения процесса саморегулирования?» – обозначил проблему зампредседателя Координационного Совета Сергей Дорофеев.

Уже сейчас в рамках рабочей группы Координационного совета проведена работа по анализу и изучению законодательства зарубежных стран по саморегулированию в сфере здравоохранения. Одним из предложений Совета по развитию этого направления было обозначено сотрудничество с Врачебной палатой Германии и реализация проекта в пилотных регионах.

Концепция саморегулирования предполагает также и решение вопросов по страхованию профессиональной деятельности. В настоящее время в рабочей группе Координационного Совета прорабатывается модель общества взаимного страхования и реализация пилотных проектов в 3-4 регионах России (Новосибирск, Тюмень, Екатеринбург).Напомним, что Приказ о создании Координационного Совета был подписан Минздравом РФ в середине лета. Сопредседателями Координационного Совета стали министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова и президент НМП Леонид Рошаль.

Деятельность Совета затрагивает различные направления, основной целью которого является развитие института государственно-общественного управления на основе принципов саморегулирования.

С наилучшими пожеланиями,
Информационная служба НМП

Диспансеризацию нужно корректировать

Национальная медицинская палата выступает за необходимость изменить порядок диспансеризации россиян. НМП подготовила заключение на порядок проведение диспансеризации и направила его в Министерство здравоохранения РФ.

Порядок проведения диспансеризации населения нужно менять. К такому выводу пришли эксперты Национальной медицинской палаты, проведя анализ отзывов врачей со всей страны относительно сложившейся ситуации с проведением профилактических осмотров.

Президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль отмечает, что сегодня необходимо анализировать практику реализации приказов Министерства здравоохранения РФ и вносить в них изменения: «Есть несколько приказов, которые вызывают нарекания со стороны врачебного сообщества. Один из них касается диспансеризации. Он до конца не учитывает сложившуюся в здравоохранении ситуацию. В результате диспансеризация навалилась как ком к тому объему работы, который ведут участковые врачи. Практика реализации приказов Минздрава показала, что их нужно корректировать. И в этом задача профессионального медицинского сообщества», – сказал Рошаль.

Анализ практики проведения диспансеризации в соответствии с новыми нормативными актами Министерства здравоохранения позволил выявить ряд проблем, требующих незамедлительного решения. Одна из самых острых проблем – то, что сейчас вся ответственность за проведение диспансеризации лежит на медицинских работниках: руководителях медицинских организаций, оказывающих первичную амбулаторно помощь, врачей отделений и кабинетов медицинской профилактики, участковых врачей-терапевтов. При этом сами граждане вправе отказаться от проведения медицинских мероприятий, а работодатели не заинтересованы в том, чтобы их сотрудники тратили свое рабочее время на медицинские осмотры.

Сейчас, согласно приказу от 03.12. 2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», именно врач-терапевт обязан мотивировать пациентов к прохождению диспансеризации. В то же время никаких реальных инструментов влияния на поведение пациентов у врачей нет. Врачи отмечают, что пока пациенты не заинтересованы в сохранении своего здоровья и прохождении профилактических осмотров. Во многих регионах была введена практика проведения диспансеризации в выходные дни: «Понимая, что люди работают до вечера, профилактические осмотры стали возможны в выходные дни. Однако результат, несмотря на активные информационно-пропагандистские мероприятия, оставался прежним – из 80-100 человек, приглашённых и давших согласие, на осмотр приходило только 10%», – говорят врачи. В связи с этим эксперты НМП призывают к комплексному решению этой проблемы. По их мнению, необходимо снять ответственность за прохождение диспансеризации работающего населения с медицинских работников и возложить ее на работодателей. На медиках же оставить ответственность только за проведение диспансеризации среди прикреплённых в их медицинских организациях пациентов. Нелишним станет и разработка механизмов стимулирования граждан. Например, предоставление по итогам прохождения диспансеризации бесплатных лечебно-оздоровительных и санаторно-курортных услуг.

На фоне незаинтересованности граждан в прохождении диспансеризации и чрезмерной ответственности медицинских работников, эксперты говорят о проблеме завышенных планов по диспансеризации. Руководство медорганизаций ставит перед сотрудниками цель «выполнить план любой ценой». Однако в условиях отсутствия рычагов и возможностей управления целевыми показателями попытки административного давления на медицинских работников успеха не имеют: «Уставшие и озлобленные врачи стали подавать заявления об увольнении»,– отмечают эксперты НМП. В связи с этим еще одно предложение НМП – осуществлять планирование показателей по диспансеризации «снизу», ориентируясь в первую очередь на возможности медицинских организаций и нагрузку самих медицинских работников. А нагрузка на медицинских работников в связи необходимостью проведения профилактических осмотров только увеличилась – «для заполнения всех необходимых документов на 1 человека требуется около часа». Объем заполняемой медицинской документации высок. «Не справляясь с установленными плановыми показателями, руководители признаются, что выполнение плана начинает носить фиктивный характер»,– говорят эксперты НМП.

Представители Национальной медпалаты предлагают согласовывать перечень необходимых исследований в рамках диспансеризации со врачебным сообществом, а объемы работ по проведению диспансеризации формировать с учетом норм нагрузок на средний медицинский персонал и врачей. По мнению НМП, необходимо также оптимизировать число отчётной документации. Например, считать информированное согласие, которое дают все пациенты МО, также информированным согласием и для проведения всех видов медицинских осмотров, а паспорт здоровья выдавать только по просьбе пациента. Также эксперты НМП считают нужным отказаться от учетной формы «Маршрутная карта диспансеризации» и пересмотреть анкету для пациента в сторону ее упрощения.

И, наконец, самый болезненный вопрос – это финансирование диспансеризации. По мнению экспертов НМП, необходимо предусмотреть целевое финансирование. Необходимо включить финансирование плановых показателей в государственный заказ, а дополнительные средства передать в региональные фонды ОМС для увеличения тарифов в системе обязательного страхования. Также необходимо установить тариф на проведение диспансеризации, который бы учитывал реальные расходы медицинских организаций на ее проведение.

Эксперты НМП также указывают и на другие проблемы приказа «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Так, например, составление полноценных списков граждан, подлежащих диспансеризации, врачами-терапевтами, затруднительно, поскольку не все граждане обращаются по месту жительства. Еще одна особенность приказа – в случае необходимости врачи-терапевты по итогам диспансеризации могут оформлять документы пациентов на получение высокотехнологичной помощи. Однако такой постулат противоречит положениям ранее принятых приказов Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Существуют вопросы и относительно подведения итогов диспансеризации. Приказ вменяет подведение итогов на врачей-терапевтов, однако формат, сроки и содержание такого рода документов не определены.

Среди недостатков приказа эксперты отмечают и другие противоречия. В самом приказе указано на то, что диспансерное наблюдение проходят граждане с 18 лет, в тоже время в приложении к нему первой возрастной группой, для которой утверждён перечень обследований, является 21 год. Эксперты Палаты предлагают сделать возможным прохождение диспансеризации вне зависимости от определённого возраста с кратностью 1 раз в 3 года со стандартным объемом исследования (на 1-ом этапе) и по показаниям (на 2-м этапе).

Эксперты НМП также отмечают, что проведение диспансеризации населения регламентируется одновременно несколькими нормативными актами Минздрава: обследования дублируются, а под осмотры попадают одни и те же категории граждан. НМП призывает провести содержательный аудит существующих приказов и исключить противоречия. Кроме того, существенным недостатком всех нормативных актов является то, что ни в одном документе не определены полномочия какого-либо органа исполнительной власти по определению категорий населения и порядков проведения диспансеризации.

По итогам анализа предложений, поступивших от экспертов, НМП направила предложения по корректировке процесса диспансеризации в министерство здравоохранения РФ.

Правовые основы профессиональной деятельности медицинского работника

“Вестник” продолжает публиковать выступление доктора медицинских наук, президента Национального агентства безопасности пациентов Алексея Старченко о правовых основах работы медработника. В последующих номерах мы планируем опубликовать ответы автора на наиболее интересные и часто встречающиеся вопросы, связанные с этой тематикой.

На сегодняшний день мы не имеем главного – инструмента оценки медицинской деятельности по закону.

Это приводит к тому, что появляются различные подзаконные акты, которые могут трактовать деятельность медработника так, как им вздумается. Кто-то напишет, что это одно, кто-то напишет, что это другое. На сегодняшний день уже который год осуществляется анализ медицинской деятельности – то ли это в плоскости гражданского судопроизводства, то ли в плоскости обязательного медицинского страхования, в прокуратуре, в суде или в уголовном судопроизводстве.

Такое положение нас не должно устраивать. Мы должны каким-то образом бороться с таким положением. Потому что это – неуважение к медработнику, как производителю медицинских услуг, по поводу того, чего делать нельзя. Конечно же, это и неуважение к пациенту, потому что пациент в целом вообще не ориентируется при оказании ему медпомощи. Он не является специалистом, а только потребителем услуги медпомощи. У него нет для этого специальных знаний. Чтобы каким-то образом оценить ту услугу, которая ему была оказана, ему тоже надо обратиться за помощью к экспертам. С тем, чтобы узнать: осложнение является дефектом оказания медпомощи или нет. Конечно, ему помогают в этом эксперты. Но при отсутствии этого в определении эксперты обосновывают свои выводы за счет своего жизненного опыта, круга своих знаний. Это все, в конечном итоге, выливается в один принцип – в сообщение.

Следующий очень важный аспект, который затрагивает данный закон, - статья 10 «Доступность и качество медицинской помощи». Очень важный аспект, который на сегодняшний день имеет реальную перспективу в жизни, она омрачается теми нормативно-правовыми документами, которые врачи получают от Минздрава. В законе записано, что доступность и качество медпомощи определяется применением порядков оказания медпомощи и стандартов оказания медпомощи. С этим – серьезные проблемы. Порядки описывают этапы оказания медпомощи, оснащение тех или иных отделений, определяют требования к специалистам: какой сертификат и о каком образовании должен иметь тот или иной специалист, оказывающий медпомощь. Вроде бы эти порядки существуют, на сегодняшний день их достаточное количество. Но существуют более продвинуты порядки, в которых более детально расписаны правила оказания медицинской помощи, например по акушерству и гинекологии, потому в Минздраве присутствуют люди, которые являются в этой области специалистами. Основная масса порядков содержит общие сведения, которые не содержат такой категории, как дефекты оказания медицинской помощи и качества медицинской помощи.

Вторая большая проблема на сегодняшний день – это стандарты оказания медицинской помощи. В соответствии со статьей 89 закона говорится, что медицинская помощь оказывается в соответствии со стандартами медпомощи. Здесь возникает большая проблема, потому что в законе написано одно, что качество оказания медпомощи обеспечивается исполнением стандартов. В статье 307 указано, что медпомощь оказывается в соответствии со стандартами медпомощи. Если мы открываем нормативные акты, которые называются стандарты, то там как раз возникает самая большая проблема. Эти нормативные акты провокативны. Они вызывают у медработника провокацию не исполнять этот стандарт.

Как нам разъясняет Минздрав в устных консультациях, или это было во время обсуждения этого вопроса в Госдуме, когда бывший статс-секретарь Минздрава, замминистра здравоохранения говорил, что исполнение стандартов необязательно. Стандарты нужны только для того, чтобы обсчитать медуслугу. Но эти нормы статьи противоречат такой трактовке закона. Здесь написано, что заказчикам медицинской помощи обеспечивается исполнение стандартов, - то понятно, что не исполнение стандартов свидетельствует о ненадлежащем качестве медпомощи. Так что ни о каком вольном исполнении стандартов здесь речи быть не может.

Последнее время нам говорят, что будет помимо стандартов еще использоваться такой мало определяемый термин в законе, как протоколы оказания медпомощи. Здесь мы должны этот вопрос прояснить, что такое стандарты оказания медпомощи, для чего это нужно? Стандарты оказания медпомощи нужны для того, чтобы получить на выходе хотя бы какую-то единицу, вокруг которой может совершаться ритуальный танец врача вокруг пациента. **Мы должны понять: поступает больной, мы должны применить какие-то стандарты и методы, чтобы установить первичный диагноз, чтобы его дифференцировать.** Для этого нужен стандарт: там он должен содержать минимальный набор необходимых процедур, манипуляций, лабораторных исследований, с помощью которого можно было бы установить диагноз, хотя бы первичный, а затем его дифференцировать. Вопрос дифференцировки – это уже вопрос протокола.

Мы должны с вами понимать: на сегодняшний день стандарт – это главный подручный инструмент к клиническому мышлению, которое врач получает во время обучения в высшем медицинском вузе.

Но что мы сегодня имеем в этих стандартах? Мы имеем там совершенно размытые понятия, когда требования к исполнению этих манипулятивных действий устанавливаются совершенно произвольно, с произвольной частотой использования. Например, пневмония тяжелого течения – мы ее определяем с помощью одного исследования – рентгенологического в области грудной клетки. Понятно, что должно быть требование контрольного исследования грудной клетки и т.д. Например, течение средней тяжести пневмонии – там вообще 0,6 установлен коэффициент рентгенологического исследования грудной клетки. Получается, что ЛПУ может установить течение пневмонии вне рентгенологического исследования. Да, такое возможно. Но когда мы говорим о массовом оказании медицинской помощи, то это невозможно. Мы поэтому должны определить: является ли это достоверным источником информации для установления диагноза пневмонии?

Это – очень важный вопрос. И установление цифры в 0,6 для медицинского работника приводит того к мысли, что можно рентген не применять. Можно обойтись, послушать, где-то услышать или не услышать пневмонию. Тогда получается, что в результате такого применения стандарта больной умирает. На сегодняшний день, к сожалению, больные с пневмонией у нас умирают. Вот – цена исполнения или неисполнения стандартов. Мы должны понимать: если мы как медработники, которые используют метод индивидуального подхода к пациентам, которые лечат не болезнь, а больного, - тогда мы должны понимать: клиническое мышление любого медработника должно опираться на знания. Основными знаниями как раз будут базовые знания стандартов оказания медицинской помощи. **Когда вы выполняете стандарт, а уже затем в трактовке этого стандарта применяете ваше клиническое мышление, - и далее можно действовать по протоколу, т.е. по алгоритму.**

Когда я читал похожую тему в Ульяновске, то главврач одного ЛПУ задал мне вопрос. Их оштрафовал Росздравнадзор за то, что они пропустили по протоколу, который был связан с перфорацией двенадцатиперстной кишки, которая маскировалась инфарктом миокарда и т.д. Поступил больной, у которого были боли в левой части грудной клетки, его лечили от инфаркта миокарда, но он умер. На вскрытии был открыт диагноз, что прямой причиной его смерти было прободение и язва двенадцатиперстной кишки. Причина штрафа была в том, что несоответствие стандарту оказания медпомощи больному с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

Мне задали очень интересный вопрос: с какого момента должен был включиться этот стандарта по язве, когда больной поступил к нам с диагнозом инфаркта миокарда? Какие-то исследования подтверждали этот инфаркт, а на самом деле никакого инфаркта не было. Причем, мы говорим о длительном интервале оказания медпомощи, когда инфаркт должен был сформироваться и должен был быть увиденным патологоанатомом. В данном случае патологоанатом этого повреждения не увидел, но, тем не менее, такое явление может быть. Мы с вами должны понять: когда нужно включать стандарт? **А стандарт включается по определению и диагностики двенадцатиперстной кишки включается с того момента, когда в голове у врача возникло сомнение в дифференциальной диагностике.** Пригласили хирурга. Но он, визуально осмотрев пациента, не назначил ни одного метода диагностики и поэтому пациент погиб.яя

(продолжение см. №11)

Внимание! Состоится онлайн-конференция.

Национальная медицинская палата выступила инициатором и приглашает принять участие в онлайн-встрече министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой и президента Национальной медицинской палаты Леонида Рошаля с профессиональным медицинским сообществом «Диалог о профессии».

В рамках встречи будут обсуждены наиболее актуальные темы: Совершенствование системы оплаты труда медицинских работников. Повышение квалификации кадров и престижа профессии среди молодого поколения, новые форматы обучения, необходимость совершенствования последипломного образования и переход к системе непрерывного медобразования. Информатизация работы врача. Первый опыт внедрения электронных рабочих мест, возможности и проблемы. Трудовая миграция врачей. Проблемы оттока врачей за границу, меры, предпринимаемые для устранения кадрового дисбаланса между поликлиниками и стационарами, между городом и сельской местностью Система оценки и управления качеством медицинской помощи. Перспективы создания независимой профессиональной экспертизы. Задавайте свои вопросы заранее на сайте НМП – www.nacmedpalata.ru

27 ноября в 11:00 состоится онлайн-трансляция мероприятия. Она будет проходить на официальном сайте Министерства здравоохранения РФ, сайте Национальной медицинской палаты, Российского агентства медико-социальной информации (АМИ).

С наилучшими пожеланиями,
Наталия Золотовицкая руководитель службы информации и связям с органами власти НМП 8-916-615-25-58

Травлю медиков в России надо немедленно прекратить!

Леонид Рошаль, президент Национальной медицинской палаты, призывает к объективности рассмотрения ситуации, которая произошла в инфекционном отделении больницы им. Семашко в Самаре.

Скандал разразился после того, как мама одного из маленьких пациентов Елена Корнева написала заявление в различные органы о жестоком обращении медперсонала с двумя малышами-сиротами. История попала в интернет и на страницы СМИ.

После того, как больницу посетил детский омбудсмен, а главный врач был отстранён от должности, врачи больницы обратились за защитой в Национальную медицинскую палату. «Врачей и медицинских сестер уже эмоционально приравняли к фашистам, заклеймили «мучителями сирот», грозят физической расправой», – говорит Леонид Рошаль.

Он призывает СМИ и общественность оперировать исключительно установленными фактами, стремиться по острыми неоднозначным ситуациям анализировать информацию и стараться услышать разные точки зрения. «Сейчас объективную оценку случившемуся могут дать только следственные органы, суждения о вине врачейсделает суд, если дело до него дойдет. До этого никто не вправе клеймить медиков. Сейчас не надо мешать следствию и создавать нервозную обстановку в медицинской организации для сегодняшних пациентов и их родителей».

Леонид Рошаль подчеркнул, что Национальная медицинская палата заинтересована в объективном рассмотрении данного дела и примет участие в рассмотрении всех фактов.

В частности, она обратится в правоохранительные органы для получения результатов расследованияи их рассмотрения -«если наши эксперты найдут в них противоречия, или нестыковки, или безосновательные выводы, мы будем готовить обжалование в вышестоящие инстанции. Для нас важна объективность – мы будем выступать в случае несправедливости как на стороне подавших заявление пациентов, так и врачей», - сказал президент НМП.

По мнению Рошаля, сейчас любая оценка ситуации субъективна. «Я лично разговаривал с тремя матерями, которые находились вместе с Корневой в больнице. Двое из них не подтвердили, что медицинские сестры плохо относились к малышам.Кроме того, слова Елены вызывают большие сомнения. Как двухлетний малыш мог головой выбить окошко в боксе? Ни одного телесного повреждения на ребёнке установлено не было. Оба ребенка за время нахождения в больнице прибавили в весе».

По мнению Рошаля, случай в больнице является прямым следствием процессов, которые происходят в российском здравоохранении, и пока не будут решены кадровые вопросы, вопросы организации медицинской помощи для детей-сирот, особенно в инфекционных отделениях, сложности в обслуживании их могут возникать.

«Не все зависит от простых врачей и даже главных врачей. Нагрузка колоссальная. С кадрами просто катастрофа, не хватает медицинского персонала. В той же самой больнице в этом отделении работает только треть от должного числа врачей, медицинских сестер и санитарок. нехватка огромная, медицинские сестры работают круглосуточно.

Кроме того, никак не урегулирован вопрос, кто должен сопровождать детишек, у которых нет мам. В инфекционном отделении не только медицинские сестры за ними ухаживают, но еще и другие мамы».

Представители Палаты отмечают, что высокая нагрузка медицинских сестер не может быть поводом для плохого отношения. «Невысокий заработок и переработки – не повод быть не ласковыми с детьми. Если в ходе следствия будет установлено, что есть вина медицинских сестёри врачей, тогда они должны понести соответствующее наказание, в том числе, и публичное осуждение», – сказал Рошаль.

Одним из видов профилактики конфликтов между врачами и пациентами может стать установка видеокамер.

«В НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, директором которого я являюсь - говорит Рошаль, стоят камеры видеонаблюдения, в том числе и в палатах. Это облегчает наблюдение за детьми. Особенно это важно при кадровом дефиците.

Одновременно камеры дисциплинируют детей, их родителей и медицинский персонал. За много лет ни одного нарекания на наличие камер не было. Это есть один из способов получения информации при возникновении непонимания».

ТВОРЧЕСТВО НАШИХ КОЛЛЕГ

Старик и город. 1948 год.

Год 1948-й, август. В недавно образованную Калининградскую область, в бывший Кёнигсберг прибывали переселенцы из «Большой России». Среди них была и моя мать. Ей тогда было 24 года.

О войне и разрушениях она, живя до того в Поволжье, знала по рассказам повоевавших уже людей, из сводок новостей, из фильмов. Руины города пугали не только своим видом, но и неизбывным запахом гари и запустения. И тишиной.

По делам трудоустройства девушке надо было попасть с территории порта на другой берег Прегеля, в район вагоностроительного завода. Действующий мост был очень далеко, и ей посоветовали найти на берегу реки лодочника, который добывал себе на жизнь перевозом желающих попасть на другой берег. Услуга стоила один рубль. Действительно, спустившись к берегу, девушка сразу наткнулась на лодочника. Тот оказался пожилым немцем, почему-то не покинувшим свой город вместе со многими своими соотечественниками. У немца не было одной ноги ниже колена: вместо неё была деревянная колодка, сужавшаяся к низу. До того дня девушка никогда не сталкивалась с «живыми» немцами лицом к лицу. Представления о них в значительной мере были сформированы политической пропагандой, стереотипными формулами газетных статей: «детоубийцы», «нелюди», «человеконенавистники», «немецко-фашистские захватчики», «кровавые палачи» и тому подобное. Перед девушкой стоял старик в старом потёртом пиджаке, который время от времени подтягивал увязающую в мокром песке деревянную ногу. («Может, он и не был стариком, но мне он таким показался - ведь я была совсем молоденькой девчонкой!»). Лодочник, сняв кепку, жестом пригласил девушку в лодку.

Взяв курс в привычном направлении, немец размеренно работал вёслами. Оба разглядывали друг друга: девушка с настороженным любопытством, опуская взгляд, если их глаза встречались, лодочник же – не смущаясь, не пряча взгляда. С его лица, исчерченного глубокими морщинами, не сходила едва заметная улыбка. То ли в такт движениям, то ли в такт своим мыслям он время от времени медленно кивал головой, наполовину прикрывая выцветшие глаза. Пожилой немец откровенно любовался белокурой девушкой в летнем платье: она была картинкой из его воспоминаний, из его прошлой жизни в этом городе.

Цепкий юный взор впечатывал в память побелевшие нитки, вьющиеся грубым швом по краям истрёпанных рукавов, разные пуговицы на пиджаке, выщербленный шпангоут лодки в том месте, куда всегда упирался деревянной ногой лодочник, узловатые пальцы рук, замершие в полуулыбке губы. Реку пересекли, не проронив ни слова.

«Я смотрела на него и не видела в нём ничего такого «тевтонского», никакого «прусского милитаризма» во взгляде не было! Передо мной был просто уставший, истерзанный воспоминаниями старик с деревянной ногой. Закусила губу от пронизавшей меня острой жалости к нему».

Когда лодка уткнулась в противоположный берег, девушка хотела встать, но лодочник жестом остановил её. Выбравшись из лодки, он несколькими движениями подтащил её на более сухое место и, вновь сняв кепку, подал девушке руку.

«Я положила в его ладонь три рубля. Посмотрев на купюру, немец сказал: «Es ist zu viel, liebe Freulein!». Я выдавила из себя: «Bitte... bitte!...» и накрыла деньги своей рукой. И тут старый немец, не выпуская мою ладонь из своей, подогнул деревянную ногу, опустился на колено и поцеловал мои пальцы…».

В стране рабочих и крестьян уже давно не принято было целовать дамам руки вот так – не картинно, не пафосно, не для публики и без расчёта на внешний эффект. Самообладание покинуло девушку, она расплакалась и быстро ушла, петляя среди какого-то хлама.

Отойдя на некоторое расстояние, она всё-таки оглянулась: старик сидел на носу лодки и взмахнул ей вслед зажатой в руке кепкой. Память запечатлела налипший на колене над деревяшкой мокрый песок.

Больше они никогда не встречались. Нет больше руин, все мосты работают. А старый лодочник продолжал жить в памяти моей матери, когда-то за неполные четверть часа, изменив представления о городе и жившем в нём народе.

Апрель 2009 г. Сергей Агафонов.

Газета «Вестник Врачебной палаты». №10 (11), ноябрь 2013 г. Учредитель: КРОО «Врачебная палата Калининградской области». Адрес редакции: 236040, г. Калининград, ул. Летняя, д 3, тел. 64-79-61. Отпечатано: ФГУП «И и Т газеты «Страж Балтики» Минобороны России. Заказ № 0000. Тираж - 999 экз. Подписано в печать 24.11.2013 года. Распространяется бесплатно. Главный редактор: Николай Иванаев.