



**ВРАЧИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**
региональная общественная
организация

**№ 1–2 (15–16)
ЯНВАРЬ–ФЕВРАЛЬ
2015**



САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



ЧТО ИЗМЕНИТСЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2015 ГОДУ

Консультация юриста

Новый год ознаменовался чередой вступивших в силу изменений нормативных актов, в том числе и в сфере здравоохранения. О наиболее значимых из них врачам Санкт-Петербурга рассказала юрист Евгения Примечаева.

В 2014 году Минздрав России разработал проект приказа, утверждающий типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением пациентом участкового врача-педиатра, врача-терапевта, а также врача общей практики (семейного врача) и врачей-специалистов.

Действующие в настоящее время нормы основательно не пересматривались уже более 30 лет: в последний раз фотохронометражные исследования деятельности врачей-специалистов проводились в семидесятых годах прошлого столетия. За эти годы произошли значительные изменения в системе организации здравоохранения, система модернизировалась и активно внедрялись принципы доказательной медицины, стандартизации и современные технологии. В основу приказа положены итоги исследований НИИ организации и информатизации здравоохранения в 17 регионах.

Определено время приема пациента

Следует особо отметить, что типовые отраслевые нормы, устанавливаемые проектом приказа, адресованы организаторам здравоохранения, а не работникам практического здравоохранения, и носят, по большей части, рекомендательный характер. Все-таки лечащий врач должен принимать пациента ровно столько, сколько необходимо с учетом состояния его здоровья.

Предложены типовые нормы в качестве некоего ориентира для работодателя и организатора здравоохранения, который в последующем планирует определять системы нормирования труда. И эти нормы могут различаться, в том числе у однотипных организаций в зависимости от наличия медицинского оборудования и уровня организации труда. Исходя из текста проекта приказа рекомендованное среднее время приема пациента врачом-терапевтом и врачом-педиатром составило 15 минут, врачом общей практики – до 18 минут. Среднее время на посещение врача-офтальмолога оценено в 14 минут, отоларинголога – в 16 минут, невролога и гинеколога – в 22 минуты.

Также приведен норматив посещения пациентов врачом на дому: учитывая время, затра-

чиваемое врачом на дорогу, прием педиатра и терапевта займет 30 минут, а семейного врача – 33 минуты.

В первой редакции проекта на чистое время осмотра и беседы с пациентом отводилось 9 или 10 минут, время, необходимое для заполнения медицинской документации, не учитывалось.

«Бумажная» нагрузка на врачей должна стать вдвое меньше

Чтобы облегчить врачам заполнение документации, предлагается передать часть нагрузки медицинским сестрам. Проект приказа предлагает оставить для заполнения врачом только амбулаторную карту, врачебное заключение и право выписывать рецепты.

К тому же планируется довести до конца информатизацию медучреждений и перейти на электронный документооборот. Ожидается, что остальные бумаги: карту наблюдений, паспорт врачебного участка, медицинские справки, талон пациента, выписки и ведомость учета посещений, – доверят оформлять медицинским сестрам. Так, по мнению специалистов Минздрава, на заполнение необходимых документов врач будет тратить вдвое меньше времени, которое он сможет уделить пациенту.

Кабинеты доврачебного приема

Еще одно возможное нововведение – это сестринские кабинеты доврачебного приема, призванные также сэкономить время врача.

В этих кабинетах медицинская сестра будет производить простые, но необходимые манипуляции: измерение артериального давления, температуры тела пациента. Специальные кабинеты доврачебного приема существовали в советском здравоохранении, осталось только вспомнить положительный опыт.

Рецепты будут продлять медсестры

Также ожидается, что в поликлиниках появятся отдельные сестринские приемы хронических больных. В частности, сестры будут продлевать рецепты хроническим больным на назначенные ранее врачом препараты. До настоящего времени для продления рецепта необходимо приходило на прием к врачу, что отнимает время и врача, и пациента. Также освободят врачей-педиатров от необходимости тратить время на продление рецептов на молочную кухню для детей.

Предполагается, что при такой системе одна медсестра сможет работать с тремя врачами, ведущими амбулаторный прием.

Однако...

Предлагая новые расчетные типовые нормы, Министерство исходит из того, что нагрузка на оформление медицинской документации врачом должна быть существенно сокращена, чтобы уделить время непосредственному общению врача и пациента (подобная оценка взята с официального сайта Министерства), но для вступления в силу предлагаемого порядка ве-

дения амбулаторного приема необходимо вносить изменения в сегодняшние полномочия медицинских работников и расширять полномочия медицинских сестер.

Указанные нововведения инициированы Минздравом на основании исследований специалистов министерства; около 11% обращений в медорганизации взрослых и 30% детей имеют своей целью получение каких-либо медицинских документов: справок, выписок, форм. В итоге, временные затраты на заполнение документации составляют более 30% у врача-педиатра и более 40% у врача общей практики.

Однако такие нововведения идут вразрез с Приказом Минздрава от 20.12.2012 № 1175-н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения». Утвержденный данным приказом порядок не включает медицинских сестер в перечень лиц, имеющих право на выписку лекарственных препаратов.

Об электронных формах документов

Касаясь электронных форм документов, по этому вопросу министром Вероникой Скворцовой было проведено совещание с разработчиками медицинских информационных систем, о чем была опубликована информация уже 23 января 2015 года. В совещании по вопросу функционирования информационных систем в медицинских организациях приняли участие представители Минздрава России, Минкомсвязи России, ФОМС, региональных органов здравоохранения, представители компаний-разработчиков медицинских информационных систем, было заявлено о создании унифицированных требований к медицинским информационным системам федерального и регионального уровней. В ходе совещания министр обратила внимание на приоритетность развития информационных технологий и подчеркнула приоритетность проведения тотальной информатизации и выравнивание внутрирегиональных и межрегиональных уровней.

В настоящее время проект Приказа о типовых нормах проходит общественное обсуждение, и все заинтересованные представители профессионального сообщества могут принять в нем участие. Подробно ознакомиться с проектом и оставить свой комментарий можно на сайте: <http://regulation.gov.ru/about.html>.

Поступившие мнения будут внимательно рассмотрены и учтены в дальнейшей работе над проектом.



ЭЛЕКТРОННЫЕ БОЛЬНИЧНЫЕ, ПЛАТНЫЙ ПОЛИС ОМС И ОТМЕНА НАДБАВОК ВРАЧАМ: ЧТО ЕЩЕ НАС ЖДЕТ В 2015 ГОДУ

Полис ОМС дополнится платными услугами



В 2015 году россияне смогут плюс к ОМС купить дополнительный полис медстрахования. В пакет платных услуг войдут, в частности, мобильная консультация врачей и «персонализированный мониторинг здоровья на расстоянии». Стоимость этого пакета будет различаться в зависимости от «уровня ответственности за свое здоровье». Будут учитываться своевременное прохождение диспансеризации, участие в оздоровительных мероприятиях, отказ от вредных привычек (хотя как именно страховщики будут это контролировать, в документе не уточняется). Чтобы сделать новые страховые продукты более привлекательными, за их покупку предлагается предоставлять налоговый вычет. По словам министра здравоохранения Вероники Скворцовой, новая система не только позволит привлечь дополнительные средства, но и будет способствовать формированию у населения ответственного отношения к своему здоровью.

Одноканальное финансирование

Основные перемены в отрасли ожидаются в связи с изменением ее финансирования. До конца 2014 года государство финансировало здравоохранение из трех источников: ОМС, федерального и регионального бюджетов. Из региональных бюджетов датировалась скорая помощь, расходы на содержание учреждений и лечение социально значимых заболеваний, из средств федерального – высокотехнологичная медпомощь (ВМП) и лекарственное обеспечение льготников. **Сейчас здравоохранение России полностью перешло на одноканальное финансирование, при котором все средства в медучреждения будут поступать из одного источника – фонда ОМС.** Из других средств будут оплачиваться только ВМП в федеральных учреждениях, закупка дорогостоящего оборудования, капремонт зданий и реализация целевых госпрограмм.

Целью перехода на одноканальное финансирование власти называют консолидацию финансов в системе ОМС. По мнению чиновников, это позволит медучреждениям работать более эффективно. В целом госрасходы на здравоохранение из всех источников в 2015 году практически не вырастут и составят 2478 миллиардов рублей. А их доля в ВВП сократится с 3,4% до 3,3% (хотя ВОЗ рекомендует государствам выделять на национальное здравоохранение не менее 5% ВВП). Больше всего планируется сэкономить на стационарной медпомощи: ее финансирование снижается сразу на 35% (162 миллиарда рублей в 2015 году против 250 миллиардов рублей в 2014 году).

Комитет Госдумы по охране здоровья и Счетная палата РФ уже заявили, что со-

кращение федеральных ассигнований на здравоохранение может привести к увеличению дефицита программы госгарантий и дальнейшему обострению проблем в отрасли. Эксперты добавляют, что больше всего пострадает «погруженная» в дефицитную систему ОМС высокотехнологичная помощь.

Изменение зарплат врачей



В Минздраве признали, что размер зарплати медработников зависит не от качества их работы, а от близости к начальству. Как сообщила пресс-служба ведомства, проверки многочисленных жалоб с мест подтвердили то, о чем рядовые медики говорят уже давно: зарплати сотрудников со сходным уровнем квалификации, стажем и должностью могут существенным образом варьироваться. Скворцова предложила губернаторам изменить действующую систему, при которой базовый оклад врача составляет только 40%, а остальное приходится на так называемые стимулирующие выплаты. **По словам министра, в регионы направлены рекомендации о внесении изменений в структуру заработной платы врачей: 55-60% составит базовая часть, 10-15% – компенсационные выплаты, на стимулирующие выплаты останется 30%.**

Электронные больничные



В течение года вся страна перейдет на электронные больничные листы. Предполагается, что такие больничные будут сразу передаваться в Фонд социального страхования. Пока пилотный проект запустили в трех регионах – Татарстане, Астраханской и Белгородской областях. С помощью электронных больничных власти надеются уменьшить расходы на бухгалтерию, упростить расчеты выплат по страховым случаям и сократить возможности для мошенничества.

Деньги за пациентом

С первого января все поликлиники страны перешли на «подушевое» финансирование, при котором деньги из городского фонда ОМС вы-

деляются ровно на то количество населения, которое за этой поликлиникой закреплено. За каждого прикрепленного пациента, вне зависимости от того, как часто и с какими проблемами он обращался в поликлинику, раз в год поступит фиксированная сумма денег. Менять поликлинику можно один раз в год. **Как считают в Минздраве, когда деньги пойдут за пациентом, каждое лечебное учреждение будет заинтересовано его удержать, а значит, будет улучшать качество своей работы.** В 2015 году средний «подушевой» норматив финансирования составляет 11 600 рублей. В поликлиники будет направляться половина этой суммы. Оставшиеся 50% пойдут на оплату стационара, если пациента направил туда врач поликлиники.

Водительская медкомиссия



В наступившем году планируется существенно упростить правила медицинского освидетельствования водителей. Во-первых, из справки о здоровье исключат заключение хирурга и отоларинголога, а осмотр невролога будет нужен лишь по медицинским показаниям. Таким образом, обязательными останутся заключения четырех врачей, а не семи, как сейчас. Во-вторых, электрокардиограмма и электроэнцефалограмма, так же, как и экспериментально-психологическое исследование, тоже станут необязательными. Справки из психоневрологического и наркологического диспансеров отменять не планируется.

Информирование о стоимости лечения

С первого января 2015 года всем жителям страны будут сообщать о стоимости услуг, оказанных им в рамках ОМС. Каждому больному после посещения поликлиники или выписки из стационара выдается справка о потраченных на его лечение государственных средствах. Эта форма отчетности вводится по аналогии с частными клиниками. Информация в квитке для пациента должна совпадать с той, что будет передана страховой компании, которая перечисляет деньги на лечение. Ожидается, что такая открытая система позволит уйти от «приписок». Кроме того, чиновники говорят о «воспитательной» роли новой системы: граждане, которые не задумываются о реальной стоимости лечения и воспринимают его как должное, осознают, что государство о них забывает.

Полис для мигранта

Трудовых мигрантов для получения медпомощи на территории России обяжут покупать полис добровольного медицинского страхования. Принятые изменения в Трудовом кодексе требуют включать в трудо-

вой договор с иностранцами данные о наличии полиса ДМС, если работодатель не готов обеспечить их медицинским обслуживанием сам. По оценке Минтруда России, это позволит обеспечить медицинской помощью около трех миллионов трудовых мигрантов из других стран.

Отмена надбавок

В нынешнем году медики, работающие во вредных и опасных условиях, могут лишиться компенсаций и надбавок. Из вредных факторов исключена работа с гноем, кровью и психоэмоциональный фактор. Компенсаций рискуют не получить работники скорой помощи, реанимации, интенсивной терапии, операционных и персонал, осуществляющий диагностику и лечение с помощью аппаратуры. Изменения в денежных выплатах связано с вступившим в прошлом году законом «О специальной оценке условий труда». В соответствии с документом, объем компенсации за работу в особо опасных и тяжелых условиях труда устанавливает работодатель с учетом результатов специальной оценки условий труда. Такую оценку до первого января 2015 года должен был установить Минздрав, однако этого сделано не было.

Сельские «подъемные»

С нового года на десять лет увеличен предельный возраст врачей, получающих «сельские подъемные». Программа «Земский доктор» обеспечивает право на компенсацию в один миллион рублей для молодых врачей, которые согласятся работать в сельской местности на протяжении пяти лет. **Теперь на участие в этой программе могут претендовать врачи в возрасте до 45 лет.**



Образовательные сертификаты

Для повышения квалификации и переподготовки медработников в новом году вводятся специальные образовательные сертификаты. Оплачивать их будут из средств территориального фонда ОМС, внутри которого создадут специальный резерв. Каждый сертификат будет состоять из трех блоков: теоретическая подготовка, симуляционно-тренинговое образование и стажировки по специальностям. Один сертификат включает 128 рабочих часов. По словам министра здравоохранения, сертификаты для повышения квалификации – не нововведение, а «дополнительная опция». И государство продолжит выделять деньги на образовательные медучреждения, занимающиеся повышением квалификации медиков.

ЧТО ОТВЕТИЛ КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ НА ВОПРОСЫ ПРОФСОЮЗА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ «ДЕЙСТВИЕ»

В конце 2014 года представители профсоюза медработников «Действие» провели круглый стол с руководством городского здравоохранения, на котором задали вопросы, интересующие врачей Санкт-Петербурга. Спустя некоторое время Комитет по здравоохранению ответил на них.

ДТП со «скорыми» должны быть под личным контролем начальника ГИБДД города, прокурора города. Почему не ведется



с работа с правоохранительными органами по поводу нападений на медицинских работников и не решается вопрос установки «тревожных кнопок» в машинах «Скорой»?

Вопрос установки «тревожных кнопок» в машинах «Скорой помощи» никогда сотрудниками выездных бригад не поднимался, поскольку все врачи имеют рации и (или) служебные мобильные телефоны для связи с диспетчером и другими службами.

Действительно, бригады «Скорой медицинской помощи» работают в особых условиях – оказывают помощь лицам с агрессивным поведением, находящимся в алкогольном, наркоти-

ческом и токсическом опьянении, асоциальным лицам с криминальными наклонностями. В последние годы отмечается рост количества случаев нападений на бригады «Скорой медицинской помощи». Подобная ситуация складывается во всех регионах РФ.

Факты нападения на бригады, с применением физической силы, рассматриваются правоохранительными органами без учета, что нападение было совершено при исполнении работниками «Скорой медицинской помощи» своих должностных обязанностей. В результате лица, совершившие противоправные действия, не несут должного наказания. Учитывая особенности и специфику работы – сотрудники «Скорой

медицинской помощи» не всегда могут покинуть место оказания помощи, даже при угрозе их жизни и здоровью.

Единственный путь решения данных проблем – это принятие на законодательном уровне мер юридической ответственности в отношении лиц, совершивших противоправные действия по отношению к работникам «Скорой медицинской помощи» при исполнении ими своих служебных обязанностей, считать такие действия тягчайшими обстоятельствами и определить меру юридической ответственности аналогично лицам, совершившим противоправные действия в отношении сотрудников полиции.

Правда ли, что в Санкт-Петербурге возможны сокращения и в каких учреждениях (например, в городских больницах № 2 и № 3)?

По итогам совещания под председательством Президента РФ по вопросам здравоохранения, состоявшегося 21.01.2014 года, Президентом РФ был подписан Перечень поручений Пр-242, в котором Правительству РФ поручено до 21.02.2014 года обеспечить представление плана осуществления до 2020 года структурных преобразований сети медицинских организаций, обратив особое внимание на развитие стационар-замещающих технологий в больничных учреждениях.

В рамках выполнения поручения Президента РФ Комитетом по здравоохранению был разработан и направлен в Минздрав России «План структурных преобразований сети медицинских организаций Санкт-Петербурга до 2020 года» (далее – План), предусматривающий:

1. Мероприятия по реструктуризации и оптимизации коечного фонда сети медицинских организаций Санкт-Петербурга, в том числе:
 - увеличение числа дней работы койки в году, снижение средней длительности пребывания больного на круглосуточной койке, увеличение оборота койки;
 - анализ причин необоснованной госпитализации (в целом и по профилям оказания медицинской помощи);
 - мероприятия по недопущению необоснованной госпитализации;
 - развитие стационар-замещающих технологий в медицинских организациях при оказании медицинской помощи;
 - развитие службы неотложной медицинской помощи;
 - внедрение новых ресурсосберегающих медицинских технологий по профилям;
 - внедрение новых методик лечения, в том числе из списков № 1 и № 2 приказа Минздрава России от 10.01.2013 № 916-н «О перечне видов

высокотехнологичной медицинской помощи» и др.

2. Мероприятия, направленные на снижение неэффективных расходов в сфере здравоохранения, включая:

- внедрение современных финансово-экономических моделей управления;
- мероприятия по совершенствованию кадровой политики (оптимизационные мероприятия по численности административно-управленческого аппарата, перехода на эффективный контракт медицинского персонала, аутсорсинг);
- внедрение дистанционных цифровых телемедицинских технологий;
- развитие выездных форм организации оказания медицинской помощи и иные мероприятия.

Разработка Плана и реализация в 2014 году мероприятий, предусмотренных Планом, осуществлялись в соответствии с:

- Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;
- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р «Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»»;
- распоряжением Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 № 2599-р «План мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»;
- распоряжением Правительства Санкт-Петербурга от 10.04.2013 № 26-рп «О Плане меро-

приятий («дорожной карте») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Санкт-Петербурге» на 2013–2018 годы»;

– распоряжением Правительства Санкт-Петербурга от 05.09.2013 № 65-рп «О Программе развития здравоохранения Санкт-Петербурга до 2020 года» и другими нормативными правовыми актами федерального и регионального уровней в области охраны здоровья граждан.

Структурные преобразования системы здравоохранения Санкт-Петербурга осуществляются на основе сформированной трехуровневой системы оказания медицинской помощи, которая включает в себя:

- 1-й уровень – обеспечивающий жителей Санкт-Петербурга первичной медико-санитарной помощью, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощью;
- 2-й уровень – межрайонный, для оказания специализированной медицинской помощи, преимущественно в экстренной и неотложной форме;
- 3-й уровень – городской (региональный), для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

В 2013 году в стационарах взрослой сети, подведомственных Комитету по здравоохранению:

- пролечено более 720 тыс. пациентов;
- коечный фонд составлял 29251 койку, в том числе круглосуточных – 27663 и 1588 коек дневного пребывания.
- оборот койки составил 25,9 раз;
- средняя длительность пребывания пациента на койке составила 12,9 дней;
- средняя работа койки составила 333 дня в году (вместе с тем нагрузка на крупные стационары составила более 390 дней);
- необоснованная и непрофильная госпитализация составляла 4–6% от общего числа госпитализированных.

Анализ работы коек стационаров взрослой сети государственных казенных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга психиатрического и фтизиатрического профилей свидетельствовал о необходимости их дальнейшей оптимизации. Средняя длительность лечения на койке фтизиатрического профиля достигла 105 дней, с загрузкой 90,6%, а психиатрического профиля – 67,4 дня и 89,4% соответственно. Также было установлено, что в указанных учреждениях величина площади на одну койку в палатах ниже норм минимальной площади помещений, установленных СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58.

В целях совершенствования оказания специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия» и «фтизиатрия», оптимизации работы коек, а также приведения санитарно-эпидемиологического состояния специализированных учреждений здравоохранения в соответствие с требованиями СанПиН в 2014 году в медицинских организациях взрослой сети психиатрического и фтизиатрического профилей поэтапно сокращено 705 коек (355 психиатрических и 350 фтизиатрических).

В настоящее время проводится работа по оптимизации работы коек и приведению коечной мощности стационаров взрослой сети общесоматического профиля к требованиям СанПиН. По предварительной информации, представленной большинством общесоматических стационаров взрослой сети, предполагается перепрофилирование неэффективных коек, увеличение коек дневного пребывания на 37 и сокращение 320 коек круглосуточного пребывания. (Городские больницы № 9, № 2, № 3, № 38, НИИ скорой помощи.)

По заявлению Городского центра по борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (далее – Центр СПИД), до сих пор не было официально зарегистрировано ни одного заражения ВИЧ, гепатитами В и С при производственных травмах. Между тем процент инфицированных медработников значительно выше, чем среди населения аналогичного социального уровня. По нашему мнению это связано со сложностью оформления протокола травмы, необходимостью потратить травмированным большему количеству времени на доезд до Центра СПИД, недостатка средств индивидуальной защиты в большинстве ЛПУ (в частности, очков и кольчужных перчаток).

Предлагаем организовать мобильную службу, выезжающую на факт травмирования. Уже сточить наказание для должностных лиц, за

необеспечение персонала средствами индивидуальной защиты.

По информации Городского центра по борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, действительно, при производственных травмах (аварийных ситуациях) у медицинских работников не выявлено ни одного случая ВИЧ-инфицирования.

Ежегодно 110–130 человек из числа медицинских работников обращаются в Центр СПИД при аварийных ситуациях на работе. Они должны прийти с Актом, подписанным руководителем учреждения, в течение 72 часов с момента предполагаемого инфицирования к врачу-эпидемиологу по любому из адресов:

- Центр СПИД, наб. Обводного канала, д. 179 или
- Центр СПИД (стационар), Бумажный пер., д. 12, а также

– Городская инфекционная больница им. И.П. Боткина, Миргородская ул., д. 3.

У обратившихся берутся анализы, в том числе проводится экспресс-тест на ВИЧ, в зависимости от степени риска и проведения эпидемиологического расследования, медработнику назначается химиопрофилактика на 1 месяц. По завершении химиопрофилактики берутся повторные анализы крови.

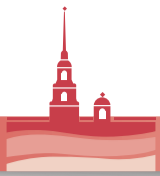
В Комитет по здравоохранению обращений от медработников на отсутствие средств индивидуальной защиты не поступало.

Мобильная служба, выезжающая на факт травмирования медработников, не предусмотрена действующими нормативными документами, но в каждом медицинском учреждении



назначены ответственные лица за соблюдение санитарно-противоэпидемического режима, за охрану труда медработников.

Продолжение в следующем выпуске



НЕ ТОЛЬКО ВРАЧИ: ВЕСЕЛЫЙ-ГРУСТНЫЙ ГОРИН

Имена Антона Чехова, Михаила Булгакова, Григория Горина, Светланы Сургановой, Александра Розенбаума и многих других деятелей культуры и искусства знают во всей России, а некоторые и во всем мире. Талантливые писатели, драматурги, музыканты. А какими они были врачами и каков был их путь в медицине? В этом году должно было исполниться 75 лет со дня рождения Григория Израилевича Горина, но исполняется 15 лет со дня смерти. Ему и посвящена в этом выпуске рубрика «Не только врачи».

Григорий Израилевич Горин (Офштейн) 12 марта 1940 – 15 июня 2000 гг., врач «Скорой помощи», русский писатель-сатирик, драматург, сценарист, автор литературно-публицистических статей.

«Насколько мне не изменяет память, я родился в Москве 12 марта 1940 года ровно в двенадцать часов дня. Именно в полдень по радио начала передавать правительство сообщение о заключении мира в войне с Финляндией. Это известие вызвало, естественно, огромную радость в родовой палате. Акушерки и врачи возликовали, а некоторые даже бросились танцевать. Роженицы, у которых мужья были в армии, позабыв про боль, смеялись и аплодировали.

И тут появился я. И отчаянно стал кричать...

Не скажу, что помню эту сцену в деталях, но то странное чувство, когда ты орешь, а вокруг все смеется, – вошло в подсознание и, думаю, в какой-то мере определило мою судьбу...»

Этими словами начинается автобиография Григория Горина – «веселого-грустного человека», как его называли друзья.

Гриша Офштейн решил изменить национальность

Григорий Горин родился в семье военнослужащего, участника Великой Отечественной войны, начальника оперативного отдела и исполняющего обязанности начальника штаба 150-й дивизии 3-й ударной армии, подполковника Израила Абелевича Офштейна. Девичья фамилия матери Григория Израилевича была Горинская, от этой фамилии и произошли псевдонимы – сначала Горинштейн, потом – Горин. На вопросы о причине выбора такого псевдонима Горин отвечал, что это всего лишь аббревиатура: «Гриша Офштейн решил изменить национальность». Официально он сменил фамилию вместе с профессией: советскую медицину доктор Офштейн не удивил бы, а вот для советской литературы писатель с такой фамилией был явлением нежелательным – Бабелей и Бродских и без того хватало.

Твердо решил стать писателем, поэтому поступил в медицинский

И Чехов, и Булгаков к литературе пришли в более зрелом возрасте, литературные способности Горина же

проявились очень ярко уже в самом детстве.

«Писать я начал очень рано. Читать – несколько позже. Это, к сожалению, пагубно отразилось на моем творческом воображении. Уже в семь лет я насочинял массу стихов, но не про то, что видел вокруг, скажем, в коммунальной квартире, где проживала наша семья, а, в основном, про то, что слышал по радио. Радио в нашей квартире не затихало. По радио шла холодная война с империалистами, в которую я медленно включился, обрушившись стихами на Чан-Кай-ши, Ли-сын-мана, Адэнауэра, Де Голля и прочих абсолютно не известных мне политических деятелей. Нормальные дети играли в казаков-разбойников или боролись во сне со Змеем Горынычем. Я же вызывал на смертный бой НАТО и Уолл-стрит!..

Воротилы Уолл-стрита,
Ваша карта будет бита!
Мы, народы всей земли,
Приговор вам свой произнесли!..
и т. д.

Почему я считал именно себя «народами всей земли», даже и не знаю.

Но угроза действовала! Стихи политически грамотного вундеркинда стали печатать в газетах.

В девять лет меня привели к Самуилу Яковлевичу Маршаку. Старый добрый поэт слушал мои стихи с улыбкой, иногда качал головой и повторял: «О, господи, господи!..»

Это почему-то воспринималось мною как похвала.

– Ему стоит писать дальше? – спросила руководительница литературного кружка, которая и привела меня к поэту.

– Обязательно! – сказал Маршак. – Мальчик поразительно улавливает все штампы нашей пропаганды. Это ему пригодится. Если поумнеет, станет сатириком! – и, вздохнув, добавил. – Впрочем, если станет сатириком, то, значит, поумнеет не до конца...»

Так определился мой литературный жанр.

К четырнадцати годам, убедившись в незыблемости империализма, я порвал с международной тематикой и перешел к внутренним проблемам.

Стал писать фельетоны, сценки, рассказы на школьные темы. В восьмом классе, после исполнения на вечерке куплетов о хулиганах, меня здорово отлупили...»

Это и был мой первый настоящий успех на избранном пути. И позже бывали удачи – закрывали мои спектакли, запрещали фильмы, но вот о такой живой и непосредственной реакции на меткие остроты приходилось только мечтать...»

Заканчивая школу, я твердо решил, что стану писателем. Поэтому поступил в медицинский институт...»

Многие считают, что этой фразой писатель отшучивался. По одной из версий на деле история произошла совсем иная. Мать писателя работала врачом «Скорой помощи», возможно, это в какой-то степени повлияло на



Фото с сайта: ildebeaute.ru

выбор вуза. С будущей профессией Григорий Горин определился достаточно рано и в старших классах начал целенаправленно готовиться к поступлению. Но, как это часто бывает, к окончанию школы он понял, что врачом быть не хочет, но менять лошадей на переправе было уже поздно, и вскоре Григорий Израилевич Офштейн стал студентом 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова.

Не бывает бесплатной медицины! За все медик и пациент поровну платят своими нервами и здоровьем...

«Это было особое высшее учебное заведение, где учили не только наукам, но и премудростям жизни.

Сегодня только ленивый не ругает нашу медицину. Я же остаюсь при убеждении, что советский врач был и остается самым уникальным специалистом в мире, ибо только он умел лечить, не имея лекарств, оперировать без инструментов, протезировать без материалов...»

Поставить бы в такие условия выпускников Бостонского и Калифорнийского университетов, хотел бы я на них посмотреть... Как бы они справились с нашими многообразными шприцами и одноразовыми градусниками...»

То, что за рубежом пробовали лишь на мышах, мы проверяли на себе!

И как, например, мне забыть нашего заведующего кафедрой акушерства профессора Жмакина, который ставил перед студентами на экзаменах такие задачи:

– Представьте, коллега, Вы дежурите в приемном отделении. Привезли женщину. Восемь месяцев беременности. Начались схватки... Воды отошли... Свет погас... Акушерка побежала за монтером... Давление падает... Сестра-хозяйка потеряла ключи от процедурной... Заведующего вызвали в райком на совещание... Вы – главный! Что будете делать, коллега? Включаем секундомер... Раз-два-три-четыре... Женщина кричит! Думайте! Пять-шесть-семь-восемь... Думайте! Все! Женщина умерла! Вы – в тюрьме! Освободитесь – приходите на переэкзаменовку!..

Тогда нам это казалось иезуитством. Потом, на практике, убедились, что жизнь ставит задачи и потрудней, и сделал для себя главный вывод: не бывает бесплатной медицины! За

все медик и пациент поровну платят своими нервами и здоровьем...»

Смех – лучшее лекарство

По окончании вуза Григорий Горин несколько лет посвятил практическому здравоохранению. Впрочем, если придерживаться позиции писателя, то свою профессию он и не покидал никогда.

«Откровенно говоря, я не собирался быть юмористом. Я хотел стать врачом. Окончил медицинский институт, четыре года работал врачом «Скорой помощи». И вот тогда, изучая медицинскую литературу, я обратил внимание на то, что многие врачи указывают на смех, как на лекарство удивительной силы. В справедливости этого я убедился на собственной практике. Был такой случай: меня вызвали к одной старушке, которая случайно вывихнула себе нижнюю челюсть. Зевнула сладко, челюсть отвисла. Бывает. Одним словом, ее дело – вывихнуть, мое – вставить. Приезжаю к ней домой, вижу: вся комната забита родственниками, соседями, сочувствующими. Посредине сидит моя бабушка, рот у нее открыт, в глазах – печаль. Я, естественно, волнуясь. Вправление вывиха – операция сложная. А тут еще на меня глядят десятки глаз. Но я виду не подаю, что волнуясь, а наоборот, очень так солидно и спокойно говорю: «Не волнуйтесь, бабушка, сейчас мы вас мигмом вылечим». После этого сажаю бабушку к столу, пододвигаю себе стул...»

Вот тут происходит нечто непредвиденное. Я сажусь мимо стула и со всей силой шлепаюсь на пол. По пути инстинктивно хватаюсь за скатерть, со стола на меня падают графин с водой и ваза с цветами. Наступила зловещая тишина. Я лежу на полу, облитый водой, засыпанный цветами. И с ужасом понимаю, что моему врачебному авторитету пришел конец. И тут в тишине я слышу какой-то странный звук: хи-хи-хи!

Поднимаю глаза и вижу – это смеется моя старушка. Челюсть у нее сама вправилась и теперь лишь чуть подрагивает от смеха.

Тогда я встаю, спокойно отряхиваюсь и небрежно говорю собравшимся: «Ну вот и все!» А потом во врачебном журнале, в графе «проведенное лечение», я записал только одно слово – «рассмешил».

Уход из медицины

Учась в институте, а позже работая врачом «Скорой помощи», Горин продолжал писать рассказы, фельетоны, монологи, сценки. К началу семидесятых Григорий Израилевич уже выпустил несколько книг рассказов и пьес. После того, как его приняли в Союз писателей, он решил протеститься с работой в «Скорой помощи». Сам он об этом вспоминал так: «...настоял усовершенствовал себя в создании смешных ситуаций, что вскоре был принят в Союз писателей, но вынужден был оставить медицину в покое. (Многие из недолеченных мною пациентов живы до сих пор и пишут мне благодарственные письма за этот мужественный поступок...»)

Несколько позже он окончательно обрел свою стезю в сфере искусства.

«Антон Павлович Чехов писал: «Медицина – моя жена. Литература – моя любовница». Я тоже долго метался между этими двумя дамами сердца, пока не возникли новые увлечения мужского и среднего рода – Театр и Кино!

Эта компания завладела мной полностью, не оставляя времени ни на рассказы, ни на то, чтобы лечить других, ни на то, чтобы лечиться самому...»

Последнее, говорят, правда. К сожалению, к здоровью он относился как большинство медиков. Заслышав о болезни знакомых или близких, он настоятельно рекомендовал им скорее обратиться к доктору. При этом он добавлял, что как врач точно знает – со здоровьем шутить не стоит. Но сам за помощью к коллегам не обращался.

Григорий Горин скоропостижно скончался в ночь на 15 июня 2000 года от обширного инфаркта.

По материалам интернет-источников и автобиографии Г. Горина

Уважаемые коллеги!

Со своими проблемами и предложениями вы можете обратиться к нам, отправив письмо по электронной почте: info@vrachi-spb.ru или прийти лично в наш офис. Наш адрес: Санкт-Петербург, Кузнечный пер., д. 2, офис 202. Часы приема – с 14.00 до 17.00 еженедельно по вторникам. Также по указанному электронному адресу вы можете обратиться за консультацией юриста.

Вопросы, связанные с нашей газетой, вы можете задать по электронной почте: gazeta@vrachi-spb.ru. Мы будем рады предложенным темам и материалам.

Если вы хотите вступить в организацию «Врачи Санкт-Петербурга», достаточно заполнить бланк заявления, который есть у руководителей вашего медицинского учреждения. Кроме того, можно подать заявление прямо на сайте организации: www.vrachi-spb.ru, www.врачи-спб.рф или же написать заявление по установленной форме, которую тоже можно скачать с нашего сайта, и отправить его на электронный адрес: e-mail: info@vrachi-spb.ru.