

На страницах «МГ» продолжается заочная читательская конференция «Доступность, качество и бесплатность медицинской помощи», начатая в № 83 нашей газеты от 01.11.2013. В разговор вступает Анатолий УВАРОВ, врач офтальмологического отделения городской поликлиники Нижневартовска, главный окулист Департамента здравоохранения администрации города, кандидат медицинских наук, лучший врач-офтальмолог России 2006 г.

Время – деньги

– Заканчивается третий год программы, направленной на модернизацию здравоохранения страны. Изменения к лучшему очевидны. Однако... До электронной амбулаторной карты дело не дошло, равно как и телекоммуникационные системы для практического врача – экзотика. Да и достижения в деле компьютеризации заставляют смотреть в будущее пока без особого восторга. Как мы ожидали уменьшения бумаг с появлением компьютера! Но их стало больше во много раз!

К тому же время, отпущенное на больного, осталось прежним. К примеру, в офтальмологии – 12 минут. Что же нужно сделать за эти минуты? Зарегистрировать и переместить пациента в кабинет от одного аппарата к другому, провести базовое обследование, поставить предварительный диагноз, определить необходимый объём и назначить дополнительное обследование (анализы, клинический минимум, консультации смежных специалистов и т. д.), назначить лечение, оформить листок нетрудоспособности (о нём отдельный разговор), определить дату следующего осмотра, оформить медицинскую документацию. Итого 8 пунктов.

Время на перемещение пациента внутри кабинета в среднем составляет 2 минуты 15 секунд, на оформление документации – 4 минуты 20 секунд. В сумме – 6 минут 35 секунд. И это только на 2 пункта. Оставшиеся 5 минут 25 секунд – время для больного на 6 пунктов, что, согласитесь, не очень много. Даже если приём течёт плавно. А теперь прибавьте неизбежные экстренные приёмы – травмы, инвалиды, консультации от эндокринологов, неврологов, терапевтов...

Хорошо, если пациент известен и диагноз уже определён, требуется лишь коррекция назначений. А если он первичный? К тому же не факт, что и повторный пациент удовлетворится простой поправкой назначения. Он требует выздоровления, а как его ожидать у хроника?

Начнём сначала?

Ещё смешнее ситуация с оформлением на медико-социальную экспертизу (МСЭ), индивидуальную программу реабилитации (ИПР), высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП). Здесь уже затраченное время пошло на часы, а не на минуты.

И совсем уж гомерический хохот вызывает ситуация, когда пациент теряет документацию, а то и вовсе приходит за окончательным направлением через 1,5-2 месяца после сдачи анализов. Всё начинай сначала! Врач, лаборатория, смежные специалисты загружаются пустой работой. Да и сам факт ежегодного оформления ИПР (фактически направление на МСЭ) для больных с так называемой бессрочной инвалидностью – та же «пустая работа».

Конференция читателей «МГ»

Хватит заблуждаться!

Врачам пора уже начать освобождаться от рутины



Таковы реалии каждодневного приёма.

А теперь самое интересное – нет никаких гарантий, что за всё проделанное вам заплатят хотя бы те крохи, которые положены по тарифу. Не забывайте, что в течение 2013 г. здравоохранение перешло на одноканальное финансирование. В переводе на русский язык – все деньги поступают из фонда обязательного медицинского страхования. А там тоже люди, которые хотят пить и есть, а источник общий как для столоначальников (с французского – бюрократов, в данном случае от медицины), так и для практических врачей. Надо же и себе немного оставить...

Потому и выставляют штрафы за якобы необоснованное лечение, несуществующие ошибки, неправильное оформление историй болезни. Думаю, что меня поддержат не одна тысяча врачей по всей России. Десятки примеров только по нашей поликлинике. Приведу их, прежде всего по своей работе.

Летом 2013 г. страховая компания затребовала истории болезни по дневному стационару, кабинету амбулаторной хирургии глаза, где я работаю, за ноябрь 2012 г. Больные пролечены. Многие из них уже забыли о болячках. Так вот, из 15 затребованных историй ни одна не была принята к оплате на том основании, что в машинописный текст внесены поправки от руки. Пришлось перепечатывать все истории болезни. Мало того, в октябре затребовали их вновь, и вновь за ноябрь 2012 г. Но это ещё ничего. Истории по дневному стационару хотя бы хранятся в поликлинике, их можно в любой момент поднять и переделать.

А вот амбулаторные карты в большом количестве уносят с собой пациенты (что не запрещено законом и обязательствами России после вступления в ВОЗ в 1993 г.). Но если страховая компания, требуя амбулаторные карты за июль 2012 г. (!), их не получает, то не только снимает деньги за неполучение документации, но и штрафует медицинское учреждение на такую же сумму.

Вот и получается – чем больше работаешь, тем больше должен! И врачи с медсёстрами тратят десятки человеко-часов на так называемое восстановле-

ние медицинской документации, точнее – переписывание амбулаторных карт.

Самое неприятное во всей этой «истории с историями и карточками», что больные никого не интересуют. Страховые компании рассматривают их как объект для возможного поиска штрафов, врачи – как бы не ошибиться в оформлении документов, а хуже всего – с оформлением листков нетрудоспособности так называемого нового образца, где каждая буква должна вписываться в клеточку, и боже упаси вылезти за край этой клетки. Это регистрируется как грубейшая ошибка, и листок нетрудоспособности возвращается на переоформление, да ещё и с объяснительной запиской – почему это произошло! Теоретически это должен делать компьютер, но практически – врачи.

Не думаю, что описание каждодневных «хождений по мукам», не имеющих ни малейшего отношения к процессу лечения больных, является откровением для практических врачей. Тысячи по всей стране привыкли к рутине и не представляют другой жизни. Иные (их, согласно официальной статистике, 10%, а в действительности – гораздо больше) уходят из государственных структур в частные.

Таковы реалии практического здравоохранения. Есть ли возможность творческого отношения к пациенту? Думайте сами.

А был ли мальчик?

А теперь объективно рассмотрим выполнение программы модернизации здравоохранения. Что помогает существовать оставшимся врачам? Как ни странно, но ответ заложен в программе. В ст. 50 обозначены задачи программы модернизации здравоохранения: укрепление материально-технической базы, внедрение современных информационных систем и стандартов медицинской помощи.

Так вот, «внедрение стандартов» помогает в рутинной работе простым копированием заранее выписанных схем лечения. Всё нормально. Все довольны. Беда в том, что на «стандартные назначения» нужен «стандартный больной». А с этим сложнее. И тут мы обнаруживаем, что в программе как-то странно обойдён сам пациент. О нём ни слова.

Что такое закон? С точки зрения простого обывателя, это обязательства государства гарантировать человеку жизнь и определённые условия её обеспечения. Обязательства могут быть выполнены при соблюдении самим гражданином требований других законов и просто здравого смысла. Никакое государство не гарантирует жизни и безопасности человеку, летящему по собственному желанию вниз головой из окна пятого этажа. И финансировать обеспечение безопасности этому «летуну» оно наверняка не захочет. А вот в здравоохранении дела обстоят несколько иначе...

Здоровье в наших руках

Но для начала попробуем разобраться в вопросе: «Зачем государство выделяет деньги на здравоохранение?» Вопрос этот не так прост, как кажется. В своё время французский «король-солнце» Людовик XIV воскликнул: «Государство – это я». Времена меняются. Сейчас мы можем и должны сказать: «Государство – это мы», то есть люди, его населяющие. Отсюда задачи органов государственной власти:

1. Увеличение количества граждан.
2. Увеличение количества здоровых граждан.
3. Увеличение количества здоровых, трудоспособных и законопослушных граждан.

Если кто не согласен, пусть опровергнет. Как ни странно, но решение проблем в медицине может помочь и решению проблем с соблюдением закона. Человек, заботящийся о своём здоровье и здоровье близких, будет стараться соблюдать закон.

Закон об охране здоровья, вероятно, в основе своей должен нести именно эти задачи. Перечисленные в ст. 50 – это не задачи, а инструменты, с помощью которых решаются главные задачи, законом, к стати, так и не определённые. Главная причина пробуксовки закона в том, что не предусмотрена обратная связь – ответственности пациента за своё здоровье. Предположение, что это само собой разумеется, ошибочно.

У автора этих строк есть статистические выкладки за 10 лет наблюдения (1996-2006), позволяющие с цифрами в руках доказать, что в реальности о своём здоровье хочет заботиться ужасающе малое количество людей (менее 1%)! В реальной жизни мы хотим пить водку, курить, колоться, делать аборт (ещё неизвестно, чей грех здесь больший – мужчины или женщины), обжираться, абсолютно не заботиться о своём физическом и духовном состоянии, и при этом быть здоровыми. Давайте подумаем, а возможно ли это в принципе? Вот тут я наткнулся на заведомое раздражение: «Чего думать-то? А врачи на что? За что им такие деньги платят? Такое настроение подогревается средствами массовой информации, которые каждый конфликт стремятся рассмотреть лишь с позиций абсолютной правоты пациента.

Всегда ли прав пациент?

В системе здравоохранения со времён М.Зурабова и Т.Голиковой сложился стереотип обращения с пациентами, устойчиво заложенный и в программу модернизации: не должно быть никаких, даже устных жалоб со стороны пациентов. Если жалоба есть, то надбавки по программе модернизации здравоохранения можешь не получить. Никто не разбирается в её обоснованности. Жалоба есть – надбавки нет. Как минимум. В медицинских учреждениях нет защиты от «произвола» больных. В лучшем случае, отпущит о наказании врача, реально его не наказывая, и в любом случае врач попадает в «неблагонадёжные».

Вот так возникает новая проблема – защищённости врача и медицинской сестры. Нет статистики нападений на медицинских работников, а она, без преувеличения, ужасающая! Ежедневно сотни (если не тысячи) медиков по всей стране подвергаются атакам со стороны разъярённых пациентов. Сведения об этом время от времени прорываются и в СМИ. До физической расправы дело доходит пока не у всех, а оскорбления и угрозы приходится слышать каждый день. И это не преувеличение. Если фиксировать каждый такой случай, получим картину такого криминала, что удивительно, как в таких условиях врачи ещё продолжают работать?

Но такое отношение бьёт и по самому пациенту. Привыкнув во всех своих бедах винить врачей, он снимает с себя ответственность за собственное здоровье, приближая новые болячки и, естественно, свой жизненный финал. А как много потенциальных работников уходит из производства на инвалидность по той же причине.

Что же делать?

Как реально менять ситуацию? Во-первых, перестать врать себе и пациентам о всемогущести науки (и медицины в том числе). Как бы мы ни старались, есть предел жизнеспособности любого организма и он, рано или поздно, умрёт. Единственно возможное бессмертие – в детях! Во-вторых, необходимо обязать пациента стать реальным участником борьбы за своё здоровье. Это возможно лишь тогда, когда страховой медицинский полис обретёт конкретную финансовую составляющую. При серьёзном обсуждении проблемы автор этих строк готов предоставить конкретный план. Законодательная база проекта практически готова. В-третьих, необходимо переосмыслить виды и направления деятельности страховых медицинских компаний, источники их финансового благополучия. В-четвёртых, пересмотреть систему подготовки медицинских работников, начиная с медицинских училищ и медицинских вузов.

Нижневартовск.

НА СНИМКЕ: время, отпущенное офтальмологу на работу с пациентом, осталось прежним.

Фото Александра ХУДАСОВА.