

Сегодня только ленивый не говорит о медицине: какая она сейчас – «до чего докатилась», «куда поднялась» и какой должна быть. Но в этих рассуждениях чаще всего – голос пациента или сочувствующего ему друга, родственника, наблюдателя. О проблемах врача, к сожалению, чаще всего не говорят.

А в последние десятилетия медицинское сообщество живет неспокойно. В начале перестройки хорошо организованную государственную бесплатную систему здравоохранения начали расшатывать. Сначала, на фоне изменений в стране, ее дополнили частные кабинеты и центры. С годами частный капитал, подняв голову, укрепил свои позиции. Сегодня в стране сотни клиник, носящих имена своих основателей и медицинских центров с громкими брендовыми названиями.

Спустя годы, по примеру Запада и США, в жизнь общества активно внедрилось, став видом успешного бизнеса, обязательное (ОМС) и добровольное (ДМС) медицинское страхование.

Известно, что бог любит троицу, поэтому давайте рассмотрим будни врача в трех проекциях, в трех системах координат: государственной, страховой и частной. Внутри какого пространства врачу комфортнее? Где и как он себя чувствует, что ему ближе и почему?

В государстве стабильно и...

В государственной системе врач имеет все социальные гарантии: строго оговоренные часы работы в неделю, оплачиваемый отпуск и больничный, дополнительную оплату за переработку, дежурства, работу в выходные и праздничные дни.

Городская поликлиника. Встреча потоки людей с разными проблемами, решая и клинические, и организационные вопросы, один прием доктора должен длиться не менее 20 минут. В таком режиме за рабочий день он должен принять 15-18 человек, что в городских поликлиниках бывает не часто: здесь принимают всех, кто пришел и сидит в очереди, – и 30, и 40 человек. Как можно под давлением очереди и желания начальства ускорить действие? Как вникнуть в проблему каждого и адекватно помочь человеку без спешки, посмотрев такое количество людей внимательно? Вопрос. Но такая нагрузка врача почти ежедневна. Отсюда неудовлетворенность докторов: «Работаем без усталости, а благодарности ни от пациентов, ни от начальства не дожدهмся. Всем должны». Однако врачи хоть в большинстве своем и ворчат, но стабильность и предложенные гарантии государственной системы ни на что не променяют.

Городская больница. На 60 больных в отделении, как правило, 3 врача. В реалии в отделении может находиться и 70, и 80 человек. Раньше процесс лечения контролировали только руководители отделений, клинических кафедр и администрация больницы. Теперь все государственные больницы работают в системе ОМС. То есть ключевой «надзиратель» за диагностикой и лечением сегодня – страховые компании.

Страховщик – посредник между врачом и пациентом – видит свою цель в том, чтобы, с одной стороны, как декларирует, сделать для застрахованного пациента всё возможное. На деле же, то есть с другой стороны, как можно больше денег оставить у себя, не передать их от пациента в больничную кассу, а в итоге – врачу. Во внимание госсистемой не берется количество больных, которых ведет и ставит на ноги врач: он на окладе. Зарплата врача стационара на ставку в столице – от 20 тыс. руб., в провинции – от 6-8 тыс. руб. Если бы я сама не прошла это испытание, получая в одной из крупных больниц Москвы на ставку терапевта плюс-минус 20 тыс. руб. в месяц, я бы подумала, что такого не может быть.

В таких финансово определенных рамках полноценно жить можно только, «прокормив себя самому», то есть, не отказываясь

кто заключил договор, а расчет: оставить у себя максимальное количество денег, заплаченных за страховку человеком или его предприятием. Как себя чувствуют врачи в этой системе координат? По-разному. Кто-то адаптировался и, приняв правила игры, живет в согласии с ними и с собой. Кто-то пытается не допустить формального подхода, предлагая свой клинический опыт и мышление: но это порой не просто. Познакомившись с этой системой изнутри, расскажу о своих впечатлениях.

Большая сетевая клиника. Запись на прием к врачу осуществляется строго по времени:

– Вы что, подозреваете туберкулез?

– Да, – отвечаю я спокойно и уверенно.

– Ждите, – слышу напряженную интонацию, после чего на несколько минут меня погружают в мир Шопена.

На этот раз, к счастью для пациентки, страховая компания дала добро на дообследование. Но, как я понимаю, не всегда согласование бывает в пользу пациента и врача.

Чтобы не было лишних вопросов при проверке истории болезни страховщиком, в конце каждого дня или недели контроль электронных записей вра-

шения идет не так бойко. Большинство частных клиник сегодня на «своей волне», без надзирателя в роли страховщика.

Пациент идет в частную клинику в поисках своего врача, выбирая услуги по карману. Кто-то сразу идет «на имя» доктора, а многим важен престиж и бренд клиники: обращаясь сюда, они понимают, что наниматель не привлечет в свои стены плохо подготовленного, не умеющего хорошо лечить и общаться специалиста.

Социальные гарантии врачу в частных клиниках минимальны. Отпуск и больничный лист, как правило, не оплачиваются. Детали зарплаты обсуждаются индивидуально при принятии на работу и могут меняться в процессе роста популярности доктора.

Врач частной клиники, как правило, на процентах от своего приема и от назначений. Отсюда возможен «развод» пациента на массу дополнительных дорогостоящих и не всегда необходимых обследований и анализов. Но грамотный доктор, лечащий не болезнь, а больного, всегда может подробно объяснить и объясняет пациенту необходимость того или иного назначения. Для работодателя критерий деятельности – прибыль. И только тот, кто умеет видеть перспективу, понимает: грамотный врач, не позволивший себе излишней «раскрутки» пациента сегодня может не быть сверхприбыльной единицей. Но его имя привлечет пациентов в клинику, сделает ее престижной и посещаемой в перспективе.

Лечить не болезнь, а больного

Итак, какая система координат – государственная, страховая или частная – наиболее интересна сегодня врачу? Каждый из вас, доктора, знает свой ответ на этот вопрос. Безусловно, в каждой системе грамотный специалист найдет себя и свою нишу. Мне же представляется, что для современного профессионального доктора подтачивание ума до жесткой системы компьютерного шаблона неприемлемо. Я за то, чтобы лечить не болезнь, а больного. Российского врача с институтской скамьи учат думать, рассуждать, рассматривать пациента в этом формате: шире, чем предлагает компьютерный шаблон.

Плоха государственная и частная системы не дошли до всеобщей компьютеризации и причисления всех врачей под одну гребенку, я, пожалуй, за них. На мой взгляд, в этих двух системах знания и опыт докторов имеют больший вес, чем в страховой. Врач более свободен: имеет больше возможностей шире рассмотреть проблему пациента, более адекватно провести его диагностику и лечение. Жаль, конечно, что государство так скромно сегодня оценивает труд докторов. Только поэтому я выбираю частную медицину, в которой между мной – врачом и работодателем оговаривается финансовая сторона вопроса, устраивающая обе стороны, а успешность почти полностью зависит от доктора.

Татьяна МОХРЯКОВА,
врач и журналист.

P.S. С точки зрения пациента, я хотела бы сама выбирать врача. Но это тема для другой дискуссии.

НА СНИМКЕ: в каких коридорах поймут и поддержат врача?

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Точка зрения

На распутье

Где и как врачу сегодня комфортнее работать?



от так называемых «левых» выплат и «благодарностей».

Страховая набирает обороты

Всё больше сегодня набирает обороты страховая система. Как мы уже обсудили, государственные учреждения работают в системе ОМС. Здесь мы поговорим о страховании добровольном, в системе которого трудятся ведомственные и сетевые клиники. Частные центры, поняв, что в ДМС кроется дополнительная прибыль, также переходят на сотрудничество с ними. Соцгарантии для врачей в ведомственных и государственных структурах похожи: оплачиваемый отпуск, белая зарплата, оплата больничных листов. В сетевых и частных – всё по договоренности.

К ДМС обращаются как фирмы и предприятия, обязанные сегодня обеспечивать медицинскую страховку своих сотрудников, так и частные лица, имеющие возможность и стремящиеся к комфорту. Что здесь интересного? Как и в системе ОМС, между пациентом и врачом становится «контролер», в интересах которого при более детальном рассмотрении – не здоровье тех,

полчаса на одного пациента. Все жалобы, данные осмотра, любые манипуляции и назначения доктор фиксирует в компьютере – внутри сетевой программы, по которой потом идет оценка его действий и расчет с клиникой. Смотреть на пациента, разговаривая с ним, и одновременно заполнять электронную историю болезни, не каждому доктору сподручно. Задумка программы такая: одно обращение – один диагноз – единый стандарт обследования и лечения. То есть лечить в этой системе надо

болезнь, а не больного. А если у врача вдруг мелькнет не прозаичная, а клинически интересная мысль, и он надумает дообследовать пациента для уточнения или изменения диагноза? Если он взглянет на проблему, с которой обратился пациент, шире? Для назначения нужного ему анализа он в лучшем случае прочтет: «По согласованию со страховой компанией», в худшем: «Не входит в оплату». То есть возможны два пути: или согласовать свои мысли со страховщиком, или объяснить пациенту необходимость и целесообразность оплаты данного обследования из своего кармана.

Пример из моей терапевтической практики. На прием пришла женщина, принимающая в течение 7 дней антибиотик, но, несмотря на лечение, продолжавшая кашлять и выделять зеленую мокроту. Я назначила пациентке дообследование, включающее анализ мокроты на микобактерии туберкулеза. Сообщив об этом компьютеру, читаю: «По согласованию со страховой компанией». Дозваниваюсь до страховой компании, обозначаю проблему и слышу недоуменно-возмущенный голос собеседника:

чей осуществляет заведующий отделением: идет, как в школе, работа над ошибками. Что-то в электронных историях правится, что-то стирается вовсе. Вопрос: как врачу, увидев пациента в следующий раз, вспомнить детали, на которые он обратил внимание при данном осмотре и описал, если они будут стерты как лишняя информация для «надзирателя»-страховщика? Как врачу побороть в себе желание помочь пациенту, сделав доминирующим желание так заполнить историю болезни, чтобы со стороны страховщика не возникало вопросов? Можно, конечно, писать по жестко заготовленной системой схеме, а пациенту разъяснять, что на самом деле с ним происходит и как с этим бороться. Но не каждый пациент столь продвинут и желает что-то для себя сделать. Немало таких, кто рассуждает: «Вам это надо для диагностики, вы и делайте. За меня страховая платит, и хорошо. Сам я ничего платить и никуда больше идти не собираюсь».

Когда мы недавно в кругу докторов обсудили суть работы страховых клиник, один мой однокурсник, выбравший для себя путь частного врача, заметил: «Здесь всё понятно. Зачем страховой системе врач – личность с индивидуальным подходом к каждому пациенту? Ей (системе) нужен «пазл» – винтик, который в любой момент можно заменить другим. Ей надо, чтобы выбрали не врача как диагноста и профессионала, а клинику». Зарплата врача в клиниках, работающих со страховыми компаниями, чуть выше, чем в государственных. Это «чуть выше» – плата за обеспечение пациентами, равномерный прием, ограничение свободы, подчинение себя вытекающими.

Частная система выбирает врача

Для тех врачей, кто не готов к работе в жесткой системе алгоритмов, кто за клиническую медицину в широком понимании, кто хотел бы и финансово быть «на высоте», предлагается частная система. Она тоже стремится породниться со страховыми компаниями, но на добровольной основе (ДМС). Но пока это