

То, что доктор прописал

Можно ли оптимизировать затраты на здравоохранение, не только не снизив уровень медицинской помощи, но и, напротив, повысив качество оказываемых в данной сфере услуг? Обычно подобная постановка вопроса сразу вызывает скептическую реакцию: дескать, бюджетные ассигнования и состояние дел в упомянутой сфере – вещи прямо пропорциональные. Особенно негативно воспринимаются общественным мнением послы об оптимизации затрат в первичном звене здравоохранения.

Практически каждому при посещении поликлиник доводилось сталкиваться с толпами возмущенных пациентов, отчаянно штурмующих регистратуры. Особенно характерна такая картина для периода сезонных подъемов заболеваемости ОРВИ и гриппом. Предусмотрительно размещенные над окошками объявления о том, что работающие там люди находятся при исполнении и их оскорбление чревато последствиями, красноречиво свидетельствуют: страсти здесь порой кипят нешуточные. Если добавить к этому последующее длительное сидение в коридорах медучреждений, настороженное отношение к слову «оптимизация» во многом можно понять. Тем более что этот термин у нас, и не без

оснований, ассоциируется со словом «минимизация». Но, в то же время, несмотря на кажущуюся парадоксальность высказанного предложения, его не стоит отвергать с порога.

Для начала следовало бы разобраться повнимательнее, почему именно первичное звено нашего здравоохранения вызывает наибольшее число нареканий, причем зачастую вполне справедливых. Ведь в остальном отечественная система оказания медицинской помощи, сохранившая лучшие наработки и традиции советской, справляется со своими функциями вполне успешно. И это не удивительно: многоступенчатая система, предложенная в свое время академиком Н.А. Семашко, была признана одной из лучших в мире. Многие ее элементы не считали зазорным перенимать даже наиболее развитые из капиталистических стран.

И вот определенные проблемы начинают проявляться именно в самом массовом звене, которое, судя по его советским корням, по идее должно было бы демонстрировать наибольшую устойчивость. Особенно досадно, что оно же является наиболее близким к людям в прямом и переносном смысле, а потому в наибольшей степени влияет и на их самочувствие, и на настроение. Не скрывают отсутствие удовлетворения от своей работы в первичном звене и большинство медиков.

Ярким проявлением этой неудовлетворенности служит хроническая неукомплектованность наших поликлиник специалистами разного профиля. И это притом, что государство уделяет огромное внимание

▼ Новая детская поликлиника в Гомеле



данной проблеме. Сразу четыре медицинских вуза страны выпускают достаточное количество врачей всех специальностей, которые получают распределение по заявкам учреждений здравоохранения. Однако направляемые в поликлиники медики, как правило, надолго там не задерживаются, стремясь правдами и неправдами поменять место работы. В итоге выполнять клятву Гиппократова зачастую приходится ветеранам медицины, которые сплошь и рядом остаются на своем посту после достижения пенсионного возраста.

Конечно, благодаря усилиям соответствующих ведомств и, прежде всего, Министерства здравоохранения Беларуси, остроту этой проблемы, достигшую своего пика пять-семь лет назад, во многом удалось снять. Сейчас укомплектованность кадрами в первичном звене в среднем по стране составляет 70–75 %, а с учетом занятых ставок достигает 98 %. Такие данные прозвучали на одной из последних коллегий Минздрава.

Правда, достижение этого показателя стало возможным благодаря тому, что отечественные врачи, тоже в среднем, работают с коэффициентом 1,4, то есть с 40-процентной перегрузкой. Данная практика, которая отчасти позволяет решать проблему и незаполненных вакансий, и невысоких зарплат в здравоохранении, также вызывает немало сомнений. В самом деле, врач должен получать за свой труд достойную плату, отрабатывая положенную законодательством норму времени, так же, как во всех других сферах и отраслях. Если он желает взять дополнительную подработку, это его право, но такое положение не должно становиться нормой. Но это уже, как говорится, несколько иная история.

Нас сегодня занимает другой вопрос: почему же, несмотря на вкладываемые государством средства и затрачиваемые усилия, первичное звено продолжает напоминать бочки Данаид, откуда содержимое куда-то утекает, не принося желаемого утоления потребности? Во всяком случае, в объеме, который вправе ожидать, исходя из обстоятельств, и государство, и работники здравоохранения, и население. И вот в таком ракурсе популярный в последнее время посыл об уменьшении необоснованных затрат в здравоохранении приобретает совсем иное звучание.



▲ В Брестской центральной поликлинике

В последнее время он активно обсуждается населением. Люди наперебой цитируют слова министра здравоохранения Василия Жарко о том, что в одной из минских поликлиник 11 человек совершили по 200 посещений в год. По мнению руководителя медицинского ведомства страны, из-за того, что часть населения необоснованно, без повода обращается в поликлиники, растет нагрузка на врачей. Применительно к ней министр употребил определение «колоссальная». Василий Жарко отметил также проблему необоснованных вызовов скорой помощи, число которых, по имеющимся данным, достигает 56 %. По его словам, настало время пересмотреть и систему оказания так называемых «гостиничных» услуг в клиниках и больницах, то есть сократить время нахождения больных в стационарах.

Отрицать существование проблемы необоснованных обращений за медицинской помощью не приходится, как и то, что они влекут за собой дополнительные, абсолютно неоправданные расходы, размер которых различается в зависимости от вида обращения. Так, наименее затратен для бюджета визит к врачу, далее идет вызов врача на дом, за ним следует вызов скорой помощи. Каждый приезд «неотложки», например, обходится государству приблизительно в 400 тыс. рублей. Дороже всего стоит, как нетрудно догадаться, оказание стационар-

ной медицинской помощи. По мере возрастания следуют цена терапевтической койки, затем хирургической, а стоимость реанимационной и вовсе исчисляется тысячами долларов в сутки. И все эти виды помощи порой задействуются неэффективно, в результате чего, по оценке министра, до 20 % затрат системы здравоохранения необоснованны.

Цифры эти слишком серьезны, чтобы можно было оставлять их без внимания. Не удивительно, что после упомянутого выступления В. Жарко, а также последовавшего вскоре обращения к данной теме вице-премьера А. Тозика, во многих медучреждениях также решили поднять соответствующую статистику. Что же показало исследование? К примеру, в минувшем году в 34-ю поликлинику г. Минска 4 человека приходили 5 раз в неделю, то есть за вычетом субботы и воскресенья фактически ежедневно, как на работу. Еще 15 человек посещали данное медучреждение по 3–4 раза в неделю, 20 – по 2–3, 69 человек – по 1–2 раза в неделю, и 690 человек – 4 раза в месяц. Итого получилось 800 человек, или 2 % от обслуживаемого населения. Причем, что самое тревожное, уже доказано: такой характер посещений, как правило, сам по себе красноречивее всего свидетельствует об их необоснованности. Люди приходят уточнить, что сказал им врач на прошлом приеме, спросить, готовы ли анализы и ка-

ков их результат, просто поговорить. Как следствие, зайдя в произвольно выбранный кабинет, можно быть почти на 100 % уверенным, что, кроме врача, медсестры и пациента, еще два-три человека сидят на стоящей рядом кушетке, чтобы что-то переспросить или просто пресечь прием «блатных» вне очереди.

В подобной ситуации страдают все. Врач – от того, что такая обстановка попросту мешает выполнению его прямых обязанностей. Ведь тот же «блатной», которого за руку завели в кабинет коллеги, скорее всего – экстренный больной, и ему необходима срочная консультация. Страдают ожидающие под дверью: придя точно к назначенному часу, они не могут вовремя попасть на прием. Количество безвозвратно сгоревших у всех участников этого процесса нервных клеток статистическому учету уж точно не поддается. Но самое главное, страдает качество медицинской помощи, потому что в подобной обстановке выдерживать все ее каноны и стандарты просто нереально. А в итоге – утечка медицинских кадров, которая еще больше усугубляет проблему незанятых вакансий и многочасовых очередей, создавая порочный круг. Между тем как одно лишь устранение необоснованных посещений значительно снижает ее остроту – причем, заметим, без всяких дополнительных затрат. Простые подсчеты показывают, что, если бы этого удалось добиться, выделенных по нормативам на прием 15 минут вполне достаточно, чтобы врач внимательно выслушал пациента, разобрался в причинах его заболевания и сделал необходимые назначения. Но для этого за смену он должен принимать 28 человек, а не 36–40, как бывает сплошь и рядом, а в периоды эпидемических подъемов – и того больше. Неудивительно, что в периодически проводимых соцопросах врачи поликлиник среди желательных изменений в их деятельности на первое место выносят именно чрезмерные нагрузки, на второе – недостаточный уровень оплаты труда и лишь после этого называют жилищную и прочие проблемы.

Еще сложнее обстоят дела с вызовом врача на дом. Проведенный в той же поликлинике скрининг показал, что только 18 % из них являются обоснованными: когда у пациента острое состояние, высокая температура и так далее. Остальные



82 % делаются в основном ради выписки льготного рецепта. Не правда ли, это непозволительная роскошь, особенно с учетом того, что, не покидая стен поликлиники, врач за время, необходимое для посещения одного пациента на дому, смог бы принять 4 человек. Иначе говоря, в стенах кабинета его КПД возрастает в 4 раза. Пожалуй, трудно не согласиться, что и этот аспект оказания медицинской помощи нуждается в оптимизации.

Наболевшим вопросом являются также необоснованные вызовы «скорой». Одно дело, когда ситуация несет угрозу жизни и требует принятия неотложных мер: скажем, травма с утратой способности к передвижению или большой кровопотерей или, не дай бог, подозрение на инфаркт, инсульт и т.п. – такие случаи сомнений не вызывают. Но вот удручающая статистика: в 2008 году каждый шестой, госпитализировавшийся в клиники Минска, находился в состоянии алкогольного опьянения. Как правило, все такие пациенты «под градусом» проходят через руки медиков «неотложки», что стало настоящим бичом данной службы. Нередки и случаи, когда бригада приезжает по вызову, а дверь на звонок никто не открывает. Причины разные: либо скорую помощь нетрезвому гражданину вызвали родственники, и он не желает, чтобы его осматривали, либо необходимость в услугах медиков отпала вследствие само- или взаимопомощи.

Распространенными поводами для вызова бригады медиков выступают просьба сделать назначенный укол или отвезти в больницу пациента с направлением на госпитализацию. Очевидно, что эти вызовы следует считать необоснованными: скорая помощь – не бесплатное такси. Хотя существует определенная категория пациентов, для которых предусмотрена доставка в медучреждения специализированным транспортом: в частности, инвалиды первой группы или «колясочники». Но для таких исключений предусмотрена бригада неполной комплектации, без фельдшера.

Жажда простого человеческого общения в числе факторов непомерного увеличения нагрузки на «скорую» тоже присутствует. Один знакомый врач рассказывал, что у него была пациентка, вызывавшая «неотложку» каждый день. Она страдала астмой, которая, впрочем, была компенсирована,



▲ На приеме у врача-терапевта в 32-й поликлинике Минска

получала вполне современный препарат, позволяющий купировать симптомы этого заболевания, но, тем не менее, вновь и вновь продолжала набирать номер «103».

Установить факт необоснованности вызова «скорой» технически несложно. Сейчас в диспетчерских всех станций ведется аудиозапись звонков и полный хронометраж, остается лишь сопоставить эти данные и реальные обстоятельства. Гораздо сложнее добиться, чтобы число таких обращений в «скорую», а заодно и во все другие первичные звенья системы здравоохранения существенно снизилось.

Большинство из звучащих сегодня, правда, пока неофициально, предложений сводятся к воздействию рублем. Обосновывается такая позиция опытом зарубежных стран. Нет, речь отнюдь не идет о переходе на платное здравоохранение. Бесплатное оказание медицинских услуг по-прежнему гарантируется всем без исключения гражданам страны. Но, чтобы отсечь необоснованное расходование потенциала системы, высказывается мнение о целесообразности введения платы за талончик к врачу, нечто вроде оплаты проезда в общественном транспорте. Стоимость такой услуги, по мнению авторов идеи, должна быть чисто символической, порядка 3–5 тыс. белорусских рублей, чтобы не обременить представителей самых малообеспеченных слоев населения. Но многие уверены, что даже такой минимальный шаг заставит за-

думаться тех граждан, для которых посещение поликлиник превратилось в подобие навязчивой привычки.

Аналогичным образом рекомендуется подойти к вызовам врача на дом. Ведь многие и не скрывают, что порой им просто не хочется идти в поликлинику: на улице холод, слякоть, дождь. Они и готовы заплатить посильную сумму, порядка 50–60 тыс. белорусских рублей, чтобы доктор нанес им визит. Так нужно, считает ряд экспертов, пойти им навстречу и узаконить это желание, взимая соответствующие суммы. Тогда и мотивация врача к совершению подобных визитов изменится.

Опять-таки, это предложение вовсе не распространяется на основы сложившейся практики, и при наличии бесспорных показаний вводить плату за вызов врача на дом никто не собирается. Хотя, между прочим, во многих европейских странах такой «сервис» не предусмотрен вовсе – там необходимые консультации при дистанционном варианте врач дает по телефону. К слову, медицинское ведомство со своей стороны тоже позаботилось о том, чтобы уменьшить количество зачастую неоправданных визитов на дом, как, впрочем, и в поликлинику. Согласно решению Минздрава, выписка льготных рецептов уже давно производится не на месяц, а на полгода – за исключением препаратов строгого учета.

Практически единодушны медики и насчет необходимости введения обязанности компенсировать стоимость визита «неотложки» в случае ложных вызовов, особенно сопряженных с состоянием алкогольного опьянения – уж больно вопиющий размах приобретает эта проблема.

Так или иначе, нетрудно заметить, что все эти меры направлены не на зарабатывание денег – реальная стоимость услуг здравоохранения несопоставима с озвучиваемыми суммами, а на изменение менталитета населения. В него-то все и упирается, в чем убеждает то же знакомство с зарубежным опытом. Так, в настоящее время в соответствии с региональными программами оказания медицинской помощи наше государство гарантирует одному человеку приблизительно 11,5 посещения поликлиники в год. Для сравнения: в преуспевающей по всем меркам Швеции эта цифра составляет 3,5. Вряд ли кто-то заподозрит скандинавскую страну в стремлении сэкономить на

ПРЯМАЯ РЕЧЬ



Дмитрий ШЕВЦОВ, член Постоянной комиссии Палаты представителей Национального собрания Республики Беларусь по здравоохранению, физической культуре, семейной и молодежной политике, председатель Белорусской ассоциации врачей:

– Социально-экономические трансформации, появление новых методик лечения и прочие факторы обуславливают необходимость постоянного совершенствования деятельности здравоохранения. Нужно сказать, что ни одну из существующих сегодня в мире систем охраны здоровья нельзя считать идеальной, каждая имеет свои плюсы и минусы. Исходя из этого, полагаю, что нам необходимо модернизировать существующую в Беларуси модель, беря от каждой то, что в ней есть лучшего.

Мне довелось познакомиться с системами здравоохранения Литвы, Латвии, Чехии, достаточно глубоко изучать опыт организации соответствующей сферы в Швеции и США. Кстати, в американской модели, основанной на частной медицине, имеется множество проблем, и они сами этого не скрывают. Но применительно к теме снижения необоснованных врачебных нагрузок мне, например, показался очень перспективным применяемый там бригадный метод организации работы. Заключается он в том, что на одного врача приходится 5–6 помощников. Эту функцию, как правило, выполняют квалифицированные представители среднего медицинского персонала, которые помогают собирать анамнез, результаты анализов. В результате пациент попадает на прием, будучи полностью подготовленным, и врач выступает уже в качестве эксперта. Кстати, во многих отечественных поликлиниках почти 4 года назад также стали появляться помощники врача, и эта практика зарекомендовала себя весьма успешно.

А в Швеции, к примеру, больничные листы выдают по телефону. Представляете, насколько это упрощает работу первичного звена? Правда, чтобы исключить вероятную при этом коррупционную составляющую, там подстраховались и сделали первые 3 дня пребывания на больничном неоплачиваемыми вовсе. Последующие 6 дней оплачиваются наполовину, и только с 10-го дня идет стопроцентная оплата.

Такая схема дает возможность защитить уязвимые категории пациентов, скажем, в случае тяжелой травмы или длительной госпитализации. В то же время она защищает врача от ненужных подозрений и дает уверенность, что пациент не станет злоупотреблять возможностью освобождения от работы. А листки нетрудоспособности оплачивает не фонд социальной защиты, как у нас, а работодатель. В таком случае он напрямую заинтересован, чтобы сотрудник был здоров, и его уже не нужно будет уговаривать застеклить цех, убрать сквозняки, выдать сезонный комплект спецодежды, поощрять сотрудников, ведущих здоровый образ жизни.

Я прекрасно отдаю себе отчет, что призыв перенять этот опыт не найдет широкого одобрения в нашем обществе. Но проблема подобных злоупотреблений существует и у нас, и ее нужно решать. Достаточно сделать скрининг в осенне-весенний период, то есть в пик огородно-полевых работ, чтобы убедиться: количество листков нетрудоспособности резко возрастает. При последующем обзвоне, который в соответствии со своими должностными обязанностями выборочно производят заведующий отделением или заместитель главного врача, выясняется, что мнимый больной находится на даче или в деревне.

Помогают выявлять злоупотребления и практически повсеместно распространенные сейчас компьютерные базы данных, в которых, в частности, отражается выдача всех листков нетрудоспособности. Допустим, мы видим, что некто Иванов в течение года шесть раз был на больничном. Конечно, злой рок исключать нельзя, но объяснение чаще всего оказывается более прозаическим: либо неправильно выбрана схема лечения, либо симуляция. И в том, и в другом случае надо разбираться.

Компьютеризация способствует сокращению затрат и в другом аспекте. Скажем, сегодня во многих поликлиниках города внедрены системы электронной выдачи рецептов, благодаря которым выписка одного рецепта в общей сложности занимает порядка 40–45 секунд. Кроме того, все параметры в таком документе, набранном на компьютере, хорошо читаемы, что также представляет собой немалое преимущество. Сейчас мы вплотную подходим к введению электронной амбулаторной карты. Все это позволит еще больше разгрузить врача от бумажной работы с тем, чтобы он смог больше внимания уделять нуждающимся в этом людям.

своих гражданах. Просто дело в том, что заложенные в отечественных документах нормы можно безболезненно уменьшить в разы без ущерба для результата. Но непременным условием этого является достижение между врачом и пациентом терапевтического контакта. Есть такой термин, под которым принято понимать неукоснительное выполнение пациентом всех предписаний врача, регулярный прием назначенных препаратов, своевременное прохождение дополнительных обследований, включая требуемые анализы, в зависимости от патологии. Врач следит за ходом лечения, корректируя происходящие изменения. Когда они поддаются коррекции, ежеквартальных встреч с пациентом вполне достаточно. Если же наступает ухудшение состояния здоровья, врач принимает решение о госпитализации с тем, чтобы уже на стационарном этапе подобрать адекватную схему лечения.

Однако терапевтического контакта в повседневной практике отечественных поликлиник как раз и недостает. Согласно выводам соответствующих исследований, он отсутствует в 40, а то и 60 % случаев. Причина банальна: пациенты массово игнорируют врачебные рекомендации, нарушают режим лечения, выписанные препараты принимают небрежно, а то и не принимают вовсе. Модным стало оспаривать врачебные назначения, ссылаясь при этом на сведения, почерпнутые у знакомых, в Интернете и так далее. Медики по этому поводу горько шутят: у того, кто лечится по Интернету, велик риск умереть от описки.

Неудивительно, что у врачей после этого все чаще опускаются руки: каково видеть, что твои усилия не встречают ответной заинтересованности и пропадают впустую. Между тем за рубежом такое немыслимо. Авторитет врача там по-прежнему непрекращаем. Никому и в голову не придет подвергать сомнению его указания. Если доктор сказал в следующий раз прийти через 3 месяца, пациент нарушит это распоряжение только из-за явного ухудшения состояния. И вовсе не нужно думать, что врачи там намного компетентнее или обладают более фундаментальной подготовкой, чем наши. Они, как и все люди, тоже порой ставят неверные диагнозы и совершают врачебные ошибки.

Помнится, с десяток лет назад мировые СМИ обошла информация о том, что в одной из престижных западноевропейских клиник пациенту со злокачественной опухолью одной из почек во время операции удалили как раз здоровую, а пораженную оставили. Конечно, пострадавшему выплатили солидную компенсацию, исчисляемую десятками тысяч евро, но вряд ли это его утешило. Данный прискорбный факт приведен не для нагнетания атмосферы, а для подтверждения известной истины: не ошибается тот, кто ничего не делает, в том числе за рубежом. Но эта констатация отнюдь не мешает западноевропейским пациентам проявлять такие качества, как дисциплинированность и готовность четко следовать предписаниям.

Но главное, в чем нашим гражданам стоило бы более активно брать пример с жителей Евросоюза – это ответственность по отношению к своему здоровью, которая лежит в основе всех перечисленных достоинств и влечет соответствующее поведение и в быту, и при контактах с представителями сферы здравоохранения.

Справедливости ради нужно отметить, что не всегда необоснованное посещение поликлиник вызвано пережитками в мышлении пациентов. Иногда они бывают вынуждены создавать очереди и столпотворение не по своей воле. Знакомая картина, не правда ли: у человека высокая температура, головная боль, ломота во всем теле. Налицо все признаки гриппа или ОРВИ, очевидно, что острые симптомы продержатся не меньше 5–6 дней, но врач непреклонен: через день явиться в поликлинику на осмотр. И граждане были вынуждены через силу подниматься и идти на прием, чтобы после томительного ожидания услышать: продолжайте болеть, придите через день. И так раз за разом.

К счастью, здравый смысл возобладал и эту норму изменили. До середины 2013 года, в эпидемические периоды, больничный лист было разрешено выдавать сразу на 6 дней. Более того, летом минувшего года внесены изменения в постановление Совета Министров, касающееся различных выплат и пособий. Согласно ему врач теперь имеет право единовременно выдавать листок нетрудоспособности на срок до 10 дней без решения ВКК, тогда как раньше данное условие было обязательным.

Не всегда недобросовестный умысел можно усмотреть и в вызовах скорой помощи, которые принято относить к необоснованным. Почувствовавший внезапное недомогание человек порой просто не знает, в какое медучреждение он должен обращаться, особенно вечером или ночью, когда поликлиники закрыты, и привычно звонит в «неотложку». На такой случай сейчас тоже предусмотрена иная возможность. На всех станциях скорой помощи дежурят врачи-диспетчеры, с которыми можно проконсультироваться в случае необходимости. Они всегда дадут квалифицированный совет и добавят: если не будет улучшения, пожалуйста, перезвоните через полчаса или через час.

Так что снижение необоснованных затрат в здравоохранении требует комплексного подхода и совместных усилий всех заинтересованных сторон. Но все-таки задача изменения менталитета остается здесь ключевой. Нужно отказываться от потребительского подхода к здравоохранению, сложившегося исторически. Пожалуй, лучше всего его иллюстрирует такая картинка, о которой поведали работники поликлиники, расположенной неподалеку от Комаровского рынка. У них есть несколько пациентов, которые сначала заходят измерить давление по дороге на Комаровку, а потом еще раз – возвращаясь домой с покупками. Какая система выдержит такую нагрузку? Тем более что современная медицина не стоит на месте, оказание высокотехнологичных видов помощи требует все более значительных финансовых вложений. А откуда они возьмутся, если совсем не безграничные бюджетные средства расходуются далеко не всегда рачительно и рационально?

Давно пора понять: доставшаяся нам в наследство государственная система здравоохранения – ценнейший ресурс, и, как любой другой, его нужно беречь. Мы же говорим об экономном расходовании питьевой воды, устанавливаем счетчики. Понемногу приходит и осознание, что ее использование для сливных бачков – непозволительная роскошь. Да простят мне эту аналогию, но в данном контексте ситуация в чем-то схожа. Не цена того, что имеем, можно в один прекрасный момент умереть от жажды – или оттого, что на вызов не приехала скорая помощь.

Галина МОХНАЧ