

Л. С. Шилова

ТРАНСФОРМАЦИЯ УСЛОВИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ В ПРОЦЕССЕ ОПТИМИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ¹. Часть 1

DOI: 10.19181/snsp.2018.6.4.6092

Шилова Людмила Сергеевна – кандидат социологических наук, доцент, старший научный сотрудник, Институт социологии ФНИСЦ РАН.
117218, Россия, Москва, ул. Кржижановского, 24/35, корп. 5
E-mail: Ljudmila-shilova@yandex.ru

Аннотация Сегодняшний этап реформ вызывает неодобрение врачей по ряду причин. Повышение зарплаты съедено возросшими нагрузками. Надбавки и стимулирующие выплаты распределяет главврач по не обсуждаемым критериям. Дополнительное образование врач должен получать в свободное от работы время и за свой счет. Врачей штрафуют за поступившие жалобы пациентов независимо от их обоснованности. Совокупность сложившихся условий труда и требований администрации ведёт к повышению у врачей уровня неудовлетворённости своей работой, к профессиональному выгоранию. Дисфункциональные управленческие действия администрации медицинских учреждений носят недальновидный характер, снижают трудовую мотивацию врачей.

Ключевые слова: оптимизация, организация предоставления медицинской помощи, коммерциализация, повышение квалификации.

За последние 30 лет реформ цели и задачи практически не менялись: повысить качество медицинской помощи, обеспечить её доступность населению, оснастить медицинские учреждения современным оборудованием, укрепить первичное звено (поликлиники), расширить профилактическую деятельность по предупреждению заболеваний. На протяжении многих лет эти цели лишь де-

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке НИУ-ВШЭ в рамках проекта «Анализ социальной сферы региона методом включённого наблюдения» (ТЗ-118; 41200НПИ; ст. 226 Д.136736), 2015 г., рук. С. В. Шишкин. Работа построена на интервью с врачами московских частных и государственных медицинских учреждений (респонденты отбирались по методу «снежного кома»), больниц и поликлиник. Период опроса: 2015–2017 гг. Всего было транскрибировано 19 интервью. 8 врачей из муниципальных поликлиник, 2 врача из роддомов, 4 врача из муниципальных больниц, 1 бывший врач поликлиники, ставший дилером крупной фармакологической компании, и 4 врача частных клиник. Их длительность была различной: от 15–20 минут до двух часов. Кроме того, использовалась информация, почерпнутая на форумах врачей на профессиональных сайтах «Врачи РФ» (<http://vrachirf.ru>, <http://new.mirvracha.ru>, <http://vrachirf.org>, <http://welcome.medznat.ru>, <https://econet.ru/>), в личных блогах врачей, в обсуждениях и постах врачей в группах в «Фейсбуке»: «Лига защиты врачей», «Медицинская антропология в России», «Здравоохранение в России», «Ассоциация медицинских журналистов».

кларировались, потому что механизмы реализации не подкреплялись должным финансированием. Но вот с 2014 г. реформирование набрало обороты, и начались радикальные преобразования. Финансирование решено было изыскать внутри системы, поэтому новый этап реформ получил название «оптимизация».

В нашем здравоохранении действительно было много организационных моментов, которые требовалось оптимизировать: это длинные пациентские маршруты, неоправданно долгое пребывание пролеченных больных в стационарах, длительные сроки получения результатов диагностики. Профилактические осмотры пациентов поликлиник проводились по укороченной программе и были неэффективными. Все эти направления деятельности медицинских учреждений нуждались в реорганизации, и их оптимизация могла осуществляться в условиях ограниченного финансирования. Поэтому начало преобразований врачи, по их свидетельствам в интервью, встретили с надеждой и одобрением. Сегодня, по прошествии почти четырёх лет, мы решили выяснить, как сами врачи оценили новые условия предоставления медицинских услуг населению и как они отразились на их профессиональной деятельности. Исследование проводилось в московских медицинских учреждениях различного типа.

Позитивные достижения реформирования (по мнению врачей)

Все опрошенные нами врачи, как и врачи на медицинских форумах, считают большим прорывом оснащение медицинских учреждений современным высокотехнологичным оборудованием. Особенно это важно для пациентов поликлиник. Раньше многие диагностические возможности предоставлялись только в стационарах, поэтому доступность современной диагностики для пациентов поликлиник, безусловно, расширилась. Появилась возможность выявлять заболевания на ранних стадиях и проводить более эффективное лечение. В больницах современное оборудование позволило поставить на поток малодоступные прежде и менее травматичные операции.

Однако за прошедший период выявились проблемы: современному оборудованию часто не соответствует уровень подготовки работающих с ним врачей. Закупка высокотехнологичного оборудования включает, кроме самого оборудования, также покупку стандартов работы на нём и обучение специалистов. В силу нехватки средств на двух последних частях российское здравоохранение сэкономило. Закупленного оборудования оказалось больше, чем обученных работе на нём врачей. Эксперты из Высшей школы организации управления здравоохранением утверждают, что высокотехнологичное оборудование в наших поликлиниках работает на одну треть его возможностей, тогда как в западной практике (в европейских странах со сходной экономикой — Польше, Эстонии, Венгрии, Чехии, Словакии, Словении, не говоря уже о более развитых европей-

ских странах) оно работает как минимум не ниже чем на 70–90% возможностей [Валеев, 2016]. В 2018 г. выделены средства и на закупку стандартов, и на обучение специалистов. Теперь коэффициент использования нового оборудования должен возрасти с 30% в 2015 г. до более высоких значений.

Вторым прорывом врачи считают информатизацию медицинских учреждений. Пациенты и врачи, испытав некоторые трудности с освоением, в конечном итоге положительно оценили введение в Москве Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС). Система действительно преобразила организацию предоставления медицинских услуг.

Запись к врачам осуществляется через сайты pgu.mos.ru и emias.info, мобильные приложения, информаты (терминалы ЕМИАС), которые находятся в учреждениях. На мобильные телефоны пациенты получают напоминания о записи к врачам, времени приёма и номере кабинета. Это позволило лучше управлять потоками пациентов, сократить живые очереди перед кабинетами врачей и сократить время ожидания приёма пациентами, по нашим опросам и по данным других исследований в 2015 г., в среднем до 15–20 минут.

Для информатизации медицинских учреждений потребовалось проложить в зданиях коммуникационные и инженерные сети и заодно провести ремонт в соответствии с современными требованиями качества. Внутренняя обстановка приобрела дизайнерский вид, в коридорах стоят новая мебель, кулеры, киоски-автоматы, цветы, работают настенные телевизоры. Врачи отметили, что комфортная обстановка благотворно действует на общение персонала с пациентами и пациентов между собой во время ожидания приёма. Исчезли споры раздражённых людей, которым не всегда доставалась возможность ожидать приёма врача сидя.

Рост нагрузок врачей

Параллельно с модернизацией организации предоставления медицинских услуг началось широкомасштабное сокращение численности врачей и медицинского персонала, и отдельных учреждений. Масштаб сокращений иллюстрируют данные, приведённые в выступлении руководителя департамента здравоохранения города Москвы Алексея Хрипуна в мае 2017 г.: «Раньше в Москве было 250 самостоятельных взрослых поликлиник. Из них сформировали 47 крупных городских поликлиник» [Врач должен..., 2017]. Сокращения учреждений обосновывались их экономической нерентабельностью, с точки зрения реформаторов. Этот процесс продолжается до настоящего времени, и привнёс самые значимые последствия для системы здравоохранения в целом, для пациентов и для профессиональной деятельности врачей в частности.

В результате сокращений выросли нагрузки врачей и стационаров, и поликлиник. Но в поликлиниках загруженность врачей сегодня носит критический характер. Возросла численность прикреплённых контингентов на каждого врача.

Например, в московской поликлинике в Митино «в 2013–2014 гг. работало 20 терапевтов на 24 терапевтических участках», — рассказывает терапевт поликлиники. «Сейчас население этих же участков обслуживают всего 8 терапевтов, то есть нагрузки выросли почти в три раза».

Терапевтов освободили от посещений больных на дому, но зато теперь они ведут приём пациентов и в выходные дни и работают на приёме без медицинских сестёр, которые раньше разгружали врача при работе с документацией и процедурами. Когда вновь созданные бригады по обслуживанию больных на дому не успевают справляться со всеми вызовами, к посещению на дому опять привлекаются терапевты. К традиционным врачебным приёмам нужно добавить профилактические осмотры учащихся и работающего населения, обязательную диспансеризацию. Ещё нагрузки врачей удваиваются в периоды обострения простудных заболеваний, эпидемий гриппа. Если в поликлинику к дежурным врачам обратилось много пациентов в остром состоянии, то их также могут распределить между терапевтами, добавить к тем, кто идёт по записи. Далеко не всегда заболевший пациент может записаться на приём к врачу в тот же день или в ближайший. И если пациент хочет получить помощь только у «своего» врача, который его знает, то к пациентам по записи добавляется живая очередь.

Главврачи следят за тем, чтобы все обратившиеся за помощью получили её, по двум причинам. Во-первых, боятся жалоб со стороны пациентов в ФОМС или в территориальные департаменты здравоохранения, за которые штрафуют поликлинику. А во-вторых, потому что ФОМС оплачивает учреждению количество обращений пациентов. Оплата по количеству обращений, в свою очередь, привела к тому, что администрация поликлиник, будучи заинтересованной в большом числе пациентов, корректирует электронную программу записи к врачам путём сокращения времени приёма.

По утверждённым стандартам, специалисту и врачу общей практики отводится 20 минут, терапевту — 15 [Приказ о нагрузках..., 2015]. Но в реальной жизни в некоторых поликлиниках Москвы в погоне за числом принятых пациентов время приёма терапевтов сократили до 10–8 минут. Но даже если бы соблюдался стандарт в 15 минут, врачи говорят о том, что и этого времени недостаточно. Кроме того, стандарты и правила плохо согласованы между собой. Вот пример несогласованности, о котором пишет в опубликованном интервью терапевт, кстати, удостоенная звания «один из 10 лучших участковых терапевтов Москвы в 2017 г.», которая решила уйти из государственной медицины: «В официальных письмах на вопрос о 15 минутах приёма ДЗМ (департамент здравоохранения Москвы) отвечает, что врач может тратить на приём столько времени, сколько того требует ситуация у данного пациента. Однако на практике за время ожидания в коридоре пациентов более 20 минут накладываются штрафы. Как можно тратить более 15 минут на пациента, но чтобы при этом не ждали другие в коридоре, при полной записи на каждые 15 минут?» [Землянухина, 2018]. Продолжительность приёма пациента — главный фактор неравенства, наряду

с разницей в оплате труда, в условиях работы между врачами государственных и частных учреждений. В частном учреждении врач чувствует себя совсем иначе: *«В частном центре, в котором я сейчас работаю, мне выделили 40 минут (на приём пациента) — это прекрасно, я наконец-то чувствую себя врачом и человеком. Я очень благодарна за то, что всё так получилось (врач попала под сокращение в поликлинике. — Прим. автора). Поклониться им, что ли, за то, что они меня уволили?»* (из интервью с терапевтом).

Время отпусков также является напряжённым периодом и для врачей, и для пациентов. В случае ухода в отпуск терапевтов пациенты распределяются между оставшимися врачами. А отпуск специалистов, число которых в некоторых случаях сократилось до одного по каждой специализации в поликлиниках-филиалах, вынуждает отправлять пациентов в центральную поликлинику. Маршрут пациентов удлинится, и помощь заведомо бывает несвоевременной, что отражается на эффективности лечения. Многие «хроники», которые предпочитают лечиться только у «своего» врача, терпеливо переживают его отпуск, периодически вызывая скорую помощь.

Сегодня терапевты, работая без сестёр, тратят больше времени на бумажную работу, чем раньше. Кроме заполнения в компьютере сведений о жалобах и обследовании пациента, врачу ещё приходится вручную дублировать записи, заполняя медицинскую карту пациента, — это негласное правило введено из-за постоянных зависаний компьютеров или, нередко, из-за отсутствия принтеров в врачебном кабинете для распечатки компьютерной записи и вклеивания её в карту. Запись в карте должна соответствовать выписанным рецептам, особенно льготным. Пишется название препарата, дозировка, количество, кратность приёма и обязательно номер рецепта. Подклеивается копия рецепта. Рецепты печатают на компьютере, но в амбулаторную карту нужно внести запись от руки. Оформление медицинской документации у терапевта должно занимать по нормативам не более 35% времени, отводимого на посещение пациента [Валеев, 2016].

«Оформление многих документов выполняется вне приёма в своё личное время, т.к. физически это невозможно сделать во время 15-минутного приёма. Оформление посыльного листа на инвалидность занимает порядка 40 минут, МРТ — 20 минут, направления и выписки в др. ЛПУ — 15 минут. А никто не отменял ещё диспансеризации, паспорта участка и пр. Пациенты зачастую приходят с несколькими проблемами, и решить всё нужно за один приём — опять никак не уложиться в 15 минут» [Землянухина, 2018]. Специалисты Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения подсчитали, что реально на бумажную работу тратится до половины времени приёма пациента [Валеев, 2016].

Перегрузки в работе нигде не учитываются и не оплачиваются, рабочий день врача в поликлинике становится ненормированным. Вот выдержки из интервью с терапевтом поликлиники: *«Условия работы в поликлиниках просто каторжные. Главврач требует, чтобы был принят каждый пациент, кто пришёл на приём, даже те, кто не записан»*.

А это из упомянутого ранее интервью с терапевтом: *«В условиях 15-минутного приёма без медсестры... заполняя в большинстве случаев в одиночку тонну документации, как электронной, так и бумажной, обосновывая в карте и нося на подпись заведующей каждый чих (от биохимии крови и до УЗИ), — невозможно качественно работать так, чтобы это было не в ущерб собственному здоровью и семье»* [Землянухина, 2018].

Но главное, на что указывают врачи, заключается в том, что правила организации предоставления медицинской помощи динамично изменяются, и вслед за этим растут нагрузки. По данным исследования, проведённого в мае 2017 г. Фондом независимого мониторинга «Здоровье» и охватившего 6,1 тыс. медработников из 85 субъектов РФ, более половины (60,9%) врачей и медсестёр считают, что их нагрузка существенно возросла [Мониторинг независимого..., 2017]. Молодые врачи стараются найти возможность уйти в частную медицину, а некоторые просто уходят из медицины. Если условия работы в государственных поликлиниках не изменятся, то дефицит врачей в них будет сохраняться.

Новый порядок начисления зарплаты

Повышение зарплаты врачам состоялось, но оно незначительное, если соотнести оплату труда с объёмом возросшей врачебной нагрузки. Терапевту снизить коэффициент нагрузки до одной ставки, например, по семейным обстоятельствам, практически невозможно — тогда предлагают уволиться. В целом врачи считают, что по-прежнему мотивация их труда не поддержана оплатой труда: *«Нормативы таковы, что сегодняшняя нагрузка с коэффициентом в полторы ставки в сравнении с периодом до оптимизации приравнивается к коэффициенту в 2–3 ставки»* (из интервью с врачом стационара).

Зарплаты медперсонала разделили на базовую часть, надбавки и стимулирующие выплаты. Все части зарплаты, кроме стимулирующих выплат, строго регламентированы. При начислении надбавок учитываются категория врача, стаж работы и его непрерывность — это единственные всем понятные критерии. А стимулирующие персонализированные выплаты начисляются главврачом на основе собственного внутреннего Положения учреждения, которое содержит и собственные внутренние критерии оценки эффективности труда медицинских работников.

Например, напряжённость труда оценивается по количеству посещений пациентов. Качество труда оценивается по таким показателям: применение новых технологий и навыков в работе, снижение показателей заболеваемости и смертности, деятельность по профилактике заболеваний, сколько патологий доктор выявил на ранних и запущенных стадиях, сколько поставил неправильных диагнозов, сколько у его пациентов было несвоевременных госпитализаций и сколько выявлено осложнений после лечения. Засчитываются жалобы пациентов, ошибки в ведении документации. Многие из этих показателей нельзя, на взгляд врачей, однозначно оценить: *«Какую за 10 минут приёма, пусть даже 15 минут, профилактическую»*

деятельность я могу провести, когда принимаю мать с маленьким ребёнком, да если ещё он со страху капризничает? Тут сосредотачиваешься только на том, чтобы не ошибиться в диагнозе», – недоумевает педиатр из детской поликлиники.

Решение о стимулирующих выплатах принимает комиссия из трёх членов коллектива, но последнее слово остаётся за главврачом. Он стал главным субъектом власти в учреждении, получил возможность контролировать распределение средств. По мнению врачей, начисления носят субъективный характер. У некоторых врачей и в некоторые периоды зарплата сокращается до трети от той, которую они получали до нового порядка начисления зарплаты. Как это получилось, они не понимают, но выяснять и оспаривать никто из работников не решается, стараясь избегать конфликтов с главврачом.

Порядок начисления стимулирующих надбавок и система штрафования врачей создали напряжённую атмосферу внутри коллективов. Из интервью с врачом-диагностом из роддома: *«Появилось унижительное чувство зависимости. Теперь все друг за другом следят, о каждой ошибке надо докладывать заместителю главного врача, друг на друга писать докладные».* Из интервью с врачом поликлиники: *«Сразу появились люди, которые прилагают все усилия, чтобы выслужиться перед начальством».* *«Жалко всех, у нас был очень дружный коллектив. Мы очень хорошо ладили, сейчас такого нет. Сейчас нет команды, каждый за себя, каждый выживает, как может»* (врач поликлиники).

На вопрос о механизмах формирования зарплаты главврач роддома на пятиминутке поясняет: *«Стимулирующие выплаты не могут превышать 15 баллов, а стоимость балла зависит от дохода роддома, поэтому выплаты каждый раз меняются».* А вопрос, откуда взялся потолок выплат в 15 баллов, вызвал у главврача бурю возмущения: *«Вы что, считаете, что я вас обкрадываю?»*, и ответ работники так и не получили (из интервью с врачом-диагностом роддома).

Вот высказывания врачей на медицинских форумах: *«С учётом категории и стажа моя зарплата – около 25 тыс. рублей. Остальное – стимулирующие выплаты, которые выписываются по усмотрению администрации. До того, как нас превратили в филиал, объединив с другой больницей, я получал порядка 60 тыс. рублей. Прежняя администрация думала о сотрудниках. Новая – только о себе. Весь стимулирующий фонд они делят между собой. Доступа в эту комиссию нет даже у профсоюза. В итоге заместитель главврача получает надбавку в 250%. Для меня надбавка в 20% – целое событие, у медсестёр и санитаров вообще остались гроши»* [Медиков кидают..., 2017].

Условия труда и качество предоставляемой медицинской помощи

Перегруженность врачей и сокращение времени приёма пациентов в поликлиниках не могли не сказаться на качестве предоставляемых услуг. Врачи успевают предложить лечение симптоматики, а на понимание факторов заболе-

вания времени нет. Работа врача, кроме медицинской составляющей, предполагает ещё и коммуникацию с людьми, представляющими разные социально-демографические и культурные группы, да ещё и в сжатое время.

Нет времени на общение с пациентом, который пришёл с заболеванием или обострением, нуждается в том, чтобы его успокоили, оказали поддержку. Врач, заполняя кучу документов, не отрывается от монитора. У пациента складывается впечатление, что его невнимательно слушают, что врач больше занят работой на компьютере, чем общением с ним: *«на тебя даже и не посмотрит, печатает, не поднимая головы», «в таких условиях врачи не могут быть внимательными, не могут работать с полной отдачей»* (из интервью с пациентом поликлиники).

Пожилые пациенты выходят от врача после торопливого осмотра и обнаруживают, что не всё успели (или что-то забыли) спросить, не разобрались с новыми назначениями. Они нередко возвращаются в кабинет врача и в итоге остаются недовольны отношением к себе.

Ограниченное время приёма и необходимость работы с документацией требуют особых усилий от врача. *«Всё приходится делать в спешке, нет возможности сосредоточиться и подумать, поэтому каждый приём оставляет осадок, особенно если пришёл новый пациент»* (из интервью с участковым терапевтом).

А это из поста гинеколога на форуме врачей: *«Я помню прекрасно, как я за 10 минут должна принять пациентку. Пока она раздевается, мы собираем анамнез, быстро за пять минут всё записываем, упуская много моментов, ставим диагноз, заполняем карту — следующий! В конце приёма я чувствую, что у меня такая слабость, в голове каша, не говоря уже о том, что поест некогда. Если ты голоден, гипогликемическое состояние вызывает озлобленность. Ты нормальный человек, понимаешь, что пациент в этом не виноват, и ты в себе эту озлобленность давишь, а это ещё больше тебя разрушает изнутри»* [Медиков кидают..., 2017].

Врачи понимают, что поставлены в такие условия, когда качество услуг, которые они оказывают, не может не падать, и понимание этого приводит их к хроническому состоянию неудовлетворённости. В итоге к концу рабочего дня врачи испытывают в буквальном смысле эмоциональное истощение, а через какое-то время наступает профессиональное выгорание: *«Какая-то усталость постоянная, которая похожа скорее на депрессию. Если так будет продолжаться, не знаю, что со мною будет через три года. Прихожу домой, и нет сил общаться с дочерью, что-то делать»* (из интервью с терапевтом поликлиники). Ко всему этому добавляется и то, что отношения внутри коллектива врачей стали напряжёнными. На профессиональное выгорание стали жаловаться довольно молодые врачи.

Врачи сегодня, в каком бы типе учреждений они ни работали, если они не являются руководящими работниками, выражают высокую степень неудовлетворённости условиями труда, да и тем, как они справляются с каждодневной работой. Важно отметить, что неудовлетворённость условиями труда выше, чем недовольство зарплатой. *«Нам всегда платили мало, и мы к этому привыкли. Практически все подрабатывали дополнительно, кто как мог. Но таких тяжёлых условий на работе*

раньше не было. Из тебя выжимают все соки, да ещё за те же, а то и меньшие деньги» (из интервью с врачом больницы). В упоминавшемся ранее исследовании Фонда «Здоровье» большинство (92,7%) медицинских работников уверены, что рост возложенной на них профессиональной нагрузки негативно отражается на качестве оказываемой ими помощи [Мониторинг независимого..., 2017].

О повышении врачебной квалификации

Особенность профессии врача состоит в том, что она требует непрерывного обучения. Непрерывное образование врачей — главное требование современной медицины, вытекающее из быстрого развития высоких технологий, новых методов лечения, а также постоянно обновляющегося фармакологического рынка. ВОЗ призывает все системы здравоохранения мира создавать условия для непрерывного образования врачей. Сегодня для московских врачей профессиональный рост требует особых усилий.

В действующем законодательстве предусмотрено повышение квалификации врача раз в пять лет. После обучения врач должен сдать экзамен и получить свидетельство с указанием специальности, по которой прошёл переобучение, или диплом, если он обучался по новой для него дисциплине. Программу обучения врач выбирает самостоятельно, благо есть большой выбор. С 2016 г. введена система аккредитации специалистов, пришедшая на замену сертификации. Срок остался тем же — пять лет. Специалисты должны в течение одного года повысить свою квалификацию на 50 зачётных единиц. 36 из них можно получить в результате прохождения дополнительной профессиональной программы, а 14 — в результате прохождения образовательных мероприятий, которые проводят некоммерческие профессиональные организации. Таким образом, в течение пяти лет врачу нужно набрать 250 зачётных единиц и пройти процедуру аккредитации.

Любое обучение, в том числе с отрывом от работы, для своих сотрудников должен организовывать работодатель, привлекая для этого средства фонда ОМС. Однако реальность иная. Руководители медучреждений обязывают своих специалистов оплачивать обучение за свой счёт, ссылаясь на отсутствие у учреждения средств. С формальной точки зрения администрация медицинских учреждений может так поступать, тем более что на образовательном портале Минздрава сказано о том, что обучение может оплачиваться физическим лицом за свой счёт.

Вместе с тем врачи сталкиваются с тем, что программа гарантированного врачам повышения квалификации не поспевает за всеми новинками в лечебных практиках, диагностике, в технологиях и в фармацевтике. Для восполнения недостатка информации важно посещение специализированных конференций. Для московских врачей даже посещение важных для них конференций разрешается только в свободное от работы время. Если участие в конференции предполагает вступительный взнос, оплачивает его сам врач.

Особого внимания от врачей требует постоянное развитие рынка фармакологической продукции. Ориентироваться в нём становится всё трудней. Ежегодно в Москве проходит много конференций по представлению новинок фармакологического рынка. Но работникам поликлиник туда невозможно попасть в своё рабочее время. Из интервью поликлинического врача-специалиста: *«Недалеко от нашей поликлиники проходит ежегодный Российский национальный конгресс “Человек и лекарство”. Работа интересующей меня секции совпала с временем моего приёма в поликлинике. За две недели попросил главврача заменить меня, не отпустила, сказала: нет возможности замены»*. Получение дополнительного образования — это личная инициатива, ответственность и расходы врачей.

О вузовской подготовке врачей

Вузовская подготовка врачей давно уже нуждается в модернизации. Врач в третьем поколении из династической семьи медицинских работников на врачебном форуме говорит: *«Мой отец 20 лет назад обучался по той же программе, что и я. А ведь так не должно быть»* [Медиков кидают..., 2017]. По этому поводу один из лучших в России хирургов-онкологов, доктор медицинских наук Вячеслав Егоров приводит пример: *«В России, например, не преподают студентам молекулярную биологию. Хотя в других странах у первокурсников этот предмет появился ещё лет десять назад. Молекулярная биология объясняет, почему и как происходят те или иные процессы в организме на молекулярном уровне, то есть объясняет механизмы функционирования органов и систем человека, механизмы развития болезней. Именно это определяет современные взгляды на диагностику и лечение практически всех заболеваний, и именно это отличает новые подходы от старых, описательных»* [Гранина..., 2017].

Опрашиваемые врачи отмечают, что им не хватает знаний психологии и навыков коммуникации при общении с пациентами из разных социальных групп населения. Даже процедура назначения лекарств постоянно сопровождается напряжёнными отношениями с пожилыми пациентами: *«Если врач назначает старые проверенные и дешёвые лекарства, некоторые пациенты видят в этом равнодушие с его стороны, а если выписывает дорогие лекарства — опять же некоторые пациенты начинают его подозревать в работе на фармакологическую компанию»* (из интервью со специалистом поликлиники). У врача на снятие напряжения по любому поводу нет ни времени, ни навыков.

Проведённый в октябре 2017 г. опрос Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!» показал, что 77% врачей недовольны уровнем подготовки выпускников медицинских вузов, поступивших на работу сразу после окончания учёбы [Минздрав назвал..., 2018]. Студенты медицинских вузов не получают достаточных знаний иностранных языков. *«Без хорошего знания языка сегодня нельзя работать врачом, потому что медицина радикально*

обновляется каждые два года в связи с техническим прогрессом. Если не читать литературу, не ездить на конгрессы, можно потерять квалификацию за четыре–шесть лет» (из интервью с врачом муниципальной больницы).

Все современные сведения о методах диагностики, новых процедурах лечения, о новых клинических результатах публикуются на английском. Врачи старых выпусков без языковой практики иностранный язык уже утратили. Даже выпускники институтов со свежими знаниями недостаточно владеют иностранным языком. *«Мы проводили исследования, от которых пришли в ужас. На тысячу студентов медицинского института английский язык знают десять человек. Не десять процентов, а один!»* (из беседы с членом-корреспондентом РАН Д. Пушкарем, который считает, что если систему обучения врачей не модернизировать, «то через 10–15 лет у нас образованных врачей в принципе не будет») [Через 10–15 лет..., 2017].

Заключение

Преобладание в современной структуре заболеваемости и причин смертности хронических заболеваний диктует необходимость создания модели здравоохранения, в которой основной акцент делается на укрепление первичной помощи. Хронические заболевания и государству, и населению дешевле и легче предупредить, чем лечить. В первичной помощи должно предоставляться до 80% медицинских услуг населению, должна быть развита профилактическая деятельность и создана новая модель отношений врача и пациента, а профессия врача в такой модели требует непрерывного обучения. Построение такой модели здравоохранения названо основной целью реформ. Однако на практике, по мнению врачей, условия для всего перечисленного не только не создаются в результате реформ, но и отодвигаются по времени. Исследование показало, что, по мнению врачей, сегодняшний этап реформ проводится не в интересах населения и не в интересах врачей.

Список литературы

Валеев Р. До 43% рабочего времени врачи тратят на оформление документов. 18.10.2016 [Электронный ресурс] // Врачи РФ: [веб-сайт]. Электрон. дан. 18 октября 2016. URL: <http://vrachirf.ru/company-announce-single/26580> (Дата обращения: 09.10.2018).

Гранина Н. «Врач должен учиться всю жизнь» [Электронный ресурс] // LENTA.RU: [веб-сайт]. Электрон. дан. 22.05.2017. URL: <https://lenta.ru/articles/2017/05/22/xripun/> (Дата обращения: 24.05.2018).

Добровольский Т. Минздрав назвал свои главные проблемы. [Электронный ресурс]. // VADEMECUM: [веб-сайт]. Электрон. дан. 25.01.2018. URL: <https://vademec.ru/news/2018/01/25/minzdrav-nazval-svoi-glavnye-problemy/> (Дата обращения: 01.12.2018).

Доступность первичной медпомощи для пожилых россиян сократилась. [Электронный ресурс] // Врачи РФ: [веб-сайт]. Электрон. дан. 17.02.2017. URL: <https://vrachirf.ru/company-announce-single/30919> (Дата обращения: 12.06.2018).

Землянухина А. А. Почему я решила уйти из государственной медицины. [Электронный ресурс] // Врачи РФ: [веб-сайт]. Электрон. дан. 02.07.2018. URL: <https://vrachirf.ru/concilium/47862.html> (Дата обращения: 02.07.2018).

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога» // URL: <http://base.garant.ru/71169514/> (Дата обращения: 15.10.2018).

Резник И. Медиков кидают на деньги [Электронный ресурс] // MED RUSSIA: [веб-сайт]. Электрон. дан. 03.03.2017. URL: <https://medrussia.org/2228-medikov-kidayut-na-dengi/> (Дата обращения: 10.11.2018).

Ципенюк О. «Через 10–15 лет у нас образованных врачей в принципе не будет». Главный уролог Минздрава Дмитрий Пушкарь – о проблемах медицинского образования в России [Электронный ресурс] // Коммерсантъ: [веб-сайт]. Электрон. дан. 06.02.2017. URL: <http://www.kommersant.ru/doc/3205843> (Дата обращения: 06.02.2018).

Дата поступления в редакцию: 16.07.2018.

DOI: 10.19181/snsp.2018.6.4.6092

Transformation of Professional Values of Doctors in the Process of Optimization of the Public Health Service. Part I

Shilova Liudmila Sergeevna

Candidate of Sociology, Associate Professor, Senior Researcher, Institute of Sociology of FCTAS RAS. Krzhizhanovskogo str., 24/35, build. 5., 117218, Moscow, Russia.

E-mail: Liudmila-shilova@yandex.ru

Abstract. Reforms in the public health service continue to receive disapproval from doctors for a number of reasons. Their expectations of improved financial standing have not been met. The basic component of wages did not increase commensurate with increased loads. Wage premiums and incentive payments are fully distributed by the institution's chief physician by criteria not discussed in teams. While earning funds for domestic needs, medical institutions are not interested in providing doctors with any material or temporary opportunities for additional education. A doctor has to master all areas of practice in off-duty time at their own cost and expense. The requirements of the administration to the work of doctors often go against their traditional professional values and ethical norms. The combination of the existing working conditions and requirements of the administration contribute to increasing the level of dissatisfaction of doctors with their work, and their professional burnout. Dysfunctional management activities of the administration of medical institutions are short-sighted in nature and reduce the work motivation of doctors.

Keywords: optimization, organization of medical care, commercialization, advanced training.

REFERENCES

Dobrovolskiy T. *Minzdrav nazval svoi glavnye problem*. 25.01.2018. [The Ministry of Health called its main problems]. [Elektronnyy resurs]. VADEMECUM: [veb-sajt]. URL: <https://vademecum.ru/news/2018/01/25/minzdrav-nazval-svoi-glavnye-problemy/> (appeal date: 12/01/2018). (In Russ.).

Dostupnost' pervichnoj medpomoshchi dlya pozhilykh rossiyan sokratilas'. Monitoring Nezavisimogo fonda «Zdorov'e». [The availability of primary health care for older Russians has decreased. Monitoring of the Independent Foundation «Health»]. [Elektronnyy resurs] Vrachy RF: [veb-sajt]. URL: <https://vrachirf.ru/company-announce-single/30919> (Data obrascheniya: 12.06.2017). (In Russ.).

Granina N. «*Vrach dolzhen uchit'sya vsyu zhizn'*». *Kakie peremeny ozhidayut stolichnoe zdavookhranenie, moskovskikh medikov i patsientov. Interv'yu A. Khripuna.* [“The doctor must study all his life.” What changes await the Moscow health care, Moscow doctors and patients]. 22.05.2017. [Elektronnyy resurs]. “Lenta.ru”: [veb-sajt]. URL: <https://lenta.ru/articles/2017/05/22/xripun/> (Data obrascheniya: 24.05.2017). (In Russ.).

Prikaz Ministerstva zdavookhraneniya RF ot 2 iyunya 2015 g. № 290n «Ob utverzhenii tipovykh otraslevykh norm vremeni na vypolnenie rabot, svyazannykh s posescheniem odnim patsientom vrachapediatra uchastkovogo, vracha-terapevta uchastkovogo, vracha obschey praktiki (semeynogo vracha), vracha-nevrologa, vracha-otorinolaringologa, vracha-oftal'mologa i vracha-akushera-ginekologa». [Order of the Ministry of health of the Russian Federation of June 2, 2015 № 290n «On approval of standard industry standards of time to perform work related to the visit of one patient pediatrician district, physician district, General practitioner (family doctor), neurologist, otolaryngologist, ophthalmologist and obstetrician-gynecologist»]. [Elektronnyy resurs]. URL: <https://base.garant.ru/71169514/> (Data obrascheniya: 15.10.2018). (In Russ.).

Reznik I. *Medikov kidayut na den'gi.* [Medics throw money]. [Elektronnyy resurs]. MED RUSSIA: [veb-sajt]. 03.03.2017. URL: <https://medrussia.org/2228-medikov-kidayut-na-dengi/> (Data obrascheniya: 10.11.2018). (In Russ.).

Tsipenyuk O. «*Cherez 10–15 let u nas obrazovannykh vrachey v printsipe ne budet*». *Glavnyy urolog Minzdrava Dmitriy Pushkar' – o problemakh meditsinskogo obrazovaniya v Rossii.* 06.02.2017. [“In 10–15 years, in principle, we will not have educated doctors.” The chief urologist of the Ministry of Health, Dmitry Pushkar, on the problems of medical education in Russia]. [Elektronnyy resurs]. Kommersant. URL: <http://www.kommersant.ru/doc/3205843> (Data obrascheniya: 06.02.2017). (In Russ.).

Valeev R. *Do 43% rabocheho vremeni vrachi tratyat na oformlenie dokumentov.* 18.10.2016. [To 43% of working time doctors spend on paperwork]. [Elektronnyy resurs]. Vrachy RF: [veb-sajt]. URL: <http://vrachirf.ru/company-announce-single/26580> (Data obrascheniya: 09.10.2018). (In Russ.).

Zemlyanukhina A. A. *Pochemu ya reshila uiti iz gosudarstvennoj meditsiny.* [Why I decided to leave the state medicine]. [Elektronnyy resurs]. Vrachy RF: [veb-sajt]. 07.02.2018. [URL: <https://vrachirf.ru/concilium/47862.html>] (Data obrascheniya: 07.02.2018). (In Russ.).

Date received by 16.07.2018.