
ГУМАНИТАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ

В. И. Сабанов, Е. Г. Попова

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ВолГМУ

ИННОВАЦИИ ПО ОПЛАТЕ ТРУДА КАК ФАКТОР КОНФЛИКТОВ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

УДК 614.23:614.21:331.2

Рассматриваются причины и последствия конфликтов в профессиональной медицинской среде в результате инноваций по оплате труда в рамках реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье».

Ключевые слова: Приоритетный национальный проект «Здоровье», конфликты в профессиональной медицинской среде, оплата труда.

V. I. Sabanov, E. G. Popova

INNOVATION IN LABOUR REMUNERATION AS A CONFLICT-RAISING FACTOR AT HEALTH CARE INSTITUTIONS

We consider the causes and effects of conflicts among medical professionals resulting from innovations in labour remuneration system within the framework of the Health national priority project.

Key words: the Health national priority project, conflicts among medical professionals, labour remuneration.

Психологическая мотивация труда врача и медицинской сестры очень важна в период внедрения инновационных проектов, когда здоровье признается важнейшей гуманистической ценностью и трактуется как серьезный экономический фактор, а система здравоохранения, являясь частью государственного устройства, напрямую влияет на социальное благополучие населения, прогресс общества [1]. Потребность — это внутренний, а цель — внешний аргументы мотивации.

Заработная плата и льготы, предоставляемые статусом медицинского работника, имеют существенное значение в системе мотиваций труда врачей и медицинских сестер, но в этой профессии первичными всегда считались гуманистические интенции: соучастие, сопереживание чужой боли, возможность творчески подходить к лечению пациентов, настойчиво идти к цели — восстановлению здоровья, сохранению жизни человека. Это определяет этические парадигмы отношения к труду специалистов медиков. В условиях пере-

хода к рыночной экономике социально-психологическая мотивация профессиональной трудовой деятельности медицинского работника меняется. Величина заработка становится показателем общественного признания, социальной ценности работника и основанием его самооценки. Вопросы оплаты труда становятся доминирующими, отодвигая на второй план его общественную значимость. Признается рыночная стоимость рабочей силы. Медицинский работник стремится продать свой труд, квалификацию работодателю на определенных, выгодных для себя условиях [2]. Существенное различие в материальном вознаграждении за выполнение однотипной и равной по нагрузке работы (соотношение заработной платы врачей участковых терапевтов и врачей-специалистов после введения федеральных доплат в рамках Приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье» 3:1, заработной платы врачей-специалистов и медицинских сестер врачей участковых терапевтов 1:1), при взаимодополняющем ее характере (со-

блюдение стандартов оказания медицинской помощи предусматривает параллельную работу врачей многих специальностей при оказании медицинской помощи одному больному), отсутствии четких критериев оценки качества и механизмов реализации как поощряющих, так и наказующих действий администраций лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) (с использованием финансовых рычагов при управлении качеством) обуславливает снижение самооценки нижеоплачиваемого медицинского персонала, рост неудовлетворенности своим трудом, становится причиной конфликтов в профессиональной среде и при общении с пациентами, что неизбежно снижает качество оказываемой медицинской помощи.

С целью изучения динамики отношения врачей к выполняемой ими работе при введении федеральных выплат в соответствии с реализацией раздела «Осуществление денежных выплат врачам-терапевтам участковым и медицинским сестрам врачей-терапевтов участковых» ПНП «Здоровье», выявления латентных внутриличностных конфликтов во врачебном социуме, их причин, а также влияния на психологический климат в ЛПУ и характер общения медицинских работников с пациентами нами проведены анкетные опросы сотрудников муниципальных лечебных учреждений (2007 и 2008 гг.).

На вопросы анкет ответило 96 врачей участковых терапевтов и 108 врачей «узких» специальностей (в том числе и специалистов, обеспечивающих выполнение лабораторных и инструментальных исследований). Количество медицинских работников, ответивших на анкету дважды в 2007 и 2008 гг., составило 89,7 % от общего числа респондентов.

Полученные при анкетировании в 2007 году данные свидетельствовали о том, что 96,8 % врачей участковых терапевтов, получающих федеральные выплаты в размере 10 тысяч рублей в дополнение к основной заработной плате, считали свой труд социально значимым, необходимым для поддержания стабильности государства. В 2008 году этот показатель возрос и составил 99,2 %. В группе респондентов, состоящей из врачей специалистов и врачей диагностических служб (заработная плата которых лишь индексировалась в соответствии с принятыми государством обязательствами), в 2007 году результатами своего труда были удовлетворены 61,3 % врачей. В 2008 году эти показатели снизились до 46,4 %, несмотря на некоторое (до 30—40 %) увеличение денежных выплат за счет участия в программах ПНП. Отметим, что соответствующие показатели в группе врачей, не участвующих в проведении дополнительной диспансеризации, составили 44,1 и 27,9 %. При этом выборочный анализ первичной медицинской документации, проведенный по законченным

случаям в рамках контрольно-экспертной комиссии I и II уровней, не выявил существенных различий в выполнении стандартов оказания медицинской помощи пациентам и констатированных результирующих исходов по итогам проведенного лечения. Удовлетворенность работой все респонденты расшифровывали в открытых вопросах, отмечая при этом эффективность своего труда для пациентов (лечение заканчивалось выздоровлением или стойкой компенсацией патологического состояния) — 76,5 % врачей, снижение заболеваемости — 61,2 % врачей, уменьшение первичного выхода на инвалидность — 42,9 % врачей. Неудовлетворенность результатами своего труда в основном высказывалась в связи с невозможностью осуществлять лечение качественными, современными, дорогостоящими лекарственными препаратами (из-за низкого уровня жизни пациентов) — 86,1 % врачей, своевременно и бесплатно выполнять больным сложные диагностические исследования вне своего ЛПУ (при отсутствии в поликлиниках медицинского оборудования, обеспечивающего выполнение стандартов оказания медицинской помощи) — 39,5 % врачей, проблемами пролонгированного лечения хронических больных — 67,3 % врачей. В процессе исследования существенной динамики в этом вопросе респондентами не отмечено. Но если в ранее проводимых нами исследованиях (1997—2005 гг.) вышеуказанные акценты профессиональной неудовлетворенности были преобладающими, то с введением дополнительного финансирования врачей участковой службы в группе врачей-специалистов профессиональные приоритеты изменились [3]. При достаточно высокой оценке результатов своего труда подавляющее большинство этой части респондентов (95,3 % в 2007 г. и 98,6 % в 2008 г.) отмечают несоответствие оплаты труда и трудовых затрат, указывая на низкую заработную плату. В ответах они обращали внимание на несправедливость получаемого вознаграждения, обманутые ожидания.

В рамках проводимого исследования нами проанализирован уровень личностной и реактивной тревожности врачей участковых терапевтов и врачей-специалистов, который объективно влиял на возникновение и характер урегулирования конфликтных ситуаций в процессе амбулаторно-поликлинического приема (методика Ч. Д. Спилберга в модификации Ю. Л. Ханина, 1978) [4]. Высокий уровень личностной и реактивной тревожности определяет поведение человека в конкретной проблемной ситуации. Таким образом, латентная внутриличностная конфликтность медицинских работников является проявлением дезинтеграции личности, выражающейся в столкновении противоположных внутренних побуждений, в условиях реализуемых инноваций. В результате исследования установлено, что высокий уровень личностной

тревожности (46 и более баллов) сочетался с высоким уровнем реактивной тревожности и был характерен для лиц с выраженной конфликтностью (показательно, что среди них было лишь 17,6 % врачей участковых терапевтов). Из этой группы 82,5 % врачей-респондентов имели в течение года от 1 до 3 официальных жалоб пациентов.

Латентное течение внутриличностных конфликтов, фиксируемых по результатам проведенного исследования у подавляющего числа врачей-специалистов, напрямую связано с низкой оплатой труда (для человека уровень заработной платы — эквивалент низкого качества выполняемой работы и (или) результат ее не востребоваемости). Определяющая доля влияния анализируемого факторного признака — уровень заработной платы (в сравнении с другими факторами, обладающими конфликтогенным потенциалом) на результативный признак — уровень личностной и реактивной тревожности — была подтверждена вычислением коэффициента детерминации (r^2).

В момент психологического напряжения при приеме пациента ситуация внутренней фрустрации приводит к развитию стресса, эмоциональная окраска межличностного общения смещается в негативную сторону и перерастает в открытое столкновение сторон, завершаясь устной или письменной жалобой пациента в администрацию ЛПУ, органы управления здравоохранением, органы государственной власти, надзора и контроля. Формальный анализ поводов оформления обращений граждан с констатацией проблем, возникающих при получении ими первичной медико-санитарной помощи, не дает четкой картины причин возникновения конфликта. Количество жалоб пациентов на невнимательное или грубое обращение со стороны врача не увеличилось. Однако за жалобой пациента на качество лекарственного обеспечения в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО), а это подавляющее число обращений, просматривается недостаточная работа врача, не сумевшего или не захотевшего разъяснить больному возможности и перспективы получения медикаментов, нежелание тратить время на консультацию с заведующим отделением, беседу с закрепленным за ЛПУ сотрудником аптеки.

Современная медицинская помощь представляет собой сложную систему, предполагающую совместную работу врачей, медицинских сестер, другого медицинского персонала, использование многочисленных приборов, оборудования, фармацевтической продукции, применение информационных систем в рамках определенных норм поведения. Поэтому межличностные отношения в медицинской среде также были в поле зрения нашего исследования. Ухудшение взаимоотношений в коллективах после введения федеральных доплат только части врачей отметило 47,6 % респондентов

(ранее проблемы испытывали лишь 15 % сотрудников). Причем среди этих лиц число врачей участковых терапевтов было втрое меньше, чем врачей-специалистов.

С целью конкретизации последствий конфликтов, возникающих при межличностном общении в среде коллег — врачей, при повышении заработной платы ограниченной группе лиц, участвующей в осуществлении общего дела, имеющих общие с коллективом целевые установки, критерии качества выполняемой работы и условия труда, назовем несколько существенных ситуаций, озвученных врачами при их интервьюировании. Около двух третей врачей участковых терапевтов отметили нежелание врачей-специалистов участвовать в неофициальном коллегиальном обсуждении вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи больным, в случае если основным лечащим врачом являлся участковый терапевт (все возникающие проблемы решались только после официального вмешательства заведующих отделениями или заместителей главных врачей по лечебной или клинико-экспертной работе). Примерно столько же респондентов указало на то, что ожидание больными приема врача-специалиста при его направлении на консультацию или обследование участковым врачом существенно увеличилось. Серьезную эмоциональную реакцию у всех врачей участковых терапевтов вызывала следующая аргументация врачей-специалистов при возникновении конфликтов на приеме (этот рефрен звучал практически в каждом интервью): «Им много платят, вот и лечитесь у них!». В свою очередь 82,8 % врачей-специалистов отметили, что, несмотря на существенное увеличение заработной платы, их коллеги не стали уделять больше времени своим пациентам, а по-прежнему без достаточного обоснования делегировали им свои полномочия по лечению и обследованию больных. После решения вопроса о включении федеральных выплат в расчеты оплаты пособия по временной утрате трудоспособности врачами-специалистами в интервью стал отмечаться факт резкого роста заболеваемости врачей участковых терапевтов, что с их точки зрения отрицательно влияло на качество оказываемой пациентам медицинской помощи — 52,3 % респондентов. Врачи всех профилей отметили существенное ухудшение взаимоотношений в коллективах, при этом больший дискомфорт фиксировался в ответах медиков, получающих низкое вознаграждение за свой труд (врачи участковые терапевты — 14,6 %, врачи-специалисты — 52,8 % респондентов). После введения федеральных выплат увеличилось число врачей, негативно оценивающих условия труда и процесс его организации в ЛПУ (57,7 и 89,5 % соответственно, в сравнении с 27 % и 23,3 % до введения доплат), причем более резко эта диспропорция проявляется в

анкетах врачей-специалистов (1:2 и 1:3 соответственно). Мотивация участковых терапевтов: наша работа стала труднее, высоко оценивается государством, следовательно нам необходимы лучшие условия и большее внимание администрации к обеспечению выполнения трудового процесса. Аргументы врачей-специалистов: наша работа оплачивается без учета трудовых затрат, нам приходится интенсифицировать свою работу для получения достойной заработной платы, для этого нам необходимы комфортные условия и обеспечение возможности увеличения количества принимаемых больных.

Меньшее количество врачей стало чувствовать себя комфортно (среди них врачей участковых терапевтов почти в 2,5 раза больше) и при общении с руководителями ЛПУ (6,2 %, ранее — 75,4 %). В случае участковых врачей причиной стало повышение требований администрации к качеству их работы, в случае врачей-специалистов — повышение контроля за их деятельностью в связи с ростом числа конфликтов на приемах. При этом если до введения доплат участковые врачи в подавляющем большинстве (76,7 % респондентов) хотели сменить работу по разным причинам, то после повышения заработной платы лишь 11,5 % подтвердили свое желание. Ситуа-

ция в группе врачей-специалистов изменилась диаметрально: если до повышения заработной платы коллегам только четверть врачей озвучили свое желание сменить работу, то после введения доплат уже две трети врачей ответили на вопрос утвердительно, причем в качестве основного побуждения выступает именно желание получить более высокооплачиваемую работу.

С целью понижения разрушительного потенциала конфликтности и обеспечения устойчивой динамики процесса внедрения инноваций при совершенствовании системы здравоохранения, необходимо адекватное его финансирование, решение вопроса достойной и справедливой оценки труда медицинских работников всех специальностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инновационные технологии управления ресурсами в здравоохранении / Под ред. А. Н. Вялкова. — М., 2001. — С. 4—17.
2. Калинин Л. А. // Здравоохранение. — 2004. — № 3. — С. 18—21.
3. Попова Е. Г. Конфликты в лечебно-профилактических учреждениях: причины, условия и социальные последствия: Дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2005. — 136 с.
4. Применение тестов в социологии / Под ред. Г. Г. Воробьева, В. П. Павлова. — М.: Изд-во МГУ, 2001. — 298 с.

В. М. Чижова, Е. Г. Вершинин

Кафедра клинической психологии и социальной работы ВолГМУ

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ: ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЙ ПОДХОД

УДК 614.2:616-036.865-053.2

Авторами представлена технология интеграции медицинского и социального подходов, необходимая для предупреждения инвалидности и выработки реабилитационных программ с использованием оккупационной терапии.

Ключевые слова: инвалидизация, социальная интеграция, реабилитация, оккупационная терапия, социальная работа.

V. M. Chizhova, E. G. Vershinin

MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF PHYSICALLY CHALLENGED CHILDREN: ACTIVE APPROACH

Integration of medical and social approaches in terms of the active paradigm is necessary for technology development in programmes of both invalidization prevention and rehabilitation. Under these circumstances, occupational therapy turns out to be the most attractive one, since here a person develops the most meaningful spheres of life. This technology is supposed to be most important in working with.

Key words: risk reduction in invalidization, social integration, rehabilitation, occupational therapy, social work.

То, что в последние годы все большее число детей имеют различные нарушения в состоянии здоровья — общеизвестный не только в медицин-

ском сообществе факт. Не вдаваясь в анализ причин подобного положения, отметим, что детское нездоровье, как врожденное, так и приобретенное