

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

журнал для непрерывного
медицинского образования по специальности
«организация здравоохранения
и общественное здоровье»

№ 4 (10), 2017

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education

Bulletin of VSHOUZ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Тема номера:

Стратегия развития и бюджет здравоохранения

Главный редактор

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва)

Редакционная коллегия

Быковская Т.Ю. (Ростов-на-Дону)

Вафин А.Ю. (Казань)

Комаров Ю.М. (Москва)

Линденбратен А.Л. (Москва)

Москвичева М.Г. (Челябинск)

Прохоренко Н.Ф. (Москва)

Стародубов В.И. (Москва)

Хабриев Р.У. (Москва)

Хальфин Р.А. (Москва)

Хайруллин И.И. (Набережные Челны)

Черепов В.М. (Москва)

Ответственный секретарь редакции

Акбердиева Елена, orgzdrav2015@mail.ru

Научно-практический рецензируемый журнал
ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение.
Вестник ВШОУЗScientific and practical peer-reviewed journal
HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.
Bulletin of VSHOUZ

Свидетельство о регистрации средства массовой информации: ПИ № ФС77-70210 от 30.06.2017.

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.

Редакция журнала доводит до сведения читателей, что в издании соблюдаются принципы международной организации «Комитет по издательской этике» (Committee On Publication Ethics – COPE).

Все права защищены. Никакая часть издания не может быть воспроизведена без согласия редакции.

При перепечатке публикаций с согласия редакции ссылка на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» обязательна. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Ответственность за содержание рекламных материалов несут рекламодатели.

Адрес редакции: 119121, г. Москва, ул. Плющиха, д. 26/2.

Электронная версия журнала и правила для авторов размещены на сайте: <http://orgzdrav.vshouz.ru>.

Подписной индекс:

93587 (каталог Агентства «Пресса России»)

ИздательИздательская группа «ГЭОТАР-Медиа»
115035, г. Москва,
ул. Садовническая, д. 11, стр. 12
Телефон: (495) 921-39-07
www.geotar.ru**Верстка:** Килимник А.И.**Корректор:** Макеева Е.И.**Выпускающий редактор:**Попова Ольга, porova@geotar.ru

Подписано в печать 25.12.2017.

Тираж 1000 экземпляров.

Формат 70 x 100 ¹/₁₆.

Печать офсетная. Печ. л. 3,5. л.

Отпечатано в типографии ЗАО «Новые печатные технологии»: 115201, г. Москва, 2-й Котляковский пер., вл. 18.

Заказ №

© 000 Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2017.

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВНОЕ

- 4 **Время действовать**

АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ

- 17 *Улумбекова Г.Э., Калашникова А.В.*
**Факты о бюджете здравоохранения РФ
на 2018–2020 гг.**

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

- 24 *Москвина С.С.*
**Медико-организационные аспекты
работы консультативно-диагностической
поликлиники для детей**

- 29 *Прохоренко Н.Ф.*
**Кому нужны ненужные расходы
в медицинских организациях?**

- 36 *Улумбекова Г.Э., Власов В.В.*
**Анализ медико-экономической
эффективности проведения
диспансеризации населения
России и ее перспективы**

НАБОЛЕЛО

- 42 *Сирота Н.А., Ялтонский В.М.,
Ялтонская А.В., Московченко Д.В.*
Эмоциональное выгорание врачей
- 52 **Корпоративная этика в медицинском
сообществе**

CONTENT

ABOVE ALL

- 4 **It's time to work**

ACTUALLY TODAY

- 17 *Ulumbekova G.E., Kalashnikova A.V.*
**Facts about the healthcare budget
of the Russian Federation in 2018–2020**

EFFECTIVE MANAGEMENT

- 24 *Moskvina S.S.*
**Medical and organizational aspects
of the work of consultative diagnostic
health center (polyclinic) for children**

- 29 *Prokhorenko N.F.*
**Who needs unnecessary expenses in medical
organizations?**

- 36 *Ulumbekova G.E., Vlasov V.V.*
**Analysis of the medical and economic
efficiency of the prophylactic examination
of the Russian population and its prospects**

BECAME PAINFUL

- 42 *Sirota N.A., Yaltonsky V.M., Yaltonskaya A.V.,
Moskovchenko D.V.*

- Emotional burnout among doctors**

- 52 **Corporate moral in medical society**

Время действовать



Итоговый «Форум Действий» общероссийского народного фронта «Россия, устремленная в будущее» состоялся в Москве **18–19 декабря 2017 г.** Он собрал более **4000** участников со всей страны и стал самым масштабным в истории движения.

Дискуссии проходили на 6 тематических площадках: «Экология будущего: устойчивое развитие», «Экономика будущего: цифровая страна», «Территории будущего: новые пространства», **«Медицина будущего: здравоСохранение»**, «Образование будущего: новая школа», «Молодежка ОНФ». По итогам обсуждения были сформулированы предложения, которые станут базой для дальнейшей работы активистов Народного фронта с администрацией Президента РФ и Правительством РФ.

Среди вопросов дальнейшего развития здравоохранения обсуждали народный стандарт качества работы поликлиник и меры по предотвращению роста детской инвалидности. Но главное – был обозначен вопрос: как увеличить ожидаемую продолжительность жизни (ОПЖ) российских граждан с нынешних **72 лет до 76 к 2025 г.** Эту цель поставил Президент страны В.В. Путин на заседании Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам 21 марта 2017 г. С пленарным докладом на эту тему выступила руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением, эксперт рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», доктор медицинских наук Гузель Улумбекова. Доклад с устными комментариями представлен ниже.

Как достичь цели, поставленной Президентом РФ, 76 лет к 2025 г., с точки зрения ор-

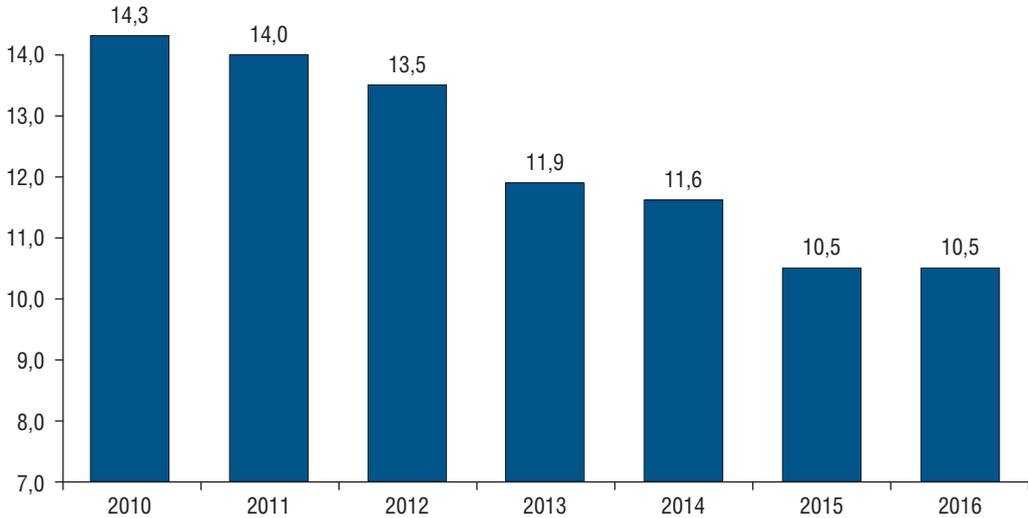
ганизации здравоохранения? Что для этого надо сделать? Главное – создать условия для здорового образа жизни населения России, повысить качество и доступность медицинской помощи и успокоить людей. Сначала надо проанализировать точку, с которой мы стартуем.

Благодаря антиалкогольной политике, которая была инициирована Президентом, у нас произошло снижение потребления алкоголя практически на 30% (рис. 1). Потребление табака благодаря антитабачному законодательству снизилось на 16% (рис. 2). Благодаря этим мерам ожидаемая продолжительность жизни растет, но сегодня она почти на 6 лет ниже, чем в «новых-8» странах ЕС, которые так же экономически развиты, как и наша страна: Чехия, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения (рис. 3). Но главная проблема сегодня – это низкая ожидаемая продолжительность жизни российских мужчин (рис. 4). Сегодня они живут на 7 лет меньше, чем в «новых-8» странах ЕС, и на 11 лет меньше, чем женщины в нашей стране.

Младенческая смертность снижается, но сегодня она на 60% выше, чем в «новых-8» странах ЕС (рис. 5). Смертность детей (0–14 лет) – серьезнейшая проблема, она в 2 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС (рис. 6). Смертность от инфекционных болезней в 4 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС (рис. 7). Смертность от туберкулеза в 8 раз выше, чем в «новых-8» странах ЕС, и в 25 раз выше, чем в «старых» странах ЕС (рис. 8). Для справки: стандартизованный коэффициент смертности (КСК) сравнивали по мировому стандарту.

С 2012 по 2016 г. произошло сокращение мощностей системы здравоохранения: число врачей сократилось на 4%, число коек – на 11%, в том числе уменьшилось количество врачей в первичном звене. При этом число больных

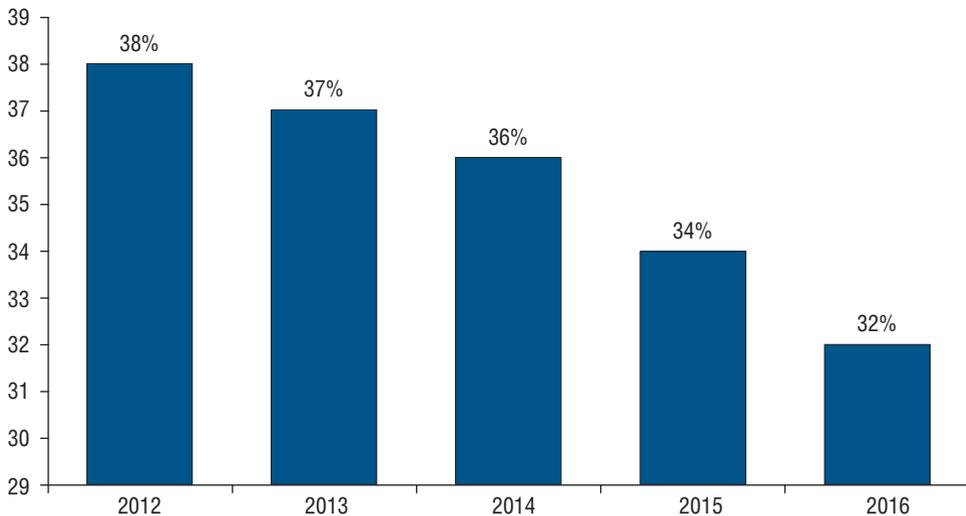
**Потребление алкоголя на душу населения в год,
литров чистого спирта**



Источники: Основные результаты работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2016 г. (сайт Правительства РФ); Уточненный отчет о ходе реализации и оценке эффективности государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» за 2014 и 2015 гг.; Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» с изменениями от 31.03.2017; Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2016 г.

Рис. 1. Потребление алкоголя (чистого спирта) на душу населения в год в России

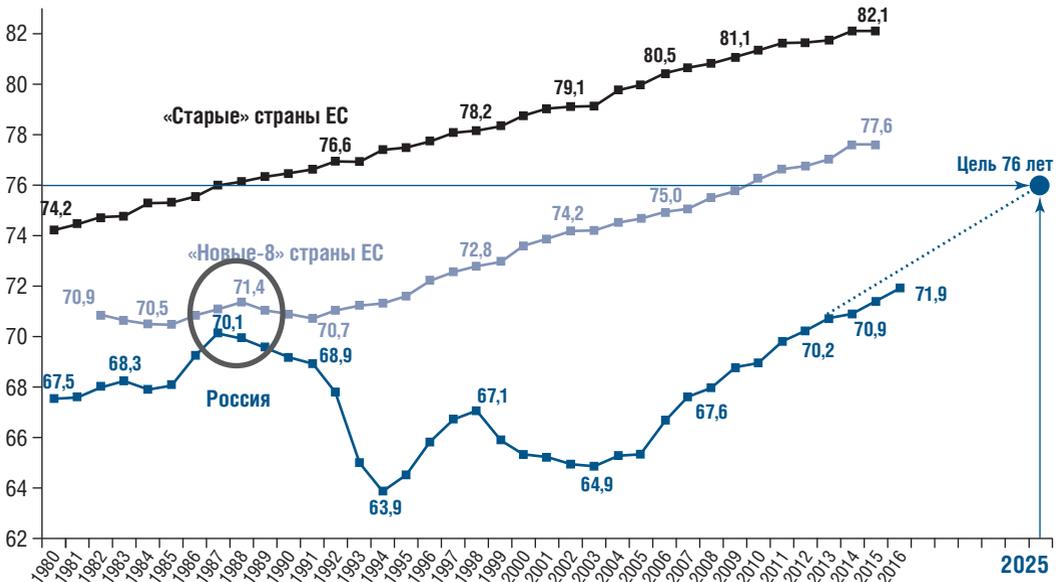
Доля курящего взрослого населения, %



Источники: Основные результаты работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2016 г. (сайт Правительства РФ); Уточненный отчет о ходе реализации и оценке эффективности государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» за 2014 и 2015 гг.; Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» с изменениями от 31.03.2017; Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2016 г.

Рис. 2. Доля курящего взрослого населения в России

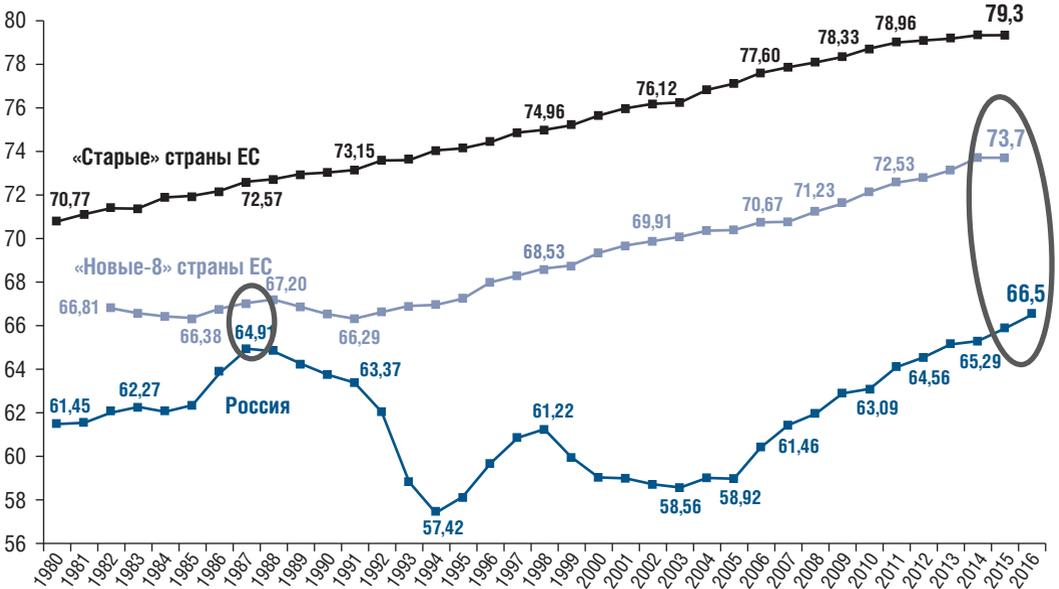
Число лет



Здесь и на рис. 4–14: «новые-8» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению, близкие к РФ по уровню экономического развития (ВВП на душу населения).
 Источники: Росстат; ЕМИСС; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

Рис. 3. Динамика ожидаемой продолжительности жизни в России, «старых» и «новых-8» странах ЕС

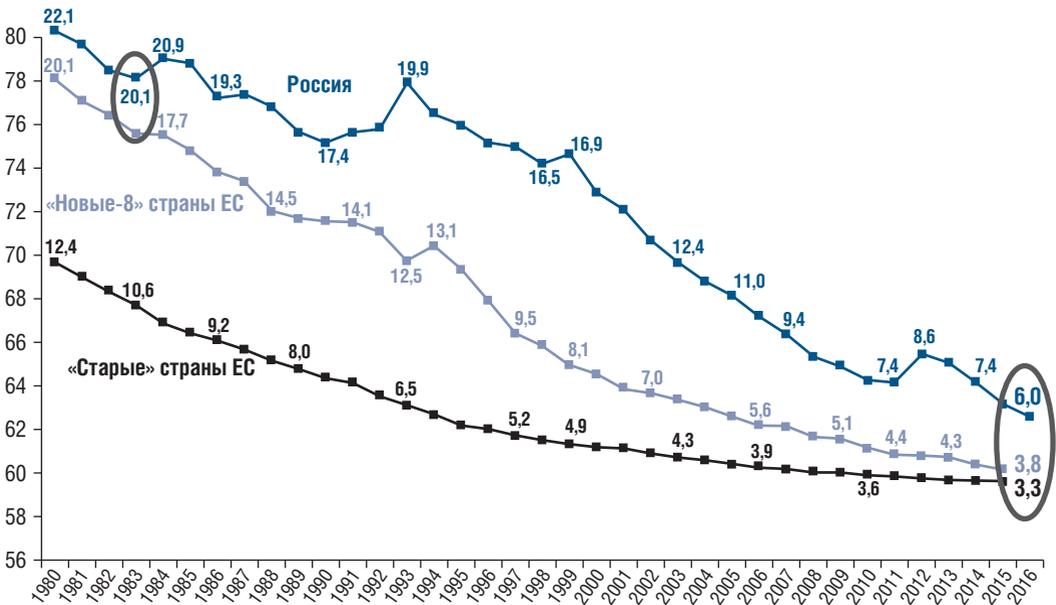
Число лет



Источники: Росстат; ЕМИСС; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

Рис. 4. Динамика ожидаемой продолжительности жизни мужчин в России, «старых» и «новых-8» странах ЕС

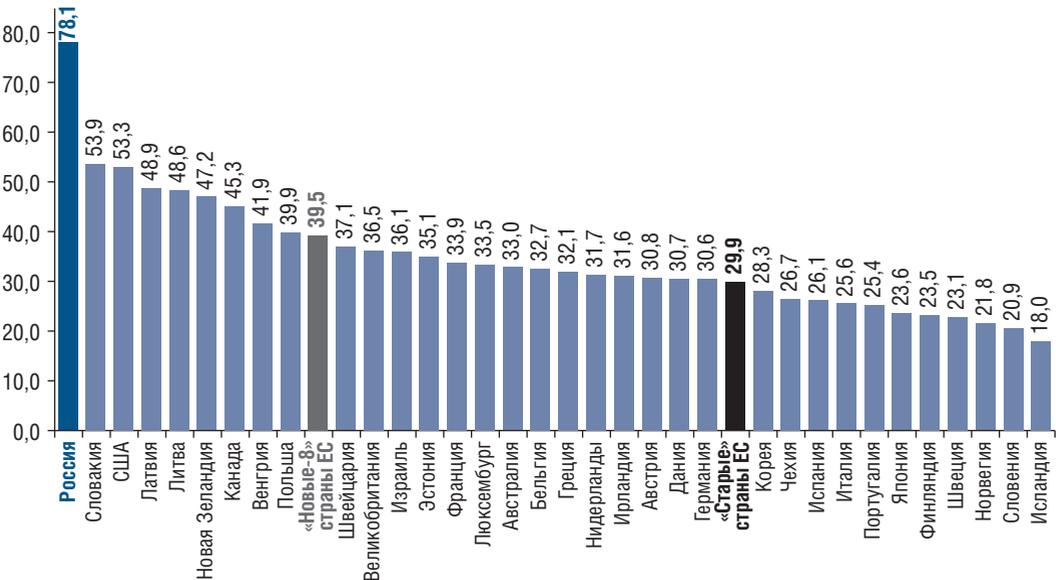
Число умерших в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся живыми



Источники: Росстат; ЕМИСС; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

Рис. 5. Динамика младенческой смертности в России, «старых» и «новых-8» странах ЕС

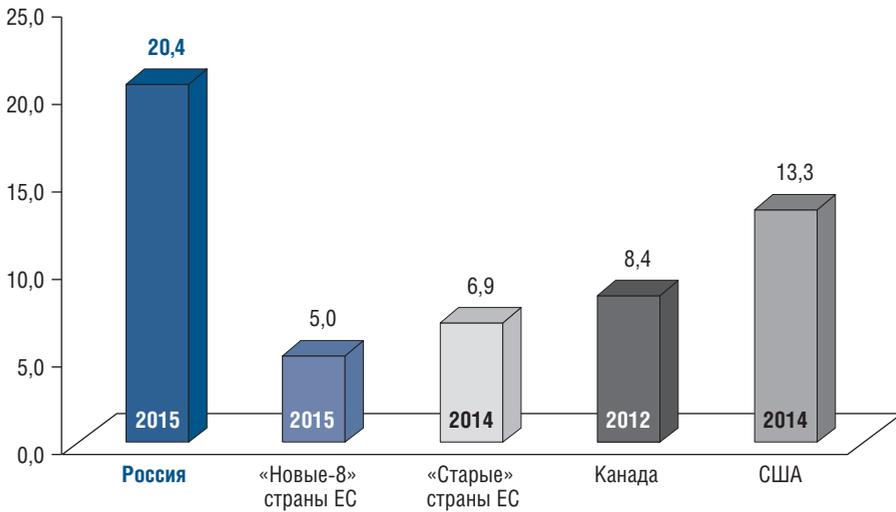
Число умерших в возрасте 0–14 лет на 100 тыс. населения соответствующего возраста (последний возможный год)



Источники: Росстат; база данных Всемирного банка.

Рис. 6. Смертность детей в возрасте от 0 до 14 лет в разных странах

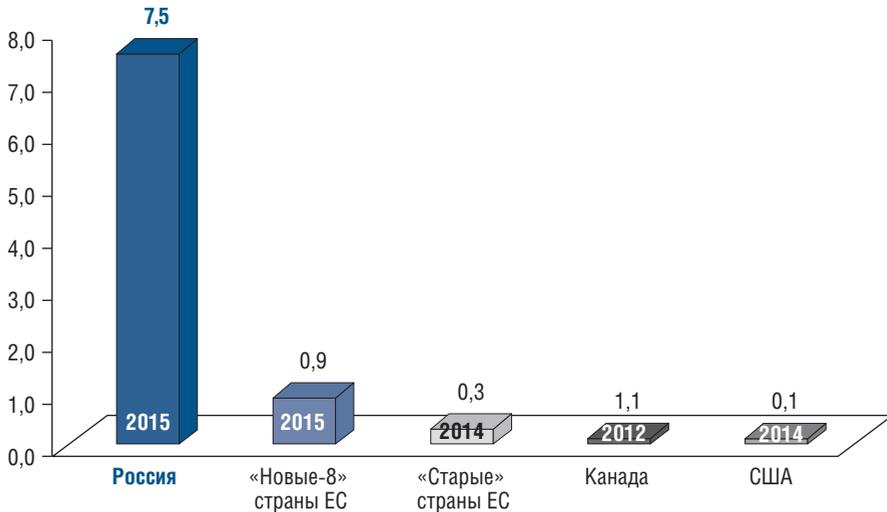
Число умерших на 100 тыс. населения в год (стандартизованный показатель, мировой стандарт)



Источники: Росстат; WHO Mortality database.

Рис. 7. Стандартизованный коэффициент смертности (СКС) от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в России, «старых», «новых-8» странах ЕС, Канаде и США

Число умерших на 100 тыс. населения в год (стандартизованный показатель, мировой стандарт)



Источники: Росстат; WHO Mortality database.

Рис. 8. Стандартизованный коэффициент смертности (СКС) от туберкулеза в России, «старых», «новых-8» странах ЕС, Канаде и США

возросло на 2% (+4,2 млн человек). В результате сократились объемы бесплатной медицинской помощи: посещения поликлиник сократились на 12%, число госпитализаций – на 13%. Естественно, это вызвало рост неудовлетворенности населения РФ: только 9% удовлетворено системой здравоохранения (ВЦИОМ) и только 2% гордятся системой здравоохранения (2014–2017 гг., Левада-центр).

Необходимо разобраться, что влияет на такие показатели здоровья граждан РФ? Научный анализ показал, что темпы роста валового внутреннего продукта (ВВП) (который косвенно определяет доходы населения) влияют на 30%, образ жизни – на 35%, доступность и качество медицинской помощи – тоже на 35% (т.е. увеличение государственного финансирования здравоохранения). Несмотря на принятые на федеральном уровне жесткие меры по снижению потребления табака и алкоголя, потребление алкоголя среди взрослого населения в нашей стране сегодня почти в 2 раза выше, чем в странах ЕС (рис. 9). Распространенность потребления табака в 3 раза выше, чем в США, и в 2 раза выше, чем в странах ЕС (рис. 10).

Подошвые государственные расходы на здравоохранение на 70% ниже, чем в «новых-8» странах ЕС (рис. 11), соответственно меньше затраты по всем статьям: на заработную плату медицинских работников, на лекарства, на медицинские изделия и др. Например, расходы на лекарства в амбулаторных условиях (по рецепту врача) в нашей стране в 3,8 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС (рис. 12).

Обеспеченность врачами в нашей стране примерно на уровне стран ЕС и уже на 10% меньше, чем в Германии, и это при большем потоке больных, которые обращаются в систему здравоохранения (рис. 13). Обеспеченность коечным фондом в РФ на 14% меньше, чем в Германии, и примерно на уровне стран ЕС в среднем (рис. 14).

Так выглядят субъекты РФ по уровню эффективности деятельности здравоохранения (рис. 15). Что означает эффективность здравоохранения? Это оценка ожидаемой продолжительности жизни с учетом уровня валового

внутреннего продукта, затрат на здравоохранение и потребления алкоголя. Высшая школа организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) разработала методику, на основании которой рассчитывается эффективность регионов РФ (описание методики представлено в журнале «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» № 3, 2017). Из рис. 15, 16 видно, что при прочих равных условиях большинство регионов, находящихся за Уральскими горами, недостаточно эффективно расходуют средства здравоохранения.

За последние 4 года (с 2012 по 2016 г.) государственное финансирование здравоохранения в постоянных ценах сократилось. При этом расходы на одни виды медицинской помощи увеличились, значит, это произошло за счет снижения объемов на другие виды, в том числе общедоступные, такие как первичная медико-санитарная помощь (рис. 17).

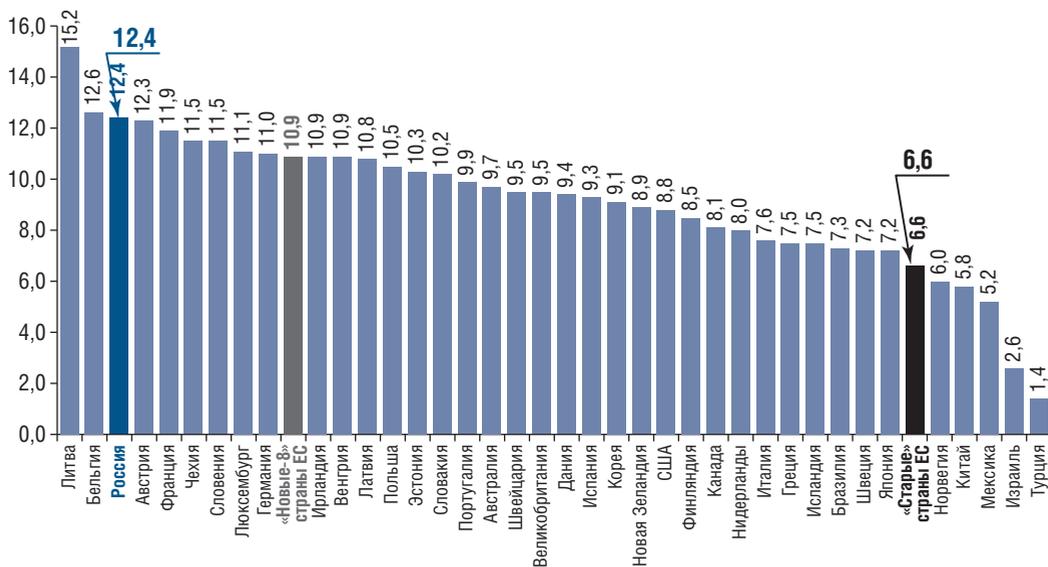
Что ждет здравоохранение РФ в 2018 г.?

В первую очередь у пациентов сложились завышенные ожидания и недовольство, а врачи сталкиваются с переработками и с неуважением со стороны пациентов. А ведь все самое главное происходит при взаимодействии врача и пациента. И если это взаимодействие неэффективно, то и результаты будут неудовлетворительными.

Что следует из анализа? 3 непростых вопроса. Почему ожидаемая продолжительность жизни в России на 6 лет ниже, чем в «новых-8» странах ЕС? Какие финансовые ресурсы необходимы, чтобы достичь цели, поставленной Президентом? И каковы приоритеты здравоохранения, т.е. на что мы должны тратить средства в первую очередь?

Первый вопрос: почему мы не достигаем ожидаемой продолжительности жизни, которая сложилась у наших соседей, которые так же экономически развиты, как и наша страна? Во-первых, мы меньше финансируем здравоохранение. Во-вторых, мы неэффективно тратим имеющиеся средства. И в-третьих, несмотря на принятые меры в части снижения табакокурения и потребления алкоголя, а они приняты на федеральном уровне абсолютно правильно, все пробуксовывает на уровне субъектов РФ и муниципалитетов.

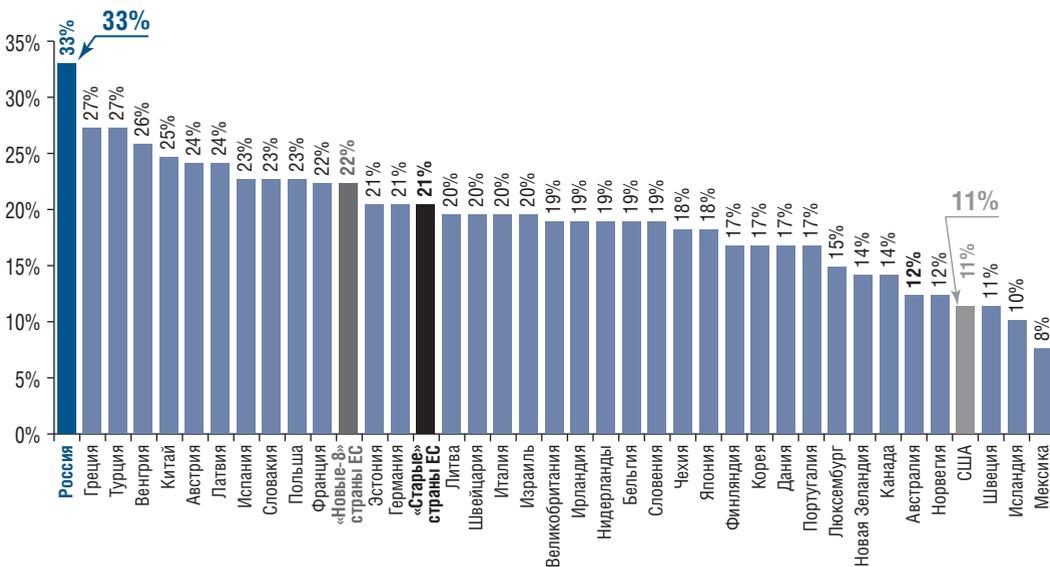
Число литров на душу населения старше 15 лет (2015–2016 гг.)



Источники: база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts»; Минздрав России.

Рис. 9. Потребление алкоголя (литры чистого спирта на душу населения старше 15 лет) в разных странах

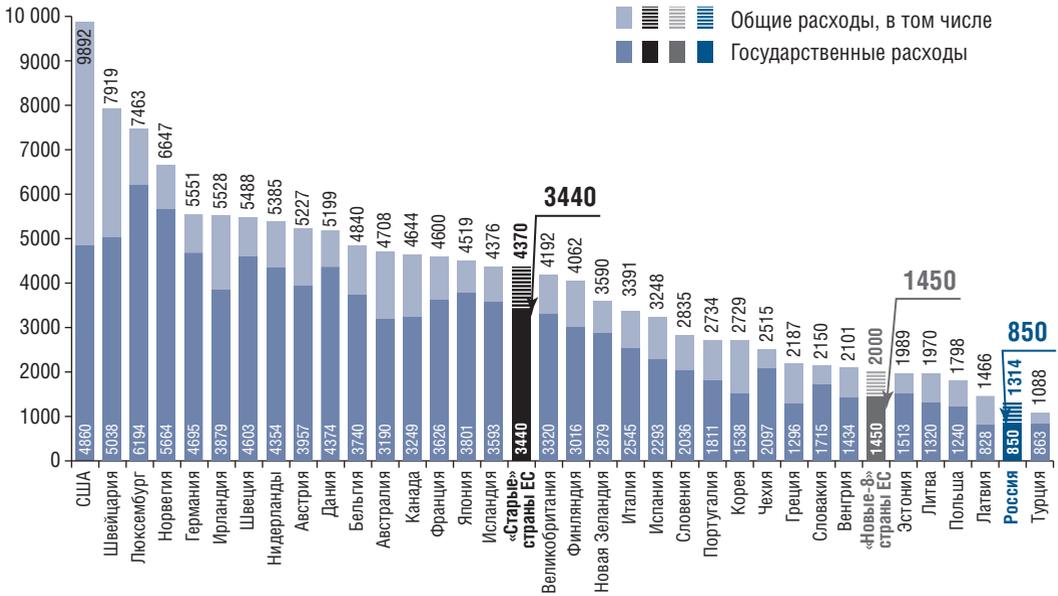
Доля ежедневно курящего населения старше 15 лет (2015–2016 гг.)



Источники: база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts»; Минздрав России.

Рис. 10. Доля ежедневно курящего населения старше 15 лет в разных странах

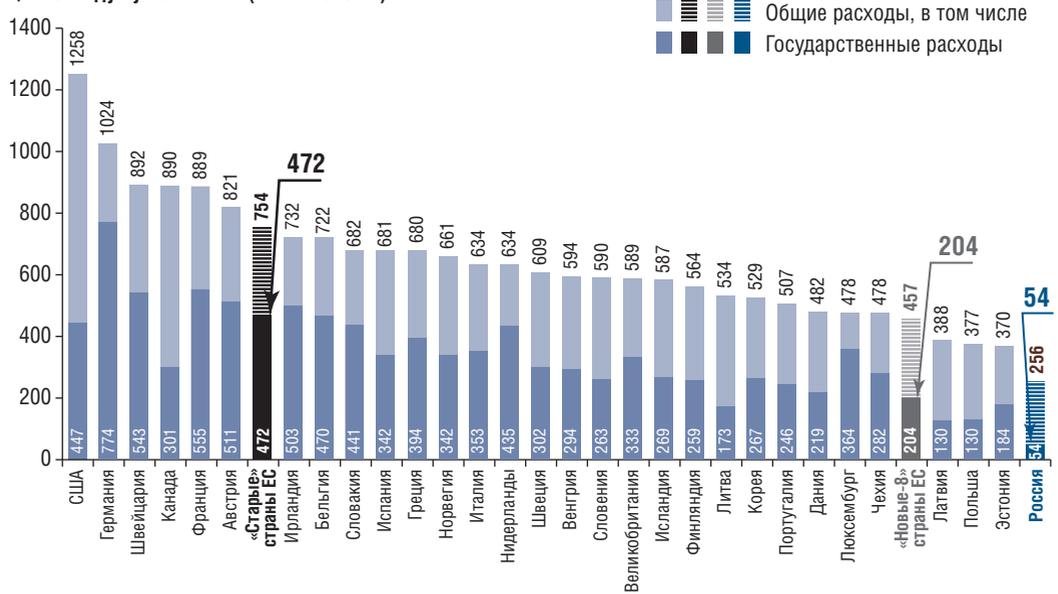
\$ППС на душу населения (2015–2016 гг.)



Источники: Минздрав России; Казначейство России; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

Рис. 11. Подушевые государственные расходы на здравоохранение в разных странах (в долларах паритета покупательной способности, \$ППС)

\$ППС на душу населения (2014–2015 гг.)



Источники: Минздрав России; Казначейство России; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts». Данные по России – предварительные.

Рис. 12. Государственные расходы на лекарства в амбулаторных условиях в разных странах (в долларах паритета покупательной способности, \$ППС)



Практикующие врачи (по методологии ВОЗ и ОЭСР) – врачи, имеющие прямой контакт с пациентом; исключены диетологи, физиотерапевты, стоматологи, кадры Роспотребнадзора и Росздравнадзора, административно-управленческие и научные кадры.

Источники: Минздрав России; ЦНИИОИЗ; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

Рис. 13. Обеспеченность практикующими врачами в России, Москве, «старых», «новых-8» странах ЕС и Германии



Источники: Минздрав России; ЦНИИОИЗ; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»;

Рис. 14. Обеспеченность всеми кошками в России, Москве, «старых», «новых-8» странах ЕС и Германии (без учета кошек на ремонте)

Второй вопрос: при каких сценарных условиях мы можем достичь ожидаемую продолжительность жизни в 76 лет? Показано, если валовой внутренний продукт страны, т.е. доходы населения, будут расти таким же темпом, как заложено Минэкономразвития России, т.е. на 1,5%

ежегодно, и при этом мы сократим потребление алкоголя на 40% от сегодняшнего уровня, чтобы достичь 76 лет, государственное финансирование здравоохранения должно увеличиваться примерно с темпом 10% в год в постоянных ценах (рис. 18).

Следует также понимать, что единичные не-системные действия не приведут к тому результату по ОПЖ, которого мы хотим добиться. Можно заниматься организацией «бережливых» поликлиник, можно внедрить систему «ОМС+» или организовать ненужный институт страховых представителей, но такие меры не приведут нас к цели.

Что надо делать? Сначала надо понять, а потом действовать. Программа действий должна состоять из двух блоков. Первый блок, за который несут ответственность губернаторы

и главы муниципальных образований, – это комплексная программа по снижению потребления табака, алкоголя и влияния других факторов, определяющих здоровье населения. Она прибавит **2 года** к ОПЖ. Второй блок – это наша зона, зона здравоохранения. За счет повышения доступности и качества медицинской помощи она может дать еще свои **2 года** прироста к ОПЖ к 2025 г. (рис. 19).

Главные приоритеты на 2018–2025 г., которые вытекают из анализа, – это необходимость

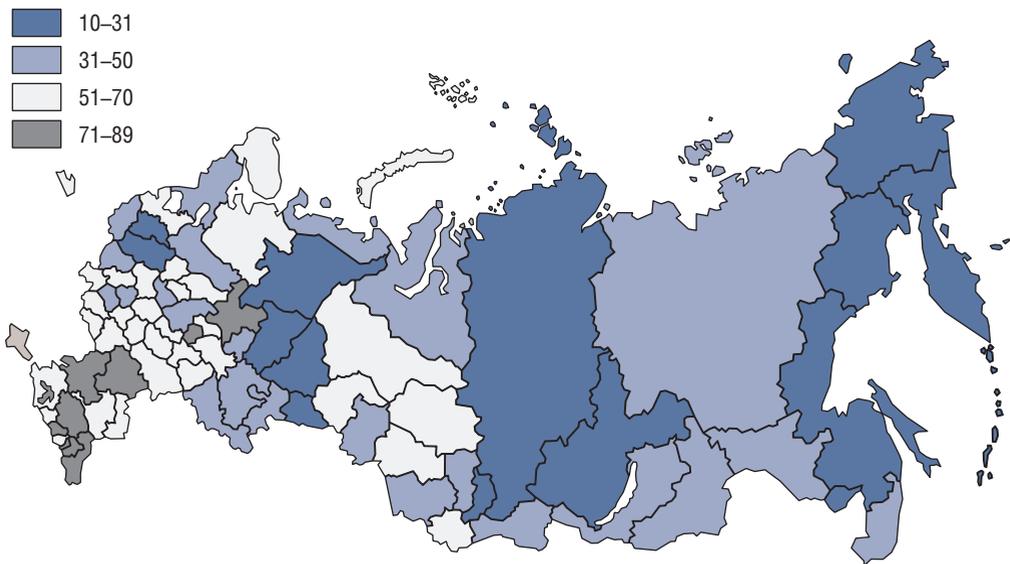


Рис. 15. Регионы Российской Федерации по эффективности систем здравоохранения в 2016 г.

1. Республика Дагестан	76. Красноярский край
2. Республика Ингушетия	77. Тверская область
3. Кировская область	78. Республика Коми
4. Волгоградская область	79. Еврейская автономная область
5. Республика Адыгея	80. Республика Хакасия
6. Чеченская Республика	81. Камчатский край
7. Чувашская Республика	82. Магаданская область
8. Ставропольский край	83. Иркутская область
9. Кабардино-Балкарская Республика	84. Сахалинская область
10. Ростовская область	85. Чукотский автономный округ

Рис. 16. 10 лучших и 10 худших регионов Российской Федерации по эффективности здравоохранения в 2016 г.



Рис. 17. Пирамида по видам медицинской помощи



Рис. 18. Сценарные условия для достижения ожидаемой продолжительности жизни в 76 лет

улучшения здоровья российских мужчин, детей и подростков. На них мы должны направить все свои усилия. Первый блок программы, который зависит от регионов, – это снижение потребления алкоголя и табака. При этом не-

обходимо вовлечь работодателей в охрану здоровья населения (восстановление производственной медицины и разработка специальной программы вместе с работодателями) (рис. 20).

В части здравоохранения. **Приоритеты:** укрепление первичного звена, восстановление фельдшерско-акушерских пунктов, обеспечение медицинскими кадрами первичного звена здравоохранения, создание службы медико-социального ухода на дому за гражданами старшей возрастной группы, увеличение объема бесплатного лекарственного обеспечения для дополнительных групп населения в амбулаторных условиях. И, конечно, восстановление школьной медицины, которая у нас была в советские годы. Но для этого необходимо достаточное число уважаемых ме-

дицинских кадров. Мы должны культивировать в обществе уважение к непростому и высокоответственному труду медицинских работников (рис. 21).

И, конечно, все это невозможно без науки – организации здравоохранения. Поэтому организаторов здравоохранения надо учить на принципиально новом уровне, чтобы они могли эффективно управлять здравоохранением. Также необходима достоверная статистическая отчетность.

В завершение о неотложных действиях, которые мы должны предпринять сегодня. **Первое** –

Нужна программа действий. Но сначала надо понять, а уж потом действовать, а не наоборот



Рис. 19. Стратегия развития здравоохранения

1. Условия для **безопасного труда** на производстве
2. Создание **медсанчастей**
3. **Профилактика** и диспансеризация на производстве



Рис. 20. Восстановление производственной медицины

**2-й блок Программы – обеспечить доступность и качество медицинской помощи.
Ответственные – минздравы России и регионов**



**Доступное
первичное звено
здравоохранения**



**Медико-социальный
уход за гражданами
старшей возрастной
группы на дому**



**Увеличение объемов
лекарственного
обеспечения
населения
по рецепту
врача**



**Формирование
программ
по школьной
медицине**

Рис. 21. Обеспечение доступности и качества медицинской помощи

устранить противоречия в нормативной базе, которые сегодня мешают эффективной работе медицинских организаций. Эта мера не требует дополнительных финансовых ресурсов. **Второе** – отменить штрафы медицинских организаций (доказано, что они приводят к искажению медицинской отчетности и неэффективным трудовым затратам) и привести многочисленные проверки

качества медицинской помощи к единому стандарту. И **третье** – увеличить тарифы ОМС для медицинских организаций в сельских и труднодоступных территориях.

*Материал подготовлен сотрудниками
Высшей школы организации и управления
здравоохранением (ВШОУЗ), Москва*

Факты о бюджете здравоохранения РФ на 2018–2020 гг.

Улумбекова Г.Э.,
Калашникова А.В.

Высшая школа организации и управления
здравоохранением (ВШОУЗ), Москва

В статье проанализирован проект закона о бюджете страны (законопроект № 274618-7 от 29.09.2017 «О федеральном бюджете на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов»), а также расходы на здравоохранение РФ в динамике с 2013 по 2020 г. в разрезе основных источников финансирования и расходных статей. Показано, что государственные расходы на здравоохранение в 2018 г. по сравнению с 2017 г. вырастут на 9% в постоянных ценах (т.е. с учетом инфляции). Однако в постоянных ценах (2013 г.) уровень финансирования в 2018 г. только чуть превысил уровень финансирования 2013 г.

Ключевые слова:

федеральный бюджет на 2018 г., расходы на здравоохранение в 2018 г., средства ФОМС в 2018 г., прогноз оплаты труда врачей

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 4. С. 17–23.

Статья поступила в редакцию: 01.12.2017. Принята в печать: 10.12.2017.

Facts about the healthcare budget of the Russian Federation in 2018–2020

*Ulumbekova G.E.,
Kalashnikova A.V.*

Higher School of Healthcare Organization and
Management (VSHOUZ), Moscow

The article analyzes the draft law on state budget (draft law № 274618-7 dated 29.09.2017 “Concerning the Federal budget for 2018 and for the planning period of 2019 and 2020”) as well as the healthcare expenditures for 2013–2020 in dynamics and in the context of the main sources of funding and expenditures. It is shown that government spending on healthcare in 2018 comparing to 2017 will grow by 9% in constant prices (i.e. adjusted for inflation). However, in constant prices (2013) the level of funding in 2018 only slightly exceeded the level of funding in 2013.

Keywords:

federal budget for 2018, healthcare expenditures in 2018, resources of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund in 2018, remuneration of physicians forecast

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2017; (4): 17–23.

Received: 01.12.2017. Accepted: 10.12.2017.

Тезис 1. Государственные расходы на здравоохранение в 2018 г. по сравнению с 2017 г. вырастут на 9% в постоянных ценах (т.е. с учетом инфляции).

Государственные расходы на здравоохранение в 2018 г. составят **3952 млрд руб.**, они складываются из трех источников: средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), средств федерального и региональных бюджетов. Это по сравнению с 2017 г. рост **на 14%** в текущих ценах, или **на 9%** в постоянных ценах, при условии, что инфляция в 2018 г. не превысит 4% (табл.). Если инфляция будет выше, то и рост расходов на здравоохранение в постоянных ценах будет меньше. **Это хорошая новость.**

Однако, если сравнивать бюджет здравоохранения 2018 г. с прошлыми периодами, выясняется, что после падения государственных расходов в 2014–2016 гг. мы только-только вернулись к уровню финансирования здравоохранения 2015 г. в постоянных ценах (2013 г.). Основной рост расходов заложен за счет средств ФОМС: в 2018 г. по сравнению с 2017 г. **в постоянных ценах** они вырастут на 11%. Средства федерального бюджета сокращаются на 2%, регионального бюджета – по плану, увеличиваются на 11%.

Тезис 2. Важно, чтобы запланированные государством средства дошли до государственных медицинских организаций и были направлены на повышение оплаты труда врачей.

Прежде чем деньги попадут в государственные медицинские организации и пойдут на оплату труда врачей, их надо сначала собрать, а потом обеспечить прохождение по сложной

цепочке. Сначала из средств ФОМС будут вычтены расходы, направляемые на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не входящей в базовую программу ОМС (100,5 млрд руб.). До 2015 г. эти расходы осуществлялись за счет средств федерального бюджета. Затем вычитаются средства на ведение дела ФОМС, выпуск полисов ОМС, на родовые сертификаты и другие статьи. Потом эти ресурсы наконец-то в виде субвенций направляются в территориальные фонды ОМС (ТФОМС). Но прежде чем попасть в медицинские организации, из них еще вычитают средства на поддержание деятельности ТФОМС и на работу страховых медицинских организаций (СМО). СМО являются посредниками в доведении денежных средств до медицинских организаций.

Далее из государственных средств еще вычитают средства, направляемые в частные медицинские организации, которые по действующему законодательству тоже претендуют на свою часть государственных ресурсов. Но даже это еще не все. На длинном пути доведения государственных средств до государственных медицинских организаций часть средств задерживается в составе нормированного страхового запаса, за счет которого можно покупать оборудование дороже 100 тыс. руб. Соответственно, эти деньги в оплате труда врачей не участвуют.

Но даже это еще не все. Может прийти указание от Минздрава России или ФОМС (как это было в 2017 г.), что еще часть денег надо отдать на оказание экстракорпорального оплодотворения или, например, необходимы дополнительные средства на поддержание деятельности перинатальных центров и выхаживание младенцев с экстремально низкой массой тела. В 2018 г.

Структура расходов бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение

Наименование показателя	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2018/	2018/
	факт	факт	факт	факт	оценка	прогноз	прогноз	прогноз	2017	2013
Макроэкономические показатели ¹										
ВВП в текущих ценах, млрд руб.	73 134	79 200	83 233	86 044	92 224	97 462	103 228	110 237		
Инфляция (ИПЦ), декабрь к декабрю предыдущего года, %	6,5	11,4	12,9	5,4	3,2	4,0	4,0	4,0		
РАСХОДЫ БЮДЖЕТОВ БЮДЖЕТНОЙ СИСТЕМЫ РФ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ										
Расходы бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение в текущих ценах, млрд руб.	2318,0	2532,7	2861,0	3124,4 ²	3480,0 ³	3952,0	4047,0	4164,0	+14%	+70%
Расходы бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение в постоянных ценах, млрд руб.	2318,0	2244,0	2207,8	2280,9	2459,2	2681,0	2635,7	2603,4	+9%	+15%
Расходы бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение в доле ВВП, %	3,2	3,2	3,4	3,6	3,8	4,1	3,9	3,8%		
Из них: расходы федерального бюджета РФ на здравоохранение										
Расходы федерального бюджета РФ на здравоохранение в текущих ценах, млрд руб.	502,0	535,5	516,0	506,3 ⁴	452,5 ⁵	460,3	428,5	499,4		
Расходы на ВМП за счет средств федерального бюджета (ф/б) и за счет средств ФОМС в текущих ценах, млрд руб.	55,6 (ф/б)	64,0 (ф/б)	82,7 ⁶ ФОМС→ ф/б	94,4 ⁷ ФОМС→ ф/б	96,7 ⁸ (ФОМС)	100,5 ⁹ (ФОМС)	100,5 (ФОМС)	100,5 (ФОМС)	+4%	+80%

Наименование показателя	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2018/	2018/
	факт	факт	факт	факт	оценка	прогноз	прогноз	прогноз	2017	2013
Расходы на ВМП за счет средств федерального бюджета и за счет средств ФОМС в постоянных ценах, млрд руб.	55,6	56,7	63,8	68,9	68,3	68,2	65,5	62,8	0	+22%
Расходы федерального бюджета РФ на здравоохранение в текущих ценах без учета расходов на ВМП (для сопоставимости сравнений с 2017 г.), млрд руб.	446,4	470,5	433,3	411,9	452,5	460,3	428,5	499,4	+2%	+3%
Расходы федерального бюджета РФ на здравоохранение без учета расходов на ВМП в постоянных ценах, млрд руб.	446,4	416,9	334,4	300,7	319,8	312,3	279,1	312,2	-2%	-30%
Расходы бюджета ФОМС¹⁰										
Расходы бюджета ФОМС в текущих ценах (без учета дотаций на сбалансированность и без учета ВМП для сопоставимости), млрд руб.	1048,7	1268,7	1546,7 (1638,8- 92,1 ¹¹)	1495,8 (1590,2- 94,4)	1638,3 (1735,0- 96,7)	1893,6 (1994,1- 100,5)	1960,8 (2061,3- 100,5)	2 038,0 (2 138,5- 100,5)	+16%	+80%
Расходы бюджета ФОМС в постоянных ценах, млрд руб.	1048,7	1124,1	1193,6	1092,0	1157,7	1284,6	1277,0	1 274,2	+11%	+22%
Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ на здравоохранение¹²										
Расходы бюджетов субъектов РФ на здравоохранение в текущих ценах (вычитание), млрд руб.	767,3	728,5	788,9	1122,3	1292,5	1497,6	1557,2	1 526,1	+16%	+95%

Наименование показателя	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2018/	2018/	2018/
	факт	факт	факт	факт	оценка	прогноз	прогноз	прогноз	2017	2017	2013
Расходы бюджетов субъектов РФ на здравоохранение в постоянных ценах, млрд руб.	767,3	645,5	608,8	819,3	913,4	1016,0	1014,2	954,1	+11%	+11%	+32%
Расходы федерального бюджета по видам медицинской помощи¹³, млрд руб.											
Всего расходы федерального бюджета	502,0	535,5	516,0	506,3	549,2	560,8	529,0	599,9	+2%	+2%	+11%
Стационарная медицинская помощь	227,0	275,2	227,8	230,7	231,5 (134,8+ 96,7)	239,1 (138,6+ 100,5)	239,4 (138,9+ 100,5)	243,0 (142,5+ 100,5)	+3%	+3%	+5%
Амбулаторная помощь	99,5	112,8	127,4	110,3	136,7	102,7	104,0	104,4	-25%	-25%	+3%
Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	0,0	0,0	0,01	0,02	0,06	0,6	0,6	0,6	↑ в 10 раз	↑ в 10 раз	↑ в 60 раз
Скорая медицинская помощь	0,0	0,0	0,4	0,4	3,8	4,2	4,3	1,0	+11%	+11%	↑ в 10,5 раза
Санаторно-оздоровительная помощь	41,8	38,6	37,5	36,0	37,6	40,1	39,8	37,2	+7%	+7%	-5%
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	6,4	6,8	3,0	3,7	4,2	4,5	4,3	4,3	+7%	+7%	-30%
Санитарно-эпидемиологическое благополучие	14,9	17,5	19,0	18,4	18,6	25,9	25,2	25,1	+39%	+39%	+73%
Прикладные научные исследования в области здравоохранения	24,1	16,8	19,5	18,7	19,8	21,9	22,9	26,6	+11%	+11%	-10%
Другие вопросы в области здравоохранения	88,4	67,7	81,4	88,1	96,9	121,9	88,5	157,6	+26%	+26%	+37%

¹ Данные по ВВП за 2013–2016 гг.: фактические, согласно Росстату. Данные за 2017–2020 гг.: пояснительная записка к законопроекту № 274618-7 от 29.09.2017 «О федеральном бюджете на 2018 г. и плановый период 2019 и 2020 гг.», таблица 2.1.

² Данные за 2013–2016 гг.: отчеты об исполнении консолидированного бюджета Российской Федерации и государственных внебюджетных фондов за 2013–2016 гг. (Минфин России, форма по ОКУД 0507021).

³ Данные за 2017–2020 гг.: Основные направления бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2018 г. и плановый период 2019 и 2020 гг. (от 29.09.2017 г.), таблица 4.4.2, с. 77.

⁴ Данные за 2013–2016 гг.: отчеты об исполнении федерального бюджета и бюджетов бюджетной системы Российской Федерации за 2013–2016 гг. (Минфин России).

⁵ Данные за 2017–2020 гг.: пояснительная записка к законопроекту № 274618-7 от 29.09.2017 «О федеральном бюджете на 2018 г. и плановый период 2019 и 2020 гг.», таблица 4.4.1.

⁶ Федеральный закон от 31.10.2016 № 379-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 г.».

⁷ Законопроект № 190022-7 «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2016 г.» от 27.09.2017.

⁸ Федеральный закон от 19.12.2016 № 418-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.».

⁹ Данные за 2018–2020 гг.: пояснительная записка к законопроекту № 274620-7 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг.», с. 6.

¹⁰ Данные за 2013–2015 гг.: федеральные законы «Об исполнении бюджета ФОМС» за соответствующий год. Данные за 2016 г.: проект федерального закона № 190022-7 «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2016 г.» от 27.09.2017.

Данные за 2017 г.: основные направления бюджетной политики РФ на 2018–2020 гг. от 29.09.2017, таблица 4.3.3. Данные за 2018–2020 гг.: законопроект № 274620-7 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг.».

¹¹ Пояснительная записка к законопроекту № 1090506-6 «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 г.».

¹² Рассчитано: за 2013–2014 гг. – расходы бюджетов бюджетной системы минус расходы за счет федерального бюджета с учетом ВМП, минус расходы за счет бюджета ФОМС. За 2015–2020 гг. – расходы бюджетов бюджетной системы минус расходы за счет федерального бюджета без учета ВМП, минус расходы за счет бюджета ФОМС, включая ВМП (значения в скобках).

¹³ Данные за 2013–2016 гг.: отчеты об исполнении консолидированного бюджета Российской Федерации и государственных внебюджетных фондов за 2013–2016 гг. (Минфин России, форма по ОКУД 0507021). Данные за 2017–2020 гг., согласно приложению 6 к пояснительной записке к законопроекту № 15455-7 от 28.10.2016 «О федеральном бюджете на 2017 г. и плановый период 2018 и 2019 гг.».

часть средств может пойти на информатизацию, например, на закупку программного обеспечения и поддержание деятельности действующих электронных систем.

Когда средства наконец-то дойдут до медицинских организаций, в большинстве из них будут выплачивать кредиторскую задолженность (долги), которая образовалась в результате нехватки финансов в 2017 г. Эти данные, а также объем дефицита исполнения программ государственных гарантий в регионах в 2017 г. неизвестны: ни Минздрав России, ни ФОМС о них не докладывают. Для справки: в 2016 г. дефицит

реализации территориальных программ государственных гарантий (т.е. разница между запланированными на эту программу средствами и фактическими расходами) только за счет консолидированных бюджетов субъектов РФ составил 164,4 млрд руб.

Таким образом, на пути реализации увеличенного бюджета 2018 г. есть серьезные риски – сначала эти средства надо собрать (ведь пока это план), а затем сохранить и направить на оплату труда медицинских работников, согласно Указам Президента РФ от 2012 г. Особенно важно повысить оплату труда медицинским работникам,

которые трудятся в центральных районных и участковых больницах – **оплоте оказания медицинской помощи на селе.**

Тезис 3. В 2019–2020 гг. рост государственных расходов не запланирован, более того, они сокращаются.

В 2019 и 2020 гг. рост расходов на здравоохранение не запланирован. В ценах 2018 г. они **сокращаются на 2 и 3%** соответственно. Значит, будут сокращаться и остальные статьи расходов: фонд оплаты труда, расходы на лекарственные средства, расходные материалы, жилищно-коммунальные платежи, на ремонт и информатизацию. Из этого следует, что ни зарплаты медиков, ни объемы бесплатной медицинской помощи с 2019 г. **расти не будут.** Потому что в здравоохранении действует простое правило:

сколько денег, таков объем бесплатной медицинской помощи. Более того, учитывая, что планируется приток врачей (за счет выпускников вузов, которые не попали в ординатуру), фонд оплаты труда придется распределять на большее число врачей. Значит, падение зарплат медиков в 2019 и 2020 гг. будет еще выше.

Вывод: в 2018 г. средства на повышение оплаты труда медицинских работников предусмотрены, а после 2018 г. отрасль снова ждет стагнация, медицинских работников – снижение зарплат, а пациентов – снижение объемов бесплатной медицинской помощи. Задача Минздрава России – доказать финансово-экономическому блоку, что дополнительные средства в здравоохранении необходимы.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва)

E-mail: nmo@asmok.ru

Калашникова Александра Владимировна – научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) (Москва)

E-mail: divine8585@mail.ru

Медико-организационные аспекты работы консультативно-диагностической поликлиники для детей

Москвина С.С.

ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

В статье дан детальный анализ причин очередей в поликлиниках на примере консультативно-диагностической поликлиники Областной клинической больницы г. Иваново. Представлены предложения по организации пациентопотока. На очереди в поликлиниках влияет не только внутренняя организация процесса, но и внешние факторы – федеральные и региональные нормативные акты. В связи с этим работа по снижению сроков ожидания должна проводиться на всех уровнях.

Ключевые слова:

консультативно-диагностическая поликлиника, очереди, организация работы регистратуры, интернет-запись, льготные категории граждан

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 4. С. 24–28.

Статья поступила в редакцию: 21.11.2017. Принята в печать: 15.11.2017.

Medical and organizational aspects of the work of consultative diagnostic health center (polyclinic) for children

Moskvina S.S.

Ivanovo Regional Clinical Hospital

The article gives a detailed analysis of the causes of queues in polyclinics using the example of the advisory and diagnostic polyclinic of the Regional Clinical Hospital in Ivanovo. Proposals on the patient flow management are presented. Not only an internal process management but also external factors (federal and regional regulations) affect the queues in polyclinics. Therefore waiting times reduction efforts should be conducted on all levels.

Keywords:

consultative-diagnostic polyclinic, the queue organization of the registry, Internet entry, preferential categories of citizens

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2017; (4): 24–28.

Received: 21.11.2017. Accepted: 15.11.2017.

В настоящее время достаточно много внимания уделяется доступности и качеству медицинской помощи для населения. В ст. 10 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (далее – 323-ФЗ) определены показатели ее доступности: приближенность медицинской помощи к месту жительства, учебы, работы, наличие в медицинских организациях достаточного количества медицинских работников, возможность выбора медицинской организации и врача, транспортная доступность и др. В ст. 79.1 данного ФЗ закреплены критерии независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями: открытость и доступность информации о медицинской организации; комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения; время ожидания предоставления медицинской услуги; доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации; удовлетворенность оказанными услугами. Однако в сознании наших граждан четко сформировался стереотип доступности – это наличие или отсутствие очередей.

В Детской консультативно-диагностической поликлинике ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» был проведен опрос с целью выявления времени ожидания приема врача, наиболее удобного способа записи и уточнения предложений пациентов по улучшению организации работы поликлиники. Так, около 25% опрошенных, являлись жителями г. Иваново и 75% – Ивановской области. Однако необходимо отметить, что для детей г. Иваново организован отдельный консультативно-диагно-

стический центр, но в соответствии с 323-ФЗ пациент имеет право выбора медицинской организации. Расчет необходимых врачебных ставок в поликлинике происходит на численность детского населения Ивановской области, притом что по факту обслуживаются и городские жители г. Иваново. Как следствие, создается повышенная нагрузка на врачей и увеличиваются сроки ожидания приема. По Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 г. срок ожидания консультации врача специалиста не должен превышать 14 дней. Таким образом, возникает необходимость внести изменения в Программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам, добавив информацию о том, что сроки ожидания выполнимы только в том случае, если соблюдается норматив численности прикрепленного населения и не нарушена маршрутизация пациента, определенная нормативно-правовыми актами Департамента здравоохранения субъекта РФ.

Большинство опрошенных пациентов (41,5%) записались по телефону через единый колл-центр Ивановской областной клинической больницы, около 33,7% – посредством личного визита в регистратуру и 19% через Интернет. Отличия в способе записи среди населения г. Иваново и Ивановской области не выявлено. Наиболее предпочтительным способом записи 49% опрошенных отметили Интернет, 37,7% – по телефону и лишь 9,3% при личном обращении в регистратуру. Необходимо отметить, что жители области также отмечают Интернет в 45% случаев как оптимальный способ записи. В соответствии

с распоряжением Департамента здравоохранения Ивановской области № 273 от 2014 г. не менее 25% мест для записи должно быть отдано под интернет-запись. Однако в детской консультативно-диагностической поликлинике при срезе из электронных календарей выявлено, что только 19% мест отдано под интернет-запись. Таким образом, необходимо увеличивать количество мест для интернет-записи, что позволит снизить нагрузку на колл-центр и удовлетворит потребности пациентов, среди которых почти половина хочет записаться через Интернет (49%), но сделать это смогли только 19%.

Менее 15 мин в регистратуру ожидали 50% опрошенных, от 15 до 30 мин – 36%, 30–45 мин – 21%, 45–60 мин – 4%. Из приведенных цифр следует, что в большинстве случаев регистратура работает на должном уровне, и в 86% срок ожидания не превышает 30 мин. Данные показатели достигнуты за счет организационных мероприятий: выделение отдельного колл-центра, внедрение электронной записи, информатизация рабочих мест. Для дальнейшей оптимизации работы регистратуры необходимы разработка и внедрение четких функциональных обязанностей регистраторов. Например, введение должности старшего администратора, который будет контролировать работу регистраторов, предоставлять справочную информацию пациентам, разбирать форс-мажорные и конфликтные случаи, введение в функциональные обязанности регистраторов подбор амбулаторных карт накануне дня приема и т.д.

По данным опроса, у кабинета врача менее 15 мин ожидают 15% пациентов, 15–30 мин – 18%, 30–45 мин – 21%, 45–60 мин – 13%, более часа – 25%. Таким образом, мы видим, что проводимая в течение последних лет работа, направленная на снижение времени ожидания в регистратуре, дала свои положительные результаты, однако вся очередь переместилась к кабинетам врачей, и должного внимания этой проблеме не уделяется. Около 60% опрошенных ожидают приема врача более получаса. Особенности работы детской консультативно-диагностической поликлиники Ивановской

областной клинической больницы таковы, что при анализе структуры очереди, было выявлено несколько составляющих. Так, в живой очереди перед кабинетом врача оказываются пациенты, которые записались через Интернет на определенное время, и пациенты, которые записались по телефону или через регистратуру на определенный день (без уточнения времени, т.е. в порядке живой очереди), а также пациенты, которые имеют право на внеочередное и первоочередное обслуживание (распоряжение Департамента здравоохранения Ивановской области от 01.02.2013 № 63 – дети-инвалиды, с высокой температурой, многодетные семьи, дети первых 3 мес жизни и т.д.), и наконец пациенты, которым необходима неотложная помощь. Исходя из вышеперечисленного для уменьшения времени ожидания у кабинета врача необходимо упорядочить очередь. Для этого организована запись всех пациентов на определенное время. Операторы колл-центра и регистраторы при записи сообщают пациентам ориентировочное время приема. Однако данная мера не сможет решить проблему очередей у кабинета врача, поскольку льготные категории граждан, пользуясь своим правом, приходят на прием в любое удобное время, и врачи обязаны их принять вне очереди. Данное право закреплено федеральным и региональным законодательством, многие нормативные документы были приняты в конце прошлого века (приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.11.1992 № 291 «О дополнительных мерах поддержки инвалидов» и др.), когда отсутствовала возможность записаться дистанционно к определенному времени. В век информатизации здравоохранения, когда на прием можно записаться через Интернет или колл-центр, прийти ко времени и не ждать в очереди, назрела необходимость пересмотра данной привилегии для льготных категорий граждан. Однако это не решит в полной мере проблему очередей, поскольку в любое медицинское учреждение может обратиться пациент, которому необходима неотложная или экстренная медицинская помощь. В связи с этим, записываясь на прием к врачу на время, пациенты должны осознавать,

что это время ориентировочное, и если придет неотложный пациент, медицинская помощь в первую очередь будет оказана именно ему.

Выводы

Для уменьшения времени ожидания в поликлинике необходимо:

1. На федеральном уровне:

1.1. Внести изменения в Программу государственных гарантий, добавив информацию о том, что сроки ожидания консультации врачей специалистов должны соблюдаться в том случае, если не нарушена маршрутизация пациента, определенная нормативно-правовыми актами Департамента (Министерства) здравоохранения субъекта РФ.

1.2. Пересмотреть привилегии внеочередного и первоочередного приема для льготных категорий граждан в амбулаторно-поликлинических условиях при получении медицинской помощи

2. На региональном уровне:

2.1. Утвердить приказами/распоряжениями региональных министерств/департаментов здравоохранения, что не менее 50% мест для записи в поликлиники должно быть отдано под интернет-запись.

3. На уровне медицинской организации:

3.1. Распределить функциональные обязанности регистраторов, ввести должности старшего администратора.

3.2. Организовать запись пациентов по времени не зависимо от способа записи (Интернет, колл-центр, регистратура).

3.3. Увеличить количество мест для интернет-записи.

4. На уровне пациента:

4.1. Помнить, что время записи ориентировочное, и если придет неотложный пациент, медицинская помощь в первую очередь будет оказана именно ему.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Москвина Светлана Сергеевна – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части (по детству) ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»
E-mail: cweta_s@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с изм. и дополн. в ред. от 29.12.2015 // Рос. газета.

2. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ивановской области на 2017 г. и плановый период 2018 и 2019 гг. // <http://docs.cntd.ru/document/444964076>.

3. Распоряжение Департамента здравоохранения Ивановской области № 273 от 26 мая 2014 г. «О работе электронной регистратуры».

4. Распоряжение Департамента здравоохранения Ивановской области № 63 от 1 февраля 2013 г. «О категориях граждан, нуждающихся во внеочередном и первоочередном приеме в лечебных учреждениях» // http://ivokb.ru/wp-content/uploads/2015/10/Распоряжение_№_63.pdf.

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.11.1992 №\291 «О дополнительных мерах поддержки инвалидов» // <http://base.garant.ru/4170643>.

REFERENCES

1. Federal law of 21.11.2011 N 323-FZ "About bases of health protection of citizens in Russian Federation" with

amendments and additions to the version of 29.12.2015. Rossiyskaya gazeta [Russian Newspaper].

2. Territorial program of state guarantees of free rendering to citizens of medical aid in territory of the Ivanovo region in 2017 and the planning period of 2018 and 2019. <http://docs.cntd.ru/document/444964076>.

3. The order of the health Department of Ivanovo region N 273 of may 26, 2014 "About e-registry".

4. The order of the health Department of Ivanovo region N 63 dated 1 February 2013 "On categories of

citizens in need in the early and priority admission in the medical institutions"// http://ivokb.ru/wp-content/uploads/2015/10/Распоряжение_No._63.pdf.

5. Order of the Ministry of health of the Russian Federation dated 10.11.1992 N 291 "About additional measures of support of invalids"// <http://base.garant.ru/4170643>.

Кому нужны ненужные расходы в медицинских организациях?

Прохоренко Н.Ф.

Высшая школа организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), Москва

В статье сравниваются структуры затрат государственных и частных медицинских организаций, оценивается предположительный объем затрат в системе обязательного медицинского страхования по направлениям, не связанным с доступностью и качеством медицинской помощи. Сделан вывод о том, что необходимо кардинально изменить подходы к управлению отраслью и обеспечить должный уровень компетенции организаторов здравоохранения различных уровней.

Ключевые слова:

эффективность здравоохранения, обязательное медицинское страхование, реформа системы управления здравоохранением

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 4. С. 29–35.

Статья поступила в редакцию: 31.08.2017. Принята в печать: 15.11.2017.

Who needs unnecessary expenses in medical organizations?

Prokhorenko N.F.

Higher School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ), Moscow

The work compares the expenses structure of public and private medical organizations. The costs in the MHI system in areas not related to accessibility and quality of care have been estimated. The conclusion is made about the need to drastically change the approaches to the management of the healthcare industry and ensure the proper level of competence of the organizers of public health at various levels.

Keywords:

public health efficiency, compulsory medical insurance, reform of the health care system management

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2017; (4): 29–35.

Received: 31.08.2017. Accepted: 15.11.2017.

В последние десятилетия не теряет своей актуальности тема поиска зон неэффективности в системе здравоохранения. Основными причинами этого служат неутешительные результаты сравнения отечественной системы охраны здоровья с таковыми во многих зарубежных странах, причем как по процессным критериям эффективности, так и по итоговым результатам деятельности. Немалую лепту в смещении акцентов в сторону необходимости поиска дополнительных резервов внутри системы вносит постоянное существенное недофинансирование отрасли [1].

В качестве неэффективных затрат отечественного здравоохранения чаще всего рассматривают структурный дисбаланс сети и объемов медпомощи, низкую загрузку дорогостоящего медицинского оборудования [2], оказание непоказанных услуг, чрезмерную длительность пребывания пациентов в круглосуточных стационарах [3], медицинскую помощь с использованием методов и средств с недоказанной результативностью [4] и другие медико-статистические показатели деятельности системы. Это говорит о том, что анализ неэффективности проводится внешними по отношению к медицинской организации экспертами или контролирующими органами. Но извне, как правило, невозможно увидеть такие аспекты деятельности медицинских учреждений, как фактическую занятость и спектр деятельности сотрудников, мотивы постоянно растущей численности прочего персонала, ресурсоемкость проверок и запросов, себестоимость дефектов работы федеральных электронных сервисов. Без специально проведенных контрольно-ревизионных действий нельзя понять реальные масштабы необоснованного завышения цен при госзакупках.

В связи со стечением жизненных обстоятельств автору представилась редкая возможность оценить многие перечисленные невидимые извне факторы неэффективных (ненужных) трат в денежном эквиваленте, попытаться определить конечных бенефициаров этих трат и выделить причины их возникновения с точки зрения возможных корректирующих мероприятий.

При этом за основу расчетов взято сравнение государственной и частной медицинских организаций, оказывающих очень близкий по совокупной сумме объем медицинской помощи – около 450 млн руб. – государственного заказа системы обязательного медицинского страхования (ОМС), с одной стороны, и полностью платных медицинских услуг, с другой. Подобного подхода в доступных источниках обнаружить не удалось.

Сравнение в основном велось по двум направлениям:

- по категориям сотрудников: численность и средний ежемесячный доход;
- по закупочным ценам на медикаменты, расходные материалы и медицинское оборудование, а также по стоимости услуг и расходных материалов для IT-сопровождения.

Спектр услуг в учреждениях не совпадал. Однако детальное сравнение состава затрат по основным направлениям расходов позволило разделить объяснимые и необъяснимые с точки зрения разницы структуры медпомощи расходы (в том числе в отношении экстренной помощи). Одна часть из «необъяснимых» структурой медпомощи затрат была отнесена к таким «объективно полезным» особенностям государственного здравоохранения, как системная организационно-методическая и экспертная деятельность, межведомственное взаимодействие, участие в целевых государственных программах, обеспечение преемственности медпомощи на различных этапах ее оказания, работы в качестве клинической базы медвузов, медицинское обеспечение массовых мероприятий и т.п. Оставшаяся часть «необъяснимых» затрат и легла в основу для тщательного рассмотрения причин их «ненужности».

После получения такой базовой информации автор уточнил свои выводы и оценки в разговорах с коллегами – главными врачами и их заместителями из четырех регионов РФ на условиях анонимности. Следующим шагом была коррекция по сводной статистике в отношении структуры затрат. Таким образом, представленная информация носит характер экспертного

оценочного мнения и, безусловно, не может рассматриваться в качестве полноценного научного исследования.

В целом картина масштабов ненужных затрат только лишь по этим обозначенным направлениям получалась пугающей. Поэтому, для того чтобы уйти от существенных перекосов субъективных оценок администраторов в основном крупных учреждений, в расчете использованы минимальные из озвученных нашими коллегами значений доли неэффективных затрат. К тому же из итоговой суммы были исключены оценочные затраты по весьма специфическим отношениям медорганизаций со своим начальством и проверяющими структурами в силу их абсолютной недоказуемости и значительного расхождения оценок.

Для оценки затрат всей системы по исполнению госзаказа в год использована аппроксимация по соответствующим объемам исходя из годового бюджета системы ОМС 1,7 трлн руб. [5].

Итак, в итоге рассматриваемые в указанном контексте в качестве ненужных траты были разделены на 2 группы по изначальным направлениям сравнения:

1) расходы на содержание лишнего и/или выполняющего ненужную работу персонала медицинских организаций;

2) необоснованное завышение цен при закупках для обеспечения непосредственно медицинской помощи.

Первая группа затрат включает заработную плату фактически существующего уровня с начислениями и годовое содержание соответствующего рабочего места с амортизацией основных средств (без учета затрат на первичное оснащение рабочего места), обусловленное:

- существующим порядком осуществления госзакупок: очень большая трудоемкость выполнения требований со стороны заказчика и исполнителя заказа, высокие риски судебных разбирательств, штрафы по каждому промежуточному действию, система длительного замораживания обеспечительных сумм, масштабные и частые проверки всевозможных государственных и общественных органов контроля, отсутствие исключений (напри-

мер, ГСМ), очень малая доля реализации госзакупок прямыми договорами (нужно не менее 10–15%) – все это в итоге только увеличило цены закупок относительно рыночных цен; контроль самой процедуры закупок полностью заменил тщательные сравнения итоговых цен контрактов с реальными рыночными ценами, а оценка эффективности работы системы госзакупок без этого – фикция;

- запросами контролирующими или вышестоящими управляющими органами данных (в том числе аналитических, уточняющих, дублирующихся и т.п.), уже существующих в электронном виде и предоставляемых на регулярной основе в федеральные и региональные базы данных, или тех, которые могут быть рассчитаны на основе этих данных (должен быть один централизованный электронный федеральный интегратор показателей деятельности медицинских организаций и строгий запрет на запросы сведений, которые могут быть получены из него);
- проверками по формальным признакам, дублирующими аналогичные проверки других контролирующих органов, некомпетентными контролерами (приходилось доказывать, что иммуноглобулин – это лекарственное средство, а не препарат крови, что морфина гидрохлорид и морфин гидрохлорид это одно и то же) или не позволяющими достигнуть заявленные цели из-за локальности, характера и объема объектов проверки (проверки счетной палатой эффективности медорганизаций без выстраивания единой методики проверки эффективности работы всей системы исполнения заказа по ОМС, включая работу территориальных комиссий по разработке территориальных программ ОМС по распределению заказа и логике установления коэффициентов оплаты по федеральной системе клинко-статистических групп);
- избыточными, нечеткими требованиями и/или необходимостью по юридическому

и/или административному сопровождению проверок (личные подписи, повторные запросы и пояснения, личное присутствие, дублирующиеся ответы на запросы руководителей подразделений, юриста, заместителей главного врача, главного врача);

- нерациональностью финансово-экономической деятельности: планирования (план-заказ в разрезе целевых источников, сбор данных и последующее игнорирование в отношении необходимости дополнительных затрат на ремонт, переоборудование, обеспечение противопожарной безопасности и т.д.), отчетности по целевому использованию средств, требования по раздельному учету затрат по видам медицинской помощи (абсолютно корректно и точно это требование невыполнимо), выдачи справок пациентам о сумме и объеме предоставленных по программе госгарантий услуг (сами пациенты удивляются этому, нет нормативной возможности предоставить эту информацию по СМС или электронной почте, существенные трудности при курсовом амбулаторном лечении);
- отсутствием должной интеграции и централизации используемого, в том числе по нормативным требованиям, программного обеспечения: выполнения требований 152-ФЗ (проблема отсутствия единого провайдера), медицинских информационных систем (удивительное разнообразие исполнителей при отсутствии четких единых требований и стандартного набора функций), федеральных регистров медработников (проблемы интеграции с бывшими и существующими системами типа «АС-Кадры» и бухгалтерскими системами, некорректное распределение прав редактирования записей в системе в отношении перешедших на другое место работы сотрудников, некорректное формирование официальных отчетов), бухгалтерского программного обеспечения (в основном используются 1С или «Парус»), избыточ-

ным IT-сопровождением проверок, коррекцией дефектов федеральных и региональных электронных сервисов и т.д.;

- нагрузкой по участию в общественно-политических мероприятиях: выборы, митинги, демонстрации и т.п., подготовка и предоставление данных соответствующей направленности;
- совсем лишними кадрами: избыточный административный персонал; сотрудники, полезные для решения личных задач локального и вышестоящего руководства, проверяющих органов; почетные и заслуженные, но уже фактически неработающие кадры.

Ненужные затраты по этому направлению по стране в целом оценены минимум в 78 млрд руб. в год по 116 тыс. рабочих мест. Более 90% этих рабочих мест относятся к прочему персоналу. Обратим внимание, что все перечисленные действия лишних сотрудников не имеют никакой связи с оказанием качественной и доступной медицинской помощи.

Теперь перейдем к оценке рациональности закупок медицинских организаций для непосредственно медицинской деятельности и IT-обеспечения, рассмотрев лишь уровень цен, без анализа количествакупаемых товаров и услуг.

Минимальный уровень необоснованного завышения цен при закупках оценен по медикаментам и перевязочным средствам (15%), расходным материалам и лабораторной посуде (20%), регламентному обслуживанию и ремонту медицинского оборудования со стоимостью заменяемых деталей (20%), годовой амортизации по приобретенному новому медицинскому оборудованию (40% завышения при покупке на 8 лет эксплуатации, т.е. по 5% превышения в год); закупки для IT-обеспечения (20%) приобретение права пользования антивирусными и офисными программами (централизация могла бы дать существенную экономию), прав использования справочно-информационных сервисов (розничные покупки систем типа «Консультант»/«Гарант», экономических, бухгалтерских и др.), покупка типовых расходных материалов (в основном картриджей).

Всего таких затрат по второму направлению сравнения оказалось минимум 169 млрд руб.

Всего по этим оцениваемым направлениям – 247 млрд руб. в год, или около 14% всего объема госзаказа по ОМС.

В эти расчеты не вошли относительно мелкие оцениваемые затраты на стимулируемую извне подписку областных и ведомственных газет, журналов, участие в спонсорстве конференций и выполнение других несвойственных медицинской организацией функций – минимум около 1–2 млрд руб. Непоказанная госпитализация только лишь по четырем профилям (терапия, оториноларингология, неврология и гинекология), по единому мнению, составляет минимум 6–7% всей госпитализации, или около 3% госзаказа – 43 млрд руб. в год. По направлениям ненужных затрат можно идти и дальше. Можно бесконечно спорить о точности и нюансах правомерности подобных оценок. Но главное, что в существовании всех перечисленных направлений затрат и их ненужности сомнения нет ни у одного руководителя медицинских организаций. Так почему это все происходит?

Попытка формализовать ответ на этот вопрос привела к изображению ситуации в виде схемы (см. рисунок).

Концентрические кольца представляют собой уровни принятия решений = уровни управления в здравоохранении (кроме самого внутреннего, не имеющего никаких административных прав рядового сотрудника медицинской организации). Внешнее кольцо – федеральный уровень, следующее – региональный уровень, заштрихованные кольца – администрация медицинской организации (включая всех руководителей подразделений). Секторы колец – мотивы (причины) решений, представленные в одних и тех же соотношениях, для исключения желания углубиться в истинные соотношения значимости этих мотивов. Светло-синий сектор – личная материальная заинтересованность («личный аппетит»), серые – недостаток квалификации, неинформированность, недостаточная мотивация (ситуация «не могу и/или не хочу»), темно-синие – административные воздействия на нижерасположенный зависимый уровень для

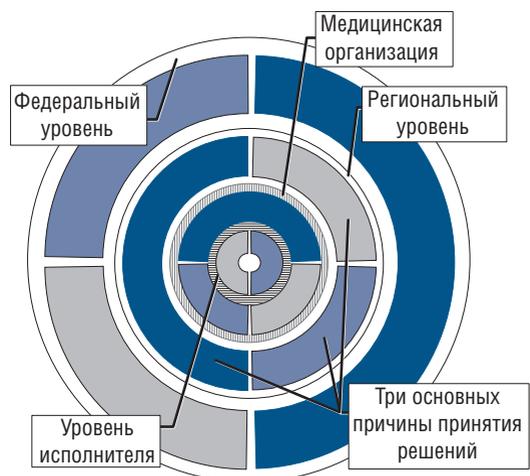
обеспечения простоты контроля, переключивание своих функций, необоснованные меры административной подстраховки перед вышестоящим уровнем управления («административный комфорт»).

Схему можно усложнять внешними по отношению к системе здравоохранения федеральными и региональными уровнями управления, контроля и влияния. Но принципиально картина и набор мотивов/причин не изменятся.

Таким образом, ответ на вопрос «Кому нужны ненужные расходы медицинских организаций?», т.е. кто является выгодоприобретателем, неутешителен. Они лично нужны, точнее, их объем зависит от всех на всех уровнях принятия решений и/или обусловлены недостатком квалификации и корректно ориентированной мотивации. Вклад и ответственность каждого уровня принятия решений далеко не одинаков и полностью определяется силой влияния и масштабом последствий для всей системы.

А на что же тратят больше в частной медицине?

Доля заработной платы чуть ниже (49–53%), чем в среднем по структуре затрат системы ОМС. При этом медработники в среднем получают немногим больше (на 10–15%), прочий персонал на столько же меньше, чем в государственной медицине. Значительно больше сотрудников фронт-офиса (регистратура, отделы продаж,



сервисные работники) и сотрудников службы маркетинга и продвижения. При этом работников хозяйственной службы меньше в 2–3 раза. Служебного транспорта и, соответственно, водителей в 3–4 раза меньше.

Экономия на закупках идет на строительство и/или аренду помещений, покупку медицинского оборудования и его реновацию. В структуре финансовых отчетов амортизация занимает заметную долю.

В заключение приведу несколько принципиальных замечаний.

Во-первых, мы должны уточнить, затрат не нужных для чего и кому. Так вот полная корректная формулировка, пожалуй, должна звучать так: **не нужных честному, высококвалифицированному и мотивированному работнику здравоохранения для оказания пациенту требуемой медицинской помощи.**

Соответственно, во-вторых, при сохранении существующей практики управления и обучения в здравоохранении самим медицинским организациям будет требоваться еще больший объем таких неэффективных затрат, так как масштабы тотальной некомпетентности в отрасли, желание административного комфорта и личных аппетитов будут только расти.

В-третьих, реформировать отрасль изолированно, на каком-то отдельном уровне принятия решений невозможно: смежные уровни тут же вернут порочный статус-кво.

В-четвертых, даже если принять кардинальную смену управленческой и мотивационной парадигм в отечественном здравоохранении гипотетически возможной, считать указанные суммы экономией и на этом основании уменьшить финансирование отрасли будет самой грубейшей ошибкой. Этот объем средств должен будет пойти сначала на реализацию реформирования управления отраслью с последующим значительным ростом расходов на здравоохранение для достижения приемлемых показателей здоровья населения, повышения его удовлетворенности медицинской помощью и существенного роста материального благосостояния работников отрасли.

Для традиционного вопроса «Что делать?» новых ответов нет. Все уже давно известно и сказано. Данный взгляд – лишь попытка оценить масштабы невидимых извне ненужных затрат и на другом уровне сравнений еще раз показать очевидную необходимость переосмысления сложившейся практики управления отраслью и кардинальной смены подхода к подготовке кадров системы здравоохранения.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Прохоренко Николай Федорович – кандидат экономических наук, первый проректор Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) (Москва)

E-mail: medsovet@lenta.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Леонид Рошаль, Гузель Улумбекова и Юрий Комаров – о развитии российской медицины. Электронный доступ: <https://otr-online.ru/programmi/segodnya-vrossii-27580/razvitie-meditsini-prezident-66770.html>.

2. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. 2-е изд. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 706 с.

3. Попович Л.Д. Закрыть зоны неэффективности. Электронный доступ: <http://bujet.ru/article/271299.php?print=Y>.

4. Власов В.В. Вред. Опасности всюду! Избегать их нельзя. Электронный доступ: http://polit.ru/article/2016/10/01/vlasov_lec4/.

5. Федеральный закон от 19.12.2016 N 418-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

REFERENCES

1. Leonid Roshal, Guzel Ulumbekova and Yuri Komarov – on the development of Russian medicine. Electronic access: <https://otr-online.ru/programmi/segodnya-vrossii-27580/razvitie-meditsini-prezident-66770.html>. (in Russian)
2. Ulumbekova G.E. Health care in Russia. What to do. 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2015. 706 p. (in Russian)
3. Popovic L.D. Close zones of inefficiency. Electronic access: <http://bujet.ru/article/271299.php?print=Y>. (in Russian)
4. Vlasov V.V. Harm. Dangers everywhere! Avoid them not. Electronic access: http://polit.ru/article/2016/10/01/vlasov_lec4/. (in Russian)
5. Federal Law of December 19, 2016 N 418-FZ "On the budget of the Federal Fund of Mandatory Medical insurance for the year 2017 and for the planning period 2018 and in 2019 ". (in Russian)

Анализ медико-экономической эффективности проведения диспансеризации населения России и ее перспективы

Улумбекова Г.Э.¹,
Власов В.В.²

¹ Высшая школа организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), Москва

² Научно-исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва

В статье представлен подробный анализ медико-экономической эффективности проведения диспансеризации в Российской Федерации, а также описаны ее перспективы. Изложена оценка специалистов Минздрава России медико-экономического эффекта от диспансеризации, даны общие сведения о диспансеризации и затратах на нее в России. Особое внимание уделено мерам, которые необходимо принять Минздраву России для повышения эффективности существующего в настоящее время порядка диспансеризации: отмене Порядков диспансеризации и сопутствующих отчетных форм на ближайшие 2 года, проведению анализа состава обследований в рамках диспансеризации и устранение ненужных диагностических исследований, пересмотру связи содержания и объемов диспансеризации с возможностями финансирования, созданию рабочей группы для создания научно обоснованной программы диспансеризации.

Ключевые слова:

диспансеризация, медико-экономическая эффективность, финансирование, система здравоохранения

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 4. С. 36–41.

Статья поступила в редакцию: 21.04.2017. Принята в печать: 15.11.2017.

Analysis of the medical and economic efficiency of the prophylactic examination of the Russian population and its prospects

*Ulumbekova G.E.¹,
Vlasov V.V.²*

¹ Higher School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ), Moscow

² Higher School of Economics, Moscow

The article presents a detailed analysis of medical and economic effectiveness of the periodic examinations in the Russian Federation, and its prospects are also described. Here are set out the Ministry of health experts' assessment of the periodic examination, the general information and its costs in Russia. The special attention is given to the actions that should be done by the Ministry of health to improve the effectiveness of periodic examinations procedure. These actions include: the cancellation of Orders of periodic examination and relates report forms for the next two years, the analysis of the surveys within the examination and avoidance of unnecessary diagnostic tests, the review of the relationship between the content and volume of examination in connection with the funding opportunities, the establishment of a working group to create a scientifically based program of examination.

Keywords:

periodic examination, medical and economic effectiveness, funding, health care system

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2017; (4): 36–41.

Received: 21.04.2017. Accepted: 15.11.2017.

О докладе Минздрава России по оценке долгосрочной медико-экономической эффективности диспансеризации

Специалисты Минздрава России оценили медико-экономический эффект от диспансеризации путем расчета выгоды от предотвращенных смертей¹. Выгоду рассчитывали через вклад одного гражданина (которому сохранили жизнь) в валовом внутреннем продукте (ВВП) страны – он составляет **549 тыс. руб. в год**. Затраты на сохранение жизни одного гражданина (выявление и своевременное лечение онкологического или сердечно-сосудистого заболевания) оценили как **84,7 тыс. руб. в год** для населения в трудоспособном возрасте и в **36,1 тыс. руб. в год** для экономически активного населения (возраст до 72 лет). Далее одно поделили на другое и получили, что эффективность вложений варьирует от 6 до 11 руб. на каждый вложенный

рубль. Формально такой подход в расчетах можно использовать, но расчеты, сделанные Минздравом России, не верны.

Поясним. **Первое** и главное – нет доказательств того, что проведение диспансеризации в целом или какого-то ее элемента существенно влияет на продолжительность жизни граждан. Приписывание медицинским вмешательствам всего изменения смертности бездоказательно.

Второе, и это важно для экономических расчетов, в приведенных цифрах не учтено, что выявленные на диспансеризации дополнительные пациенты могут получить медицинскую помощь только при условии, что на их лечение будут выделены дополнительные финансовые ресурсы. Для справки: число таких пациентов составляет не менее 20 млн человек ($45 \text{ млн чел.} \times 47\% = 20,3 \text{ млн чел.}$, где 45 млн – это число граждан, прошедших диспансеризацию в 2015 г., а 47% – доля нуждающихся в дальнейшем лечении). Поскольку объем государственных средств в системе здравоохранения с 2013 по 2017 г.

¹ <http://www.medvestnik.ru/content/news/Poruchenie-prezidenta-po-dispanserizacii-ostanetsya-na-kontrolle.html>.

в реальных ценах сократится на 9%, это означает, что дополнительных средств на лечение пациентов, выявленных на диспансеризации, нет. Соответственно, они этого лечения не получают или получают через конкуренцию с другими больными. Никакой выгоды для общества не произойдет. Лечение бессимптомных больных (рано выявленных) в ущерб другим пациентам, которые страдают более тяжелыми формами тех же заболеваний (так как имеют клинические проявления и уже обратились к врачу и находятся в очереди на лечение) – это скорее катастрофа, а не достижение.

Третье: приведенные расчеты не учитывают дополнительные потери. Например, потери, связанные с отвлечением врачей от лечения более тяжелых пациентов, которые уже имеют хронические и острые заболевания с клиническими проявлениями. При продолжающемся сокращении числа врачей, занятых в первичной медицинской помощи, и при использовании мер экономического стимулирования учреждений к проведению диспансеризации это приводит к ухудшению качества помощи, примеров которого множество, но размеры в масштабах страны оценить трудно.

Четвертое: проведение скринингов, которые включены в программу диспансеризации и были изучены в доброкачественных исследованиях, сопровождается гипердиагностикой, т.е. выявлением случаев болезни, которые в действительности болезнью не являются или которые никогда не привели бы к развитию симптомов болезни. Количественно число таких случаев обычно превышает число выявленных реальных больных с ранней стадией заболевания, которые могут получить пользу от диагноза, в 2–15 раз. Это приводит не только к огромным расходам и ограничению доступности помощи для реально нуждающихся в ней людей, но и к тяжелым побочным эффектам при лечении таких случаев: люди, которые жили бы далее нормально из-за постановки ложноположительного диагноза подвергаются операциям, облучению, химиотерапии, теряют голос, не держат мочу, страдают от отеков и последствий уродующих вмешательств.

Пятое: приведенные расчеты не учитывают альтернативные потери. Например, затраченные на диспансеризацию средства можно было бы потратить на оказание других видов медицинской помощи, в частности использовать для более широкого охвата населения бесплатным лекарственным обеспечением.

И, наконец, **шестое:** при расчетах выгоды от продления жизни экономически активного населения необходимо учитывать, что мужчины в РФ в среднем доживают только до 66 лет и, соответственно, вклад в ВВП до 72 лет сделать не могут. И если заниматься продлением активной жизни населения, стоимость затрат на возвращение их к активному труду будет не 36,1 тыс. руб., а намного выше. Это связано с тем, что в возрасте от 60 до 72 лет у пациентов обычно имеется несколько хронических заболеваний, требующих лечения.

О реальной эффективности диспансеризации в РФ

Общие сведения о диспансеризации

Диспансеризация (или осмотр всего населения и его дальнейшее наблюдение и/или лечение) введена с 2013 г., хотя при менее широком охвате диспансеризация более или менее постоянно проводилась последние 30 лет. Диспансеризация взрослого населения регулируется Приказом Минздрава России № 36ан от 03.02.2015 (ранее приказ от 03.12.2012 № 1006н). Согласно действующему приказу, взрослые граждане должны проходить диспансеризацию **1 раз в 3 года**, причем ее пройти должны не менее **23%** прикрепленного населения (подлежащего диспансеризации). Диспансеризация детского населения регулируется Приказом Минздрава России № 1346н от 21.12.2012.

Диспансеризация включена в базовую часть программы государственных гарантий (ПГГ), т.е. оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС). Посещение амбулаторно-поликлинического учреждения (АПУ) для диспансеризации считается посещением с профилактической целью. Для всех посещений с профилактической целью в ПГГ установлен-

ны нормативы: например, на 2016 г. – не менее **2,35** посещения на 1 человека в год. Норматив стоимости этого посещения – **358,7** руб.

Согласно письму Фонда ОМС (ФОМС) от 01.04.2013 № 2903/30-1/и «Об оплате диспансеризации»: оплату первого этапа диспансеризации необходимо производить по законченному случаю. Расчет стоимости тарифа первого этапа осуществляется в зависимости от объема диспансеризации по полу и возрасту (по приказу Минздрава России). Средства на диспансеризацию направляются из территориального фонда ОМС (ТФОМС) в АПУ и выделяются отдельной строкой в рамках подушевого норматива. Оплата второго этапа диспансеризации осуществляется за посещение или законченный случай и оплачивается в рамках общего финансирования АПУ.

Тарифы на оплату диспансеризации за законченный случай, как для взрослых, так и для детей, в среднем варьируют от 800 до **1000 руб.** в расчете на одного застрахованного (данные территориальных программ ОМС). Тариф включает оплату труда врачей и стоимость обследований, а законченный случай может включать несколько посещений.

О затратах на диспансеризацию

Всего, по данным Минздрава России и ФОМС, с 2013 по 2015 г. диспансеризацию прошло **119** млн чел.¹. Если допустить, что средний тариф за 1 случай составил **900 руб.** на одного человека, тогда затраты за 3 года составили 107 млрд руб., или **35,7 млрд руб.** в среднем в год. Это около 3% от общего объема средств ОМС на оказание медицинской помощи (35,7/1400 млрд руб., где 1400 млрд руб. – объем субвенций, направляемых на оказание медпомощи в системе ОМС).

Однако следует понимать, что эти средства не являлись дополнительными, направляемыми в АПУ. Они просто выделялись отдельной строкой из общего объема средств, предназначенных

на оплату деятельности АПУ. При этом с 2013 по 2015 г. фактические подушевые расходы на реализацию базовой программы ОМС и на посещения с профилактической целью в текущих ценах возросли незначительно, а в постоянных ценах (с учетом инфляции) существенно сократились (таблица). Так, за рассматриваемый период фактический подушевой норматив финансирования программы ОМС в постоянных ценах сократился на 19%, а стоимость посещения с профилактической целью – на **11%**. Другими словами, реализация диспансеризации осуществлялась в ущерб другим видам медицинской помощи, оплачиваемых за счет средств ОМС.

О потерях в результате проведения диспансеризации

Эти потери складываются из следующих составляющих:

- Ряд обследований, включенных в диспансеризацию, не нужен. Вот неполный список бессмысленных или малополезных активностей:
 - осмотр психиатром ребенка в возрасте 1 года не нужен, поскольку обычно в этом возрасте дети еще не умеют говорить;
 - включение маммографии молочных желез для женщин в возрасте 39–75 лет, также не обязательно. В систематических обзорах показано, что ее проведение без показаний малоэффективно, более того, в ряде случаев ведет к дальнейшим ненужным вмешательствам (удаление молочной железы);
 - электрокардиография без кардиологических показаний бесполезна;
 - скрининг на простатспецифический антиген для выявления рака простаты почти исключительно приводит к выявлению случаев ложноположительных или неопасных.

¹ Стадченко Н.Н. Нагрузки на бюджет возрастают. Объемы запланированной медицинской помощи останутся прежними // Обязательное медицинское страхование. 2016. № 2. Электронный доступ: http://www.ffoms.ru/news/ffoms/predsedatel-federalnogo-fonda-oms-n-n-stadchenko-nagruzki-na-byudzheth-vozzrastayut-obemy-zaplanirovan/?sphrase_id=26679.

Сравнение подушевых расходов (нормативных и фактических) на базовую программу обязательного медицинского страхования и посещения амбулаторно-поликлинических учреждений с **профилактической целью*** в текущих и постоянных ценах в России в 2012–2016 гг.

Показатель	2013 г.		2014 г.		2015 г.		2016 г.		2015 к 2013 г.	
	план	факт	план	факт	план	факт**	план	факт	план	факт
Индекс потребительских цен, %	6,5	11,4			12,9		5,8			
Подушевые расходы на базовую программу ОМС (план/факт) в текущих ценах, руб.	5 942,5	8 219,0	6 962,5	9 245,7	8 260,7	8 617,0	8 438,9		+39,0%	+4,8%
Подушевые расходы на базовую программу ОМС (план/факт) в постоянных ценах (2013 г. – 100%), руб.	5 942,5	8 219,0	6 168,8	8 191,7	6 374,8	6 649,8	6 134,6		+6,8%	-19,1%
Стоимость одного посещения АПУ с профилактической и иными целями за счет средств ОМС в текущих ценах, руб.	269,6	349,6	318,4	414,8	351,0	401,2	358,7		+30,2%	+14,8%
Стоимость одного посещения АПУ с профилактической и иными целями за счет средств ОМС в постоянных ценах (2013 г. – 100%), руб.	269,6	349,6	282,1	367,5	270,9	309,6	260,8		+0,5%	-11,4%

Примечание. * – плановые данные собраны согласно Постановлениям Правительства РФ «О программе государственных гарантий» на соответствующий год, фактические данные – согласно докладам Минздрава России о реализации программы государственных гарантий за соответствующий год; ** – данные представлены согласно Государственному докладу о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2015 г. (Минздрав России).

- Профилактические осмотры детского населения дублируют периодические осмотры детского населения. Соответственно, неэффективно расходуется время врачей.
- Проведение диспансеризации сопровождается значительным числом отчетных форм и непрерывными контрольными мероприятиями. Это неоправданно отвлекает врачей и руководителей лечебных учреждений от исполнения их основных обязанностей.
- Финансирование диспансеризации отдельной строкой и невыполнение ее установленных объемов, которое наблюдается в большинстве регионов РФ, лишает медицинское учреждение дефицитных ресурсов, поскольку эти средства остаются на счетах ТФОМС и не могут быть использованы для оказания помощи.
- В ситуации дефицита врачей участковой службы в первичном звене (по экспертным расчетам дефицит составляет около **36 тыс. чел.**) проведение диспансеризации всего населения, т.е. обследование практически здорового населения, отвлекает время врачей от больных, которые реально нуждаются во внимании врача и дальнейшем скорейшем обследовании и лечении. Например, число посещений в связи с заболеваниями с 2013 по 2015 г. уменьшилось на 35% (соответственно с 2,4 до 1,8 на 1 человека в год). При этом число больных людей в стране не уменьшилось. В результате ухудшаются исходы лечения уже заболевших.
- Дефицит врачей также приводит к некачественным, ускоренным осмотрам пациентов при проведении диспансеризации, что снижает ее возможную эффективность.

Выводы и что надо делать дальше в отношении диспансеризации

- Проведение диспансеризации в РФ по существующему порядку неэффективно, а в ситуации дефицита финансовых и кадровых ресурсов вредно для качества

медицинской помощи. Незначительная коррекция программы диспансеризации, предложенная в конце 2016 г., не решает ни одной перечисленной проблемы.

- Минздраву России необходимо в кратчайшие сроки принять решительные меры:
 - отменить Порядки диспансеризации и все сопутствующие отчетные формы на ближайшие 2 года;
 - при последовательном проведении принципа подушевого финансирования и сохранении участковой организации первичной медицинской помощи врачи заинтересованы в профилактике, стимулирования профилактических посещений не требуется;

- проанализировать с научной точки зрения состав обследований в рамках диспансеризации, устранить ненужные диагностические исследования и ввести научно обоснованные;
- предусмотреть связь содержания и объемов диспансеризации с возможностями финансирования и системы здравоохранения страны и запланировать дополнительные кадровые и финансовые ресурсы для проведения диспансеризации и дальнейшего лечения пациентов;
- для создания научно обоснованной программы диспансеризации организовать рабочую группу из специалистов здравоохранения.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва)

E-mail: nmo@asmok.ru

Власов Василий Викторович – доктор медицинских наук, профессор кафедры управления и экономики здравоохранения Научно-исследовательского университета «Высшая школа экономики» (Москва)

E-mail: vvlas@yahoo.com

Эмоциональное выгорание врачей

Сирота Н.А.¹,
Ялтонский В.М.¹,
Ялтонская А.В.²,
Московченко Д.В.¹

¹ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

² ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Проанализирована проблема эмоционального выгорания врачей на основе 3-факторной модели (эмоциональное истощение, деперсонализация, снижение профессиональных достижений). Описаны факторы риска, симптоматика выгорания, его порочный круг. Обсуждается проблема выгорания студентов медицинского вуза. Заключительная часть статьи посвящена профилактике выгорания.

Ключевые слова:

выгорание, эмоциональное истощение, деперсонализация, снижение профессиональных достижений, факторы риска, врачи, студенты медицинского вуза, профилактика

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 4. С. 42–51.

Статья поступила в редакцию: 20.03.2017. Принята в печать: 15.11.2017.

Emotional burnout among doctors

*Sirota N.A.¹,
Yaltonsky V.M.¹,
Yaltonskaya A.V.²,
Moskovchenko D.V.¹*

¹ A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

² V. Serbsky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow

The problem of emotional burnout of doctors based on the three-factor model (emotional exhaustion, depersonalization, reduction of professional achievements) is analyzed. The risk factors, symptoms of burnout, its vicious circle are described and the problem of burnout of medical students is discussed. The final part of the article is devoted to the prevention of burnout.

Keywords:

burnout, emotional exhaustion, depersonalization, reduction of personal accomplishments, doctors, students of medical high school, prevention

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2017; (4): 42–51.

Received: 20.03.2017. Accepted: 15.11.2017.

Медицина всегда считалась профессией, предъявляющей высокие внутренние требования к ее представителям (личностные и профессиональные качества, высокий уровень образования, его разносторонность, непрерывность и т.д.). Многие медицинские работники (как представители помогающих профессий) подвержены высокому риску эмоционального выгорания, в зарубежной литературе обозначаемым термином «burnout», что переводится как «сгорание», «выгорание».

Выгорание является глобальной проблемой, связанной с дистрессом, возникающим в процессе выполнения трудовой деятельности, имеющей потенциал отрицательного влияния как на психическое и физическое здоровье человека, так и на эффективность деятельности организации. Синдром эмоционального выгорания может рассматриваться как неспособность человека совладать с эмоциональным стрессом на работе. Выгорание негативно связано с индивидуальным здоровьем сотрудников. Под влиянием хронического профессионального стресса постепенно возникает разочарование в профессии, нарастает желание прекратить работу, отмечают деморализация, склонность к алкоголизации и наркотизации. Уровень заработной платы и социальной защищенности снижается, ощущаются ограниченность ресурсов для качественного выполнения своих профессиональных обязанностей, нарастают семейные конфликты, проблемы со здоровьем и их отрицание. Выгорание имеет высокую цену как для сотрудника, так и для организации. Оно снижает продуктивность труда, способствует текучести кадров, уменьшает мотивацию персонала к выполнению своих должностных обязанностей, что ведет

к падению эффективности его работы и снижает ценность сотрудников для организации, а также негативно сказывается на здоровье всех членов коллектива, что требует больших затрат на его восстановление. Кроме того, выгорание ведет к потере продуктивности, мобильности и конкурентоспособности учреждения здравоохранения.

Разработка концепции

Термин «выгорание» впервые был предложен и введен в 1974 г. Фроуденбергером, который определил выгорание как клинико-психологический синдром, возникающий под воздействием хронического стресса, связанного с выполняемой работой, и включающий прогрессирующее эмоциональное истощение, потерю мотивации или деморализацию, а также отсутствие профессиональных достижений [9]. В 1981 г. К. Маслач и С. Джексон высказали идею о том, что выгорание состоит из 3 компонентов: эмоционального истощения, обезличивания (деперсонализации) и снижения (редукции) личных достижений, компетентности [15].

Эмоциональное истощение проявляется в потере психологических ресурсов в результате их опустошения, ощущение сниженного эмоционального фона. Отмечается низкая эффективность сна, его фрагментация, доминирование фазы бодрствования в сочетании с сонливостью и психической усталостью. Эти симптомы являются проявлением недостаточно эффективного совладания с профессиональным стрессом, снижением стрессоустойчивости. Предполагается, что эмоциональное истощение предшествует развитию цинизма, деперсонализации, снижению достижений личности и часто преобладает над ними.

Деперсонализация (лишение индивидуальности, обезличивание или циничность) характеризуется как негативное отношение к контактам на рабочем месте и их деформация. Циничность включает проблемы взаимоотношений с пациентами, коллегами, подчиненными, негативизм, пренебрежение их чувствами. Эти проблемы возникают в результате некачественного выполнения своих профессиональных обязанностей, отстраненного ответа на обязательства, связанные с работой. Она является следствием недостаточности развития психологических и профессиональных ресурсов медицинских работников, а также социальных и материальных ресурсов, обеспечивающих успех производственной деятельности и качество работы.

Снижение профессиональных достижений и отсутствие профессиональной компетентности часто порождает чувство недостаточности успехов на работе и понижение собственной самооценки, уверенности в выполнении своих профессиональных обязанностей. Появляется ощущение недостаточности объема выполняемой работы или неспособности выполнить поставленные задачи. Недостаточный уровень образования также часто связан с развитием этого компонента выгорания. Однако социальная поддержка в коллективе может способствовать повышению уровня персональных достижений. 3-компонентная модель выгорания К. Маслач и С. Джексона наиболее популярна [15].

По мнению некоторых авторов, циничность не является проявлением деперсонализации и представляет собой дисфункциональный механизм совладания с профессиональным стрессом, механизм психологической защиты или эмоциональный буфер против стресса на рабочем месте, что приводит к дегуманизации профессиональной деятельности [17]. Формирование симптомов выгорания происходит постепенно, после длительного профессионального стресса.

Российскими исследователями предложено несколько определений выгорания. Выгорание (в широком смысле) – длительное стрессовая реакция или синдром, возникающий в след-

ствии продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности [2]. В.В. Бойко предложил другое определение: «Эмоциональное выгорание – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия» [1].

Факторы риска и симптоматика выгорания

Факторами риска развития выгорания могут быть такие связанные с работой факторы, как место в служебной иерархии, недоукомплектованность персонала и высокие требования к нему, профессиональный стаж, возраст сотрудника, а также отрицательные характеристики его профессиональной деятельности: чрезмерная и сверхурочная работа, переутомление, конфликты на работе, слабый уровень социальной поддержки, скука, ограниченные ресурсы, отсутствие обратной связи, профессиональная незащищенность и ощущение социальной несправедливости, нарушение баланса прилагаемых усилий и получаемой награды, длительность стажировки, отсроченное вознаграждение и т.д.

Выгоранию способствуют такие черты личности и демографические характеристики, как низкая жизнестойкость, сниженные самооценка и эмпатия, нереалистично высокие ожидания, отношение к работе, требования к заработной плате, молодой возраст, статус одинокой женщины, воспитывающей детей, семейный статус (холостые/неженатые), а также непрекращающиеся, быстро происходящие организационные изменения в коллективе.

Симптомы эмоционального выгорания объединяются в 5 базовых групп, в зависимости от той сферы, в которой они проявляются:

1. Соматическая сфера: усталость, истощение, физическое утомление, изменение веса, нарушенный сон, затрудненное дыхание, одышка, тошнота, головокружение, чрезмерная потливость, дрожь, повышение артериального давления, воспалительные заболевания кожи, симптомы болезней сердечно-сосудистой системы.

2. Эмоциональная сфера: дефицит эмоций, эмоциональная отстраненность, пессимизм, цинизм и черствость в работе и личной жизни, безразличие, усталость, ощущение беспомощности и безнадежности, агрессивность, раздражительность, тревога, неспособность сосредоточиться, депрессия, чувство вины, одиночества, увеличение деперсонализации своей или других. К врачу приходит ощущение, что эмоционально он уже не может помогать своим пациентам – не может войти в их положение, соучаствовать, сопереживать, реагировать. Со временем эти проявления усиливаются и приобретают устойчивый характер. Положительные эмоции появляются все реже, а отрицательные – все чаще. Грубость, раздражительность, обиды, резкость и капризы становятся неотъемлемыми в эмоциональной сфере. Врача почти ничего не волнует, ничто не вызывает эмоционального отклика, ни положительные, ни отрицательные эмоции. Эти проявления эмоциональной защиты указывают на их приобретенный характер за длительные годы работы с людьми. Человек постепенно начинает вести себя как робот-автомат при сохранении эмоций в других сферах деятельности.

3. Когнитивная сфера: падение интереса к профессиональным знаниям, альтернативным подходам решения проблем, потеря творческого подхода, склонность к шаблонам, рутине, формальное выполнение работы, пассивность.

4. Поведенческая сфера: рабочее время >45 ч в неделю, во время работы появляется усталость и желание отдохнуть, безразличие к еде, низкая физическая нагрузка, употребления психоактивных веществ как способ фармакологического совладания с эмоциональным стрессом и выгоранием, несчастные случаи, травмы, аварии, импульсивное эмоциональное поведение.

5. Социальная сфера: низкая социальная активность, падение интереса к досугу, увлечениям, социальные контакты формальные, бедны, ограничены работой; ощущение изоляции, непонимания других и другими, недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег [3].

Эмоциональное выгорание связано не только с профессиональными стрессами, но и с экзистенциальными причинами; это плата за нереализованные жизненные ожидания. Выгорающий человек утрачивает смысл жизни, перестает чувствовать себя счастливым, теряет личную перспективу и способность к эффективной самореализации. Выгорание ведет к развитию экзистенциального вакуума, снижению ощущения осмысленности жизни в настоящем моменте и обесцениванию смысла будущей жизни. Неудовлетворенность качеством жизни также может быть причиной и следствием выгорания. Снижение личных достижений и обязанностей коррелирует со снижением качества жизни, неудовлетворенностью работой, самоконтролем, настроением, отношениями с другими, физическим неблагополучием. Так, в группе врачей-стоматологов выявлена взаимосвязь выгорания и неудовлетворенности различными аспектами жизни. Неудовлетворенность работой и карьерным ростом коррелировала с переживанием «загнанности в клетку», «расширением сферы экономии эмоций», «личной отстраненностью», «эмоциональным истощением» и фазой выгорания. На формирование выгорания влияет и переживание одиночества. Высокая степень выгорания снижает чувствительность не только по отношению к другим людям, но и к себе. Это ослабляет переживание одиночества как защиты от страдания. Эмоциональное истощение и деперсонализация отрицательно коррелируют со степенью переживания одиночества: притупленность свежести чувств сказывается на более бесчувственном отношении к себе, приводя к уменьшению переживания одиночества [2].

Результаты исследования выгорания врачей-стоматологов показали, «чем значительнее эмоциональное истощение и чувство безысходности, эмоционального тупика, чем сильнее чувство неудовлетворенности работой и собой, которое порождает столь сильное ощущение личностной тревоги, проявляющееся и вне профессиональной деятельности, тем более выражены у профессионала снижение эмоционального фона, проявление равнодушия к пациенту. Чем выше

степень истощения, тем заметнее стремление профессионала избегать мыслей или контактов с пациентами. Фаза выгорания связана с показателем «загнанность в клетку»: чем сильнее чувство безысходности, эмоционального тупика, тем значительнее переживание дистресса. Чем сильнее у профессионала ощущение, что он уже не может помочь субъектам своей деятельности, тем больше он пытается облегчить или сократить обязанности, требующие эмоциональных затрат, тем ярче это проявляется в поступках специалиста в сфере общения: отмечается полная или частичная утрата интереса к субъекту профессиональной деятельности» [2].

Порочный круг выгорания

Теоретическое объяснение развитию выгорания дает модель «требования к работе–ресурсы для работы». В этой модели все факторы, связанные с профессиональным стрессом подразделяют на 2 основные категории: требования к работе и ресурсы, связанные с выполнением работы. Требования к работе определяются как физические, психологические, социальные и организационные аспекты работы, требующие устойчивых физических, психологических усилий или навыков, а следовательно, приводящие к определенным физиологическим/психологическим затратам. Примеры требований к работе: выраженное напряжение, оптимальная нагрузка, эмоционально требовательные взаимодействия с клиентами и т.д. Завышенные требования к работе приводят к ценностным конфликтам, потере самостоятельности, независимости, инициативы, ролевой неопределенности и ролевым конфликтам, несправедливости, нечестности и т.д. Когда персонал сталкивается с завышенными требованиями к работе и имеет ограниченные ресурсы для ее выполнения, он подвергается риску развития выгорания. Требования к работе играют решающую роль в ухудшении здоровья и, в меньшей степени, в мотивационном процессе. Они являются важными коррелятами эмоционального истощения, в то время как ресурсы – это наиболее важные корреляты деперсонализации.

Ресурсы для выполнения работы способствуют достижению поставленных целей и сокращению связанных с ней затрат. Профессиональные навыки, время, достаточное для выполнения работы, и ее контролируемость, возможность влиять на принимаемые решения, поддержка руководителей, высокое качество отношений с коллегами, наличие обратной связи, связанной с производительностью труда, возможности профессиональной переподготовки и стимулирование роста по службе – вот примеры таких ресурсов.

Ресурсы рабочего места особенно влияют на мотивацию достижения, когда требования к работе высоки. Все виды ресурсов обладают мотивирующим потенциалом и становятся полезны, когда это необходимо. Личностные ресурсы, такие как самоэффективность и оптимизм, могут выступать в качестве ресурсов на рабочем месте. Они повышают уверенность человека в своей способности контролировать среду, являются буфером для негативных воздействий высоких требований на работе и препятствуют развитию профессиональной деформации [5, 14].

Выгорание не является одномоментно возникающим процессом, оно развивается постепенно, динамично. Психологи Фроуденбергер и Ноуф разделили процесс выгорания на 12 этапов, и каждый из них показывает детали процесса выгорания, причем эти этапы не обязательно следуют друг за другом по порядку. Определенные этапы могут пропускаться, и в то же время жертва выгорания может одновременно находиться на нескольких этапах цикла. Продолжительность каждого этапа варьирует индивидуально у разных пациентов. Данная модель начинает развиваться с появлением нереальных ожиданий, а затем описывает динамику процесса формирования выгорания.

1. Навязчивое желание проявить себя

Этот этап часто начинается с чрезмерного стремления достичь успехов на работе в соответствии с собственными целями признания, стать лидером, сделать карьеру, получить власть, знания. Данный сотрудник стремится показать прежде всего себе и своим коллегам, что он отлично, идеально выполняет свою работу во всех отношениях, чтобы коллеги признали это.

2. Работать все интенсивнее

Цель этого этапа – удовлетворить свои высокие личные ожидания и доказать свою незаменимость. Для реализации этой цели сотрудник берет на себя все больше и больше работы, однако процесс ее выполнения сопровождается принуждением себя.

3. Пренебрежение своими потребностями

В распорядке дня почти все время отводится работе, а сон, еда и другие предметы первой необходимости рассматриваются как несущественные и часто отвергаются. Сотрудники говорят себе: для того чтобы достичь высоких целей, требуется чем-то жертвовать. Они преданы работе часто в ущерб семье и друзьям, становятся трудоголиками.

4. Вытеснение внутренних конфликтов

Сотрудники осознают, что жизнь идет неправильно, но они не могут распознать истоки возникшей проблемы, в которой видят угрозу. На этом этапе возникают первые физические симптомы: нарушение сна, потеря аппетита, головные боли, тошнота, боли в пояснице, сексуальные проблемы.

5. Ревизия собственных ценностей

Избегание конфликта, возникающая изоляция и отрицание собственных базовых потребностей изменяют восприятие человека, вставшего на путь выгорания. Такой человек старается пересмотреть свои базовые ценности, продолжает упорно трудиться и обнаруживает, что из его жизни исчезли важные ранее ценности, касающиеся семьи, друзей, любимого дела. Успехи на работе становятся единственным стандартом для оценки себя. Эмоциональное притупление развивается все сильнее.

6. Отрицание возникающих проблем

Возникающие проблемы начинают отрицаться, социальные контакты с другими людьми становятся непереносимыми. Цинизм, агрессивность нарастают, пропадает сопереживание, усиливаются черствость, обвинение, порицание других. Причины нарастающих проблем видятся в нехватке времени, в возрастающем объеме работы. Выгорающие сотрудники не видят путей выхода из возникшей ситуации, чтобы изменить ее.

7. Избегание, прекращение участия

Социальные контакты ограничиваются до минимума, возникает отгороженность и замкнутость. Профессиональные обязанности выполняются формально, по инструкции, теряется надежда, направленность действий. Возникает тенденция снимать эмоциональное напряжение употреблением алкоголя или наркотиков.

8. Очевидные изменения поведения

Человек не способен увидеть произошедшие изменения в своем поведении. Коллегам заметно, что в результате переутомления из энергичного сотрудника он превращается в стеснительного, апатичного, боязливого, никчемного, внутренне все более ощущающего свою бесполезность.

9. Обезличивание, деперсонализация

Сотрудник теряет контакт с самим собой, не видит ценности в себе и коллегах, ощущает себя машиной. Собственные потребности все менее и менее востребованы, жизнь становится механистичной.

10. Внутренняя пустота

Ощущение внутренней пустоты нарастает. Эту проблему человек пытается решить путем импульсивной активности, гиперсексуальности, переедания, употребления алкоголя и наркотиков. Свободное время не используется.

11. Депрессия

Возникают депрессивное настроение, равнодушие, ощущение безнадежности, истощение, жизнь теряет смысл, пропадает забота о будущем.

12. Синдром выгорания

Возникает сильное желание выйти из возникшей ситуации, что может приводить к мыслям о суициде. Могут наступить физический коллапс, деморализация и потребоваться неотложная медицинская помощь [10].

Проблема выгорания студентов медицинского вуза

Первоначально считалось, что профессиональное выгорание возникает по мере увеличения стажа работы, однако идеальные

представления достаточно быстро сменились прагматическими. Восхищение, увлечение медицинской практикой уступило место рутинной работе. Тем не менее, хотя и увеличивается стремление определенной части врачей раньше уйти на пенсию, ссылаясь на высокое напряжение на работе, снижение удовлетворенностью ей, высказывается точка зрения, что выгорание среди опытных врачей встречается реже, чем среди врачей, начинающих свою карьеру [13, 18].

Проблема выгорания среди студентов-медиков становится все более актуальной, поскольку по мере их перехода от обучения посредством лекций и семинаров к клинической работе с больными, ориентированной на помощь и уход за пациентами, происходит рост негативных переживаний студентов, вызванный нарастающими дистрессами, снижением уверенности в себе и гуманистического отношения к больным. Это может приводить к снижению качества оказываемой медицинской помощи и негативно влиять на здоровье и благополучие студентов-медиков. Дистресс во время обучения в медицинской школе может привести к выгоранию, со значительными последствиями, особенно если выгорание продолжается в ординатуре и за ее пределами.

Проведенное в 2006 г. исследование, включающее разные группы трех медицинских школ штата Миннесота выявило у 45% студентов синдром выгорания: у них переживание серьезной болезни было единственным негативным событием жизни, сильно связанным с увеличением темпов выгорания. Положительные события жизни не связаны с выгоранием, но они были сильно связаны с более низким уровнем риска употребления алкоголя и депрессии. Авторы исследования считают, что их оценка распространенности выгорания среди студентов-медиков по данным самоотчетов имеет ограничения и распространенность выгорания фактически более низкая. Кроме того, результаты исследования показали, что выгорание среди студентов I–II курсов было тесно связано с ощущаемым уровнем поддержки со стороны профессорско-преподавательского состава, в то время как выгорание студентов III–IV курсов было наиболее

тесно связано с медицинской практикой, стажировкой и обесцениванием пациентов. Студенты, работающие непосредственно с больными и участвующие в ночных дежурствах, были более склонны испытывать выгорание, возможно, из-за длительных часов, проведенных в больнице, и остроты переживаний практической работы. Существенного влияния частоты вызовов, числа обслуженных пациентов, проведения приема, консультаций на развитие выгорания не выявлено [14].

Фактические данные свидетельствуют о наличии связи между выгоранием студентов-медиков и суицидальными наклонностями. Студенты, испытывающие выгорание в 2–3 раза больше в прошлом думали о самоубийстве. Тяжесть выгорания студентов-медиков была сильно связана с наклонностью к суициду, и эта связь сохранялась с депрессией, мыслями о прекращении обучения в вузе. Деперсонализация, эмоциональное истощение и снижение профессиональных достижений были достоверными предикторами мыслей о суициде [8]. Эмоциональное истощение было значительно выше у студентов с психическими нарушениями [12]. Особенности личности также влияют на развитие выгорания студентов. Исследование шведских студентов-медиков показало, что импульсивность может быть связана с высоким риском нездорового поведения, отделением от коллектива во время практики с последующим развитием выгорания [7].

Уменьшить выгорание среди студентов-медиков поможет внедрение программ наставничества, оказание поддержки студентами-сверстниками тем, кто оказался в сложных жизненных ситуациях. Психообразование, консультирование, когнитивно-поведенческая психотерапия, а также тренинг по адаптации к учебе и коммуникации, релаксации, физической активности как возможная часть программы обучения могли бы снизить риск выгорания за счет снижения негативного стресса и повышения качества жизни. Необходимо учитывать, что студенты могут сопротивляться участию в оздоровительных программах из-за опасений стигматизации их как страдающих выгоранием. В идеале меро-

приятия по профилактике выгорания студентов желательно включать в общий план обучения, а не в самостоятельные программы оздоровления [7]. Важно, чтобы преподаватели, ответственные за проведение воспитательной работы, ответственно относились к воспитанию поколения будущих врачей, и благополучие студента при этом было приоритетным. Они могут не только передавать имеющиеся знания и опыт, но и быть примером здорового образа жизни. Кроме того, будущие врачи-лечебники, клинические психологи должны иметь профессиональные знания для оценки, лечения и профилактики синдрома выгорания.

Профилактика выгорания

Понимание феномена выгорания имеет важное значение для профилактики [6]. Согласно К. Маслач и соавт., наиболее эффективно выгорание можно преодолеть, сочетая индивидуальные и организационные мероприятия [16]. Для преодоления выгорания требуются активная позиция самого сотрудника для оказания самопомощи, а также профессиональная помощь специалистов. В порядке самопомощи сотрудник учится определять симптомы профессионального стресса и способы их преодоления через овладение техниками саморегуляции. Организационные мероприятия в учреждении здравоохранения должны быть направлены на оказание поддержки профессиональной деятельности и здоровья сотрудников, повышение их профессионального уровня, обучение навыкам профессиональной коммуникации и совладания с профессиональным стрессом. Персонал лечебного учреждения должен получать необходимую информацию о причинах, проявлениях выгорания и эмоциональную поддержку для его преодоления. В коллективе должны регулярно проводиться мероприятия, направленные на предупреждение негативных переживаний медицинского персонала, укрепление мотивации к профессиональной деятельности, повышающие интерес к медицинской профессии и ее значимости. С персоналом необходимо проводить профи-

лактические программы и тренинги по антивыгоранию, показавшие свою эффективность. Они способствуют восполнению психологических ресурсов персонала, предупреждению и преодолению выгорания.

Различные исследования для определения эффективности профилактических программ выгорания среди медицинских работников свидетельствуют об их эффективности. Гортер и соавт. зафиксировали снижение симптомов выгорания у стоматологов после их участия в программе профилактики, направленной на восстановление баланса личности благодаря осознанию собственной ситуации и формулированию индивидуального плана действий [11]. Salyers и соавт. сообщили о значительном снижении эмоционального истощения и деперсонализации у психиатров после проведения однодневного семинара для уменьшения выгорания [19].

Значительное снижение выгорания у врачей наблюдалось благодаря личностно-ориентированному вмешательству продолжительностью до 6 мес и организации направленного вмешательства продолжительностью до 1 года [4]. Следующие персонально-ориентированные вмешательства могут быть эффективны для предотвращения выгорания: управление стрессом, когнитивно-поведенческая психотерапия, медитация, основанная на осознанности, техники быстрой релаксации [6].

Завершая данную статью, хочется вселить оптимизм и надежду читателям, приведя следующую фразу: «Выгорание дотла не следует считать чем-то неизбежным. Нужно предпринимать определенные шаги по профилактике, которые могут предотвратить, ослабить или исключить его возникновение. Если степень выгорания высока, наряду с приемами самопомощи целесообразно обратиться за помощью к специалистам-психологам. Те, кто не хочет страдать от выгорания – душевного бесчувствия и циничности по отношению к событиям своей жизни и окружающим людям, должны позаботиться о приумножении и активизации своих личностных ресурсов для преодоления жизненных и рабочих стрессов» [2].

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Сирота Наталья Александровна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

E-mail: sirotan@mail.ru

Ялтонский Владимир Михайлович – доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

E-mail: yaltonsky@mail.ru

Ялтонская Александра Владимировна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

E-mail: y_alex00@mail.ru

Московченко Денис Владимирович – кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

E-mail: xedin-90@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб. : Питер, 1999. 105 с.
2. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб. : Питер, 2005. 336 с.
3. Огнерубов Н.А., Огнерубова М.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей терапевтов // Вестн. Тамбов. гос. универ-а. 2015. Т. 20, вып. 2. С. 307–318.
4. Awa W.L., Plaumann M., Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs // Patient Educ. Couns. 2010. Vol. 78, N 2. P. 184–190.
5. Bakker A.B., Demerouti E. Job Demands-Resources Theory: Taking Stock and Looking Forward // J. Occup. Health Psychol. 2016. Vol. 21, N 4. P. 1–14.
6. Basson R.A. Management and Prevention of Burnout in the Dental Practitioner // Dentistry. 2013. Vol. 3. P. 168.
7. Dahlin M.E, Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: A three-year prospective questionnaire and interview-based study // BMC Med. Educ. 2007. Vol. 12.7. P. 6.
8. Dyrbye L.N, Harper W., Durning S.J., Moutier C. et.al. Patterns of Distress in US Medical Students // Med. Teach. 2011. Vol. 33, N 10. P. 834–839.
9. Freudenberger H. Staff burnout // J. Soc. Iss. 1974. Vol. 30. P. 159–165.
10. Freudenberger H.J., North G. The burnout cycle // Sci. Am. MIND. 2006. June/July. P. 31.
11. Gorter R.C., Eijkman M., Hoogstraten J. A career counseling program for dentistry: effects on burnout // Patient Educ. Couns. 2001. Vol. 43, N 1. P. 23–30.
12. Guthrie E., Black D., Bagalkote H., Shaw C. et. al. Psychological stress and burnout in medical students: a five year prospective longitudinal study // J. R. Soc. Med. 1998. Vol. 9, N 5. P. 237–243.
13. Ishak W.W., Lederer S., Mandili C. et. al. Burnout during residency training: a literature review // J. Grad. Med. Educ. 2009. Vol.1, N 2. P. 236–242.
14. Ishak, W.W., Nikraves R., Lederer S. et. al. Burnout in medical students: a systematic review // Clin. Teach. 2013. Vol. 10, N 4. P. 242–245.
15. Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout // J. Occup. Behav. 1981. Vol. 2, N 8. P. 99–113.
16. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job burnout // Ann. Rev. Psychol. 2001. Vol. 52. P. 397–422.
17. Onder C., Basim N. Examination of developmental models of occupational burnout using burnout profiles of nurses // J. Advanc Nurs. 2008. Vol. 64, N 5. P. 514–523.

18. Peisah C., Latif E., Wilhelm K., Williams B. Secrets to psychological success: why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors // *Aging Ment. Health*. 2009. Vol. 13, N 2. P. 300–307.

19. Salyers M.P., Hudson C., Morse G., Rollins A.L., Monroe-DeVita M. et al. BREATHE: A pilot study of a One-day Retreat to reduce burnout among mental health professionals // *Psychiatr. Serv*. 2011. Vol. 62 (2). P. 214–217.

REFERENCES

1. Boyko V.V. Syndrome of "emotional burnout" in professional communication. SPb: Piter, 1999. 105 p. (in Russian)

2. Vodopianova N.E., Starchenkova E.S. Burnout syndrome: diagnosis and prevention. SPb: Piter, 2005. 336 p. (in Russian).

3. Ognerubov N.A., Ognerubova M.A. Syndrome of emotional burnout in physicians of therapists. *Vestnik Tambovskogo universiteta [Bulletin of Tambov State University]*. 2015; 20 (2): 307–18. (in Russian).

4. Awa W.L., Plaumann M., Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Educ Couns*. 2010; 78 (2): 184–90.

5. Bakker A.B., Demerouti E. Job Demands-Resources Theory: Taking Stock and Looking Forward. *J Occup Health Psychol*. 2016; 21 (4): 1–14.

6. Basson R.A. Management and Prevention of Burnout in the Dental Practitioner. *Dentistry*. 2013; 3: 168.

7. Dahlin M.E., Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: A three-year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Med Educ*. 2007; 12.7: 6.

8. Dyrbye L.N., Harper W., Durning S.J., Moutier C., et. al. Patterns of Distress in US Medical Students. *Med Teach*. 2011; 33 (10): 834–9.

9. Freudenberger H. Staff burnout. *J Soc Iss*. 1974; 30: 159–65.

10. Freudenberger H.J., North G. The burnout cycle. *Sci Am MIND*. 2006; June/July: 31.

11. Gorter R.C., Eijkman M., Hoogstraten J. A career counseling program for dentistry: effects on burnout. *Patient Educ Couns*. 2001; 43 (1): 23–30.

12. Guthrie E., Black D., Bagalkote H., Shaw C., et. al. Psychological stress and burnout in medical students: a five year prospective longitudinal study. *J R Soc Med*. 1998; 9 (5): 237–43.

13. Ishak W.W., Lederer S., Mandili C., et. al. Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ*. 2009; 1 (2): 236–42.

14. Ishak, W.W., Nikravesh R., Lederer S., et. al. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach*. 2013; 10 (4): 242–5.

15. Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981; 2 (8): 99–113.

16. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job burnout // *Ann. Rev. Psychol*. 2001. Vol. 52. P. 397–422.

17. Onder C., Basim N. Examination of developmental models of occupational burnout using burnout profiles of nurses. *J Advanc Nurs*. 2008; 64 (5): 514–23.

18. Peisah C., Latif E., Wilhelm K., Williams B. Secrets to psychological success: why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging Ment Health*. 2009; 13 (2): 300–7.

19. Salyers M.P., Hudson C., Morse G., Rollins A.L., Monroe-DeVita M., et al. BREATHE: A pilot study of a One-day Retreat to reduce burnout among mental health professionals. *Psychiatr Serv*. 2011; Vol. 62 (2): 214–7.

Корпоративная этика в медицинском сообществе

Отставка Михаила Ивановича Давыдова с должности директора Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина (РОНЦ) и лишение его статуса Главного внештатного онколога Министерства здравоохранения РФ всколыхнули медицинское сообщество, а способы, которыми действовало руководство отрасли, возмутили до глубины души. Кухня личных взаимоотношений победила корпоративную этику нашей профессии.

В соответствии с поправками в Трудовой кодекс, которые устанавливают возрастное ограничение в 65 и 70 лет для работы на должностях руководителя и заместителя руководителя государственной медицинской организации, свои посты покинет еще ряд выдающихся врачей и ученых. От нас с вами зависит, как будет выглядеть этот процесс: так же неуклюже и возмутительно, как с академиком Давыдовым, или мы, не умаляя заслуг этих людей, обеспечим преемственность и возможность работать на благо отрасли и пациентов.

Перед тем как Михаил Иванович Давыдов официально покинул пост директора РОНЦ, свою позицию о происходящем на пресс-конференции высказали его коллеги и пациенты. Ниже приведена речь руководителя ВШОУЗ, доктора медицинских наук Гузель Улумбековой.

«Нельзя плевать в алтаре, а потом молиться там же, на заплыванном полу», – сказал великий К.С. Станиславский.

Нас, пришедших сюда, объединяет порыв души: мы хотим восстановить справедливость и выразить свою поддержку выдающемуся российскому врачу Михаилу Ивановичу Давыдову. Оскорбление академика Давыдова – это оскорбление всей отрасли, а значит, и врачей, и меня лично.

В российской медицине есть знаковые имена – это академики Александр Алексан-

дрович Баранов, Ренат Сулейманович Акчурин, Геннадий Тихонович Сухих, Александр Григорьевич Чучалин, наш Леонид Михайлович Рошаль и многие другие. Академик Михаил Иванович Давыдов занимает значимое место в этой плеяде звезд российской и мировой медицины. Все эти люди внесли выдающийся вклад в развитие отечественного здравоохранения по своей специальности.

Простых и слабых характеров среди них нет и быть не может. Потому что они ежедневно спасают жизни пациентам и принимают судьбоносные для них решения. Но при этом они живые, зачастую ранимые люди, и мы должны бережно и с преклонением относиться к ним.

Хочу донести до вас 3 ключевых тезиса.

Первое. Каждое сообщество имеет свои особенности. Наше медицинское отличают:

- жесткая вертикаль управления и пиетет перед учителями;
- преемственность поколений;
- высокие этические нормы.

Без всего этого невозможно спасти жизни пациентов. И мы не должны нарушать этих норм. Иначе это разрушит базис медицинского сообщества. Как и интересы пациента, которые для нас превыше всего, так и при взаимодействии друг с другом у нас не должно быть личных обид, зависти и унижения коллег.

Второе. Я не обсуждаю поправки в Трудовой кодекс. 65 и 70 лет, смена поколений – это общемировая практика. Время неумолимо. Если повезет, каждый из нас столкнется или доживет до этого возраста.

Но если мы здесь собрались, значит, в нашей медицинской среде произошла беда. Я не понаслышке знаю, что распоряжение о расторжении контракта Михаилу Ивановичу министр здравоохранения передала через третьих лиц. Этого не должно было произойти.

Это значит, кухня личных взаимоотношений победила корпоративную этику в нашей профессии. И меня это глубоко печалит. Зрелость руководителя, тем более федерального уровня, определяется тем, как он может поставить интересы отрасли выше своих личных. Руководителю меньше всего дозволено.

У нас есть хороший пример. Посмотрите, как поступил Президент РФ Владимир Владимирович Путин, уволив осенью 2017 г. одновременно 11 губернаторов, а все они были членами его команды. Он каждого пригласил и переговорил с ним лично. Каждому предложил достойные должности и попросил помогать в работе новым молодым губернаторам. Президент сохранил преемственность поколений и уважение к этим людям в глазах общества.

Из этого вытекает третий тезис: что надо делать зрелому руководителю?

Первое. Министр здравоохранения РФ Вероника Игоревна Скворцова должна сделать 3 простые вещи: позвонить, пригласить к себе или лично приехать к Михаилу Ивановичу и принести извинения за свои неловкие действия.

Второе. Сохранить Михаила Ивановича и всех руководителей институтов, которых ждет освобождение с должности директора по возрасту, в должности главных внештатных специалистов и научных руководителей своих учреждений.

Третье. Обеспечить преемственность в назначении новых директоров и посоветоваться с Михаилом Ивановичем Давыдовым по этому вопросу. Это должны быть люди, которые знают службу и учреждение. Если этого не будет, пострадают сотрудники центра и пациенты.

Просить всех бывших директоров разработать национальные стратегии развития педиатрической, онкологической, пульмонологической и других служб до 2025 г. Кто еще, кроме этих людей, сможет это сделать. Никто как они не знает проблемы и задачи развития своих служб. У нас в России нет других Давыдова, Акчурина, Баранова, Сухих, Чучалина, Рошаля... Это наше достояние. Они требуют трепетного отношения к себе.

Я счастлива, что мне довелось быть современницей этих выдающихся людей и что я знаю их лично.

2018



ЦИКЛ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СЕССИЙ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПОЛИКЛИНИК



АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ

УЧАСТИЕ В СЕССИЯХ БЕСПЛАТНОЕ!

13
февраля

«Кабинет терапевта поликлиники:
создаём и используем вместе»

10
апреля

«Формы медицинской документации:
время перемен»

29
мая

«Особые социальные группы:
роль терапевта поликлиники»

10
сентября

«Клинические рекомендации
для терапевта поликлиники»

6
ноября

«Вчера студенты, сегодня терапевты
поликлиники»



VIII

(XXV) ВСЕРОССИЙСКИЙ ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – ПАНДЕМИЯ XXI ВЕКА»

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ:

1. Эпидемиология и Федеральный Регистр сахарного диабета и его осложнений;
2. Современная стратегия диагностики, лечения, профилактики сахарного диабета и его осложнений. Стандартные и инновационные методы контроля гликемии. Командный подход к лечению и профилактике острых и хронических осложнений сахарного диабета;
3. Сахарный диабет у детей и подростков;
4. Помповая инсулинотерапия и непрерывный мониторинг глюкозы. Помповая терапия у детей в РФ: возможности, достижения, проблемы, перспективы. Дистанционное наблюдение детей с сахарным диабетом 1 типа: региональный опыт;
5. Специализированная медицинская помощь детям и подросткам с сахарным диабетом в Российской Федерации. Структурированные программы обучения;
6. Сердечно-сосудистые риски: эффективность и безопасность сахароснижающей терапии у больных с сахарным диабетом. Эндovasкулярные технологии в диагностике и лечении сосудистых осложнений у больных с сахарным диабетом. Эндovasкулярные вмешательства на периферических артериях, принципы сахароснижающей и кардиотропной терапии у больных в периоперационном периоде, выбор тактики обследования и лечения больных;
7. Мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с сахарным диабетом 2 типа и коморбидной патологией почек с сопутствующей соматической патологией;
8. Инновационные высокотехнологичные методы диагностики и лечения микро- и макрососудистых осложнений сахарного диабета;
9. Рассмотрение и обсуждение проектов национальных клинических рекомендаций;
10. Молекулярно-генетические технологии - как основа персонализированной диабетологии.
11. Фундаментальная диабетология: патогенез сахарного диабета и его осложнений, клеточные технологии в диабетологии;
12. Инновационные технологии диагностики и лечения хирургической инфекции у больных с сахарным диабетом в практическом здравоохранении. Оптимизация протоколов терапевтического ведения пациентов с сахарным диабетом и гнойно-некротическими поражениями;
13. Морфологические и иммунологические особенности течения раневого процесса у пациентов с сахарным диабетом. Персонализированный подход к выбору перевязочных материалов для лечения хронических ран у пациентов с сахарным диабетом;
14. Современные алгоритмы лечения сахарного диабета;
15. Вопросы диагностики и междисциплинарные подходы в лечении осложнений сахарного диабета:
 - диабетическая ретинопатия;
 - диабетическая нефропатия;
 - артериальная гипертензия и сердечно-сосудистые осложнения;
 - диабетическая нейропатия и нейроостеоартропатия;
 - синдром диабетической стопы;
 - острые осложнения сахарного диабета;
16. Ожирение и метаболический синдром. Распространенность ожирения и сахарного диабета 2 типа в РФ и мире. Бариатрические методы в лечении сахарного диабета 2 типа и ожирения;
17. Профилактика сахарного диабета и его осложнений. Своевременное выявление, проблемы диагностики, лечения, профилактика осложнений. Компенсация и самоконтроль.
18. Иммунология и иммуногенетика сахарного диабета;
19. Ремиссия сахарного диабета: инкретиновые гормоны и их роль в развитии и ремиссии диабета и её зависимость от способа введения экзогенных гормонов;
20. Репродуктивное здоровье и сахарный диабет. Сахарный диабет и беременность. Гестационный сахарный диабет;
21. Климактерий у больных с нарушением углеводного обмена и с сахарным диабетом. Сохранение качества жизни пациенток.
22. Программы обучения больных с сахарным диабетом. Проблемы гликемического контроля у пациентов с сахарным диабетом; Информационные технологии и мониторинг больных с сахарным диабетом; трансляционные методы обучения самоконтролю и в контроле СД;
23. Сочетанная эндокринная и репродуктивная патология и особенности соматических заболеваний у пациентов с сахарным диабетом;
24. Нарушения кальций-фосфорного обмена у больных с сахарным диабетом;
25. Сахарный диабет и онкология;
26. Редкие формы сахарного диабета, синдромальный (вторичный сахарный диабет);
27. Амбулаторно-поликлинический этап медицинской реабилитации в современной диабетологии и детской диабетологии.
28. Вопросы модернизации и оптимизации диабетологической службы в Российской Федерации. Пути повышения качества оказания специализированной медицинской помощи больным с сахарным диабетом в рамках концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины.

ДАТА ПРОВЕДЕНИЯ:
28 февраля – 3 марта 2018 года
МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:
г. Москва, Ленинский проспект,
дом 32 А, Здание Президиума
Российской академии наук

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ
РЕГИСТРАЦИЯ:**
до 29 января 2018 года
**ПРИЁМ
ТЕЗИСОВ:**
до 15 января 2018 года

ОРГАНИЗАТОРЫ:
Министерство здравоохранения Российской Федерации,
Общественная организация «Российская ассоциация эндокринологов»,
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный
медицинский исследовательский центр эндокринологии» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ МЕРОПРИЯТИЯ: WWW.RAE-ORG.RU

ПОЛНЫЙ СПЕКТР ВИРТУАЛЬНЫХ СИМУЛЯТОРОВ



Полный спектр виртуальных симуляторов

- эндоскопические операции в абдоминальной и торакальной хирургии, гинекологии, колопроктологии
- эндоваскулярные вмешательства
- ультразвуковые исследования
- артроскопические процедуры на плечевом, коленном суставах
- процедуры эндоскопии и бронхоскопии
- гистероскопические процедуры и трансуретральная резекция
- гинекологические исследования
- диагностические и терапевтические эндоурологические процедуры и процедуры чрескожной нефролитотомии
- роботизированные клинические процедуры высокой сложности

Достоинства:

- единое программное обеспечение
- простой и понятный интерфейс
- централизованное управление всеми симуляторами в центре
- каждый симулятор включает библиотеку курсов с учебными материалами
- управление профилями и группами курсантов
- позволяет создавать и редактировать собственные учебные курсы
- подключение к симуляторам через сеть интернет
- применение реальных инструментов

Система контроля программы обучения на симуляторе MentorLearn

Симуляторы легко интегрируются в программу обучения.

Персонализируемая программа тренингов и дидактических материалов.

- легкий и эффективный контроль успехов обучающихся
- курсы онлайн-обучения и содержание, основанное на реальных видеозаписях
- отчеты об успеваемости с построением графиков обучения

