

Г. Б. Федосеев*

СОВМЕСТИМЫ ЛИ В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ТЕРАПЕВТА СКОРОСТНОЙ МЕТОД И КАЧЕСТВО

Кафедра госпитальной терапии им. М. В. Черноруцкого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова

*Федосеев Глеб Борисович, д-р мед. наук, проф., член-корр. РАМН, проф. каф., председатель правления Санкт-Петербургского общества терапевтов им. С. П. Боткина; E-mail: fedoseevsp@mail.ru

♦ Существующая в настоящее время система финансирования поликлиник, оплаты труда участковых врачей в зависимости от числа принятых больных и связанный с этим регламент — 15 мин на больного — несовместимы с высоким качеством работы. Наличие нескольких заболеваний, когнитивные расстройства, депрессия, особенно распространенные у больных старших возрастных групп, требуют большего времени для контакта с больным. Необходимо время для проведения профилактических мероприятий и выполнения многих других функциональных обязанностей, включая оформление большого числа разных документов. Выполнить все это в рамках существующего регламента невозможно. Нельзя финансировать работу участкового врача по числу принятых больных. При таком подходе получается, что чем больше у участкового врача больных, тем лучше, тем больше денег страховые компании перечислят в поликлинику, что положительно скажется на финансовом положении врача. Должно быть как раз наоборот — чем меньше больных, тем лучше. Это характеризует успешную работу врача, хорошее выполнение профилактических и лечебных мероприятий. Существующий в настоящее время метод скоростной работы участкового врача безусловно отрицательно сказывается на здоровье населения и приводит к эмоциональному выгоранию врачей. Необходима замена имеющейся в настоящее время системы финансирования работы первичного звена. Большинство принявших участие в опросе врачей предлагают возврат к подушевому финансированию.

Ключевые слова: участковый врач, регламент и качество работы, финансирование

G.B. Fedoseyev

THE SPEED METHOD AND QUALITY: ARE THEY COMPATIBLE IN DISTRICT THERAPEUTIST WORK?

The M.V. Tchernorutsky chair of hospital therapy of the academician I.P. Pavlov St. Petersburg state medical university, St. Petersburg

♦ The present system of financing of polyclinics the remuneration of labor of district therapists depending on number of received patients and related to condition the regulation of 15 minutes for one patient are not consistent with high quality of work. The occurrence of several diseases, cognitive disorders, depression (spread especially among patients of older age) need more time to contact with patient. The additional time is needed to implement the preventive activities and many other functional duties including making up of big amount of various documents. To implement this entire staff within the framework of present regulations is impossible. There is no way to finance the work of district therapist according the number of received patients. Under such an approach, it turned out that the more is the number of patients the better since more money the insurance companies will transfer to polyclinics and this will positively impact the physician financial situation. The opposite is positive - the lesser number of patients the better. This characterizes the effective work of physician and better implementation of preventive and curative measures. The present method of speed method of work of district therapist undoubtedly has a negative impact on population health and results in the emotional burning-out of physicians. The replacement of present system of health financing of primary health care activities is needed. The most part of physicians who participated in the survey propose the comeback to poll financing.

Key words: district therapist, regulation of quality of work, financing

На протяжении последних трех лет в правление Санкт-Петербургского общества терапевтов им. С. П. Боткина неоднократно поступали заявления от членов общества о необходимости изменения регламента работы участкового врача и финансирования поликлиники и оплаты работы участкового врача по числу принятых больных.

На состоявшемся 2 декабря 2008 г. заседании проявления совместно с ассоциацией терапевтов (президент — чл.-корр. В. И. Мазуров) и главным терапевтом Санкт-Петербурга проф. В. И. Симаненковым после обсуждения обращений членов общества было высказано мнение о необходимости изменения существующих регламентов и системы финансирования. 2 февраля 2009 г. по предложению правления общества терапевтов в Комитете по здравоохранению состоялось обсуждение предложений о необходимости изменения существующих правил, определяющих регламент работы участкового врача, фи-

нансирования поликлиник и оплаты работы участкового врача. Было высказано мнение о необходимости перехода к учету работы и об оплате по конечному случаю. 26 марта 2009 г. на VIII конгрессе терапевтов Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа (СЗФО) РФ было поддержано намерение перейти на оплату труда участкового врача по конечному случаю, что было зафиксировано в резолюции конгресса. В материалах VIII (2009 г.), IX (2010 г.) и X (2011 г.) конгрессов терапевтов Санкт-Петербурга и СЗФО РФ указывалось на необходимость изменения системы финансирования поликлиник и оплаты работы врачей по числу принятых больных, так как существующая система не способствует выполнению национальной программы по здравоохранению.

По решению правления Санкт-Петербургского общества терапевтов им. С. П. Боткина был проведен письменный опрос терапевтов с просьбой ответить на вопросы,

связанные с регламентом 15 мин и финансированием поликлиники по числу принятых больных. Ниже приводятся текст обращения с просьбой ответить на поставленные вопросы.

"В связи с многочисленными вопросами по поводу функционирующей в настоящее время системы регистрации и оплаты труда участковых врачей, исходящей из 15-минутного регламента на амбулаторный прием одного больного, прошу Вас ответить на следующие вопросы:

1. Основные преимущества и недостатки функционирующей в настоящее время системы оплаты труда участковых врачей во время амбулаторного приема (регламент на одного больного 15 мин).
2. Можно ли качественно проводить лечебную и диагностическую работу при таком регламенте (15 мин) — прием 4 больных за 1 ч, 24 больных — за 6 ч?
3. К каким последствиям приводит такая организация и оплата труда участковых врачей на амбулаторном приеме?
4. Требуется ли изменение регламента и условий финансирования работы участковых врачей на амбулаторном приеме?
5. Возможные варианты учета работы участковых врачей и финансирования поликлиник: по так называемым пролеченным больным, качеству диспансеризации, по так называемому подушевому принципу (исходя из числа живущих на территории поликлиники граждан), по другому принципу".

Ответ был получен от 294 респондентов из различных регионов России: Санкт-Петербург — 127 респондентов, Челябинск — 52, Великий Новгород — 32, Новокузнецк — 25, Барнаул — 20, Владивосток — 20, Саратов — 14, Волхов (Ленинградская область) — 4 респондента. По занимаемой должности респонденты распределились следующим образом (в %): участковые врачи — 79,2, больничные ординаторы — 5,1, заведующие отделением — 5,4, врачи других специальностей — 6,3, администраторы — 1,0, преподаватели — 3,0. По врачебной категории респонденты представлены следующим образом (в %): высшая категория — 41,1, первая — 34,2, вторая — 3,6, отсутствует — 21,1.

Как видно из приведенных данных, среди респондентов преобладали участковые врачи и врачи первой и высшей категории. 54% врачей были в возрасте 30—50 лет, 58% врачей имели стаж работы более 20 лет. Большинство респондентов считают, что существующая система финансирования поликлиник и врачей по числу принятых больных и регламент 15 мин на больного отрицательно влияют на качество лечения и приводят к эмоциональному выгоранию врачей.

Получен ответ от 294 врачей-терапевтов. Ответы сформулированы по-разному, основное содержание 98,6% из них может быть сведено к следующему:

1. Существующий регламент и условия финансирования работы участкового врача снижают качество лечебной работы и отрицательно сказываются на здоровье населения.
2. Приводят к припискам и недобросовестному оформлению медицинских документов.
3. Являются причиной эмоционального выгорания врачей.
4. Необходимо менять регламент и условия оплаты работы участкового врача, устранив зависимость финансирования от числа принятых больных.

Приводим некоторые, наиболее типичные ответы на вопросы анкеты.

Ответы на вопросы 1 и 2: "Преимущества нет, одни недостатки. Если бы организаторы здравоохранения с секундомером в руках провели хронометраж рабочего времени, то стало бы ясно, что в XXI веке, когда медицина шагнула

далеко вперед, сделать следующее за 15 мин просто невозможно: собрать жалобы, анамнез; провести объективное исследование; составить план обследования; сделать назначения; сделать полную запись в амбулаторной карте; объяснить больному, какими препаратами лучше лечиться и почему, какие нужно провести обследования и где; интерпретировать результаты обследования".

Ответ на вопрос 3: "К полному отсутствию качества, отсутствию морального удовлетворения от проводимой работы. А оплата по количеству сданных статистических талонов ведет к созданию мифов и легенд о растущей заболеваемости в стране и припискам".

Ответы на вопросы 4 и 5: "ОБЯЗАТЕЛЬНО нужно изменить регламент и финансирование работы терапевтов. Вариант учета работы — подушевой принцип, исходя из числа лиц, живущих на территории. Необходимо учитывать количество пенсионеров, инвалидов, так как на больных в возрасте с сочетанной патологией уходит гораздо больше времени. И чем меньше на участке декомпенсированных больных, реже болеющих, тем лучше работает врач".

Привожу письмо участкового врача со стажем работы 6 лет. "Вообще удивляет всеобщее молчание по поводу сложившейся ситуации. Все всё знают и молчат. Неужели в наше время нельзя избавиться от приписок во всех звеньях амбулаторной сети ... Финансирование поликлиник должно быть честным и оплата труда участковых врачей, да и специалистов тоже должна быть адекватной. Отчислять деньги в поликлинику за количество талонов, поступивших в страховые компании, и кормить армию проверяющих — это преступление. На приеме у терапевта нельзя требовать количество, нужно улучшать качество, а также избавлять терапевта от заполнения множества документов. В настоящее время в нашей поликлинике начинается работа по законченному случаю, международному стандарту. Так вот, это планируются очередные приписки, выдержать стандарт невозможно из-за нехватки функциональных диагностических обследований, армия проверяющих занята только сниманием денег за работу врачей в пользу страховых компаний, т. е. врачи опять будут писать "липу", чтобы заработать на зарплату".

Хочу привести мнение другого участкового терапевта, имеющего 18 лет стажа, высшую категорию.

- "1. Оплата труда участкового терапевта и медсестры не соответствует объему выполняемой работы (очень низкая).
2. В поликлинике на участке очень много бумажной документации, приходится одного и того же пациента вносить в различные списки (талон амбулаторного посещения, списки на приеме, выписка различных направлений, анализов, записи в амбулаторной карте, формы "Д" больных и многое другое, направление на ЭКГ и т. д.), все пишем ручкой, от руки.
3. Поверхностный осмотр, недостаточно качественные записи в амбулаторной карте.
4. Финансирование увеличить, так как необходимые обследования: эзофагогастродуоденоскопия, ЭхоКГ, КТ и другие дорого стоят.
5. Я считаю, что нужно финансировать по душевому принципу, так как необходимо обследовать и здоровых людей, нужна профилактическая работа — флюорография, ЭКГ, сахар крови и др. Учитывать качество диспансеризации".

Типична точка зрения участкового врача, имеющего стаж работы 37 лет: "Считаю, что за 15 мин врач не может полноценно разобраться в патологии, оформить медицинскую документацию и т. д. Врач должен заработать деньги на "жизнь" поликлиники любой ценой, т. е. он должен подать 30 статистических талонов за 1 день работы, а когда такого количества пациентов нет, то врачи вынуждены писать "липовые" талоны. Это происходит по всей России.

Нужны новые подходы к регламенту и финансированию работы участковых врачей.

Предложены разные варианты финансирования поликлиник и оплаты работы участковых врачей.

Варианты замены существующего финансирования поликлиник и оплаты работы врачей по числу принятых больных приведены в табл. 1.

Что может сделать за 15 мин врач во время амбулаторного приема. Ниже приводим результаты хронометража рабочего времени участкового врача-терапевта во время амбулаторного приема в Вологде (табл. 2) [1].

Как видно из табл. 2, на непосредственный контакт с пациентом (пункты 1—5) уходит около 13 мин. Это при условии, когда все ясно, не нужно собирать анамнез, разбираться в причинах недостаточной эффективности предыдущей терапии, объяснять, почему нужно прекратить курение, употребление алкогольных напитков, выяснять характер питания, условия работы, знакомиться с медицинскими документами и т. д. Оформление различных документов (пункты 6—10) занимает еще около 18 мин. Хорошо, если пункты 6, 7 и 8 выполнит медицинская сестра, но, к сожалению, помощь медицинской сестры оказывается врачу на приеме далеко не всегда.

Для того чтобы представить масштаб проблем и трудности, которые приходится решать участковому врачу на амбулаторном приеме, нужно проанализировать особенности современных больных с патологией внутренних органов. По данным разных авторов, 50—70% амбулаторных больных составляют так называемые проблемные больные (ПБ). К ним относятся прежде всего больные с полиморбидной патологией, больные с когнитивными расстройствами и депрессией.

Распространенность проблемных больных с сочетанной патологией

- Более 50% обращающихся за медицинской помощью больных.
- Сочетанные расстройства разной степени выраженности наблюдаются у 90% больных в терапевтических, неврологических и психиатрических стационарах.
- 60—80% участников войн и локальных конфликтов, массовых жертв стихийных бедствий являются ПБ.
- Алкоголизм развивается у 10% из числа постоянно употребляющих спиртные напитки. Тяжелое пьянство имеется у 1,8% населения.
- В России в 2005 г. было около 3 млн наркоманов.

Особенности клинической симптоматики проблемных больных с сочетанной патологией

- Клиническая картина ПБ характеризуется полисимптоматикой, в которой сочетаются "болезни тела", "болезни души", нарушения поведения на фоне различных злоупотреблений.
- Стираются клинические, лабораторные и инструментальные признаки заболевания, затрудняется нозологическая диагностика.
- Трудность лекарственной терапии из-за взаимной противопоказанности лекарств.
- Лечатся у многих специалистов без должного положительного результата, формируется негативное отношение к лечению.
- Из-за отсутствия должного эффекта от лечения в официальных лечебных учреждениях обращаются за помощью к колдунам, знахарям, занимаются самолечением.
- Создаются различные "легенды" о развитии болезни, в которых может присутствовать аггравация и диссимуляция.
- Формируются "порочные круги", утрачивается вера в возможности успешного оказания врачебной помощи.

Таблица 1

Выбор системы финансирования анкетированными врачами

Система финансирования	% ответивших
По подушевому принципу	42,4
По завершённым случаям и качеству диспансеризации	23,0
Другие варианты	23,5
Не известно как	11,1

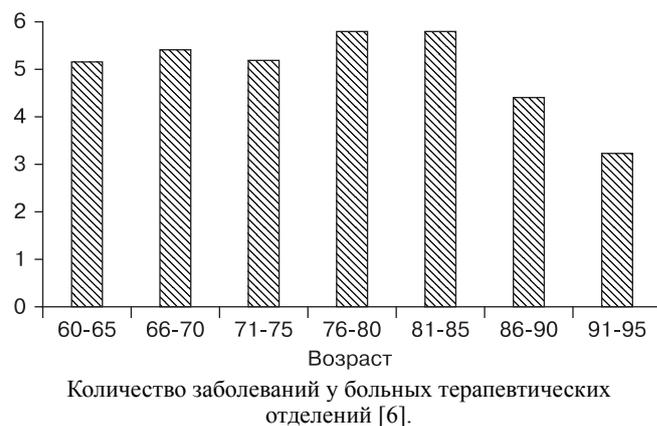
Таблица 2

Хронометраж рабочего времени участкового врача-терапевта в Вологде, результат анализа 107 посещений

Раздел общения с больным	Время, мин
1. Сбор жалоб пациента, обращение посетителя	2,26
2. Наводящие вопросы врача	2,43
3. Врачебный осмотр больного	3,82
4. Измерение артериального давления	1,81
5. Другие инструментальные исследования (горла, слуха, зрения и др.)	2,67
6. Заполнение бланков на исследования	3,88
7. Заполнение рецептов	4,50
8. Направление к различным специалистам	3,36
9. Заполнение амбулаторной карты	4,66
10. Ежедневное заполнение отчетной документации	1,77
Время на одно посещение	31,16

- Умственная и физическая активность у ПБ снижены в среднем на 40—50%, резко снижено качество жизни. У больных в терапевтических отделениях в возрасте старше 60 лет диагностируется в среднем по 5—6 заболеваний [6] (см. рисунок).

Особые трудности для лечения представляют сочетания заболеваний желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата, органов дыхания и пищеварительной системы, например среди больных бронхиальной астмой такое сочетание отмечено у 50,9%, среди больных хронической obstructивной болезнью — у 53%, любые другие сочетания болезней, требующие индивидуального подбора лекарств из-за возможной несовместимости и противопоказанности лекарственных препаратов. При этом нужно принимать трудные и ответственные решения, что в спешке сделать просто невозможно. Нельзя не учитывать наличие у больных старшей возрастной группы когнитивных расстройств. По данным разных авторов, у 50—60% больных этой группы имеются умеренные когнитивные расстройства, что затрудняет общение больного с врачом и требует много



времени для разъяснения назначений по диагностике и лечению.

Сложность общения усугубляется наличием у значительной части амбулаторных больных расстройств психики. У 87,3% пациентов, которые лечатся у врачей общей практики, были выявлены те или иные психические расстройства. У мужчин чаще всего отмечены расстройства настроения и тревожные расстройства (по 32,1%), алкогольные проблемы (28,6%) и соматоформные расстройства (7,2%). У женщин первое место заняли расстройства настроения (39,8%), тревожные расстройства (32,5%), соматоформные нарушения (24,1%) и расстройства пищевого поведения (3,6%) [5]. Обращает на себя внимание широкое распространение среди больных депрессии, которая стала проблемой не только для психиатров, но и для терапевтов [3] (табл. 3).

Наличие депрессии усложняет общение врача с больным и требует помимо назначения лекарственных препаратов применения психотерапевтического воздействия, для проведения которого необходимо дополнительное время.

Кроме лечебной работы участковый врач-терапевт имеет много других обязанностей, сформулированных в должностной инструкции (должностная инструкция участкового врача-терапевта от 14.05.2009 г. № 28). Нужно отдать должное составителям инструкции, этот документ составлен качественно, учитывает все разделы работы участкового врача-терапевта и включает следующие разделы: 1. Общие положения; 2. Должностные обязанности; 3. Права; 4. Ответственность. Раздел "Обязанности" включает 19 пунктов. В связи с темой статьи было бы очень интересно процитировать этот раздел инструкции, но это невозможно из-за ограниченного объема статьи. Выполнение этих обязанностей должно обеспечить качественную работу участкового доктора, который должен знать особенности жизни каждой семьи, проводить масштабные профилактические мероприятия, санитарно-просветительную работу, профилактику инфекционных заболеваний, вести борьбу с курением, алкоголизмом, другими вредными привычками, своевременно оформлять семь различных документов, в установленные сроки писать отчеты о выполненной работе и состоянии здоровья населения на курируемом им участке. Все это нужно делать, но когда? Установленный регламент по приему больных, от выполнения которого зависит финансовое положение поликлиники и зарплата врача, не предусматривает выполнение этих обязанностей и приводит к снижению качества работы первичного звена и неизбежному при этом ухудшению здоровья населения.

Кроме решений, касающихся участковых врачей, появились директивные документы, разрушающие специализированную и, в частности, аллергологическую службу в поликлиниках.

В конце июня 2011 г. мною была получена копия распоряжения Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга № 257р от 30.05.2011 г. "Об утверждении значений показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием,

Таблица 3

Распространенность депрессии при некоторых соматических заболеваниях [3]

Соматические заболевания	Частота встречаемости депрессивного расстройства, %
ИБС	16—19
Рак	25—38
Сахарный диабет	24
Синдром Кушинга	66
СПИД	30

участвующих в мероприятиях по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования". В приложении к этому распоряжению указано, что норматив посещений (пациентов в час) для врача аллерголога-иммунолога составляет 4 больных, т. е. 15 мин на больного, и количество посещений в смену — 24 больных, а денежные выплаты осуществляются при 100% выполнении врачом-специалистом установленных нормативов объемов медицинской помощи за предшествующий месяц за фактически отработанное время по фактически выполненному объему работы. Это распоряжение появилось в целях реализации постановлений правительства Санкт-Петербурга и Минздравсоцразвития России.

Обсуждая этот регламент, нужно учесть, что на непосредственный контакт с больным из этих 15 мин остается 5—7 мин, так как остальное время тратится на оформленные документы.

В связи со сложившейся ситуацией возникает вопрос о том, может ли качественно оказываться специализированная аллергологическая помощь населению в этих условиях. Ответ однозначный и безоговорочный — не может. Могу ответить на этот вопрос с полной уверенностью, так как имею 40-летний опыт работы врачом-аллергологом, мною была создана аллергологическая служба Ленинграда-Санкт-Петербурга, и на протяжении 40 лет я выполняю функции внештатного аллерголога-иммунолога нашего города.

Считают необходимым отметить некоторые особенности аллергологической диагностики и терапии, которые требуют большого времени общения врача с больным.

1. Основным методом этиологической диагностики и выбора наиболее эффективной элиминационной терапии (устранение из микроокружения больного причинно значимого фактора внешней среды) является хорошо собранный аллергологический анамнез, включающий опрос по шести основным группам аллергенов с последующей детализацией частных аллергенов в каждой группе. Это очень ответственный и трудоемкий процесс.
2. Затем нужно объяснить больному правила элиминационной терапии, подчас противоречащие его привычкам и желаниям, изменить образ жизни, иногда профессию.
3. Кроме того, нужно установить связь симптомов с инфекцией, нервно-психическими факторами, гормональными перестройками, предыдущим лечением.
4. Нужно решить вопрос о постановке аллергологических проб, проведении аллергенспецифической иммунной терапии (АСИТ), требующей от больного и медицинского персонала много времени (3 мес).
5. Необходима общесоматическая оценка состояния больного, чтобы избежать ятрогенных осложнений аллергодиагностики и АСИТ.
6. В настоящее время под маской аллергического заболевания нередко скрываются тяжелые соматические заболевания, в том числе онкологические.
7. Среди населения, да и среди врачей бытует мнение — все что непонятно — это аллергия и врач-аллерголог обязан поставить диагноз и вылечить больного.
8. Все более актуальной становится очень непростая проблема диагностики и лечения иммунных дефицитов, то что входит в обязанности врача аллерголога-иммунолога.

Аллергологическая практика — очень трудоемкий процесс, в котором личный контакт больного с врачом имеет решающее значение, а лабораторные и инструментальные исследования играют второстепенную роль, и при отсутствии необходимого времени качественная работа врача аллерголога-иммунолога просто невозможна. Стремление

Распространенность СЭВ (в %) среди врачей разных специальностей [2]

Специальность	Нет СЭВ	СЭВ в стадии формирования	Сформировавшийся СЭВ
Терапевты	37,5	30,4	32,1
Гинекологи и хирурги	37,1	37,1	25,8
Стоматологи	73,7	15,8	10,5
Главные врачи	59	33,3	7,7

увеличить доступность специализированной помощи в поликлинике путем сокращения времени контакта врача с больным неизбежно приведет к снижению качества. Введение указанного выше регламента и связь выполнения этого регламента с оплатой труда врача означает ликвидацию амбулаторной специализированной аллергологической помощи населению. При наличии аллергических заболеваний у 21% взрослого населения Санкт-Петербурга трудно предвидеть масштаб отрицательных последствий этих нововведений для здоровья пациентов.

При обсуждении имеющихся в настоящее время условий работы врачей первичного звена часто указывают на то, что 15-минутный регламент имелся и в советское время. Это так. Однако не было строгого контроля за выполнением этого регламента и, самое главное, оплата работы участкового врача не зависела от числа принятых больных. Не касаясь целесообразности страховой медицины, отметим, что для учета объема выполненной медицинским учреждением и отдельным врачом работы страховой компании необходимы количественные показатели. Можно учитывать число сделанных операций, удаленных зубов, аборт, выполненных анализов и др., но категорически нельзя оценивать работу участкового врача по числу принятых больных. Ведь при этом складывается парадоксальная ситуация: чем больше больных, тем лучше, тем больше денег зарабатывает поликлиника и получит участковый врач. А ведь должно быть как раз наоборот: чем меньше больных, тем лучше. Хороший участковый врач знает, какие меры надо принять, чтобы обеспечить профилактику обострений у больных его участка, улучшить эпидемиологическую обстановку, создать оптимальный моральный настрой на лечение и выполнение назначений.

Имеющаяся в настоящее время системы финансирования поликлиник и участковых врачей отрицательно сказывается не только на больных, но и на врачах. Постоянное ощущение выполнения своих функций в недостаточном объеме, нехватка времени, а иногда и приписки формируют хронический нервно-психический стресс, который приводит к эмоциональному выгоранию врачей.

Развитию синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) способствуют следующие факторы [2]:

- ♦ большая рабочая нагрузка, отсутствие отпусков, выходных;
- ♦ типично для России — ответственность перед больным за отсутствие так называемых льготных лекарств, заполнение большого объема документов при этом;
- ♦ отсутствие или недостаток поддержки со стороны коллег;
- ♦ некомпетентный, авторитарный начальник;
- ♦ риск выговоров, увольнений, судебных разбирательств;
- ♦ необходимость часто подавлять отрицательные эмоции;
- ♦ недостаток профессионального образования;
- ♦ недостаточное техническое оснащение;
- ♦ большой объем рутинной работы, заполнение различных бумаг;
- ♦ социальная незащищенность, низкая заработная плата;
- ♦ негативное отношение к врачу больных;
- ♦ ощущение бессилия и невозможности помочь больным из-за нехватки у них средств.

СЭВ проявляется следующими симптомами:

- ♦ физические симптомы: усталость, бессонница, повышение АД, болезнь сердечно-сосудистой системы;
- ♦ эмоциональные симптомы: пессимизм, безразличие, ощущение безнадежности, агрессивность, раздражительность, тревога, неспособность сосредоточиться, истерики;
- ♦ поведенческие симптомы: увеличение рабочего времени, желание отдохнуть во время работы, анорексия, оправдание употребления алкоголя, лекарств;
- ♦ интеллектуальное состояние: утрата интереса к новым идеям, формальное выполнение работы, апатия, снижение интереса к жизни;
- ♦ социальные симптомы: низкая социальная активность, снижение интереса к досугу, ощущение изоляции, недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег.

Более подвержены эмоциональному выгоранию врачи с небольшим стажем работы (до 5 лет). Склонность более молодых по возрасту врачей к выгоранию объясняется эмоциональным шоком, который они испытывают при столкновении с реальной действительностью, часто не соответствующей их ожиданиям [2]. В табл. 4 представлена частота встречаемости СЭВ у разных групп врачей.

Все изложенное выше свидетельствует об отрицательном влиянии существующей в настоящее время системы финансирования поликлиник и оплаты труда врачей в зависимости от числа принятых больных на качество работы врачей первичного звена. Скоростной метод и высокое качество работы врачей первичного звена — участковых терапевтов — несовместимы. В тех условиях, в которые поставлены участковые врачи, работать качественно и эффективно невозможно, и это неизбежно отрицательно сказывается на здоровье населения. Становится все более очевидной необходимость отмены финансирования поликлиник и оплаты труда врачей в зависимости от числа принятых больных и возврата к финансированию по душевному принципу с учетом различных коэффициентов, учитывающих особенности населения и основные показатели работы участкового врача.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банищев В. Т., Попугев Т. В., Загородная С. А. и др. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. — 2011. — № 3.
2. Вебер В. Р., Рубанова М. П., Сухенко И. А. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. — 2006. — № 4. — С. 69—71.
3. Глушков, Андреева Н. И., Алексеева Г. Н. // Русский мед. журнал. — Т. 13, № 12. — С. 858—862.
4. Кириллов С. М., Кириллов М. М. // Пульмонология. — 2010. — № 5. — С. 85—89.
5. Кочерова Л. В., Незнанов // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. — 2002. — № 3. — С. 57—60.
6. Симаненков В. В. // Интегративная медицина. — 2007. — С. 424.

Поступила 01.12.2011