

**ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА КОНФЛИКТОГЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕДИЦИНЫ***Ниязова Ирина Мансуровна**Врач психиатр-нарколог**организационно-методического и**консультативного отдела**Областного наркологического диспансера**г. Тюмень*DOI: [10.31618/nas.2413-5291.2019.2.45.44](https://doi.org/10.31618/nas.2413-5291.2019.2.45.44)**THE INFLUENCE OF CHANGES IN THE HEALTHCARE SYSTEM ON CONFLICTED MEDICAL POTENTIAL***Niyazova Irina Mansurovna**Psychiatrist-narcologist**organizational-methodical and**advisory department**Regional Narcological Dispensary**of Tyumen, Russia.***Аннотация**

В статье раскрывается влияние изменений в системе здравоохранения на конфликтогенный потенциал медицины. По мнению автора, в результате модернизации системы здравоохранения, основной целью которой является повышение качества и доступности медицинской помощи при разумном перераспределении средств в современных экономических условиях, созданы причины нарастания напряженности и конфликтогенности между всеми участниками системы здравоохранения. Рассмотрены основные причины, вызывающие конфликты в медицинском сообществе.

**Abstract**

The article reveals the impact of changes in the healthcare system on the healthcare conflict potential. According to the author, aftermath of the modernization of the healthcare system, main goal of which is to improve the quality and availability of medical care with a reasonable redistribution of funds in the current economic conditions, is the reason for the increase in tension and conflict potential among all participants of the healthcare system. The main causes of conflict in the medical community are addressed.

**Ключевые слова:** конфликтогенный потенциал; конфликт; конфликты интересов; участники системы здравоохранения.

**Key words:** conflict potential; conflict; conflicts of interest; healthcare system participants.

Конфликтогенный потенциал медицины как социального института проявляется на всех уровнях общественной жизни. Конфликты в корпоративной среде медицинских профессионалов – это реальный факт, который невозможно отрицать и который существует не только в пределах профессиональной группы медицинских работников, но и проецируется на отношения с пациентами[2].

Сущность конфликта в системе здравоохранения недостаточно представлена с точки зрения медицинских работников, непосредственно занимающихся медицинской практикой. Именно эта категория медицинского сообщества сталкивается как с многочисленными изменениями, связанными с модернизацией системы здравоохранения последних десятилетий, изменением законодательства, внедрением новых технологий в области оборудования и лечения пациентов, так и с самими пациентами, уровень требований которых с каждым днем становится все выше. Это является причиной нарастания напряженности и конфликтогенности между всеми участниками системы здравоохранения.

Реалии сложившейся ситуации в медицинской среде нуждаются в создании эффективной технологии управления конфликтами, включающих их прогнозирование

(предупреждение), выявление, редукцию и урегулирование [1]. Психологический и медико-социологический мониторинг позволяет своевременно выявить зоны напряженности, существующие противоречия, изучить отрицательные социальные факторы (негативное психическое состояние как медицинского работника, так и пациентов, обусловленное невозможностью удовлетворения собственных потребностей), их влияние на лечебный процесс, психологический климат в коллективе и, как следствие, на состояние общественного здоровья [3].

Чаще всего конфликты интересов возникают между производителями медицинских услуг (имеются в виду специалисты медицинских учреждений различных форм собственности), потребителями медицинских услуг (пациентами), фискальными посредниками (страховыми компаниями) и контролирующими структурами (профессиональными ассоциациями, органами государственного управления) [6].

В основе конфликтов лежат интересы вышеперечисленных участников системы здравоохранения, которые имеют разнонаправленные векторы, несоответствие которых провоцирует состояние социального напряжения или конфликта.

Работы зарубежных исследователей показывают, что вопросы здоровья неизбежно сопряжены с противоборством интересов, связанных с выполнением профессионального долга врача и сохранения жизни пациента с одной стороны, экономической целесообразности и следованию формальным процедурам с другой. Введение новых организационных правил при несоответствии преобладающим интересам приводит к деструктивному развитию всей системы – профессиональной демотивации, неэффективной работе институтов медицины и, как следствие, плохим показателям здоровья населения в целом [6]. Наше исследование, направленное на изучение мнений производителей медицинских услуг (врачей, среднего и младшего медицинского персонала, административных работников), позволило выявить основные проблемные зоны во взаимодействии ключевых участников системы здравоохранения (медицинских специалистов, пациентов, страховых компаний и органов власти) и поиску вариантов их решения. Социологическое исследование в медицинской организации проведено методом анкетирования. В опросе приняло участие 112 специалистов.

Прежде всего, изучалось мнение медицинских работников по поводу влияния организационно-экономических изменений в отрасли на конфликтность внутренней среды организации. Известно, что самые масштабные изменения в системе здравоохранения за последние годы связаны с внедрением новой модели финансового обеспечения сферы – одноканальной системы финансирования здравоохранения. При этом источники финансирования расходов сохранились, изменился только механизм финансирования учреждений, их соотношение и каналы поступления в медицинские учреждения [7]. В результате, между государством и медицинскими учреждениями появились посредники в лице федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. В целях контроля эффективности финансовых трат медицинских учреждений и противодействия нецелевому расходованию средств были разработаны инструменты, позволяющие осуществлять контроль – введение стандартов и порядков оказания медицинской помощи, нормирование времени на прием пациента и определение объемов работы (нагрузки) медицинских сотрудников. Контролирующая функция при этом сводится к выявлению нарушений и наложению штрафных санкций, в результате медицинские учреждения недополучают финансирование, что отражается на общей напряженности и конфликтности персонала внутри учреждений, отношении к пациентам и недовольством в адрес органов власти.

Основной целью введения стандартов и порядков оказания медицинской помощи стало выравнивание качества и объема оказываемых медицинских услуг при одинаковых нозологических заболеваниях для пациентов по все

территории страны. Стандарты составляют экономическую основу системы здравоохранения – каждый стандарт позволяет экономически просчитать средние затраты на лечение пациента по каждому нозологическому заболеванию. Внедрение данных ориентиров стало контрольной единицей при оценивании качества предоставляемых услуг в системе обязательного медицинского страхования со стороны страховых компаний [4].

Нормирование времени на прием пациентов определило объемы работы (нагрузку) медицинских сотрудников. Ежегодно территориальные фонды обязательного медицинского страхования по программе государственных гарантий распределяют объемы оказываемых медицинских услуг по разным видам помощи в зависимости от мощности учреждения и потребности населения в данном регионе. В результате каждое медицинское учреждение имеет ориентировочный план на год по количеству пролеченных пациентов. В ряде случаев такие планы являются завышенными – нет такого потока пациентов, который ожидается по установленным планам, что приводит к припискам. Недовыполнение плана (объема оказанных услуг) повлечет за собой недофинансирование медицинского учреждения. Как правило, превышение заявленных показателей от реальной практики наблюдается в работе амбулаторно-поликлинического звена [4].

В ходе анкетирования были определены основные болевые точки. На вопрос, «Как вы считаете, что оказывает отрицательное влияние на Вашу работу?» респонденты отметили изменения, связанные с конфликтными факторами (в 39,8% случаях подчеркивалось нарастание интенсивности работы). Высокий процент наблюдений выявлен в следующих вариантах ответов – некачественная организация труда персонала (30,7%), система организации работы с пациентами (30,7%), конфликтное взаимодействие с коллегами (28,4%).

При ответе на вопрос «Есть ли основания для профессионального выгорания персонала?» в 48,5% случаев респонденты отметили напряженность труда, изменения, вызывающие профессиональный дискомфорт (41,4%). Наши наблюдения показывают, что в медицинских учреждениях складываются условия для профессионального выгорания, в результате которого обостряется ситуация с комплектованием штатного расписания.

Финансирование медицинских учреждений осуществляется по результатам выполненного объема медицинских услуг в соответствии с доведенным заказом/заданием и установленными тарифами. В рамках данного финансирования должны быть закрыты все потребности и расходы, необходимые для функционирования учреждения, от покупки медикаментов и оплаты труда медицинского персонала до оплаты жилищно-коммунальных и прочих хозяйственных услуг. Ошибки в работе медицинских учреждений влекут

штрафы от страховых компаний, несвоевременную закупку лекарственных средств и пр., что чаще всего покрывается за счет ущемления прав медицинских работников. В результате нарушается баланс прилагаемых усилий медработников и компенсации их труда [4]. В качестве основных проблем здравоохранения специалисты называют низкую оплату труда, высокую нагрузку, что приводит к нарастанию конфликтности среди медицинских работников, несоответствию интересов и ожиданий с реально сложившейся ситуацией, переносом недовольства на пациентов.

Распределение ответов на вопрос «Какие факторы снижают мотивацию к труду?» опрос показал, что в 59,1% случаев наблюдений респонденты указали низкий уровень оплаты труда как один из факторов, снижающих мотивацию к труду. Также, обращают на себя внимание эмоциональная нагрузка (50,9%) и конфликты в коллективе (45,5%).

При этом, уровень оплаты труда напрямую зависит от нагрузки – выполнения заданных объемов, строго контролируемых надзорными органами ОМС.

Конфликтность зависит от регулярной проверки первичной медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты), оценки качества оказанной помощи в соответствии с принятыми стандартами, порядками и клинической практикой. В этих условиях приоритетной задачей становится правильность оформления медицинской документации, а не результаты лечения пациента. Иными словами, понятие качества помощи в клиническом смысле подменяется предоставлением стандартизованных и оптимизированных процедур для лечения в условиях ограниченных ресурсов. «Доступность медицинской помощи» приравниваются понятию объемам оказанной помощи [4]. Исследование показало – снижение доступности медицинской помощи является важнейшим фактором высокой конфликтности.

Чрезмерная регламентация деятельности медперсонала, с одной стороны, возрастание требовательности населения к бесплатным медицинским услугам, с другой, приводят к накоплению социальной напряженности как во взаимоотношениях между медицинскими работниками и пациентами, так и внутри медицинского сообщества.

Одним из важнейших приоритетов медицинской деятельности является работа с пациентами. Информированность россиян о работе системы обязательного медицинского страхования остается крайне низкой. Нет четкого представления о том, как финансируется здравоохранение, какова стоимость «бесплатной медицины». В российской системе здравоохранения наблюдается дисбаланс во взаимоотношениях между врачом и пациентом. Обязанности больше прописаны у врачей, а права – у пациентов. Медицинское сообщество заинтересовано в большей регламентации на

законодательном уровне ответственности пациентов [4].

Так, на вопрос «Случались ли в Вашей практике конфликты с пациентами? Если да, то, по каким причинам они возникали?» каждый четвертый медицинский работник дал положительный ответ. Среди причин, приводящих к конфликтным ситуациям, соотношение распределилось следующим образом: нарушение внутреннего распорядка отделения (42,9% наблюдений); общий рост агрессивности к медицинским работникам (28,6%), снижение престижности труда медицинского персонала (28,6%).

Как правило, возникновение конфликтных ситуаций между пациентами и медицинскими работниками не находят решения непосредственно на этапе и месте их возникновения. Конфликтующая сторона обращается к руководителю организации, в случае, если ситуация не разрешается в их пользу, обращаются в вышестоящие контролирующие организации. Сложившуюся тенденцию подтверждает мнение опрошенных медицинских сотрудников на вопрос «Если возникают конфликты с пациентами, вмешивается ли руководитель в процесс разрешения конфликта?» в 63,6% среди принявших участие в анкетировании ответили «всегда высказывает свое мнение по вопросу возникновения спорных ситуаций» (% валидный, N=107). То есть более чем в половине случаев конфликтная ситуация выходит за рамки врач-пациент и для ее решения необходимо привлечение административного ресурса.

Завышенные требования и ожидания пациентов к уровню медицинских услуг приводят к росту критики в адрес сотрудников медицинских учреждений с одной стороны, завышенные объемы и чрезмерная регламентация работы, проверки контролирующих организаций и штрафные санкции с другой стороны, приводят к замкнутости круга конфликтности вокруг медицинских сотрудников, нарастанию уровня недовольства и профессионального выгорания. Медицинские сотрудники оказались в эпицентре сложившейся ситуации и приняли на себя удар всех участников системы здравоохранения.

Избегание конфликтов интересов методологически ошибочно и практически нереально. Конструктивное разрешение конфликта интересов возможно лишь в процессе эффективного общения конфликтующих сторон. Проблема заключается в том, что конфликт стереотипно воспринимается только с негативной стороны, в то время как представления о позитивной функции конфликта не найдется место. На современном этапе пациенто-ориентированной системы отношений в здравоохранении необходимо активизировать позитивную функцию конфликта на основе коллегиальной модели взаимоотношений врача и пациента [5].

Понимание роли и содержания конфликта, стратегии конфликтного поведения, интересов конфликтующих сторон диктует необходимость обучения медицинских сотрудников навыкам конструктивного разрешения конфликтов и эффективного поведения в конфликтных ситуациях, повышения психологической культуры для эффективной реализации профессиональной деятельности и совершенствования системы здравоохранения в целом.

#### Список литературы:

1. Анцупов А. Я. Актуальные проблемы конфликтологии / А. Я. Анцупов, С. Л. Прошанов. – М.: Изд-во СГУ, 2011. – 342 с.
2. Волчанский М. Е. Конфликт в медицине: Монография / М. Е. Волчанский - Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2008. - 162с.
3. Культура конфликта во взаимодействии власти и гражданского общества как фактор модернизации России: сборник статей / Ин-т «Справедливый Мир», Рос. ассоц. полит, науки, Фонд им. Фридриха Эберта / Под ред. Л. И. Никовская (отв. ред.), В. Н. Шевченко, В. Н. Якимец. - М.: Ключ-С, 2012. - 352 с.
4. «Противостояние логик»: врач, пациент и власть в условиях реформирования системы

здравоохранения: сводный аналит. отчет // «Левада-центр». Аналитический центр Юрия Левады. 2016. - URL <https://docplayer.ru/27663852-Protivostoyanie-logik-vrach-pacient-i-vlast-v-usloviyah-reformirovaniya-sistemy-zdravoohraneniya.html> (дата обращения 31.05.2019)

5. Ступак В. С., Подворная Е. В. Проблемы управления конфликтной ситуацией в среде медицинских работников // Новые задачи современной медицины: материалы III Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, декабрь 2014 г.). - СПб.: Заневская площадь, 2014. - С. 99-102. - URL <https://moluch.ru/conf/med/archive/153/6076/> (дата обращения: 24.05.2019).

6. Скотт Р. Конкурирующие логики в здравоохранении: профессиональная, государственная и менеджериальная // Экономическая социология, 2007. Т. 8. № 1. С. 27–44 URL: <https://ecsoc.hse.ru/2007-81/26594182.html>.

7. Федорова Н.В. Одноканальная система финансирования здравоохранения в РФ: преимущества и недостатки // Научное обозрение. Экономические науки. – 2016. – № 3. – С. 61-63; URL: <https://science-economy.ru/ru/article/view?id=822> (дата обращения: 27.05.2019).