УДК 316.33

Гареева Ирина Анатольевна – канд. социол. наук, доцент кафедры социальной работы и психологии ФГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный университет путей сообщения» (г. Хабаровск).
E-mail: gar_ia@mail.ru

Irina Anatol'evna Gareeva – Dr. of Sociology, docent, doctoral candidate of the social work and psychology chair of FGBOU VPO "The Pacific state university" (Khabarovsk). *E-mail: gar_ia@mail.ru*

И.А. Гареева
I.A. Gareeva

Стратегии поведения субъектов системы здравоохранения в социологическом измерении

В статье рассматриваются стратегии субъектов системы здравоохранения, выявляются поведенческие траектории, анализируются факторы, обуславливающие поведенческие стратегии субъектов здравоохранения. Предпринят анализ возможности доступа населения к системе здравоохранения в условиях социальной дифференциации населения, выявлены факторы, обуславливающие ограничение доступа.

The strategy of behavior of the subjects of the health system in sociological measurement

The paper examines the strategies of subjects of the health system, behavioral trajectory. The factors causing the behavioral strategies of care providers are analyzed. The analysis of health service availability under the conditions of social differentiation is offered in the article. The factors restricting the excess are defined.

Ключевые слова: *система здравоохранения, здоровье, поведенческие стратегии, субъекты здравоохранения, социальные изменения, здравоохранительное поведение, теневые практики.*

Keywords: *health care system, social differentiation, health, behavioral strategies, awareness, income level.*

В сфере здравоохранения взаимодействуют два главных субъекта системы – врачи и пациенты. Их взаимодействие взаимно определено и взаимообусловлено.

Для современной российской системы здравоохранения характерна высокая степень неравенства в распределении шансов на здоровье между

отдельными гражданами и социальными слоями. В Декларации, принятой в Риме 8 июля 2009 г. лидерами стран Группы G8, озаглавленной «Ответственное руководство в интересах обеспечения устойчивого развития», было подчеркнуто, что «… для достижения целей всеобщего доступа к услугам здравоохранения, особенно в сфере первичного медико-санитарного обслуживания, необходимо укреплять системы здравоохранения за счет улучшения условий труда медицинского персонала, к которому относятся как специалисты-медики, так и работники общинных служб здравоохранения, и совершенствовать системы финансирования сектора здравоохранения, включая систему социальной защиты, уделяя особое внимание наиболее уязвимым группам» [1].

Концептуальные подходы к укреплению социальной сферы ориентированы, прежде всего, на оптимизацию кадровых ресурсов здравоохранения, чьи знания, профессиональные навыки и мотивация являются базовой основой, определяющей итоговые результаты и целостность проводимых преобразований. Опыт реформирования здравоохранения в течение последних лет свидетельствует о недостаточном учете и недоиспользовании столь значимого фактора.

Потребности населения в медицинских кадрах относятся к той части потребностей, которые нуждаются в общественном воспроизводстве на основе верификации экономической и производственной потребностей (нуждаемости) в кадровых ресурсах, которая в значительной степени поддается управлению.

Состояние кадровых ресурсов системы здравоохранения характеризуется сохраняющейся непропорциональностью обеспечения врачебным и сестринским персоналом, несбалансированностью их подготовки, серьезными проблемами в оказании врачебной помощи, отсутствием, в ряде случаев, необходимой квалификации кадров, а также региональной дисгармоничностью в распределении ресурсов.

По М. Веберу, врачи как часть социального слоя интеллигенции относятся к статусным группам, имеющим схожий стиль жизни, моральные ценности, общий язык и культуру. Эти общие черты подразумевают наличие внутренней солидарности и деятельности, предпринимаемой для защиты своих интересов и расширения социальных возможностей [2]. Таким образом, в статье предпринята попытка проанализировать зависимость социального положения современного российского врача, изменение стратегии его поведения и изменение стратегии поведения пациента в современной системе здравоохранения.

Работниками здравоохранения являются «… все люди, занимающиеся деятельностью, основным предназначением которой является укрепление здоровья» [3].

Во всем мире насчитываются 59,8 млн. работников здравоохранения. По заключению ВОЗ, страна, где на 10000 жителей приходятся менее 23

врачей, медицинских сестер и акушерок, испытывает критический недостаток трудовых ресурсов здравоохранения [4]. При этом, как отмечается в отчете ВОЗ по здравоохранению, в мире «… растущие ожидания населения всегда опережают финансовые возможности системы здравоохранения, накладывают на всю систему здравоохранения весьма строгие требования, что создает потребность в поиске оптимальных путей развития системы здравоохранения в рамках ограниченных ресурсов» [5].

Современные исследователи рассматривают социальный статус как место (или позицию) индивида, соотносимое с положением других людей; это место индивида в иерархически организованной общественной структуре, его объективная позиция в нём; это неисчерпаемый человеческий ресурс, дающий человеку возможность влиять на общество и получать посредством него привилегированные позиции в системе власти и распределения материальных благ [6].

Для исследования социального статуса современного врача, выявления основных стратегий, связанных с профессиональной деятельностью, в 2011 г. было проведено социологическое исследование. В опросе участвовали 350 врачей и 629 жителей Хабаровского края. Краткий социологический портрет респондентов-врачей выглядит следующим образом: женщины составляют основную численность врачей медицинских учреждений края (79%), соответственно, 21% – это мужчины. В возрастном составе преобладают врачи в возрасте от 30 до 60 лет, что составляет 74% от числа всех опрошенных и 26% – в возрасте до 30 лет. Возрастные группы представлены: от 31 – 40 лет – 23%; от 41 – 50 лет – 25%; от 51 – 60 лет – 26%.

Анализ представленных данных позволил сделать вывод о том, что в региональной системе здравоохранения врач – это преимущественно женщины в возрасте от 30 до 60 лет, имеющие стаж 10 лет и более.

Стаж деятельности от 10 лет и свыше в учреждениях здравоохранения отметили 70% от числа всех респондентов. У 30% опрошенных стаж их профессиональной деятельности составляет менее 3 лет (6%) и менее 10 лет (24%). Большая часть респондентов работают на 1 ставку, 27% – на 1,5 ставки, при этом, большинство совмещают свою деятельность в одном медицинском учреждении, 19% – работают на 1,5 ставки и более, совмещая свою деятельность в других медицинских учреждениях.

Исследование социальных установок врачей показало, что для многих из них профессия важна, 65% респондентов своими ответами подтвердили удовлетворенность своей профессиональной деятельностью, 23% – разочарованы своей профессией, но продолжают работать в сфере здравоохранения, 12% – затруднились дать ответ. На вопрос о престижности профессии врача утвердительно ответили только 44% опрошенных, 43% – считают, что она не обладает престижностью, 13% – не смогли дать ответ на поставленный вопрос. Известно, что профессия

врача в России не входит в перечень высокодоходных профессий. Поэтому, сопоставляя ответы на вопросы о престижности и удовлетворенности в профессии, мы пришли к выводу, что свыше 40% опрошенных врачей в своей деятельности делают акцент на альтруизм в профессии и служении обществу. В то же время, результаты опросов Всероссийского центра общественного мнения (далее – ВЦИОМ) свидетельствуют, что доля респондентов (56%) убеждены в том, что большинство российских врачей относятся к своим пациентам невнимательно и равнодушно. Только 30% респондентов были довольны отношением с их стороны [7].

Если посмотреть на образ врача в глазах населения, то можно говорить о том, что вышеупомянутые высокие оценки уровня профессиональной экспертизы преувеличены. В литературе ряд авторов отмечают самоуверенное и высокомерное отношение представителей медицинской профессии к представителям других профессий, их веру в неограниченность своих возможностей в вопросах сохранения здоровья человека. Данный факт, возможно, объясняется тем, что медицина является одной из самых интеллектуально насыщенных сфер профессиональной деятельности. П. Стронг назвал это явление чувством «медицинского империализма» [8].

Уровень своего дохода от основного вида деятельности врачи края оценивают следующим образом: высокий уровень дохода не отметил ни один респондент, выше среднего – 5%, средний – 41%, низкий – 33%, ниже среднего – 19%. Сопоставляя данные опроса, мы пришли к выводу, что в категорию с уровнем дохода «ниже среднего» и «низкого» отнесли себя врачи в возрасте до 30 лет и стажем работы до 10 лет. В исследовании мы не ставили цель представить респондентам определенную шкалу уровня дохода, но ориентировались на дополнительное мнение респондентов по данному исследованию. Многие из опрошенных указывали самостоятельно уровень своего дохода (заработную плату), который бы они хотели иметь. Эта цифра варьировала от 30000 до 50000 руб. По всей видимости, у большинства респондентов заработная плата составляет менее 30000 руб. Данные о заработной плате врачей по другим странам свидетельствуют о том, что в Бельгии, Швеции, Португалии они зарабатывают, в среднем, 60 тыс. долл. США в год или в месяц порядка 5000 долл. США.

Состояние несправедливости в системе здравоохранения порождает, по мнению опрошенных респондентов, неравенство в возможностях укрепления здоровья для населения (75%). Для врачей это выливается (при отсутствии возможности для профилактической работы в системе здравоохранения (70%)) в средний уровень выраженности профессиональной солидарности (41%), а для пациентов – низкий уровень доступности и качественности системы здравоохранения. Такое положение дел в системе ведет к снижению доверия у населения к системе

здравоохранения (82%) и формированию протестного настроения в сфере здравоохранения как у врачей, так и у населения (67%), а также формированию неформальных практик.

Только 57% респондентов ориентируются в вопросах законодательного обеспечения системы здравоохранения. Это может иметь негативное проявление во взаимоотношениях между субъектами системы здравоохранения (врачом и пациентом). В частности, может способствовать формированию у медицинского работника убеждений и мотиваций на материальное вознаграждение своего труда не совсем честным способом, т. е. посредством «теневых отношений» между субъектами. Так, наличие «теневых» отношений между врачом и пациентом отметили 23% респондентов.

Благодаря исключению утилитаристского взгляда на пациента между ним и врачом создаются отношения особого рода. В этих отношениях просматривается явная асимметрия в отношениях врача и больного, что создает условия для манипуляции больным.

В процессе исследования нами выявлено, что у работников здравоохранения имеются серьезные мотивационные изъяны, связанные с распространением практики неформальных платежей пациентов. На основе анализа результатов опроса мы типизировали группы современных врачей, основываясь на их профессиональной деятельности и участии в неформальных практиках: «врачи-бессеребреники», которые не берут деньги (3% – 5%); «врачи–реалисты» составляют 30% всех врачей, которые отдает себе отчет в том, кто вместо государства должен оплачивать оказанные медицинские услуги; «сожалеющие врачи», которые хотели бы что-то получить, но им никто не платит; «врачи-предприниматели» (коммерсанты), с большой охотой принимающие неформальные платежи от населения (составляют 55% респондентов); «врачи-небожители», которые составляют 10% и которые свою деятельность осуществляют только после оплаты, так как они уникальны. Учитывая, что в законодательстве РФ платность или бесплатность медицинской услуги четко не определены, эти модели взаимодействия врачей и пациентов реализуются, закрепляются и принимают форму стратегий поведения.

Поведенческая стратегия врачей формирует и соответствующие стратегии со стороны пациентов. Следует отметить, что эти стратегии со стороны пациентов чаще всего вынужденные. Пациент за оказанную ему медицинскую помощь производит различные виды оплат: по тарифу, по возможности, с целью благотворительности или благодарности.

Так, по результатам исследования выявлены масштабы рынка теневых услуг: к практике неформальных расчетов с врачами прибегали 22% пациентов, из них 14% – хотя бы один раз платили «из рук в руки», а 8% – просто дарили подарки. Медицинские работники утверждают, что теневой доход составляет 37% от официального заработка.

Отношение к неформальным платежам толерантное. Пациенты считают, что неформальные платежи позволяют получить качественную медицинскую услугу, ускорить медицинское обслуживание. В то же время, они чаще выступают за скорейшее искоренение этой порочной практики. Медицинские работники в теневых оплатах видят компенсацию за свою низкую заработную плату и в меньшей степени заинтересованы в искоренении этой криминальной практики. Анализ факторов, влияющих на сохранение практики теневых платежей между врачом и пациентом, выявил три группы: недостаток финансирования отрасли; отсутствие мотивации к эффективному распоряжению ресурсами; незаинтересованность в снижении уровня неформальных платежей.

В поведенческих стратегиях населения преобладает поведение обращения за профилактической медицинской помощью. Обнаружена разница в степени активности населения, которая зависит от уровня дохода на душу. Наибольшая активность отмечается в группах с высоким уровнем дохода на душу. Для прохождения профилактических осмотров в группах с высоким уровнем дохода на душу населения обращаются 82% респондентов, в группах с низким уровнем дохода на душу за тем же видом услуг обращаются всего 37%. При первых признаках заболевания за медицинской помощью с одинаковой частотой обращаются во всех группах (18% респондентов – с высоким уровнем и 17% – с низким уровнем дохода на душу).

В то же время, если в группах с высоким уровнем дохода за медицинской помощью обращаются при первых признах проявления заболевания, и нет таких, которые обращаются за медицинской помощью только в крайних случаях, то в группе с низким уровнем дохода 34% – обращаются в медицинские учреждения лишь тогда, когда «… терпеть заболевание нет уж сил». Отказываются от медицинской помощи самостоятельно по разным причинам (надежда на скорое выздоровление, отсутствие доверия врачам, отсутствие возможности лечиться) в группе с высоким уровнем дохода на душу в 65% случаев и в 60% случаев в группах с низким уровнем дохода.

Таким образом, можно говорить о неблагоприятной сложившейся ситуации в массовом и индивидуальном ценностном отношении к здоровью. Оно не входит в число приоритетных ценностей среди социальных групп, особенно низкодоходных.

Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [9] в значительной степени уравнивает возможности населения в доступе к медицинским услугам. Теперь застрахованные вправе получить медицинскую помощь по полису обязательного медицинского страхования вне зависимости от территориального прикрепления. В ходе социологического исследования нами выявлены определенные неравенства. Доступность медицинской услуги для населения зависит от возможностей пациентов её оплатить. Так,

потребителям медицинских услуг с различной частотой приходится оплачивать (через кассу или конверт) различные медицинские услуги. Если в группе с высоким уровнем дохода 24% респондентов всегда оплачивают медицинские услуги, то в группе с низким уровнем дохода 20% респондентов никогда не оплачивали медицинские услуги. Частота оплаты медицинских услуг прямо пропорционально зависит от уровня дохода. В распределении по группам дохода мы увидели следующую картину: «всегда» и «часто» оплачивают медицинские услуги 59% респондентов в группах с высоким и выше среднего доходом; 43% – в группе среднего дохода; 31% – в группе ниже среднего дохода; 28% – в группе низкого дохода.

Таким образом, один из принципов социального страхования «богатый платит за бедного» в современной системе здравоохранения «успешно реализован». Вступившие в силу с января 2012 г. Основы охраны здоровья граждан РФ, [10] должны внести ясность для потребителей медицинских услуг: какие услуги можно получить бесплатно, а какие следует оплатить. От 62% до 42% респондентов всех групп оплачивают медицинские услуги через кассу медицинского учреждения. Результаты опроса продемонстрировали, что имеют место факты теневой оплаты непосредственно в карман исполнителю медицинских услуг. Респонденты с высоким уровнем дохода в два раза чаще прибегают к такому виду оплаты (12%), чем представители группы с низким уровнем дохода (6%). В ходе опроса мы не ставили перед собой задачу выявления причин теневой оплаты в сфере здравоохранения, но смогли зафиксировать наличие таких практик. Получается, что российская система здравоохранения имеет, как минимум, два канала финансирования – систему медицинского страхования и конечного потребителя медицинских услуг (пациента).

По сравнению с другими группами, 41% респондентов с высоким уровнем дохода отмечают наиболее значимым фактором повышения эффективности системы здравоохранения увеличение заработной платы медицинским работникам. Они убеждены также в том, что в систему здравоохранения должны быть направлены большие финансовые средства, позволяющие достойно оплачивать труд медицинских работников.

Стратегию поведения среди пациентов формирует и предшествующий опыт, приобретенный пациентами при получении медицинских услуг. При прохождении профилактических осмотров часть опрошенных столкнулись с трудностями: 35,6% – очередь у кабинета врачей, 31,8% – очередь в регистратуру, 17,2% – недостаточное внимание со стороны медицинского персонала, 8,7% – низкая культура обслуживания, 6,9% – при осмотрах не дают соответствующих рекомендаций, 3,6% – невозможность осуществления дальнейших оздоровительных мероприятий, 2,7% – трудности, связанные с консультациями. Во время профилактического осмотра пациенты ждут от

врача: внимательного отношения – 46,4%, высокого профессионального мастерства – 29,2%, доброжелательности – 23,5%, тактичного отношения – 15,8%, откровенности – 11,4%, умения выполнять обещание – 9,5%. В процессе прохождения профилактического осмотра 48,2% – столкнулись с формальным отношением к работе со стороны медицинского персонала, 28,4% – с невнимательностью, 23,2% – торопливостью, 18% – невежливостью. 17,8% респондентов отметили, что время, отведенное для профилактического осмотра, неудобно.

Более одной трети респондентов (32%), получивших опыт в момент прохождения профилактического осмотра, не считают необходимым обращаться вновь в медицинское учреждение, даже в случае выявления какого-либо заболевания. Многие из опрошенных (39%) имеют знания о практиках сохранения здоровья и планируют их применить в дальнейшей своей жизни.

Самосохранительное и превентивное поведение включают действия, направленные на устранение или минимизацию рисков для здоровья. Оно предполагает владение практиками поддержания физического здоровья, способами переживания стрессов, достижения душевного благополучия и стабильности. Превентивное поведение характеризуется ответственностью в отношении здоровья и активностью при получении медицинской помощи, медицинской информации и правовой медицинской грамотности.

Поведение, связанное с необходимостью получения медицинской помощи, есть проявление симптомов или развившихся заболеваний. Это поведение реализовывается либо в непосредственно медицинских учреждениях, либо в местах получения альтернативных услуг, либо не реализовывается вообще при стратегии, связанной с отказом от лечения или самолечением.

Контроль человека над имеющимися у него хроническими заболеваниями – актуальный компонент самосохранительного поведения. Его специфика заключается в том, чтобы при наличии хронических заболеваний путем их грамотного и информированного контроля не утрачивать работоспособность и дееспособность в зависимости от жизненного цикла личности.

Выбор того или иного поведения человека может зависеть от территориального ограничения (отдаленность медицинского учреждения от места проживания пациента) или недоступности медицинских услуг вследствие плохой организации медицинской помощи (очередь в регистратуре, длительное ожидание приема врача и др). Среди старшего поколения имеют место патерналистические установки, когда о здоровье граждан заботилось государство, предоставляя бесплатную медицинскую помощь. Молодое поколение готово заботиться о своем здоровье, вести здоровый образ жизни, но считает, что на него влияет большое количество факторов, не зависящих от их поведения, и которые существенно его ухудшают.

Еще одна стратегия поведения населения – отказ от обращения за помощью при легких формах заболевания. Для работающих граждан обращение в медицинское учреждение при легких формах заболевания – это потеря времени. Изменения в оформлении и начислении пособия по временной нетрудоспособности также увеличивают количество пациентов, отказывающихся от обращения к врачу.

Обращение за медицинскими услугами на поздних стадиях заболевания – одна из негативных стратегий поведения. Некоторые категории пациентов в случае заболевания предпочитают «отлежаться» или «не обращать внимания» на заболевание. Самолечение является еще одной практикой поведения заболевшего человека. При выборе лечения пациент ориентируется на сопроводительные аннотации к лекарственным средствам, в которых указаны правила их приема и дозировка.

Осмысление результатов исследования позволяет сделать вывод, что респондентами демонстрируется неуверенность в существовании в стране справедливой и достойной системы здравоохранения. Она не соответствует в полной мере ожиданиям населения и одинаково (без дискриминации) способна реагировать на любой его запрос. Такая ситуация *способствует* формированию среди субъектов системы здравоохранения стратегий поведения, обладающих негативной окраской и не *способствующих* её устойчивому развитию в условиях социальных изменений.

Литература и источники:

1. Ответственное руководство в интересах обеспечения устойчивого развития : декларация [Электронный ресурс] –.– Режим доступа: ria/ru/trend/summit_Aquila_08072009/. – Дата обращения: 25.04.2013.

2.Вебер, М. Протестантская этика и дух капитализма / М. Вебер. – М. : Прогресс, 1990.

3.Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2006 [Электронный ресурс] –.– Режим доступа: http:/www.who.int/wkr/previous/ru/. – Дата обращения: 29.04.2013.

4. Мировая статистика здравоохранения. 2011 [Электронный ресурс] –.– Режим доступа: http:/www.who.int/whosis/whostat/. – Дата обращения: 15.03.2013.

5. Неравенство в отношении здоровья. [Электронный ресурс] –.– Режим доступа: http:/www.who.int/. – Дата обращения: 25.04.2013.

6. Шкаратан, О. И. Социология неравенства. Теория и реальность / О. И. Шкаратан. – М. : «Высшая школа», 2012. – 526 с.

7. Пресс-выпуск № 1912 «Состояние здоровья россиян: мониторинг». [Электронный ресурс] –.– Режим доступа: http:/www.wciom.ru/. – Дата обращения: 05.04.2013.

8. Strong, P. Sociological Imperialism and the profession of Medicine: a critical examination of the thesis of medical imperialism / P. Strong // Science and Medicine. – 1978.

9. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон РФ от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ.

10. Об основах охраны здоровья граждан в РФ : федер. закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

11. Гареева, И. А. Социально-экономический статус врача в современной системе здравоохранения /И. А. Гареева // Вестник Тихоокеанского государственного университета. – 2012. – № 3 (26).