
СОЦИОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННОГО ПОВЕДЕНИЯ РОССИЙСКИХ ВРАЧЕЙ*

Ж.В. Пузанова, В.В. Хуртина

Кафедра социологии
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 10/2, Москва, Россия, 117198

В статье рассматриваются особенности организационного поведения российских врачей и условия его формирования, определяемые спецификой развития отечественной системы здравоохранения в советский и российский периоды. Изменение системы отечественного здравоохранения анализируется от модели Семашко, сформированной в первые годы советской власти и получившей свое развитие в послевоенный период, превратившись в многоуровневую систему медицинской помощи с четко дифференцированной структурой предоставления услуг до советской модели, в которой основное внимание уделялось специализированной амбулаторной помощи и созданию большого штата узконаправленных специалистов; от создания первых частных медицинских клиник в конце 1980-х гг. до упадка сферы в 1990-х гг. и периода реформ в XXI в. Все этапы эволюции системы рассматриваются как доминанты, определяющие изменения организационного поведения российских врачей, кризис профессиональных этических установок, трансформацию профессионального самосознания от идеи служения и предоставления медицинской помощи к принципу оказания медицинской услуги. Анализируя некоторые последствия нацпроекта «Здоровье» в современной России.

Ключевые слова: организационное поведение, система здравоохранения, реформа здравоохранения, этический кодекс.

Концепция организационного поведения позволяет осуществить анализ поведения индивидов и групп с целью понимания, усовершенствования и предсказания индивидуального поведения, исполнения должностных обязанностей и функционирования организации в целом с учетом воздействия внешней среды. Человеческие ресурсы рассматриваются как важнейшее конкурентное преимущество любой организации, а эффективность их использования зависит от степени принятия той парадигмы управления, которая базируется на признании первенства личности в организации, ее знаний, умений, навыков, управленческого мышления.

Особенности организационного поведения российских врачей, условия формирования их поведения на уровне организации необходимо рассмотреть в первую

* Статья подготовлена при поддержке РГНФ. Грант № 13-33-01025.

очередь с точки зрения специфики развития отечественной системы здравоохранения, которая во многом предопределила эти особенности. Советская система здравоохранения сформировала особый тип организационного поведения врача, который свойственен современным докторам, особенно старшего возраста. И достижения, и проблемы сегодняшнего российского здравоохранения, в том числе и кадровые, — это не только результат рыночных реформ, но и наследие советского периода.

В начале XX в. в России основными причинами смертности и заболеваемости были эпидемии. Система Семашко в первые десятилетия советской власти добилась огромных успехов в борьбе с так называемым традиционным типом патологий, обеспечив приемлемый уровень медицинской помощи, необходимой для лечения наиболее распространенных болезней, и осуществив всесторонний охват населения медико-санитарными услугами.

Реформа системы здравоохранения после Великой Отечественной войны, ее переход от производственного к территориальному принципу медицинской помощи обеспечили всеобщую доступность медицины всему населению страны, а не только рабочему классу. Сложилась многоуровневая система медицинской помощи с четко дифференцированной структурой предоставления услуг, каждый из пяти уровней которой соответствовал тяжести заболевания — районные, центральные районные, городские, областные и федеральные больницы. Все они были объединены эффективной системой направления больных для оказания специализированной помощи.

Центральное место в этой модели занимал участковый врач, который отвечал за предоставление и координацию медицинской помощи населению на участке. Эта модель позволяла интегрировать деятельность других медицинских служб и была очень эффективной с экономической точки зрения: не требовала больших затрат, медико-санитарные услуги могли быть доступны для всех и предоставлялись бесплатно. В результате в начале 1960-х гг. СССР входил в число стран с наиболее низкой смертностью, являясь мировым лидером по охвату населения и доступности медпомощи.

Отмеченный период формирует такие особенности организационного поведения врачей, как патернализм по отношению к пациенту, патерналистские ожидания самого врача от государства, низкий уровень властного ресурса медика в рамках профессиональной деятельности, этика гуманизма и служения народу. В большей или меньшей степени они присущи и современному отечественному медику.

Во второй половине XX в. структура заболеваемости меняется. На первый план выходят другие патологии, большое количество болезней носит хронический характер. Все это требует изменений в системе здравоохранения, доступности оказания высокотехнологичной помощи, дополнительного обучения медиков, их ориентации на постоянное обновление знаний и навыков, а значит, и дополнительных средств.

В западных странах уже в 1970-е гг. появляются новые дорогостоящие медицинские технологии. В этот период начинает проявляться отсталость отечественной медицины в аспектах более высокого качества обслуживания, технологиче-

ской оснащенности, подготовки кадров. По мнению заслуженного врача РФ Л. Печатникова [32. С. 30], истоки сегодняшней кадровой катастрофы в России датируются серединой 1970-х гг., когда многие из тех, кто оканчивал медицинский вуз и готовился к профессорско-преподавательской карьере, шли в аспирантуру не по призванию, а за престижем и длинным рублем, когда «только писали диссертации и не знают, что такое клиническая практика» [14. С. 30]. Уровень подготовки врачебного состава заметно деградировал.

В те же годы система Семашко сменяется моделью, в которой основное внимание уделялось специализированной амбулаторной помощи. Тенденция к специализации привела к появлению большого числа узконаправленных специалистов. Роль участкового врача значительно уменьшилась.

В конце 1980-х гг. в России появляются первые частные медицинские клиники, прежде всего стоматологические [6. С. 76—77]. В тот же период прекращается обязательное распределение студентов-выпускников медицинских ВУЗов.

Таким образом, еще до упадка отрасли в 1990-е гг. закладываются следующие особенности организационного поведения современных российских врачей: отсталость в профессиональной подготовке, как вследствие снижения уровня квалификации обучающего состава, так и в результате недостаточной технической оснащенности и, соответственно, технологической отсталости; изменение функций участковых врачей, которые более не несли ответственности за здоровье людей, находящихся у них на учете [23], поскольку последние наблюдались сразу у нескольких узких специалистов [5]; что в свою очередь повлекло недовольство деятельностью участковых врачей и увеличение числа узких специалистов вследствие неудовлетворенного спроса на них [23].

К тому же уже в советское время формируется «женское лицо» отечественной медицины [12. С. 71], когда подавляющее большинство профессиональных медиков — это лица женского пола. А также проявляются практики неформальных платежей [1. С. 1—9], появляются первые медики, занятые вне государственного сектора.

Перестройка, распад СССР, крушение экономики, кризис 1990-х гг. разрушили советское здравоохранение как систему. От общего целого остались фрагменты разной величины и веса, пришло время, когда каждый выживал как мог, опираясь прежде всего на возможности региона пребывания.

Первые попытки модернизации системы здравоохранения, преследующие по сути те же цели, что провозглашены в национальном проекте «Здоровье», Концепции развития здравоохранения до 2020 г., были предприняты еще в 1980-е гг. Уже тогда предполагалось усилить профилактическую направленность медицинской деятельности, перейти на внебольничные формы работы как наиболее массовые и экономически эффективные. Для достижения поставленных задач планировалось выстроить новые экономические отношения с элементами рыночных, но с учетом специфики отрасли.

Предполагалось введение таких мер, как более эффективное распределение ресурсов, повышение интенсивности использования коечного фонда, осуществ-

ленное за счет расширения прав руководителей медицинских учреждений по изменению штатного расписания, нормативов трудовой нагрузки персонала и его материального стимулирования [19. С. 125]. Особую роль приобретали критерии экономической эффективности деятельности. Однако эти шаги не были реализованы в полной мере вследствие разразившегося политического и экономического кризиса.

Для преодоления ситуации с крайне низким уровнем финансирования здравоохранения в конце 1992 г. был принят закон «О медицинском страховании граждан Российской Федерации». В 1993 г. после утверждения перечня видов медицинской помощи, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, начинает функционировать институт ОМС. Новая модель финансирования здравоохранения носила гибридный «бюджетно-страховой» характер [8. С. 35]. Она частично сдерживала общий спад финансирования медицинской помощи. Благодаря фиксированным страховым взносам страна вышла из кризиса переходного периода в начале 1990-х гг. с относительно меньшими финансовыми потерями в секторе здравоохранения, чем в других общественных секторах [23]. Однако введение системы ОМС не оправдало ожиданий роста эффективности экономического регулирования системы здравоохранения, обеспеченности граждан доступной, качественной и бесплатной медицинской помощью.

Летом 1997 г. была принята Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, в рамках которой было решено продолжить приоритетное развитие амбулаторно-поликлинического звена для оказания первичной медико-санитарной помощи, была озвучена необходимость сокращения коечного фонда и реорганизации всей системы стационарной помощи населению. Концепция предусматривала упорядочивание финансовых потоков, финансирование не «по койко-местам», а по конкретным объемам оказанных услуг. В документе прописывалось создание негосударственного сектора здравоохранения и меры по его развитию.

Особенности организационного поведения врачей в 1990-е гг. связаны прежде всего с их экономическим положением. Если оплата труда медицинских работников в системе советского здравоохранения была на уровне прожиточного минимума [20. С. 448], то распад СССР, реформы, девальвация рубля в 1998 г. поставили врачей на грань нищеты. О.А. Кармадонов, осуществив контент-анализ центральной российской прессы в 1990-е гг., выделил следующую динамику доминирующей символической триады для группы «интеллигенция», включающей врачей и учителей: 1991 г. — «ответственность — оптимистичные — работают»; 1993 г. — «нищета — самоотверженные — работают»; 1995 г. — «надежда — отзывчивые — бедствуют»; 1997 г. — «безденежье — отчаявшиеся — бастуют»; 1999 г. — «безденежье — отчаявшиеся — работают» [10. С. 68].

Положение, сложившееся в 1990-е гг., воспринимается противоречиво. С одной стороны, бесконечно работающие врачи: это и основное место работы, часто вторичная, иногда третичная занятость [29]; совмещение госслужбы с частной деятельностью, осуществляемой медиками как в рамках зарегистрированных частных

медицинских учреждений, так и самостоятельно, полулегально, в качестве участников рынка, пользующихся созданной за счет государства инфраструктурой — помещением, оборудованием [21]. Иногда это даже запрещенная в развитых странах деятельность, связанная с совмещением должности врача и промоутера в фармакологической фирме, занимающегося продвижением лекарственных препаратов [29].

Ощущение врачей от собственной работы и деятельности коллег: «...я вспоминаю себя в конце 90-х годов. Мы до ночи сидели и делили копейки» [2]. С другой стороны, характеристика замминистра здравоохранения и социального развития РФ Р.А. Хальфина: «Ситуация 90-х годов, когда в поликлинике не было врачей, а „скорая“ приезжала через 2 часа после вызова, да еще без лекарств, не могла повториться...» [26. С. 276], и оценка, данная пациентами в ходе опросов 2002—2006 гг., когда типичный «портрет» врача включает в себя корыстность, некомпетентность, неинформированность, отсутствие системных, «природных» познаний, а также формальность в отношении к пациенту [17].

После кризиса 1998 г. расходы на здравоохранение, особенно государственные, имели тенденцию к сокращению, в связи с чем частные расходы россиян на лекарства и врачей заняли существенную долю в общих расходах на отрасль, по некоторым оценкам до 50% [11].

Частные расходы россиян на специалистов тесно связаны с организационным поведением медиков. В первую очередь, это официальные выплаты в государственных клиниках. Во-вторых, это неофициальные выплаты в госучреждениях.

Исследователи выделяют следующие модели неформальных платежей: плата «по тарифу», плата по возможности, плата по просьбе, плата-благодарность [15. С. 64—73].

Высокая степень распространенности неформальных платежей обусловлена, по мнению некоторых исследователей, низкой эффективностью формальных институтов взаимодействия врача и пациента, удобством для обеих сторон, когда и врач не считает зазорным получить за свою работу определенную сумму «в карман», и пациент оправдывает сложившуюся практику, аргументируя, что «врачи „вынуждены“ обращаться к практике неформальных платежей» [1].

Часть социологов полагает, что пациенты во многих случаях не заинтересованы в неформальном платеже медику, что данная практика не отвечает их потребностям, однако в ней заинтересованы врачи. Поскольку последние занимают доминирующее положение в схеме «врач — пациент», то часто оказывают давление на пациентов [16]. Также увеличение частных платежей в отрасли происходило за счет оплаты услуг в частных клиниках.

Врачи сохраняли рабочее место в государственных клиниках на случай банкротства коммерческих или неудачи в индивидуальной трудовой деятельности, а также с целью закрепления за собой социального пакета, который, хоть и формально на тот момент, гарантировался государством.

Существует специфический для российского медика мотив отмеченного совмещения. Он заключается в том, что отечественный врач предлагает клиентам частных клиник оказать необходимую им услугу на базе инфраструктуры госу-

дарственной клиники, но за меньшую плату, которую он получит лично в руки, т.е. использует частное учреждение как платформу для поиска клиентов, готовых предоставить неформальный платеж [13]. Если оказываемая таким образом медпомощь требует участия других специалистов, то неформальный платеж распределяется между ними. Часто часть платежа передается вышестоящему работнику государственной клиники.

После 1990-х гг. четко обозначился кризис профессиональных этических установок. Согласно данным исследования 2004 г., проведенного в Екатеринбурге, почти половина опрошенных отметили, что медицинский персонал невнимателен, а зачастую груб в общении; 29% — «пожаловались» на отсутствие индивидуально-го подхода при лечении; каждый пятый обвинил медперсонал в нежелании предоставить информационную картину его заболевания [1].

Пересмотр этических норм связан с историческими трансформациями моральных представлений, общемировым кризисом гуманизма, переходом отечественного общества от социалистической к капиталистической модели, развитием медицинских технологий, когда перед врачами впервые возникли такие этические проблемы, как трансплантация органов, ксенотрансплантология, стволовые и клеточные технологии, эктаназия, суррогатное материнство.

Следует отметить, что переход от идеи служения и предоставления медицинской помощи к принципу оказания медицинской услуги дался отечественному врачу непросто. То, что требует определенной исторической, экономической подготовки, формирования новых ценностных ориентиров, было форсировано, грубо навязано российскому врачу новой системой здравоохранения. Примером влияния системы здравоохранения на этические установки врача может служить отказ в лечении пациента в государственной клинике без полиса медицинского страхования в 1990-е гг. В частных клиниках часто складывались ситуации, подобные описанной: «Сидящая в регистратуре девушка через окно наблюдала, на какой машине приехали клиенты, и далее, в соответствии с ценовой категорией автомобиля, выдавала карточку новому клиенту. На нее наклеивалось три варианта ярлычков — красный, зеленый и желтый. Первый предполагал лечение по самой дорогостоящей схеме, включающей массу ненужных анализов, желтый — схему попроще, а зеленый означал, что пациенту нужно выписывать минимум» [25].

В рассматриваемый период в России принималась Клятва российского врача в 1994 г. и Клятва врача России в 1999 г. В обеих подчеркивается врачебный долг по отношению к пациенту независимо от религиозного, национального, расового, этнического, политического, экономического, социального признаков.

Несмотря на заявленную линию реформирования, ориентированную на поддержку первичного звена медпомощи, экономическое стимулирование медперсонала, на декларируемую доступность медицинской помощи всем слоям населения и переход к модели улучшения здоровья населения, а не ориентации на лечения болезней, в 1990-е гг. исчезают такие отраслевые направления, как диагностика, профилактика, реабилитация, сельская медицина, складывается ситуация, когда в силу специфики принципов ОМС врачу высокой квалификации на основном

месте занятости нужно было обслужить в два раза больше больных, чем врачу без категории, дабы оправдать свой должностной оклад. К концу 1990-х гг. сформировался запрос на появление четких механизмов реструктуризации отечественного здравоохранения, соответствующих обозначенной стратегии, на проявление ясно выраженной политической воли, наконец, на конкретные действия [8].

В начале 2000-х гг. в медицинских учреждениях активно внедряется принцип финансирования в зависимости от объема оказанных услуг, прописанный в Концепции развития здравоохранения 1997 г. Его целью было создание стимулов для лечебных учреждений, а значит, и для медицинских работников.

По мнению сторонников данного вектора реформирования, предыдущие принципы финансового обеспечения медицинских клиник ставили врача в привилегированное положение по отношению к пациенту. Медицинскому учреждению выделялась определенная денежная сумма, и приход пациента воспринимался не как способ заработка, а как исполнение уже оплаченных обязанностей, которых можно было избежать. Для усиления мотивации врачей было принято решение организовать персонифицированный учет пациентов и поставить финансирование медицинских учреждений в зависимость от объема оказанных услуг.

Указанная мера привела к ряду неожиданных последствий. Это усугубление кризиса идентификации врачей, подрыв их представлений о роли врача в обществе, принципе «служения», и появление новых не вполне легальных форм адаптации к новым реалиям в условиях хронического недофинансирования, снижения расходов на здравоохранение. Выражались они таким образом: в огромных объемах стали оказываться все виды медицинских услуг, в том числе госпитализация; койки заняли пенсионеры, которым нужны скорее не медицинские услуги, а нормальное питание, внимание и уход.

В начале 2000-х гг. в медицинскую отрасль стараниями энтузиастов-врачей стали поступать дополнительные денежные средства от спонсоров, местных властей, иностранных фондов, но в большинстве своем — от дополнительной деятельности самих медицинских учреждений. Основные производственные фонды многих развивающихся медицинских учреждений были созданы в ту пору не за счет средств государства. Эти несистемные процессы преимущественно коснулись стационаров, клиник, институтов в столице и некоторых крупных городах регионов-доноров. Периферийная медицина, особенно поликлиническая служба, изменилась мало.

Сочетание реформирования с необходимыми финансовыми вложениями в систему российского здравоохранения воплотилось в создании и реализации национального проекта «Здоровье», начатой в 2005 г. Расходы на проект из федерального бюджета и государственных внебюджетных фондов в 2006—2008 гг. составили примерно 10% совокупных расходов государства на здравоохранение [19. С. 124—129].

К началу осуществления национального проекта главными проблемами в здравоохранении были: устаревшая материально-техническая база (износ медицинского оборудования и зданий составлял 60—65%), низкая заработная плата

(средняя заработная плата в здравоохранении была 1,5 раза ниже, чем в среднем по стране), плохая укомплектованность поликлиник врачебными кадрами (56%) и их недостаточная квалификация (около 30% врачей участковой службы не проходили специализацию более 5 лет), структурные кадровые диспропорции (доля врачей первичного звена в РФ составляла 20—25% против 50% в западных странах), обеспеченность населения высокотехнологичными видами медицинской помощи в среднем равнялась 10—35% [7. С. 377—392].

В результате мер, предпринятых в соответствии с национальным проектом, в середине 2000-х гг. началось оснащение диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических учреждений, были повышены зарплаты участковым терапевтам и педиатрам, врачам общей практики, а также работающим с ними медсестрам, стали создаваться центры высоких медицинских технологий.

До реализации проекта «Здоровье» ситуация с кадрами в звене первичной медицинской помощи характеризовалась как катастрофическая. Присутствовала постоянная нехватка участковых врачей, их частая сменяемость. Национальный проект привлек медицинские кадры в амбулаторно-поликлинические учреждения: в 2006 г. в поликлиниках число врачей увеличилось на 6,5 тыс. человек, а медицинских сестер — на 7,5 тыс. человек, что позволило снизить коэффициент совместительства с 1,6 на 1,3 за год [3. С. 4—11]. Часть врачей пришла в учреждения первичной медико-санитарной помощи со специализированного приема, из стационаров и федеральных учреждений, что отчасти трансформирует структуру отечественной отрасли с ее чрезмерным креном в сторону специализированных служб и стационарной помощи.

Условием увеличения выплат участковым и врачам общей практики было повышение квалификации и лицензирование этих специалистов.

Статистика регионов показывает повышение профессионального уровня врачей первичного звена. В 2006 г. повышение квалификации прошли 12,5 тыс. врачей. Еще 14 тыс. врачей прошли переподготовку в рамках учебно-производственных планов, что всего составило 37% медработников, внесенных в регистр [4].

Несмотря на то, что нацпроект «Здоровье» уменьшил кадровый голод в амбулаторно-поликлинических учреждениях, он не решил полностью проблему кадровой обеспеченности даже на уровне участковых, врачей общей практики и работающих с ними медсестер. Также не произошло массового притока молодых специалистов на указанные должности. В целом же за период с 2000 по 2010 г. доля работников здравоохранения до 45 лет сократилась на 12% [22].

Закупка диагностического оборудования для амбулаторно-поликлинических учреждений началась также со стартом нацпроекта. Процесс переоснащения продолжается до сих пор, но там, где он имел место, оценивается как положительный. Однако многие аспекты его реализации были не до конца продуманы: гарантийное обслуживание медицинского оборудования, оформление на него собственности, отсутствие необходимых расходных материалов, а главное, самих специалистов для обслуживания новой техники.

После многолетнего игнорирования нужд отрасли с реализацией нацпроекта «Здоровье» начались значительные позитивные изменения. Однако приток финан-

совых средств выявил значительную коррупционную составляющую отрасли на самых высоких уровнях [24. С. 32—37]. По мнению З. Ижаевой, недофинансирование здравоохранения по отношению к запланированному объему денежных выплат особенно четко наблюдается в сравнении с другими проектными направлениями, такими, как образование, жилье. Выведение отрасли на уровень общенациональной приоритетной программы, к сожалению, не остановило использование принципа остаточного финансирования отрасли, характерного для советского времени [9. С. 19—21].

Проблема недофинансирования системы здравоохранения тесно сопряжена с региональным неравенством как в доступности качественной медицинской помощи для населения, так и в положении врачей в зависимости от региона пребывания. В зависимости от уровня достатка региона и средств, которые вкладываются властями региона в здравоохранение, наблюдается разная степень оснащения медицинских учреждений, уровень заработной платы медиков, степень обеспеченности населения врачами.

Анализируя последствия нацпроекта «Здоровье», следует обозначить непропорционально возросшую нагрузку на участковых и врачей общей практики — увеличение объема работы, порой не обеспеченное улучшением бытовых условий труда, огромное количество письменных форм, которые должны быть надлежащим образом заполнены. Увеличилось количество проверяющих, возобновилось общественное обсуждение теневых практик медиков.

Если ранее, в условиях тотального недофинансирования, государство в лице чиновников закрывало глаза на многие неформальные практики врачей, то с выделением значительных средств контроль со стороны государства и уровень предъявляемых к врачу требований повысился. С повышением требований столкнулись все врачи, однако не все из них улучшили условия труда, в частности не всем была повышена заработная плата. Этот момент расколол медицинское сообщество, ведь узкие специалисты, работающие в звене первичной медико-санитарной помощи, не улучшили своего материального положения в ходе реализации нацпроекта. Последние указывали на то, что терапевты и педиатры не приложили серьезных усилий для повышения уровня квалификации и улучшения исполнения своих функций. Участковые врачи остались «диспетчерами» по распределению пациентов между узкими специалистами, вместо того чтобы осуществлять постоянное наблюдение за хроническими больными, упреждающий подход.

Реформирование отечественной системы здравоохранения продолжилось рядом мер, из которых следует отметить мероприятия по укреплению частно-государственного сотрудничества в отрасли, переход бюджетных учреждений на так называемую новую систему оплаты труда, переход к одноканальному финансированию медицинских учреждений через систему обязательного медицинского страхования и оплату медицинских услуг по законченному случаю лечения, реализованные поначалу в рамках пилотных проектов, оптимизацию сети бюджетных медицинских учреждений.

Врачи в 2000-е гг. — это специалисты, работающие на одном месте работы по несколько лет, оценивающие интенсивность собственного труда как высокую, а нагрузку часто как чрезмерную, что снижает качество их труда.

В большинстве своем врачи полагают, что их труд не оценивается по заслугам, а также не зависит или зависит не значительно от таких параметров, как квалификация, личный трудовой вклад, объем, качество и конечные результаты работы.

Большая часть врачей имеет дополнительную работу или хотела бы ее иметь. Трудовая деятельность врачей мотивирована, главным образом, материальными стимулами, приверженностью к профессии и профессиональным развитием, социальной защищенностью и статусом, альтруизмом и состраданием. Взаимоотношения с коллегами и руководством оцениваются скорее со знаком плюс, их важность высоко оценивается врачами, свидетельствует о высоком уровне корпоративной солидарности, хотя не исключает конфликты на рабочем месте.

В конце 2000-х гг. разрабатывается и утверждается Концепция развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. Реформирование системы здравоохранения в 2010-е гг. продолжилось принятием законов «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в ноябре 2010 г., «Об основах охраны здоровья граждан» в ноябре 2011 г., а также реализацией Программ модернизации здравоохранения в 2011—2013 гг.

Реформирование отрасли преследует в том числе и следующие цели:

— выстраивание трехуровневой системы оказания медицинской помощи. Первый уровень — это первичная медико-санитарная помощь шаговой доступности, второй уровень — специализированная экстренная помощь на базе межмуниципальных центров, добраться до которых можно будет за 30—40 минут, и, наконец, третий уровень — это плановая узкоспециализированная высококвалифицированная медицинская помощь с применением самых высокотехнологичных методов, оказываемая в региональных медицинских центрах;

— создание сбалансированной системы здравоохранения и оказания медицинской помощи, основанной на единых требованиях для всех граждан РФ независимо от региона их проживания для нивелирования неравенства доступа медпомощи по территориальному признаку;

— приведение кадровой структуры здравоохранения в соответствие с задачами отрасли, устранение дисбаланса между врачами определенных специальностей;

— усиление первичного звена оказания медпомощи с помощью новых кадров, что позволит разукрупнить участки, привести время приема пациента к обновленному нормативу: 20 минут на взрослого и 40 минут на ребенка. Ситуацию с повышенными нагрузками должна также облегчить внедряемая в рамках программ модернизации информатизация здравоохранения, предусматривающая подключение всех персональных компьютеров медицинского учреждения в единую сеть, всех больниц — к Интернету, тотальную информатизацию систем учета, создание систем единого информационного взаимодействия всех участников здравоохранения, обучение медперсонала. Введение электронного документооборота по замыслу не только повысит качество и обеспечит преемственность медицинской помощи, но и позволит освободить врача от огромного объема бумажной работы;

— внедрение стандартов медицинских услуг, которые должны оказываться при определенном заболевании. Эффективность оказания врачами услуг пациенту

также будет повышаться вследствие наделения последних правом выбора медучреждения и врача. Предполагается, что это подстегнет медиков работать лучше, поскольку величина материального вознаграждения за их труд будет в прямой зависимости от объема оказанной медицинской помощи. Далее указанное нововведение приведет к усилению конкуренции и, как следствие, к улучшению качества медицинского обслуживания;

— совершенствование нормативно-правовой базы, которая бы определяла профессиональную деятельность медицинских и фармацевтических кадров, врача и медицинской сестры, введение аккредитации, что в итоге сделает субъектом права не медицинскую организацию, а врача, который будет сам нести ответственность перед пациентом;

— развитие механизмов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, что позволит государству передать часть выполняемых им услуг в ведение частных медицинских учреждений.

Направленность и динамика реформ предполагает форсированное изменение российской системы здравоохранения, вся тяжесть которого ложится прежде всего на плечи рядового врача. Новый блок реформ, провозглашенных государством, имеет все те же системные недочеты — это недостаточная продуманность этапов реализации, вытекающая отсюда неопределенность необходимых действий со стороны медицинского сообщества, повышение уровня стресса. Но профессия врача во всем мире признается одной из самых стрессогенных, а для России это актуально тем более. О неадекватных вознаграждениях на грузках и попытках создать новую отечественную систему здравоохранения за счет энтузиазма врачей не пишет разве что ленивый.

Следует также подчеркнуть состояние здоровья отечественных врачей, которое оценивается как крайне низкое, как вследствие несоблюдения норм здорового образа жизни, так и по причине издержек профессии. По распространенности профзаболеваемости российские медики занимают 5-е место, опережая даже работников химической промышленности [28]. Уровень смертности медиков в возрасте до 50 лет на 32% выше, чем в среднем по стране, а у хирургов эта цифра доходит до 40% [28].

Дополнительным фактором давления на врачей является отношение к ним пациентов. Как было показано выше, многие годы российское здравоохранение было по существу забыто государством. 1990-е гг. подорвали авторитет отечественного врача. Одной из самых болезненных тем для медиков стала их репутация, уровень которой снижался с каждой новой статьей или телепередачей о «враче-палаче», «рвачах», врачебных ошибках, далеко не всегда имеющих под собой твердую доказательную базу. Пациент стал более требовательным, осведомленным в области своих прав. Его ожидания от деятельности врача значительно возросли, он рассчитывает на большее внимание, индивидуальный подход, тогда как далеко не все врачи готовы это обеспечить вследствие высокой интенсивности труда, загруженности.

Однако и сами врачи признают, что этические установки российских коллег необходимо корректировать. Российские врачи по-прежнему стремятся позиционировать себя как группу, которая ставит во главу угла идеологию служения обще-

ству, однако на деле часто демонстрируют иные этические нормы. В связи со сложившейся ситуацией, когда в стране фактически отсутствует единое понимание врачами и пациентами норм профессионального врачебного поведения, российское сообщество врачей решило модернизировать свой этический кодекс, новый вариант которого был представлен на Всероссийском общественном форуме медицинских работников в 2012 г.

В заключение следует отметить, что современные проблемы в формировании оптимального организационного поведения российских врачей были заложены еще в рамках позднесоветской системы здравоохранения, значительно усугубившись в 1990-е гг. На протяжении нескольких лет врачи как профессиональная социальная группа испытывали кризис и забвение со стороны государственной политики, что привело к появлению и закреплению таких форм организационного поведения, которые не являются оптимальными и желаемыми для российского общества.

Первые существенные меры, предпринятые в рамках российской системы здравоохранения и оказавшие влияние на организационное поведение врачей, связаны с реализацией национального проекта «Здоровье». Не все специалисты отрасли разделяют мнение о высокой эффективности отмеченных реформ, однако большинство признают, что меры по нацпроекту были первым значимым шагом к улучшению не только показателей здоровья нации, но и к оптимизации факторов, влияющих на организационное поведение отечественных врачей. Активные преобразования отечественной системы здравоохранения, сопровождающиеся адекватным финансовым обеспечением, возобновились в 2011—2013 гг. Однако врачи и эксперты в области здравоохранения опасаются, что намеченный курс реформ увеличит нагрузки врачей и в той же мере рассчитан на энтузиазм профессионалов медицины, который они демонстрируют несколько последних десятилетий.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Антонова Н.Л. Обязательное медицинское страхование и пациент: особенности взаимодействия с медперсоналом // Социологические исследования. — 2007. — № 3.
- [2] Белоусов А. Реанимация бесполезна. URL: <http://expert.ru/ural/2012/31/reanimatsiya-bespolezna>.
- [3] Виноградов К.А. Приоритетный национальный проект «Здоровье»: первые итоги // Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 3.
- [4] Всероссийское совещание руководителей органов управления здравоохранением субъектов РФ... Москва, 16 февраля 2007 // Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 4.
- [5] Выздоровление — дело врача, а не пациента // Эксперт. — 2012. — № 22.
- [6] Денисов И., Волнухин А., Резе А. Первичная медико-санитарная помощь в негосударственных ЛПУ // Врач. — 2011. — № 10.
- [7] Журавлева И.В., Иванова Л.Ю. Улучшит ли национальный проект «здоровье» состояние здоровья россияне? // Россия реформирующаяся. — Москва, 2009.
- [8] Здравоохранение и рынок // Общественные науки и современность. — 1998. — № 2.
- [9] Ижаева З. Национальный приоритетный проект «Здоровье»: вопросы реализации и оценка врачей // Власть. — 2008. — № 6.
- [10] Кармадонов О.А. Престиж и пафос как жизненные стратегии социоэкономической группы (анализ СМИ) // Социологические исследования. — 2001. — № 1.
- [11] Королева А. Дорогое здоровье. URL: <http://expert.ru/2013/08/29/dorogoe-zdorove>.

- [12] Мансуров В.А., Юрченко О.В. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе. URL: <http://www.isras.ru/files/File/ezhegodnik/2005/Perspektivi%20professionalizacii.pdf>
- [13] Мотивация врачей и общественная доступность. — М., 2008.
- [14] Мы — люди искусства // Журнал «Огонек». — 05.07.2010. — № 26.
- [15] Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. — М., 2003.
- [16] Новицкая К.Е. Институциональные изменения в здравоохранении, роль субъектов микроуровня. URL: <http://www.isras.ru/files/File/Socis/2006-12/Novizkaya.pdf>
- [17] Пиетилия И., Дворянчикова А.П., Шилова Л.С. Российское здравоохранение: ожидания населения. URL: http://2008.isras.ru/files/File/Socis/2007-05/Pietilya_Dvoryanchikova_Shilova.pdf
- [18] Пузанова Ж.В., Хуртина В.В. Эволюция концепций организационного поведения // Теория и практика общественного развития. — 2014. — № 2.
- [19] Расторгуева Т.И., Проклова Т.Н., Полозова О.В. Знаковые шаги предыстории развития современного этапа здравоохранения // Бюллетень РАМН. — 2012. — № 6.
- [20] Решетников А.В. Социология медицины. — М., 2010.
- [21] Руткевич М.Н. Трансформация социальной структуры российского общества. URL: <http://www.isras.ru/files/File/Socis/2004-12/rutkevich.pdf>
- [22] Скворцова В. Всероссийский общественный форум медицинских работников. URL: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=7154>
- [23] Тернистый путь от системы Семашко к новой модели здравоохранения // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. — 2013. — № 5.
- [24] Тихомиров А.В. Коррупция в здравоохранении // Главный врач: хозяйство и право. — 2009. — № 6.
- [25] Тихомиров В. Врачи без правил. URL: <http://www.kommersant.ru/doc/1394526>
- [26] Хальфин Р.А. Записки замминистра здравоохранения: 42 года в отрасли. — М., 2011.
- [27] Хуртина В.В. Особенности организационного поведения российских специалистов // Вестник РУДН. Серия Социология. — 2013. — № 2.
- [28] Чем страдаете, доктор? // Медицинская газета. — 6 июля 2011 г. — № 50.
- [29] Шкаратан О.И., Иняевский С.А. Профессионалы и менеджеры в сфере занятости — положение и реальное поведение // Социологические исследования. — 2006. — № 12.

PECULIARITIES OF THE ORGANISATIONAL BEHAVIOR OF RUSSIAN DOCTORS

Zh.V. Puzanova, V.V. Khurtina

Sociology Chair

Peoples' Friendship University of Russia

Miklukho-Maklaya str., 10/2, Moscow, Russia, 117198

The article considers the peculiarities of the organizational behavior of Russian doctors and conditions of its formation determined by the development of the national health care system in the Russian and Soviet periods. The authors analyze the changes in the national health care system since the Semashko model that was created in the first years of Soviet power and evolved in the post-war period into a multi-level system of medical care with clearly differentiated structure of services and later into the Soviet model

focusing on specialized outpatient care and large staff of narrowly focused specialists; from the first private medical clinics in the late 1980s to the decline of the sphere in the 1990s and the reforms of the beginning of the XXI century. All stages of the national health care system evolution are the determinants of the Russian doctors' organizational behavior changes, the crisis of professional ethics, the transformations of the professional consciousness from the ideas of service and medical care to the principle of providing medical services. The authors also consider some implications of the national project 'Health' in the contemporary Russia.

Key words: organizational behavior; health care system; health care system reform; the code of ethics.

REFERENCES

- [1] Antonova N.L. Objazatel'noe medicinskoe strahovanie i pacient: osobennosti vzaimodejstvija s medpersonalom // Sociologicheskie issledovanija. — 2007. — № 3.
- [2] Belousov A. Reanimacija bespolezna. URL: <http://expert.ru/ural/2012/31/reanimatsiya-bespolezna>.
- [3] Vinogradov K.A. Prioritetnyj nacional'nyj proekt «Zdorov'e»: pervye itogi // Menedzher zdavoohranenija. — 2007. — № 3.
- [4] Vserossijskoe soveshhanie rukovoditelej organov upravlenija zdavoohraneniem sub#ektov RF.. Moskva, 16 fevralja 2007 // Menedzher zdavoohranenija. — 2007. — № 4.
- [5] Vyzdorovlenie — delo vracha, a ne pacienta // Ekspert. — 2012. — № 22 (805).
- [6] Denisov I., Volnuhin A., Reze A. Pervichnaja mediko-sanitamaja pomoshh' v negosudarstvennyh LPU // Vrach. — 2011. — № 10.
- [7] Zhuravleva I.V., Ivanova L.Ju. Uluchshit li nacional'nyj proekt «zdorov'e» sostojanie zdorov'ja rossijan? // Rossija reformirujushhajasja. — Moskva, 2009.
- [8] Zdavoohranenie i rynek // Obshhestvennye nauki i sovremennost'. — 1998. — № 2.
- [9] Izhaeva Z. Nacional'nyj prioritetnyj proekt «Zdorov'e»: voprosy realizacii i ocenka vrachej // Vlast'. — 2008. — № 6.
- [10] Karmadonov O.A. Prestizh i pafos kak zhiznennye strategii sociojekonomicheskoy grupy (analiz SMI) // Sociologicheskie issledovanija. — 2001. — № 1.
- [11] Koroleva A. Dorogoe zdorov'e. URL: <http://expert.ru/2013/08/29/dorogoe-zdorove>.
- [12] Mansurov V.A., Jurchenko O.V. Perspektivy professionalizacii rossijskih vrachej v reformirujushhemsja obshhestve. URL: <http://www.isras.ru/files/File/ezhegodnik/2005/Perspektivi%20professionalizacii.pdf>
- [13] Motivacija vrachej i obshhestvennaja dostupnost'. — M., 2008.
- [14] My — ljudi iskusstva // Zhurnal «Ogonjok». — 05.07.2010. — № 26.
- [15] Neformal'nye platezhi za medicinskiju pomoshh' v Rossii. — M., 2003.
- [16] Novickaja K.E. Institucional'nye izmenenija v zdavoohranenii, rol' sub#ektov mikrourovnja. URL: <http://www.isras.ru/files/File/Socis/2006-12/Novizkaya.pdf>.
- [17] Pietilja I., Dvorjanchikova A.P., Shilova L.S. Rossijskoe zdavoohranenie: ozhidaniya naselenija. URL: http://2008.isras.ru/files/File/Socis/2007-05/Pietilya_Dvoryanchikova_Shilova.pdf.
- [18] Puzanova Zh.V., Hurtina V.V. Jevoljucija koncepcij organizacionnogo povedenija // Teorija i praktika obshhestvennogo razvitija. — 2014. — № 2.
- [19] Rastorgueva T.I., Proklova T.N., Polozova O.V. Znakovyje shagi predystorii razvitija sovremen-nogo jetapa zdavoohranenija // Bjulleten' RAMN. — 2012. — № 6.
- [20] Reshetnikov A.V. Sociologija mediciny. — M., 2010.
- [21] Rutkevich M.N. Transformacija social'noj struktury rossijskogo obshhestva. URL: <http://www.isras.ru/files/File/Socis/2004-12/rutkevich.pdf>.
- [22] Skvorcova V. Vserossijskij obshhestvennyj forum medicinskih rabotnikov. URL: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=7154>.

- [23] Ternistyj put' ot sistemy Semashko k novej modeli zdravoohranenija // Bjulleten' Vsemirnoj organizacii zdravoohranenija. — 2013. — № 5.
- [24] *Tihomirov A.V.* Korrupcija v zdravoohranenii // Glavnyj vrach: hozjajstvo i pravo. — 2009. — № 6.
- [25] *Tihomirov V.* Vrachi bez pravil. URL: <http://www.kommersant.ru/doc/1394526>.
- [26] *Hal'fin R.A.* Zapiski zamministra zdravoohranenija: 42 goda v otrasli. — M., 2011.
- [27] *Hurtina V.V.* Osobennosti organizacionnogo povedenija rossijskih specialistov // Vestnik RUDN. Serija Sociologija. — 2013. — № 2.
- [28] Chem stradaete, doktor? // Medicinskaja gazeta. — 6 ijulja 2011g. — № 50.
- [29] *Shkaratan O.I., Injasevskij S.A.* Professionaly i menedzhery v sfere zanjatosti — polozhenie i real'noe povedenie // Sociologicheskie issledovanija. — 2006. — № 12.