

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ

© А.В. РЕШЕТНИКОВ, 2013
УДК 614.255.5-058

А.В. Решетников

СОЦИОЛОГИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ЧАСТЬ III)

НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГБОУ ВПО
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; 119021, Москва, Россия

Для определения статуса врача в системе ОМС необходим комплексный подход к изучению различных составляющих этого статуса в контексте направленности изменений в здравоохранении в целом.

Статус врача определяется не только официальной позицией медицинской профессии, но и позиционированием этой профессии внутри различных социальных отношений, в которые вступает врач в процессе своей трудовой деятельности.

Отсюда важнейшей задачей медико-социологического мониторинга является выявление и анализ процессов, связанных с основными составляющими статуса врача, по мнению самих медицинских работников, для выработки адекватных управленческих решений.

Ключевые слова: *статус врача в системе ОМС, составляющие статуса врача, престижность профессии врача, экономическая составляющая статуса врача, профессионально-должностная составляющая статуса врача, социально-психологическая составляющая статуса врача, медико-социологический мониторинг, удовлетворенность трудовой деятельностью*

A. V. Reshetnikov

THE SOCIOLOGY OF MANDATORY MEDICAL INSURANCE: PART III.

The research institute of sociology of medicine, health economics and medical insurance of The I.M. Sechenov first Moscow medical university of Minzdrav of Russia, 119021, Moscow, Russia

To determine the status of physician in the system of mandatory medical insurance a complex approach is needed in studying different components of this status in the context of directions of changes in public health in general. The status of physician is determined by both official position of medical profession and by positioning of this profession within different social relationships of physician in the process of one's professional activities. Hence, according opinion of medical workers themselves, the most important task of medical sociological monitoring is the detection and analysis of processes related to main components of physician status to further elaborate adequate managerial decisions.

Key words: *physician status, mandatory medical insurance, system, components of physician status, prestigiousness of physician profession, economical component of physician status, professional official component of physician status, social psychological component of physician status, medical sociological monitoring, satisfaction of labor activity*

Содержание

1. Статус врача и его составляющие.
2. Ключевые точки мониторинга показателей, характеризующих статус врача в системе ОМС.

Темы и проблемы

Одно из направлений структурных преобразований системы здравоохранения — разработка эффективной системы мониторинга тенденций в поведении субъектов этой сферы для выработки адекватных управленческих решений. При этом статус врача в системе ОМС следует рассматривать не изолированно в рамках самой системы, а в контексте направленности изменений в здравоохранении в целом. Это обуславливает необходимость комплексного подхода к анализу статуса врача в системе ОМС с точки зрения его включенности в структуры здравоохранения.

Статус врача в системе здравоохранения определяется в первую очередь официальной социальной позицией этой профессии, формируемой государственной политикой (образование, официальная тарифная сетка, официальный престиж профессии и т. д.). Статусную позицию врача можно описать через статистическую

информацию, показывающую место профессии в существующей властной иерархии, которая определяется прежде всего ее экономическим статусом.

Большое влияние на понимание и оценку качества работы оказывают реальные действия врача и позиционирование этой профессии внутри различных социальных отношений, складывающихся вокруг этой профессии (врач — пациент, врач — администрация, врач — общество).

1. Статус врача и его составляющие

Социальный статус врача — совокупность прав и обязанностей, социальных ожиданий, форм и объемов материального и морального вознаграждения, устойчивых нормативных форм поведения, которые обуславливаются особенностями функционирования здравоохранения как социального института. Если статусная позиция характеризует место в социальном пространстве, то социальная роль отражает реальное поведение индивида в пределах, предписанных статусом.

Применительно к системе ОМС социальную роль можно рассматривать как варианты поведения врача, доступные для него в данной статусной позиции. Активная составляющая статуса врача, действия, осуществляемые

в пределах статусной позиции (достижение, реализация и изменение статуса), являются определяющими в характеристике его положения в системе ОМС.

Можно выделить следующие составляющие статуса врача:

1. Экономическая (экономический контекст врачебной деятельности, эффективность экономического стимулирования, структура текущих доходов, уровень и принципы оплаты труда, дополнительные работы и зарплата (официальная и теневая), стратегия повышения уровня зарплаты как показатель успешности деятельности врача).

2. Профессионально-должностная (профессиональная карьера в статусе врача, притязания, успех, трудовая мобильность, удовлетворенность своим квалификационно-должностным статусом).

3. Престижность (уровень оплаты труда, возможность переподготовки и повышения квалификации, место работы, опыт врачебной деятельности, мнение коллег-профессионалов, уровень образования, квалификация, коммуникации в среде здравоохранения и вне ее, доступность имущественных благ и привилегий, материальное вознаграждение, возможность решения бытовых проблем, возможности поддержания здоровья и своевременная диагностика и лечение заболеваний).

4. Социально-психологическая (адаптация в коллективе медицинского учреждения, должностной рост в лечебном учреждении, объем получаемых доходов, оснащенность рабочего места, авторитет в глазах коллег и пациентов, отношения с пациентами, отношения с коллегами, отношения с администрацией, опыт и стаж работы, количество наград и поощрений, дополнительное образование, дополнительная нагрузка, коммуникационные каналы).

Поскольку составляющие статуса врача имеют различную природу и достаточно многообразны по содержанию, ниже рассмотрим некоторые из них в качестве самостоятельных элементов.

1.1. Характеристики экономической составляющей статуса врача

Важнейшая задача медико-социологического мониторинга — выявлять и измерять процессы того, как вписывается врач в новую структуру социально-экономических отношений, порожденную системным реформированием здравоохранения. Эти данные могут помочь как практикующему врачу, чья квалификация, знания и умения давно переросли средний уровень, так и молодому специалисту, перешагнувшему порог медицинской организации (МО), принимать решения в соответствии со складывающимся экономическим спросом на эти качества. Только вероятность узнать, увидеть и оценить возможности своего карьерного роста позволяет активно повышать свое материальное благополучие и стимулировать себя к его достижению, прилагая максимум усилий для выбора и реализации профессиональных и карьерных целей, и, следовательно, быть психологически удовлетворенным и защищенным.

Экономический контекст врачебной деятельности. В рыночных условиях экономическое стимулирование любого вида деятельности (в том числе врачебной) оказывается ключевым регулятором динамики спроса и предложения. Неадекватная оценка труда может негативно сказываться как на качестве медицинского обслуживания и утечке квалифицированных кадров, так и на численности и составе пациентов. Именно поэтому

необходимо внимательное и тщательное тестирование составляющих материального вознаграждения занятых в здравоохранении специалистов.

Одним из ключевых параметров социально-экономического статуса врачей в системе ОМС является их материальное положение. В исследовании материального положения обычно учитываются две составляющие: текущие доходы и имеющийся уровень благосостояния, характеризующийся обеспеченностью предметами длительного пользования. Обе составляющие выражаются через объективные статистические показатели и субъективные оценки удовлетворенности.

Системный анализ материального положения также предполагает изучение влияния внешних и внутренних факторов. Опрос экспертов позволил выделить в качестве основных факторов экономический контекст функционирования системы ОМС и поведенческие стратегии самих врачей. Экономические проблемы функционирования системы ОМС определяются высоким уровнем утраченной выгоды для муниципальных МО вследствие обращения пациентов в платные (частные) медицинские учреждения. Утраченная выгода может рассматриваться в двух аспектах: как потеря потребителя (которому не предоставляют медицинскую помощь и за которого, соответственно, не получают средства ОМС) и как конкуренция за врачей-специалистов.

Эффективность экономического стимулирования. Косвенным образом охарактеризовать эффективность экономического стимулирования и динамику материального положения медицинских работников могут статистические показатели занятости. По этой причине в мониторинг необходимо включить: данные о текучести кадров (оборот по приему, оборот по увольнению, общий оборот), прежде всего специалистов до 40 лет, среднее количество ставок на одного врача, средний возраст врачей, средний стаж работы в данном МО.

Не менее важно учесть и мотивационные факторы: желание сменить работу, непосредственный поиск другого места работы, предпочтения работы по форме собственности работодателя, уровень удовлетворенности текущей работой (заработная плата, интенсивность труда, перспективы карьерного и профессионального роста). Изучение мотивационных факторов поможет вскрыть потенциал трудовой мобильности, в частности высокий процент неудовлетворенных своим материальным положением и желающих сменить место работы заставляет молодых специалистов искать иные места работы.

Структура текущих доходов. В системе ОМС главные проблемы связаны с оплатой труда врачей: ее размером, составными частями, порядком начисления. Помимо таких стандартных показателей, как максимальный, минимальный и средний размер заработной платы, важной характеристикой статуса является удовлетворенность оплатой труда. В удовлетворенности оплатой труда выделяют объективно-экономическую и субъективно-психологическую стороны. Экономическая удовлетворенность сводится к покупательной способности получаемой заработной платы и сопоставлению их со средним московским уровнем.

Эмпирическими индикаторами экономической удовлетворенности выступают структура расходов семьи врача по таким статьям, как расходы на питание, одежду, обувь, транспорт, жилищно-коммунальные платежи, наличие долгов (кредиты, ипотека, в том числе задолженности по ЖКХ), размер и характер дополнительных заработков, особенно не по специальности.

Психологическая удовлетворенность заработной платой оценивается с точки зрения ее соответствия мере ответственности за принимаемые решения, моральной нагрузке от общения с больными и затратам времени и усилий на образование и повышение квалификации. Женщины-врачи, которых большинство в московских больницах и поликлиниках, чаще обращают внимание на моральные нагрузки работы с пациентами.

На проблемы в психологической удовлетворенности будут указывать недостаточная разница в среднем заработке между категориями и, наоборот, высокая дифференциация внутри категорий, размер прибавки к заработной плате после получения новой специализации. В качестве анкетных индикаторов можно рекомендовать желаемый (т.е. справедливый с точки зрения врача) размер заработной платы.

Оплата труда. Экспертные интервью показали, что принадлежность МО к системе ОМС не означает автоматически единообразия в подходах к оплате труда. Заработная плата врача складывается из следующих компонентов:

1. Бюджетного финансирования по линии органов управления здравоохранением — тарифной ставки с надбавками за категорию, стаж работы на одном месте, дополнительную специализацию, вредные для здоровья виды работ (например, лазерную терапию).

2. Начислений по ОМС, которые выплачиваются в виде премий или надбавок к заработной плате.

3. Надбавка из внебюджетных средств (если таковые имеются у МО), в том числе начисления по ДМС.

Одной из задач мониторинга должно стать измерение роли надбавок и премий в качестве экономических стимулов. Исследование материального вознаграждения работников также должно предусматривать рассмотрение дополнительных льгот, например, предоставление жилья, обеспечение проездными документами, бесплатным питанием и т. п.

Дополнительные заработки. Напомним, что в структуре текущих доходов были выделены дополнительные заработки. Все врачи, принимавшие участие в экспертных интервью, были единодушны в том, что дополнительные заработки необходимы, и этим занимаются абсолютно все врачи. Со статусной точки зрения важно классифицировать дополнительные заработки на соответствующие и не соответствующие специальности. Преобладание заработков неврачебного характера свидетельствует о низкой статусной позиции.

Структура дополнительных заработков включает:

- совмещение ставок;
- работа в других (чаще всего негосударственных) МО;
- частная практика;
- сетевой маркетинг лекарств зарубежных производителей.

Анализ способов дополнительного заработка должен включать такие показатели, как распространенность каждого из способов, их доля в структуре доходов врача, влияние на престиж в профессиональной среде и отношение администрации МО к дополнительным заработкам своих сотрудников. При этом следует всегда иметь в виду, что если врач работает и подрабатывает, то это сказывается на уровне лечения. Поэтому врач должен иметь нормальный рабочий день и получать за это достойную оплату, а не искать, где подработать в свободное время.

Стратегии заработка как показатели успеха. В современной социологической теории статус определяется не только размером и структурой доходов, но и

стратегиями достижения соответствующего материального положения (т.е. поведенческими стратегиями). В самом общем виде поведенческие стратегии можно сгруппировать как индивидуальные и семейные. Индивидуальные стратегии делают акцент на личных усилиях самого врача, например, смена места работы, поиск дополнительных заработков, обучение современным методам диагностики и лечения и т. п. Данные стратегии можно описать и как активные. Пассивные индивидуальные стратегии заключаются в обращении за материальной помощью в органы социальной защиты, благотворительные фонды или профсоюзные организации. Семейные стратегии сосредоточены на помощи родственников или использовании семейных ресурсов, например, сдачи в аренду квартиры, продажи дорогостоящих вещей, работы на приусадебном участке.

Поведенческие стратегии разделяются на стратегии экономии и стратегии дополнительных заработков. Стратегия дополнительных заработков рассматривалась выше. Основными признаками стратегии экономии являются смена места жительства на более дешевое, уменьшение расходов на питание, одежду, отдых, воспитание детей и т. д.

Конечным результатом анализа поведенческих стратегий врача станет развернутая типология достигнутых статусов, которая позволит выделить вес социально успешных и неуспешных стратегий.

1.2. Характеристики профессионально-должностной составляющей статуса врача

Должностной и квалификационный статус врача определяет его место в организации как профессионала. Через совокупность предписаний и норм, соответствующих тому или иному статусу, устанавливаются относительно жесткие формы трудового поведения.

Типичной формой статусного ролевого поведения является профессиональная карьера, которая характеризуется образцами социально-профессиональных достижений, престижными статусами, с одной стороны, и соответствующими методами и средствами их достижения — с другой. Это сознательно выбранный и реализуемый человеком путь профессионального или должностного продвижения, результат которого — достижение определенного "желаемого" статуса.

Профессиональную карьеру врача определяет множество факторов, влияющих на его должностной и квалификационный статус (полученное образование, уровень материальной обеспеченности, связи и т. д.). В конечном счете это проявляется в истории трудовой деятельности, которая непосредственно связана с изменениями трудового статуса (в связи с изменением места работы, должности, профессии, формы занятости и т. п.). Это информация о профессионально-должностных позициях врача для каждого отрезка трудовой биографии (место профессионально-должностной позиции с точки зрения властных отношений и квалификации, индекс престижа для каждой профессионально-должностной позиции). Подобные данные можно интерпретировать как оценку направления движения человека — вверх или вниз, причем не столько относительно всех остальных, сколько относительно самого себя. Если индекс престижа предыдущего отрезка трудовой деятельности меньше последующего, то говорят о восходящей трудовой мобильности на индивидуальном уровне, если больше последующего, то речь идет о нисходящей мобильности, если же уровень примерно

тот же, значит мобильность горизонтальная или вовсе отсутствует.

Поскольку активность человека регулируется системой ценностных ориентаций, которые формируют отношение к себе и проявляются в стратегии их реализации, в основу исследования жизненных притязаний следует поместить одну из важнейших характеристик личности — ценностные ориентации.

Если говорить о специфике трудовой карьеры врача, то она определяется рядом факторов. Во-первых, быстрым устареванием получаемых знаний и, как следствие, необходимостью в постоянном повышении профессионального уровня (переобучение, повышение квалификации и пр.). В частности, неотъемлемым "атрибутом" профессии врача является повышение квалификационного статуса. Во-вторых, официальные показатели профессионального роста врача существенно не дифференцированы и фактически сводятся к делению на врача первой, второй и высшей категории. В связи с этим в сфере здравоохранения вырабатываются специфические показатели социальной (или организационной) квалификации врача, которые определяются его местом в социальной сети МО и в неформальной социальной структуре.

В профессиональной карьере врача (в том числе в системе ОМС) определяющей считается горизонтальная карьера. В результате карьерные притязания, реализуемый путь профессионального и должностного продвижения, следствием которого является достижение определенного статуса, смещаются в другую сферу: на работу в частных клиниках, в страховых компаниях, смежных сферах деятельности (например, фармакологии), в преподавательскую карьеру, работу за рубежом и т.д. Так, одним из критериев профессионального уровня врача могут выступать ученая степень, наличие публикаций, преподавание в вузе и пр., которые в свою очередь позволяют врачу претендовать на более высокие статусные позиции. Индивидуальную карьерно-должностную статусную позицию следует рассматривать одновременно в нескольких плоскостях: по основному месту работы и дополнительной работе.

Если говорить в целом о системе ОМС, то она не оказывает существенного воздействия на квалификационно-должностной статус врача, который фактически никак не отражен в этой системе. В первую очередь это проявляется в отсутствии в системе ОМС механизмов стимулирования трудовой карьеры специалиста. Сама по себе система поощрений может не только рассматриваться с точки зрения индивидуальных "корыстных" целей врача, но и выступать символом профессиональных достижений, являться целью (результатом) сама по себе. С одной стороны, заинтересованность в повышении профессионализма в рамках ОМС очевидна: чем выше квалификация, тем шире возможный перечень оказываемых услуг и качество обслуживания. С другой стороны, на практике этого не происходит (во всяком случае в рамках ОМС) как в силу объективных или условно объективных причин (например, из-за оснащенности МО, проблем финансирования МО в целом, существующих нормативов в ОМС и т.д.), так и субъективных, определяющихся личностно-мотивационной сферой врача (его притязаниями, шкалой ценностей, этическими и культурными моментами).

Наконец, можно предположить, что в системе ОМС механизмы "выталкивания" врачей из МО преобладают над механизмами "притяжения". Появляются новые возможности более благоприятного трудоустройства

(в первую очередь из-за разницы в зарплате), например в частных клиниках и страховых компаниях.

Единственная статусно-должностная фигура, нашедшая отражение в системе ОМС, — главный врач. В частности, эти характеристики отражаются в закрепленных ОМС функциональных правах и обязанностях главного врача (распределение средств ОМС внутри лечебного учреждения, стимулирование работников и пр.). Фигура главного врача, с одной стороны, может служить для рядового специалиста социально значимым ориентиром в определении собственного статуса, а с другой — фактором квалификационно-должностного продвижения.

Существенным моментом целеполагания в достижении трудового статуса врача являются представления об успехе. Успех — это не просто случай или удача. Он должен быть ценностно поддержан обществом и сопровождаться эквивалентной моделью подкрепления и вознаграждения. В структуре представления об успехе можно выделить три ключевых момента:

- успех оценивается (следовательно, существует некая система мер);
- успех отмечается (следовательно, существует набор знаков и символов, определяющих это понятие);
- успех признается (следовательно, существует "жюри", которое и дает оценку).

Все эти критерии оценки входят в структуру мотивации человека, направляют его активность и ложатся в основу стратегии достижения карьерного роста.

1.3. Престижность профессии врача в социальной иерархии

Система ОМС внесла немаловажные изменения в существующую иерархию профессий в МО. Новое время требует от практикующего врача переосмысления его работы, освоения новых сфер профессиональной деятельности, которые в большей степени соответствуют изменившимся условиям жизни. Достаточно ярким показателем реальной престижности той или иной специализации может служить частота их смены в МО. Наиболее предпочтительные специальности в конкретный период времени и следует считать престижными. Интересно проследить, какие новые специальности выбирают врачи разных поколений, работающие в одном МО, и сравнить эти шкалы с общей иерархией ценностей и значимости профессий.

Престижной может быть не только специальность (специализация), но и само место работы. Чаще всего это коммерческая структура, платное (частное) МО или что-то иное, что можно назвать альтернативой бюджетным лечебным учреждениям. Врачи имеют возможность больше заработать в таких областях, как стоматология, гинекология, дерматовенерология, эндохирургия (в том числе и хирургические операции), где все услуги в большинстве своем платные. По мнению экспертов, в связи с малой оплатой врачи уходят в коммерческие медицинские учреждения, так как там нужна полная занятость, а в поликлиниках, стационарах они работают постольку, поскольку не смогли найти другого места.

Помимо материального фактора (оплаты труда), важен и социально-психологический фактор — удовлетворенность своей работой, возможность наиболее полно реализовать себя в профессиональной сфере. Безусловно, материальный фактор является основополагающим в определении престижности профессии, но вместе с тем в изменившихся условиях (с появлением системы ОМС) материальный фактор, как элемент рыночных отношений, заметно усложнил взаимоотноше-

ния врача с пациентом. По мнению экспертов, стала реальной ситуация, в которой рядовые врачи смотрят на больного как на имеющего или не имеющего средства.

Индикаторы престижа в измерении экономического спроса. Серьезную проблему с врачебными кадрами в государственных МО создает переход лучших специалистов в коммерческие (частные). Поскольку есть предложение, существует и спрос, но он ограничен. Среди этих ограничений — возрастные рамки (предпенсионный или слишком юный возраст врачей), квалификационные и профессиональные требования (наличие особого образования, достаточный стаж работы, высокая квалификация, дефицитная специализация). В определенной степени учитываются и индивидуальные качества специалиста — умение качественно выполнять свою работу, быть занятым полный рабочий день, готовность к свободным, без ограничений перемещениям.

Текущая численность (не обязательно старых) кадров и приток новых сотрудников (не обязательно молодых) является еще одним показателем престижности профессии врача. Статистические данные по текучести кадров и смене опытного состава на новичков в московских МО позволяют лучше понять, какие из существующих специальностей наиболее дефицитные, а какие не пользуются большим спросом и врачи не стремятся овладеть ими. При этом не всегда речь идет о дефиците среди потребителей. Подчас получается наоборот, наиболее дефицитные специальности (например, участковые терапевты) оказываются самыми непрестижными. Дефицит в данном контексте складывается на рынке специальностей, а не на рынке врачебных услуг.

Кроме перехода на другую работу, в МО существует и естественный отток кадров, например выход на пенсию. Важно отслеживать, какой возрастной состав имеется на тех или иных врачебных должностях, какие из них предпочитают выбирать врачи определенного возраста — молодые специалисты, врачи среднего и (или) более старшего поколения. Подобное возрастное картографирование поможет понять и частоту смены профиля работы, и специализацию. Можно предположить, что определенную специфику векторы профессиональной мобильности будут иметь в каждом районе (регионе) в зависимости от социально-демографического и соответственно престижного профиля проживающего там населения.

Индикаторы престижа в измерении доступности привилегий. К привилегиям можно отнести часто упоминаемые врачами, участниками экспертного опроса, курсы повышения квалификации или переподготовки. Своеобразным индикатором доступности привилегий может служить использование служебного транспорта. Существует и такой вид привилегий, как получение льготных путевок в оздоровительные учреждения, туристические поездки и т. д. В ходе мониторинга интересно будет узнать, насколько часто МО получают такие путевки и между кем они распределяются. Важно будет проследить также, насколько реализуются (там, где они есть) права специалистов МО на бесплатное лечение и специализированные процедуры.

О резком социальном расслоении специалистов внутри МО говорили многие опрошенные нами эксперты. Как ни парадоксально, обостренное чувство ответственности за качество своей работы испытывают низкооплачиваемые специалисты — практикующие врачи, в отличие от страховых специалистов, которые контролируют их работу и непосредственно не контактируют с пациентами. Выходит, что врач, имея колоссальный груз ответ-

ственности, получает настолько незначительное материальное вознаграждение, что оно не всегда компенсирует его физические, интеллектуальные и духовные усилия.

Индикаторы престижа в измерении ценностей. Престиж профессии врача предполагает выраженность иерархии ценностей и то место, которое она занимает среди них. Индикаторами ценностного позиционирования является все то, что врач описывает как достойную работу, достойную жизнь, как задает их горизонт, верхнюю планку, к которым он стремится, и то, как оценивает имеющийся потенциал для их реализации. Экспертный опрос врачей показал, что центральное место в ценностном позиционировании занимают достойное материальное вознаграждение, возможность получения премий за качественную работу, нахождение путей решения жилищного вопроса, проведение мероприятий по оздоровлению самочувствия в коллективе.

1.4. Социально-психологическая составляющая статуса врача

Влияние уровня доходов врача на психологический климат в коллективе медицинского учреждения. Практически каждый врач, работающий в системе ОМС, вынужден работать на двух или более ставках, оставаться на дополнительные дежурства (в том числе и в праздничные дни) в стационаре и т. д. Естественно, что такая загруженность врача сказывается на качестве лечения, психологическом состоянии врача в коллективе. Нередко главные врачи не возражают против работы лечащих врачей на дополнительных ставках. Администрацию вполне устраивает сложившаяся ситуация.

Низкий уровень доходов практикующих врачей вынуждает их говорить о собственной зарплате как о самой первоочередной проблеме. В настоящее время проблема поиска доходной работы или дополнительного заработка, особенно для молодых специалистов, которые не имеют необходимого опыта работы, очень актуальна. В связи с этим вполне объяснима и такая насущная проблема, как текучесть кадров, которая влияет на психологический климат в коллективе и статус каждого врача внутри него.

Отношения с администрацией медицинского учреждения и их влияние на психологический климат в коллективе. Огромное влияние на положение врача в коллективе оказывают отношения с администрацией лечебного учреждения. Чаще всего можно говорить о "доверительных" отношениях с администрацией, иногда о взаимопомощи.

Однако подобное взаимопонимание между администрацией лечебного учреждения и его персоналом существует далеко не всегда. Врачи редко говорят о хороших отношениях с главными врачами — "управленцами", так как последние, по их мнению, не понимают специфики работы врача и не входят в его положение.

Иногда администрация лечебного учреждения пользуется "безвыходным" положением сотрудников для увеличения влияния и манипулирования ими. Врач делает все ради работы, чтобы не потерять свое место. Естественно, что в таких ситуациях сложно говорить о неформальных отношениях между администрацией и врачами. Врачи из таких коллективов отличались скованностью, они тщательно обдумывали свои ответы, боясь сказать что-нибудь лишнее, что могло бы ухудшить их более или менее стабильное положение в коллективе.

Отношения с пациентами и их влияние на статус врача в коллективе медицинского учреждения. Отношения с пациентами — один из важных показателей статуса леча-

щего врача. Поддержание этого статуса в глазах людей, проходящих лечение, сопряжено с целым рядом психологических моментов. Одно дело понимать, что работать приходится с больными людьми, другое дело поддерживать эти отношения на терпимом и спокойном уровне.

Обычно на статус врача в рабочем коллективе подобные конфликты оказывают незначительное влияние, так как большинство коллег с пониманием относятся к такого рода проблемам. Другое дело, когда конфликты между лечащим врачом и пациентами возникают с определенной периодичностью или вопрос стоит о качестве оказываемых услуг по вине врача. В ходе проведения экспертного интервью врачи говорили о существовании "круговой поруки" во врачебной среде, объясняя ее абсолютной незащищенностью врача перед официальной страховой политикой. Однако этот принцип работает только до определенного предела — некомпетентный врач изгоняется из коллектива.

Администрация МО относится к возникающим конфликтам неоднозначно. Приветствуются удачные выходы из конфликтов, когда их удается локализовать на уровне врач—пациент. Если этого не происходит, то в ситуацию вовлекается главный врач. Когда подобные конфликты случаются часто, это может повлиять на отношения лечащего врача с администрацией. Неспособность врача найти общий язык с пациентом характеризует его недостаточную профессиональную подготовку. Врач, не понимающий психологического состояния пациента, вообще не может стать истинным врачом в лучшем смысле этого слова.

Информированность и ее влияние на социально-психологическое состояние коллектива. Большое влияние на формирование нормального (здорового) психологического климата в коллективе и соответственно удовлетворенность трудом врачей оказывает уровень информированности. Важно знать, по каким каналам (формальным или неформальным) получают врачи информацию о ситуации в лечебном учреждении, перспективах карьерного роста, причинах и направлениях кадровых перемещений, изменениях в заработной плате, дополнительных возможностях заработка и т. д. Проведение экспертного опроса показало, что врачи редко владеют достаточным количеством информации, часто довольствуясь слухами и обрывочными сведениями о том, почему они получили именно такую зарплату, какую долю в ней занимают бюджетные, а какую страховые выплаты. По их мнению, все эти вопросы остаются исключительно в компетенции главных врачей и заведующих отделениями. Главные врачи со своей стороны поддерживают такой порядок вещей; они, как правило, знают о недостаточной осведомленности своих сотрудников, но не считают нужным исправлять ситуацию.

2. Ключевые точки мониторинга показателей, характеризующих статус врача в системе ОМС

Экспертные интервью показали значительную зависимость социально-экономического статуса врача от специфических внутренних и внешних факторов, диктуемых ситуациями, которые складываются не только в самой МО, но и обществе. Определить влияние этих факторов возможно только после проведения количественного пилотажа и расчетов степени вариации и значимости внутренних и внешних факторов между отдельными МО. Следующий этап — построение эмпирической модели мониторингового исследования, основанной на пилотажных данных.

Первый пилотный социологический опрос медицинских работников МО Москвы был проведен в 2006 г. С 2006 г. по настоящее время данные исследования проводятся ежегодно в рамках Программы медико-социологического мониторинга Московского городского фонда ОМС (МГФОМС). Цель исследований — изучение удовлетворенности медицинских работников различными аспектами их трудовой деятельности, а также анализ отдельных показателей, характеризующих статус врача в системе ОМС.

На этапе мониторинговых исследований основным методом сбора данных стал анкетный опрос. Анкетирование медицинских работников проводится непосредственно на рабочем месте.

При проектировании выборки используются статистические данные, характеризующие генеральную совокупность, а именно общую численность врачей, работающих в МО системы ОМС Москвы, а также численность врачей в разрезе административных округов. Эти данные принимаются за основу при квотировании выборочной совокупности.

В медико-социологических опросах, проводимых в МО Москвы, принимают участие врачи-терапевты, врачи-специалисты и заведующие отделениями.

Подавляющее большинство (81,6%) респондентов — женщины, что типично для коллективов медицинских учреждений. Средний возраст опрошенных варьирует в пределах от 41 года до 60 лет, что также характерно для кадрового состава медицинских учреждений, работающих в системе ОМС.

Более 1/3 опрошенных имеют общий стаж работы от 25 лет и больше, порядка 80% респондентов работают в сфере здравоохранения более 10 лет. Вместе с тем удельный вес молодых специалистов, проработавших в здравоохранении не более 1 года, составляет всего 1,1%. По данным исследования, опрошенные врачи редко меняют место работы: чуть меньше половины респондентов (специалистов) постоянно работают в одном МО более 10 лет.

Важно подчеркнуть, что 43,7% опрошенных имеют высшую квалификационную категорию, 18,2% — врачи I категории, около 1/3 респондентов не имеют квалификационной категории.

Известно, что врачи должны лично нести ответственность за свое профессиональное совершенствование и поддержание уровня клинической квалификации, личностных качеств и знаний, необходимых для оказания эффективной и безопасной медицинской помощи. Исследование включало ряд вопросов, позволяющих получить информацию об уровне подготовки врачей. Почти все опрошенные специалисты прошли подготовку на курсах повышения квалификации. Из них 90,9% учились на курсах менее 5 лет назад, 44,8% — в прошлом и текущем годах, т. е. уровень профессиональной подготовки специалистов постоянно повышается. При этом большинству врачей не пришлось тратить на это свои личные средства, так как полностью или частично руководство поликлиник оплатило курсы 60,5% опрошенных врачей.

Социально-статусное распределение респондентов позволило выявить ряд проблем, влияющих на эффективность трудового процесса, в частности таких, как нехватка молодых специалистов в медицинских учреждениях и относительно невысокий уровень дохода в семьях медиков. Отмечено, что медицинские работники имеют высокую квалификацию, в повышении которой медицинское учреждение принимает активное участие.

Ценностные ориентиры врачей. Престижность врачебной профессии и удовлетворенность работой в оценках медицинских работников. Исследование включало вопросы, посвященные ценностным ориентирам врачей. Один из них был сформулирован следующим образом: "какие качества Вы считаете наиболее важными для врача?" Анализ ответов респондентов показал, что на первом месте (83,5%) стоит профессионализм. Важными качествами, по мнению врачей, являются также практический опыт и высокий уровень знаний по специальности (72,1 и 67,8% соответственно). Далее по значимости располагаются заинтересованность в качестве своей работы (61%) и соблюдение профессиональной этики (48,2%). Таким образом, врачи отдают предпочтение профессиональным качествам, характеризующим их как специалистов. Отметим, что чем выше стаж работы в сфере здравоохранения, тем больше респондентов высказывают мнение о важности практического опыта.

Другой вопрос был направлен на выявление ценностного веса различных параметров работы врача. На вопрос "что Вам дает работа?" 74,9% респондентов ответили, что работа дает им ощущение полезности своего труда. На втором и третьем месте стоят варианты ответов "средства для существования" (63,7%) и "возможность полностью реализовать свои профессиональные навыки" (43,1%). Десятая часть (10,2%) ответов приходится на "авторитет и уважение коллег" и только 2,6% ответивших связывают свою работу с "хорошей должностью и перспективами дальнейшего профессионального роста".

Большинство опрошенных медицинских работников (70,4%) считают свою профессию престижной. Среди причин выбора данной сферы деятельности преобладает интерес к самой специальности (75,2%) и в некоторой степени советы родителей (18,9%). Довольны выбором профессии 80,3% респондентов, при этом 19,9% из них сменили бы врачебную специализацию (сюда входят врачи-терапевты и врачи-специалисты). Лишь 6,5% врачей выбрали бы другую профессию, если бы им представилась такая возможность.

Врачи ценят свой статус в обществе, любят свою профессию, не жалеют о сделанном выборе. Это необходимая основа для того, чтобы медицинские работники ощущали свою полноценность, востребованность в обществе, имели возможность и желание приносить людям пользу.

Удовлетворенность работой. Большинство опрошенных врачей (67,5%) в целом удовлетворены своей работой, 20,4% не удовлетворены, а 12,1% врачей затруднились ответить. Анализ степени удовлетворенности работой в разрезе профессионально-должностных групп показал, что больше всего врачей, удовлетворенных своей работой, среди заведующих отделениями (79,2%). Меньше всего довольны своей работой участковые врачи-терапевты (63,9%), несмотря на систему мотивационных мер, принятых в последние годы для привлечения врачей в участковую терапевтическую службу.

Для более детального анализа респондентам был задан ряд уточняющих вопросов об их удовлетворенности различными аспектами их профессиональной деятельности. Обзор этих данных позволяет говорить о достаточно высокой степени удовлетворенности большинством анализируемых позиций.

Больше всего врачи удовлетворены занимаемой должностью (82,9%), взаимоотношениями в коллективе (82,2%) и стилем руководства главного врача (76,9%). Более низкий уровень удовлетворенности от-

мечен по таким показателям, как система материального и морального вознаграждения, возможность служебного роста и престиж лечебного заведения.

Условия труда. Условия труда являются важным фактором, существенно влияющим на эффективность работы. Несмотря на то что почти 70% опрошенных удовлетворены условиями труда, воздействие неблагоприятных факторов в процессе профессиональной деятельности испытывают 75,5% медицинских работников. В процессе анализа данных опроса были выделены следующие факторы, негативно влияющие на эффективность работы врачей:

- высокое психологическое напряжение (61,6%),
- неблагоприятный температурный режим (14,2%),
- физический дискомфорт (13,2%),
- недостаточная площадь рабочего места (4,9%),
- низкая эстетика рабочего места (4,3%),
- слабая освещенность рабочего места (0,4%).

Очевидно, что самый существенный дискомфорт в процессе работы врачи испытывают вследствие высокого психологического напряжения. Анализ частоты упоминания неблагоприятных факторов в зависимости от принадлежности респондента к определенной профессионально-должностной группе выявил следующие особенности: врачи-терапевты чаще других указывали в качестве неблагоприятных условий труда физический дискомфорт, врачи-специалисты — неблагоприятный температурный режим и недостаточность площади рабочего места, заведующие отделениями в большей степени отмечали высокое психологическое напряжение.

Заработная плата врачей. Как утверждали врачи, в среднем зарплата участковых врачей в 2010 г. составляла 36 тыс. руб. (максимум 60 тыс. руб.), врачей-специалистов — около 34 тыс. руб. (максимум 65 тыс. руб.), а средняя зарплата заведующих отделениями и главных врачей доходила до 53 тыс. руб. (максимум 85 тыс. руб.). Принимая во внимание, что средняя заработная плата по Москве в 2010 г. составляла около 38 тыс. руб., можно сделать вывод, что средний доход врачей приближался к исковому показателю (а в ряде случаев и превышал его), хотя еще несколько лет назад разница между заработной платой в здравоохранении и средней столичной заработной платой по всем отраслям была значительной.

Среднее значение фактической заработной платы, рассчитанное для всей совокупности медицинских работников, ответивших на данный вопрос, составило порядка 36 тыс. руб. в месяц. Средний показатель желаемой заработной платы оказался на уровне 72 тыс. руб. в месяц, что в 2 раза превышает оценку фактической заработной платы. Такой разрыв свидетельствует о неудовлетворенности существующей заработной платой. На прямой вопрос "удовлетворяет ли Вас существующая заработная плата?" 32,8% опрошенных ответили в той или иной степени отрицательно. Более детальный анализ ответов респондентов показал, что меньше всего удовлетворены своей заработной платой участковые терапевты (48,5%), больше всего — главные врачи и заведующие отделениями (79,2%).

По данным опроса разница средней заработной платы между врачами, не имевшими врачебных категорий, и врачами высшей категории составляла около 30%.

Социально-психологический климат в коллективе. Социально-психологический климат в коллективе влияет на удовлетворенность трудовой деятельностью. Благоприятный социально-психологический климат, выражающийся в деловых, корректных, уважительных

и даже дружественных отношениях между членами коллектива, отсутствие межличностных ссор, конфликтов, интриг и противоречий, — все это положительно влияет на эффективность и качество работы.

Как уже упоминалось ранее, подавляющее большинство врачей в качестве факторов, негативно влияющих на эффективность работы, указывают высокое психологическое напряжение, которое может быть вызвано самыми разными обстоятельствами. Анализ показал, что наиболее стрессогенная обстановка для врачей та, в которой происходят конфликты с пациентами (40,8%). Второй по уровню психологического напряжения является ситуация проверок качества медицинских услуг страховыми компаниями (24,8%). Распределение премий и надбавок — еще один момент, достаточно часто отмечаемый медицинскими работниками как фактор психологического напряжения (13,1%). Кроме того, стрессовые ситуации у врачей возникают при внутренних проверках (11%) и в случае личных конфликтов с руководством (8%).

В ходе исследования оценивался психологический комфорт в коллективах врачей, а именно общее, характерное для всей рабочей группы, психологическое, эмоциональное состояние, преобладающее во всех взаимоотношениях и взаимодействиях. Характер межличностных отношений в рабочей группе хотя и носит субъективный характер, но его влияние на качество и эффективность совместной деятельности велико. По результатам проведенного исследования можно говорить о достаточно благоприятном климате в коллективах врачей. Респондентам был предложен набор полярных пар для описания атмосферы, преобладающей в коллективах. В целом можно отметить, что в трудовых коллективах врачей складывается благоприятная социально-психологическая атмосфера, в межличностных и внутригрупповых взаимоотношениях преобладают доброжелательность, согласие, сотрудничество, компромисс, дружба и взаимопомощь.

Для любого коллектива характерно возникновение конфликтных ситуаций. С одной стороны, это является положительным моментом, но, с другой стороны, частые конфликты могут привести к полной дезорганизации в группе. Как отметило подавляющее большинство медицинских работников, в их коллективах противоречия и споры либо возникали довольно редко (35,2%), либо не возникали никогда (34,9%). Чуть менее 1/4 опрошенных указали на наличие редких конфликтных ситуаций (23,4%). И лишь 5,4% респондентов очень часто сталкиваются с конфликтами на работе. Стоит отметить, что заведующие отделениями (в силу особенностей занимаемой должности) сталкиваются с конфликтами чаще, чем врачи — специалисты и терапевты.

Сталкиваясь с конфликтной ситуацией, врачи избирают разные тактики поведения для выхода из нее. Чаще всего медицинские работники стараются избежать личного вовлечения в конфликт (41,8%) или ищут компромиссное решение (32,6%). Значительно реже прибегают к помощи руководства (7,4%), уступают, жертвуя собственными интересами (7,1%), и любой ценой пытаются отстоять собственную точку зрения и свои интересы (4,1%).

Уровень стресса, психологического спокойствия наравне с атмосферой внутри врачебного коллектива определяется также отношениями с руководством. Именно поэтому респондентам был задан ряд вопросов, касающихся взаимоотношений с главным врачом. Врачей по-

просили оценить, есть ли зависимость благополучия поликлиники от деловых качеств главного врача и его личных связей. Половина врачей полностью согласилась с данным утверждением, еще 38,7% "скорее согласны", большинство (82,3%) опрошенных считают, что главный врач уделяет достаточно внимания работе их отделения. Медицинские работники легко могут обратиться к главному врачу не только для того, чтобы решить проблемы по работе, но и для решения личных проблем.

Взаимоотношения в системе врач — пациент. По мнению 60,7% врачей, за последнее время произошли изменения во взаимоотношениях между врачом и пациентом. Это связано прежде всего с тем, что пациенты стали более требовательны к качеству медицинской помощи (36%), а также с тем, что возросла ответственность врача за своевременность, полноту и качество медицинской помощи (24,7%). Вместе с тем почти 40% считают, что никаких существенных изменений во взаимоотношениях между врачом и пациентом не наблюдается. Следует отметить, что главные врачи и заведующие отделениями в значительно большей степени, чем все остальные профессионально-должностные группы, отмечают повышение требовательности пациентов (57,7%), что, очевидно, связано с должностными обязанностями.

Взаимодействуя между собой в процессе оказания медицинской помощи, врач и пациент находятся в зоне действия правовых и законодательных актов, которые регламентируют данную деятельность, а также наделяют как пациентов, так и медицинских работников определенными правами и обязанностями. В ходе исследования врачам было предложено охарактеризовать фактическое соотношение прав пациентов и медицинских работников, вступающих во взаимоотношения в рамках системы ОМС. По мнению большинства (55,1%) врачей, пациенты располагают большими правами в рамках существующей системы ОМС. Равное соотношение прав констатируют 5,1% врачей. Правовой перевес на стороне медицинских работников отметили всего 1,1% опрошенных, а 23,9% респондентов считают, что врачи и пациенты в равной степени бесправны.

Подавляющее большинство (82,4%) врачей не делают различий при оказании медицинской помощи трудоспособному населению, пенсионерам и молодежи.

Таким образом, мониторинговые исследования подтверждают, что изучение удовлетворенности медицинских работников их трудовой деятельностью, а также анализ отдельных показателей, характеризующих статус врача в системе ОМС, позволяют определять его статусные позиции в структуре здравоохранения и место в социальном пространстве.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013.
2. Решетников А.В. Социология медицины: Руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
3. Решетников А.В., Ефименко С.А. Проведение медико-социологического мониторинга: Учебно-методическое пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007.

REFERENCES

1. Reshetnikov A.V. Medico-sociological monitoring: Textbook. M.: GEOTAR-Media; 2013.
2. Reshetnikov A.V. Sociology of medicine: Textbook. M.: GEOTAR-Media; 2010.
3. Reshetnikov A.V., Efimenko S.A. The pursuance of medico-sociological monitoring: Study guide. M.: GEOTAR-Media; 2007.

Поступила 16.10.13