

Профессиональная и корпоративная культура как предпосылка формирования социокультурных детерминант профессиональной деятельности врачей.

Обеспечение качества оказания медицинской помощи процесс чрезвычайно сложный и многокомпонентный. Важным влиянием на то, насколько эффективной окажется помощь врача, обладают и поведение пациентов, и здоровье берегающие установки населения.

В первую очередь деятельность врача может быть интерпретирована как поведение наёмного работника, в терминах уровня заработной платы. Такой, экономико-центрированный подход, тем не менее, очевидно является недостаточным. Профессия врача фактически является эталонной профессией, обладающей особой специфической миссией, специфическим типом построения нормативно-ценностной среды, в свою очередь влияющей на социальные технологии практической профессиональной деятельности. Эта точка зрения, высказанная Т. Парсонсом остаётся актуальной и на современном этапе. Одним из первых признаков профессии, в её классической интерпретации, предложенной Т. Парсонсом, является отсутствие интереса. Другими словами, профессионал, в данном случае врач, выполняя свои функции не преследует цели получения экономической выгоды, но служит своей миссии. Для Т. Парсонса именно бескорыстие или незаинтересованность (*disinterestedness*), является той, сущностной характеристикой, которая отличает профессиональную деятельность[1].¹

Проблема адекватного вознаграждения труда профессионалов, и особенно врачей, широко обсуждается в различных культурных контекстах. Эта дискуссия актуальна и в современном контексте. Она может быть отражена в противоречии социальных представлений о целях и задачах, которые должны присутствовать в профессиональной врачебной деятельности. С одной стороны, существует представление о том, что деятельность врача-профессионала должна быть бескорыстной, с другой стороны представление о необходимости достойной её оплаты. Они обнаруживаются в ходе взаимодействия врачей и пациентов, и сглаживание этих противоречий может стать одним из направлений социальной политики. Сглаживание этих противоречий лежит не только в плоскости экономических реалий, но и в плоскости культурных феноменов, а именно социальных представлений об особой миссии профессии.

¹Parsons, T. Professions / T. Parsons // International encyclopedia of the social sciences : in 19 vol. / ed. D. L. Sills. – New York, 1968. – Vol. 12. – P. 536–547.

Но сущностной характеристикой профессионального врачебного труда остаётся выполнение профессионального долга – квалифицированная и беззаветная помощь пациенту, обратившемуся за помощью. Следовательно, обеспечение условий развития профессиональной группы врачей в направлении повышения качества оказываемой профессиональной помощи лежит не столько в плоскости материального стимулирования труда специалистов, сколько в сфере неэкономических факторов. Социальные технологии, обуславливающие повседневную практическую деятельность врачей – результат пересечения ряда, определяющих их характер, явлений. Исходя из того, что одним из ключевых факторов в этой сфере, является профессиональный уровень деятельности врачей, который определяется профессиональной культурой, в которой социализируется профессионал, и носителем которой он является. Профессиональная культура объединяет социальные представления, ценности, социальные нормы, которые осуществляют социокультурную регуляцию профессиональной врачебной деятельности. Помимо определения основных ориентиров профессиональной деятельности, профессиональная культура обеспечивает поддержание социальных взаимодействий внутри профессиональной группы, формирует систему взаимных оценок профессионалов. В общесистемном смысле, профессиональная культура реализует также ряд других задач, связанных с обеспечением целостности, идентичности, солидарности и эффективного функционирования профессионального сообщества врачей.

С другой стороны, нельзя не учитывать, влияние учреждения в котором работает специалист на формирование деятельности профессионала. Специфику совокупности факторов, определенных особенностями организации, учреждения, чаще всего определяют через понятие корпоративной культуры. «Корпоративная культура предполагает отчетливо выраженную миссию (изложение целей, принципов, ценностей и норм деятельности организации), сформированную на ее основе «команду», собственный стиль, характерные социальные технологии, бренд, имидж. В отличие от профессиональной культуры корпоративная в значительно большей степени основана на целевых усилиях, т. е. является результатом управления»² [2]. Говорить о корпоративной культуре применительно к различным типам учреждения здравоохранения возможно не совсем оправданно. Отечественная система здравоохранения обладает целостностью и в достаточной мере централизована. В таких условия, корпоративная

² Кочергин, В. Я. Профессиональная культура и социальные технологии: теоретико-методологический анализ взаимосвязи. / В. Я. Кочергин // Журнал Белорусского государственного университета. Социология – 2019. – № 3. – С. 4-9.

культура учреждения не может быть сформированы в полной мере. Тем не менее, эмпирические исследования дают возможность выявить ряд отличий между социокультурными детерминантами профессиональной деятельности собственными специалистами различных типов учреждений здравоохранения. Дальнейшие данные приведены на основании авторского исследования профессионального сообщества врачей ЛПУ г.Минска. Была применена методика анкетного опроса, опрос реализован весной 2012 года. Были опрошены 456 врачей города, что представляет мнения врачей города с точностью $\pm 4\%$. Выборка была сформирована по квотному принципу, в ней представлены группы врачей основных типов лечебных учреждений города – клиник, диспансеров, поликлиник, пропорционально реальному соотношению работающих там врачей.

Необходимо отметить, что в ранних публикациях автора широко рассматривалось, что в целом профессиональная культура врачей Минска является высокоорганизованной, врачи отражают высокий уровень приверженности идеалам профессии. Социальные представления, ценности и установки специалистов медицинской профессии свидетельствуют не только о высоком уровне развития профессиональной мотивации, но и обнаруживают значительный потенциал развития. Предыдущие работы автора аргументировали существование ядра социокультурных детерминант профессиональной врачебной деятельности, обеспечивающего перспективы инновационного развития профессиональной культуры врачей города.

Целью данной работы стало сопоставление социокультурных факторов, определяющих технологии деятельности специалиста, связанных с типом учреждения здравоохранения. В связи с этим основное внимание направлено на те элементы культуры учреждений различных типов, которые позволяют выявить отличия этих типов культур.

В ходе исследования врачам самим предлагалось оценить различные типы учреждений здравоохранения по критерию уровня квалификации врачей. Данные относительно доли ответов «большинство врачей работают весьма профессионально» отражены в

Таблица 1. – Распределение ответов «большинство врачей здесь работают весьма профессионально» относительно лечебных учреждений в % к числу опрошенных

Клинические кафедры	Диспансеры города	Клиники города	Районные поликлинич. центры	Поликлиники города	Платные лечебные учреждения
53,9	46,7	41,9	27,9	21,7	20,6

Структура выборки не позволяет сделать анализ по каждому типу учреждений здравоохранения, но возможно сопоставить ответы врачей клиник и поликлиник. В свою очередь, взаимные оценки врачей позволили сформировать две основные группы учреждений – в первую группу вошли учреждения, получившие три первых рейтинговых позиций при оценке учреждений здравоохранения по критерию уровня квалификации врачей. Во вторую – три последующих. Клиники и поликлиники являются наиболее массовыми учреждениями здравоохранения, в связи с отмеченным, в статье представлен анализ социокультурных особенностей формирования социальных технологий профессиональной деятельности в них.

В первую очередь рассмотрим группу социокультурных факторов, определяющих уровень владения профессиональными навыками и степень квалификации. Все опрошенные врачи отмечают приверженность принципам доказательной медицины в своей практике, подчеркивают важность профессионального образования. Отличия проявляются в следующих представлениях. Врачи, работающие в клиниках, чаще по сравнению с коллегами из поликлиник признают обладание высоким уровнем квалификации как необходимое качество профессионала. На вопрос «В какой степени врач-профессионал должен обладать высоким уровнем квалификации?» ответ «совершенно необходимо» дали 76,0% врачей поликлиник, и 84,4% врачей клиник.

Умения врача, отраженные в наличии навыков работы с высокими технологиями, – это ценность, при помощи которой формируется поведение профессионала в обиходном смысле. На вопрос «наличие у врача навыков работы с высокими технологиями это:» наиболее частым ответом был ответ – «это необходимые навыки для работы врача». При этом такого мнения несколько чаще придерживаются врачи клиник (51,9% от числа опрошенных врачей клиник), по сравнению с врачами поликлиник (38,7%).

Большинство врачей согласны с тем, что «в современной ситуации качественная работа врача предполагает высокий уровень техники на рабочем месте» – 59,2% респондентов. Но и здесь врачи поликлиник обнаруживают менее выраженный уровень требований. С тем, что уровень технической оснащенности рабочего места должен быть высок согласны 53,4% врачей поликлиник, и 69,6% врачей клиник.

Более требовательны также врачи клиник и уровню подготовки будущих врачей в медицинских ВУЗах. Несмотря на то, что большинство врачей согласны с тем, что «готовят студентов хорошо, но уровня профессионализма они могут достигнуть на рабочем месте», 42,2% врачей клиник полагают, что «в последнее время выпускники ВУЗов обнаруживают весьма посредственный уровень подготовки». С таким мнением согласны 20,1% врачей поликлиник.

Во вторую очередь обратим внимание на представления и установки относительно взаимодействия с пациентами. Необходимость установления доверительных отношений с пациентами – сущностная черта врачебной деятельности. В сфере осмысления взаимодействия «врач-пациент» сформулирована концепция о двух основных моделях этого взаимодействия: патерналистской модели и модели сотрудничества. Аргументировано, что модель сотрудничества является более эффективной и позволяет достигать более высокого уровня качества оказания медицинской помощи ³[3]. Врачи поликлиник чаще своих коллег из клиник поддерживают сотрудничество в качестве оптимальной формы взаимодействия с пациентами (67,3% и 60% соответственно).

Очевидно, такая позиция врачей поликлиник влияет на то, что впоследствии они видят поведение пациентов более сознательным. В целом, мнения о том, что пациенты редко или почти никогда не осознают собственную ответственность за свое здоровье, придерживается 86,2% опрошенных врачей. Всё же ответ «часто» на вопрос об проявлении ответственного отношения к своему здоровью дали 12,5% врачей поликлиник, и 6,7% врачей клиник.

Рассматривая следующий фактор, определяющий формирование профессиональной деятельности, а именно профессиональную самоидентификацию, необходимо отметить, что здесь обнаруживается генетическое единство социокультурных факторов. Тенденция «направленности на взаимодействие с пациентами» прослеживается и в вопросе, посвященном представлениям об удачной карьере в медицине.

Таблица 2. – Распределение ответов врачей поликлиник и клиник относительно представлений об удачной карьере в медицине в % к числу опрошенных.

	Ответы врачей поликлиник	Ответы врачей клиник
Достигнуть высокого уровня уважения пациента	55,6%	34,1%
Добиться признания среди коллег	16,8%	40,7%

Другие, предполагаемые варианты удачной карьеры в медицине – реализация научной или административную карьер получили мало выборов в целом среди опрошенных. Отразили направленность на научную карьеру 5,9% опрошенных врачей в целом, и на административную карьеру – 3,3% врачей.

³ Шабанова А.С. Модели терапевтического взаимодействия врача и пациента / А.С. Шабанова, Л. В. Боговин, В. П. Колосов // Журнал Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2016. – Выпуск 60. – С. 105-110

Отвечая же на вопрос «Можно ли считать, что Вы удовлетворены своей работой?» положительные ответы дали 63,1% врачей поликлиник и 77,0% врачей клиник.

Одним из самых мощных факторов, отличающих тип социокультурной регуляции профессиональной деятельности врачей клиник и врачей поликлиник являются особенности взаимодействия в этих типах учреждений. В ходе исследования выявлялись представления о зависимости в работе от коллег как своего учреждения, так и от коллег иных учреждений. В целом все врачи отмечают, что свою работу они рассматривают как достаточно независимую. Более-менее значимая зависимость от коллег обнаруживается лишь по отношению к коллегам собственного учреждения. На то, что ощущают очень сильную зависимость от коллег, которые работают в своей организации указали 12,2% врачей поликлиник и 22,2% врачей клиник.

Об этой разобщенности свидетельствуют также и ответы врачей об установках относительно обсуждения профессиональных проблем. Наиболее предпочтительными способами обсудить профессиональные проблемы для врачей поликлиник являются встречи с коллегами на курсах повышения квалификации, в то время как врачи клиник большее внимание уделяют повседневному общению.

Таблица 3. – Распределение ответов врачей поликлиник и клиник о предпочитаемых способах обсуждения профессиональных проблем в % к числу опрошенных.

	Ответы врачей поликлиник	Ответы врачей клиник
Общение на курсах по повышению квалификации	50,9	36,3
Повседневное общение в рамках осуществления профессиональной деятельности	72,8	80,7

Содержание профессионального образования врачей один из основных вопросов, который формулируется внутри профессии и решается каждым врачом индивидуально. Однако и относительно этой стороны профессиональной деятельности можно выявить социокультурные отличия свойственные врачам различных типов учреждений здравоохранения. И здесь также прослеживаются упомянутые тенденции разобщенности/сплоченности специалистов. Так, большинство врачей в качестве основы своей медицинской практики видят достижения доказательной медицины и собственный опыт, однако в качестве второстепенных врачами указывался также ряд других оснований. Так, предпочтение опыту коллег более склонны отдавать врачи клиник (35,6% от числа врачей клиник), нежели врачи поликлиник (20,4%

врачей поликлиник). А на знания, полученные в университете чаще склонны полагаться врачи поликлиник (29,7% от числа опрошенных врачей поликлиник), по сравнению с врачами клиник (15,6% от числа врачей клиник)

И завершая анализ межпрофессионального взаимодействия, отметим, что большинство врачей считают, что определять допустил ли врач ошибку должен в первую очередь сам врач (54,2% врачей), во вторую очередь коллеги врача (19,6% врачей). Но врачи поликлиник чаще склонны делегировать эту функцию непосредственному руководству врача (16,8% врачей поликлиник) по сравнению с коллегами из клиник (8,9% врачей клиник).

Если рассматривать корпоративную культуру, как социокультурное пространство, обладающее, во-первых, отчетливо выраженной миссией, (выраженной в целях, принципах, ценностях организации), и во вторую очередь, в сформированную на ее основе команде профессионалов, то очевидно, что корпоративная культура различных типов учреждений здравоохранения обладает лишь одним признаком – а именно специфическим социокультурным пространством. Культурные ценности и нормы, определяющие профессиональное поведение специалистов амбулаторного звена здравоохранения обусловлены спецификой взаимодействия профессионалов в нем. Врачи поликлиник в большей мере ориентированы на индивидуальный стиль работы, обнаруживают менее сильное представление о связи своей деятельности с деятельностью коллег. Квалификационные компетенции врачей поликлиники несколько чаще, по сравнению с коллегами из клиник формируются под воздействием факторов, связанных с индивидуальной профессионализацией, но не с механизмами внутри профессионального взаимодействия. При этом, они менее требовательны в отношении технического обеспечения их профессиональной деятельности, больше полагаются на знания, усвоенные в ходе университетской подготовки. Менее требовательны врачи поликлиник и к квалификационному уровню молодых специалистов. А контрольные механизмы профессиональной деятельности специалисты амбулаторного звена чаще, чем их коллеги связывают с начальством. Всё это создаёт особое пространство профессионально-корпоративной культуры, отличающееся менее выраженным уровнем профессиональной солидарности и снижением значения механизмов внутрипрофессионального контроля лечебной деятельности. Следовательно, уровень обеспечения качества оказания медицинской помощи за счет неадминистративных методов контроля здесь несколько ниже.

С другой стороны, врачи поликлиник несколько больше нацелены на модель сотрудничества с пациентами, по сравнению с коллегами из клиник. При очевидном преимуществе данной стратегии, нельзя не отметить, что

оказание медицинской помощи предполагает некоторый авторитаризм врача. Неавторитарные установки в поведении врача в сочетании со сниженным уровнем ожиданий самих специалистов относительно собственного квалификационного уровня чреваты потерей властных полномочий специалистов. Большинство врачей трактуют свою профессию как не пользующуюся достаточным уровнем уважения пациентов. Следствием этого на уровне межличностного взаимодействия становится отказ пациентов от обращения за медицинской помощью. Учитывая, что врачи поликлиник несколько больше коллег склонны видеть в поведении пациентов осознание собственной ответственности за своё поведение, можно прогнозировать некоторое делегирование функций профессиональной экспертизы от врачей к пациентам.

Таким образом, можно предполагать, что формирование социальных технологий профессиональной деятельности врачей учреждений амбулаторного звена находится под влиянием особого поля корпоративной культуры, которая не обладает признаками окончательно-сформированной. При оформлении стихийно проявляющихся социокультурных детерминант профессиональной деятельности в комплекс формализованных идей, корпоративная культура учреждений амбулаторного звена здравоохранения рискует в будущем оформиться в культуру, развивающуюся в отклоняющемся от признанных профессиональным сообществом направлении. Это отклонение невелико, но в долгосрочной перспективе оно может стать основой негативных процессов в профессиональной среде. Это подтверждается в особенности и тем, что сами профессионалы не оценивают коллективы поликлиник, как коллективы в которых большинство врачей работают высоко профессионально.

Профилактика такого отклоняющегося развития лежит в сфере неэкономических методов воздействия на ценности, нормы и представления, определяющие профессиональную деятельность. Очевидной профилактической мерой выступает организация более широкого социального взаимодействия врачей клинического и амбулаторного звена. Расширение количества прямых профессиональных контактов может способствовать взаимопроникновению социокультурных детерминант поведения. При организации мероприятий, направленных на такое расширение, необходимо учитывать один элемент социальных представлений о деятельности коллег свойственных врачам клинического и амбулаторного звена – представление о материальной благодарности пациентов. В целом, доля врачей утверждающих, что такая форма благодарности присутствует в практике профессиональной деятельности весьма мала. Мнение о том, что эта форма вознаграждения профессионального труда составляет значительную долю

доходов участковых терапевтов, поддержали лишь 2,6% врачей, о доходах врачей клиник так высказались 8,8% врачей. При этом, если рассмотреть распределение представлений о материальном вознаграждении, которых придерживаются именно врачи клиник и врачи поликлиник, то здесь обнаруживается более явное противоречие. 10,8% врачей поликлиник считают, что материальная благодарность составляет значительную часть доходов врачей клиник. В то время как лишь 5,9% врачей клиник, придерживаются сходного мнения о доходах коллег из поликлиник. Так обнаруживается противоречие в социальных представлениях, которое может иметь значительное влияние на эффективное взаимодействие. Эффективное взаимодействие в свою очередь, предполагает не только смешение элементов формирующейся корпоративной культуры специалистов различных учреждений здравоохранения, но и направление развития профессиональной культуры в сторону инновационных её форм в сторону укоренения развитых форм взаимного контроля профессионалов, ориентации профессионалов на применение высокотехнологичной методик оказания медицинской помощи, ориентации на совершенствования взаимодействия «врач-пациент» ⁴[4].

Косвенным аргументом эффективности направленного смешения культур является практика организации систем здравоохранения других стран, где амбулаторное звено плотно встроено в систему клинических организаций ⁵[5,6].

При анализе формирования ценностей, норм и представлений, обуславливающих профессиональное поведение врачей неэкономические факторы, представляются достаточно действенными. Результативность прямого экономического воздействия, без учета специфики понимания приоритетов профессиональной деятельности, механизмов взаимных оценок, представлений о профессионализме, определяющих образцы достижений, будет скрадываться за счет формирования таких смыслов профессиональной практик, которые могут обесценить финансовые вложения.

⁴ Пацеева, А.Г. Профессиональная культура врача: социологический анализ: автореф. дис. ... канд. социол. наук : 22.00.06 / А. Г. Пацеева; Институт социологии НАН Беларуси. – Минск, 2018. – 25 с.

⁵ Тэннер Майкл. Сравнительный анализ системы здравоохранения в разных странах мира/ М.Терннер – К.: Мир, 2011 – 267 с.

Busse R, Health care systems in transition: Germany. / R. Busse, A. Riesberg – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. – 2004. – 227 p.