

ронами: лицами, принимающими решение, пациентами, клиницистами. На базовом, среднем, уровне результаты MCDA могут быть ориентиром количественной оценки при принятии решений, а через несколько лет можно достичь продвинутого уровня, когда будет создана единая градуированная шкала принятия решений на основе этого метода.

Современные инициативы направлены на стимулирование дальнейшего ввода в регистры пациентов для обеспечения более обоснованного принятия решений. В основе такой политики лежат четыре взаимодополняющие инициативы ЕС по усовершенствованию регистров пациентов с редкими заболеваниями – это Европейская платформа для регистра редких заболеваний (EPIRARE), Инициатива регистров для пациентов (PARENT), Комитет экспертов по редким заболе-

ваниям Европейского Союза (EUCERD) и Международный исследовательский консорциум по редким заболеваниям. Общей целью инициатив является формирование обобщенных данных и критериев качества, а также помощь в оценке новых орфанных препаратов.

Следует подчеркнуть важность и необходимость качественного прогнозирования, чтобы все участники системы лекарственного обеспечения были готовы к появлению на рынке нового препарата. Например, в Евросоюзе на протяжении нескольких лет реализуется проект, в рамках которого еще в период регистрации происходит оценка препарата, его возможного влияния на систему здравоохранения и на качество жизни пациентов. Эта процедура осуществляется за три года, за полтора года и за год до появления препарата на рынке [40].*

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ

М.Ю.Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Раскрываются современные социокультурные и экономические факторы управления медицинскими системами в мире и в Республике Беларусь, анализируются кадровые проблемы здравоохранения. Рассматриваются социологические аспекты медицинских профессий. Обосновывается ведущая роль организационной и управленческой культуры как современного инструмента управления в здравоохранении.

Ключевые слова: медицина, здравоохранение, медицинская профессия, социальный статус, организационная культура.

Медицина – особая сфера деятельности. Как указывает академик Российской Академии медицинских наук А.В.Решетников, «социология медицины трактует институт медицины как сложную конфигурацию медико-социальных обычаев, традиций, верований, установок, правил-регуляторов и законов, которые имеют определенную цель и выполняют определенные функции» [7, с.3].

Человечество веками создает определенную систему взглядов, накапливает базу знаний о здоровье и болезни. Все это реализуется на практике посредством тех или иных медико-социальных систем, систем здравоохранения. Здравоохранение как основной социальный инструмент медицины включает совокупность организаций, медицинского пер-

сонала; мероприятия здравоохранительной направленности; а также технологии – определенные последовательности действий, используемые при реализации задач по укреплению здоровья населения.

Медицинские профессии претерпевают постоянные изменения в ответ на изменения внешней среды. Это связано не только с экономическими преобразованиями, реформированием системы здравоохранения, но и с социальными изменениями, изменениями в отношении к здоровью и болезни. Динамика этих отношений, каждый из критериев социального статуса медицинского работника может рассматриваться в качестве аспекта для медико-социологического изучения. В социологии профессий, связанных с медициной, зна-

* Окончание статьи со списком использованных источников читайте в следующем номере

чительное место отводится исследованиям взаимоотношений между профессиональными группами в рамках системы здравоохранения [14; 15].

**Медико-социальные системы:
современные социокультурные
и экономические факторы управления**

Универсальной особенностью систем здравоохранения стран мира является постоянное возрастание стоимости медицинской помощи (рис. 1).

Согласно данным ВОЗ, финансовый профиль Республики Беларусь на 2010 г. выглядел следующим образом: страна потратила 3,1 миллиарда долларов США на охрану здоровья, в том числе расходы домашних хозяйств составили 20%, а расходы на здравоохранение на душу населения – 320 долларов США [23, с.112]. Почти 99% потребителей медицинской помощи – граждане Республики Беларусь.

Финансовый профиль Республики Беларусь в 2014 г., согласно информации Global Health Expenditure Database по состоянию на 22.07.2016, претерпел ряд изменений. Так, на медико-санитарную помощь на душу населения затрачено 450 долл. США, причем 32% составили расходы со стороны домохозяйств [25].

Основными принципами государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения являются: создание условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения; обеспечение доступности медицинского обслуживания, в том числе лекарственного обеспечения; приоритетность мер профилактической направленности; приоритетность развития первичной

медицинской помощи; приоритетность медицинского обслуживания несовершеннолетних, женщин во время беременности, родов и в послеродовой период, инвалидов и ветеранов в соответствии с законодательством Республики Беларусь; обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и его будущих поколений; формирование ответственного отношения населения к сохранению, укреплению и восстановлению собственного здоровья и здоровья окружающих; ответственность государственных органов, организаций за состояние здоровья населения; ответственность нанимателей за состояние здоровья работников [6]. Таким образом, гарантия доступности медицинской помощи – ключевой принцип государственной политики в Республике Беларусь.

Оценку доступности медицинской помощи традиционно проводят при помощи показателей обеспеченности населения медицинским персоналом (соотношение врачи/население, средний медицинский персонал/население), больничными койками (рис. 2, 3). По количеству больничных коек и числу практикующих врачей на душу населения Республика Беларусь, хотя и имеет определенные различия по регионам, выгодно отличается от многих стран мира.

В целях дальнейшего повышения эффективности системы здравоохранения Беларуси предлагается активизировать работу по внедрению программ, направленных на профилактику заболеваний, снижение инвалидизации населения путем развития центров реабилитации, открытия школ медико-гигиенического обучения.

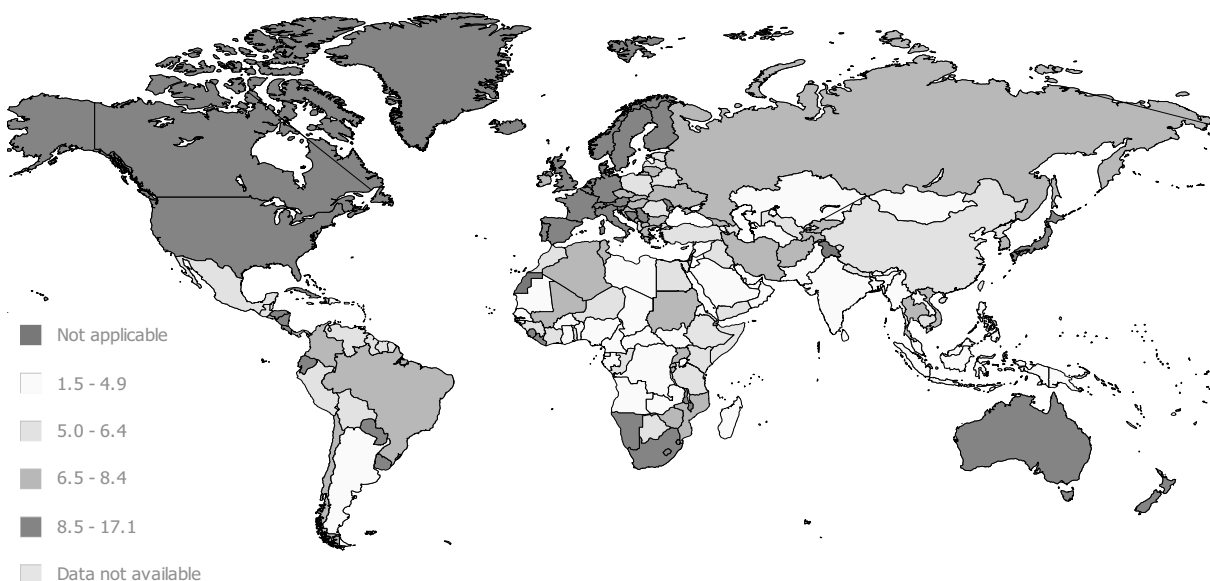


Рис. 1. Расходы на здравоохранение в странах мира (в процентах ВВП, 2014 год)

Источник: База данных ВОЗ о состоянии Национальных счетов здравоохранения, по состоянию на 22.07.2016 [25]

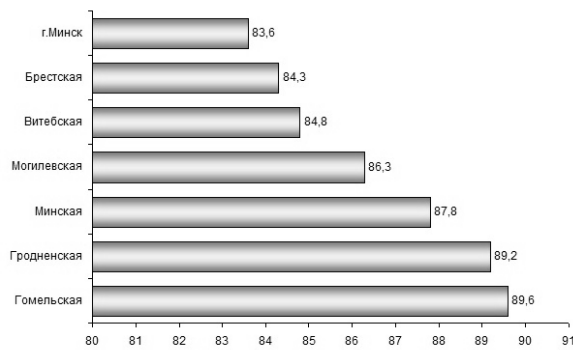


Рис. 2. Число койко-мест в больничных организациях по областям и г. Минску в 2015 г. (на 10 000 человек населения) [ист.: 30]

Организаторы здравоохранения Беларуси высказываются в поддержку частного финансирования здравоохранения, которое должно на законных основаниях дополнять государственные гарантии для тех потребителей, которые готовы оплатить медицинские услуги самостоятельно [3]. Высказываются и мнения о необходимости введения доплат пациентами за медицинские услуги [20].

Опыт стран Евросоюза показывает, что при любой модели финансирования здравоохранения принципиальным источником средств является население страны (кроме средств, поступающих от внешних доноров). Механизм сбора может варьировать: он может проводиться государством или быть частным. В первом случае средства направляются на финансирование здравоохранения либо из общих, нецелевых, налоговых поступлений, либо же – из целевых налогов, предназначенных для обязательного медицинского или медико-социального страхования. Во втором случае задействован механизм добровольного медицинского страхования и/или прямые платежи населения. При этом «узкими местами» при правительственном сборе средств представляются: во-первых, 100%-ный охват работающего населения налоговыми сборами; во-вторых, перераспределение средств (когда «здоровый платит за заболевшего, молодой – за пожилого, богатый – за бедного, взрослый – за ребенка»). Решение первой проблемы – в жестком правовом контроле ситуации, когда трудоспособные официально неработающие лица пользуются правами граждан на медицинское обслуживание и социальное обеспечение, не выплачивая налоги. То же относится и к лицам, получающим и выплачивающим заработную плату «в конверте». Решение второй проблемы, как показывает опыт стран мира, – только в адекватном бюджетном финансировании нетрудоспособных и низкооплачиваемых категорий граждан [10; 11].

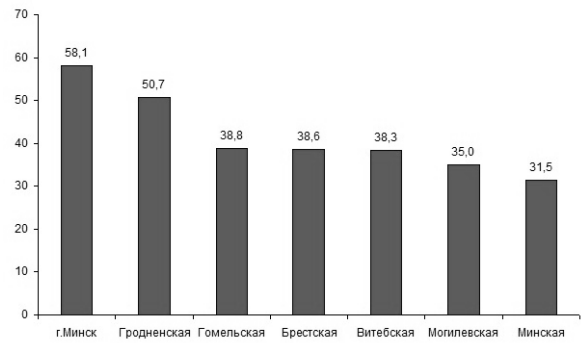


Рис. 3. Численность практикующих врачей по областям и г. Минску в 2015 г. (на 10 000 человек населения) [ист.: 27]

Следует отметить, что ряд организаторов здравоохранения высказывались в пользу внедрения в Республике Беларусь обязательного медицинского страхования либо же создания единой системы обязательного медико-социального страхования [17; 18]. Рассматривались предложения по объединению медицинского и социального страхования. Так, Ю.Т.Шарабчиев указывал, что «может быть достигнуто соглашение о перераспределении средств в пользу медицинского страхования (но это повлечет за собой уменьшение финансирования санаторно-курортной системы, уменьшение выплат по временной утрате нетрудоспособности и т.д.). В любом случае можно будет сэкономить до 30–40% средств на снижении административных расходов... Сложившееся разделение двух видов страхования, связанных с охраной здоровья населения, ведет к потере финансовых ресурсов» [19].

Частичное использование средств социального страхования на оплату расходов здравоохранения без введения дополнительных налогов и увеличения размеров уже действующих также являлось заманчивым предложением. Однако как перераспределить средства? У кого, проще говоря, их отнять? Ведь средства государственного социального страхования имеют целевое назначение. Потенциальным единственно возможным источником сокращения расходов становится оплата пособий по временной нетрудоспособности. Высвободившиеся средства могли бы быть использованы для финансирования нужд здравоохранения. Однако с сокращением таких расходов следует поступать очень осторожно. Значительная разница между суммами оплат по листку нетрудоспособности и заработной платой может послужить причиной несвоевременного обращения людей за медицинской помощью, способствовать хронизации и накоплению патологии, что, в конечном счете, отрицательно отразится на показа-

телях здоровья населения и демографической безопасности страны.

Беларусь не пошла по пути радикального реформирования системы здравоохранения. Однако это не означает, что проблемы финансирования здравоохранения окончательно решены.

Самой реформируемой составляющей системы финансирования здравоохранения в Европе, как утверждал в своем докладе руководитель Странового бюро ВОЗ в Республике Беларусь Е.О.Зайцев, является покупка услуг [5]. Для обеспечения эффективности здравоохранения, судя по опыту других стран, принципиально важны следующие факторы:

- отчисление средств поставщикам медицинских услуг должно производиться на основе сочетания информации о потребности населения и фактическом потреблении им данных услуг;

- отсутствие у руководителей здравоохранения финансовой самостоятельности, хотя бы в некоторых пределах, – причина неэффективности любых реформ в области покупки услуг медицинского назначения;

- наиболее эффективным способом стимулирования качественной деятельности в системе здравоохранения следует считать такой механизм оплаты труда, когда сумма рассчитывается исходя из комбинации данных о проделанной работе (фактическое количество обслуженного населения) и достигнутых результатах (качественные показатели деятельности). Е.О.Зайцев отмечает, что общеевропейской тенденцией является комбинация нескольких видов оплаты труда врачей на уровне первичной медицинской помощи: подушевое финансирование (60%), оплата за оказанные услуги (20–30%), оплата за достижение результатов (10–20%);

- соплатежи населения – общая для всех стран мира составляющая средств финансирования здравоохранения [5].

Так, например, в Российской Федерации, где действует система обязательного медицинского страхования (ОМС), тема доплат обсуждается широко с момента введения ОМС. При получении стационарной помощи выделяют следующие варианты введения соплатежей населения: доплаты вводятся только для работающего населения; лица, страдающие хроническими заболеваниями, освобождаются от доплат; доплаты вводятся за питание, за гостиничные услуги; расчет доплат дифференцирован в зависимости от тяжести и длительности пребывания в стационаре; устанавливается лимит доплат по отношению к средней заработной плате на территории; пациент оплачи-

вает установленный процент стоимости каждого дня госпитализации свыше установленного нормативного срока стационарного лечения (в соответствии с медико-экономическими стандартами) [21].

На сегодняшний день доля прямых платежей населения в оплате услуг здравоохранения различается в разных странах (рис. 4).

В то же время, еще в 2010 г. эксперты ВОЗ предупреждали: «Только в случаях, когда доля прямых платежей составляет менее 15–20% общих расходов на здравоохранение, количество случаев финансовых катастроф снижается до незначительного уровня» (цит. по [16]). Другими словами, прямая оплата населением медицинской помощи не должна превышать 20% всех затрат на ее финансирование (рис. 5).

Глобальный кризис медицинских работников и проблемные зоны белорусского здравоохранения

Медико-социальные системы, какими бы они не обладали отличиями, объединяет общая направленность, заключающаяся в миссии медицины и здравоохранения: сохранять и укреплять здоровье населения. Не будучи производственной сферой, здравоохранение всегда сталкивается с проблемами затратности, сложностью в выражении эффекта деятельности. Реализация социальной роли по сохранению и укреплению здоровья населения неизбежно затрагивает аспекты биомедицинской этики.

К работникам медицинских профессий предъявляются личностные требования, отличающие данные профессии от остальных: высокая трудоспособность, способность к эмпатии, сострадать ближнему и всему живому, способность к быстрому принятию ответственных решений, целеустремленность, потребность в самосовершенствовании и готовность к обучению в процессе работы, альтруизм, потребность в творческом самовыражении, ответственное отношение к результатам труда, высокая исполнительская дисциплина и профессиональная субординация, мужественность и самоотверженность, коммуникабельность, эмоциональная уравновешенность и стрессоустойчивость, терпимость, уверенность в себе и наличие чувства собственного достоинства, принципиальность. И это далеко не полный перечень требований, предъявляемых профессией к личности медицинского работника. В медицинской среде, как ни в какой другой, существуют строгие социальные регуляторы, контролирующие профессиональную деятельность представителей медицинской профессии. Ключевым регулятором всей

Out-of-pocket expenditure on health as a percentage of total expenditure on health (%), 2014 *

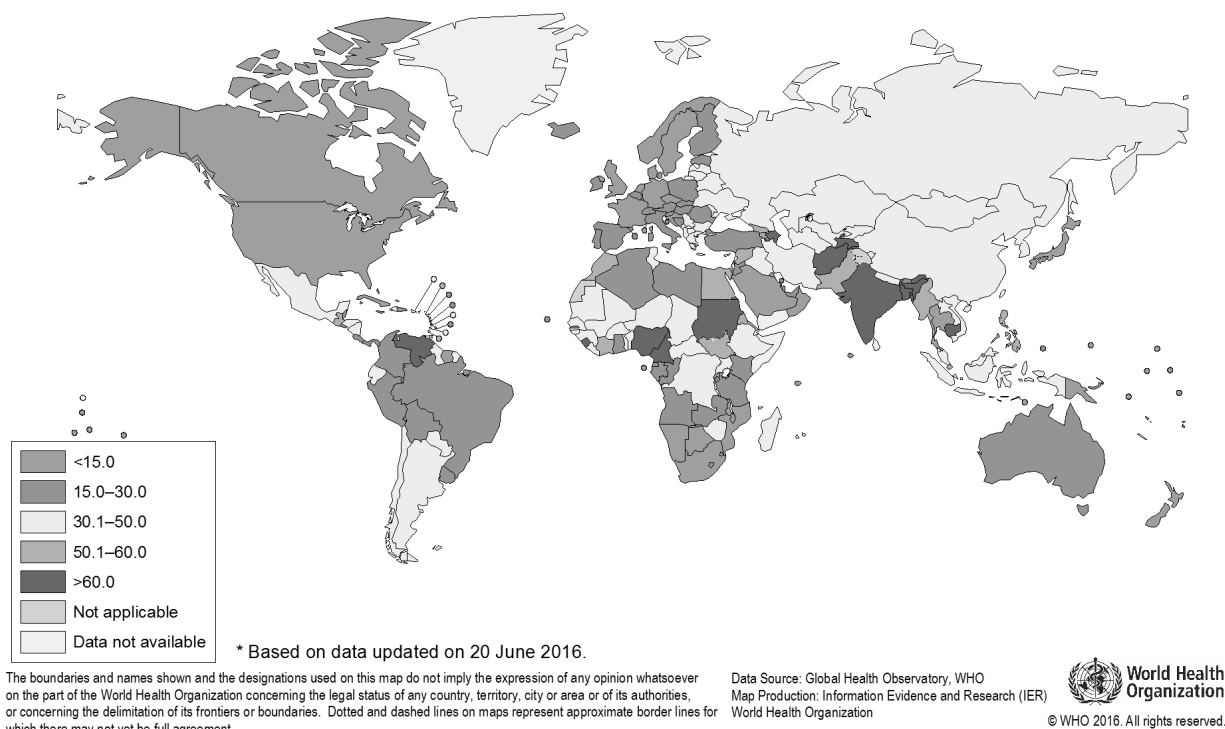


Рис. 4. Прямые платежи населения в процентах от общего количества расходов на здравоохранение (2014 г.) [ист.: 22]

медицинской деятельности является профессиональный долг [13].

Учение о долге, обязанностях и нормах поведения медицинского персонала, обеспечивающих оптимальное качество и результативность его работы по восстановлению и сохранению здоровья людей, носит название врачебная (медицинская) деонтология (от греч. Deon – должное, logos – учение). Медицинская (врачебная) деонтология является частью медицинской (врачебной) этики, содержащей основы профессиональной морали.

Медицинская (врачебная) этика – отрасль прикладной профессиональной этики, регулирующая «человеческие отношения» в медицине «по вертикали» (врач – пациент, медицинский работник – пациент), и «по горизонтали» (врач – врач, медработник – медработник) на основе традиционных установок медицинской деонтологии.

Медицинская (врачебная) этика, в свою очередь, является частью биомедицинской этики. Биомедицинская этика – этико-прикладная дисциплина, предметом которой выступает нравственное отношение общества в целом и профессионалов-медиков и биологов в особенности к человеку, его жизни, здоровью, смерти и которая ставит перед собой задачу сделать их охрану приоритетным правом каждого. Круг основных проблем биомедицинской этики охватывает установление статуса и роли моральных ценностей в профессиональной деятельности медиков и биологов, разрешение нравственных коллизий в конкретных ситуациях, возникающих в процессе биомедицинских исследований и лечения больных, этические ситуации межличностных отношений в системе вертикальных и горизонтальных связей в сфере медицины.

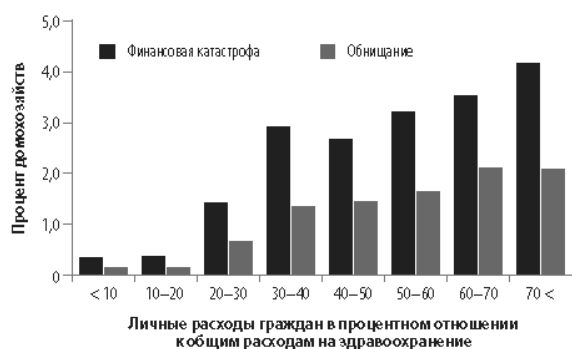


Рис. 5. Воздействие личных расходов граждан по оплате услуг за здравоохранение на финансовые катастрофы и обнищание [ист.: 16]

Медицинская (врачебная) этика, в отличие от биомедицинской этики, решающей свои проблемы с привлечением широкой общественности, носит корпоративный характер: преобладающее внимание уделено регулированию взаимоотношений внутри медицинской профессии. Биомедицинская этика проистекает из биоэтики – междисциплинарного направления, ориентирующегося на изучение и разрешение моральных проблем, порожденных новейшими достижениями биомедицинской науки и практики. Высшей моральной ценностью в биоэтике выступает нравственно-понимающее отношение к Жизни и к любому живому, в частности забота о правах биоса. Главный принцип биоэтики – благоговение перед жизнью. Биомедицинская этика концентрирует принципы биоэтики применительно к человеку.

Столь высокие требования к личностным качествам работников здравоохранения, эмоциональная напряженность их труда, ответственность за жизнь и здоровье пациентов даже в условиях обыденной мирной жизни приводят к частому развитию синдрома эмоционального выгорания. В ситуации стихийных бедствий, военных конфликтов, эпидемий напряженность труда медиков возрастает в разы и приравнивается к таковой у военных и спасателей.

По данным интернет-портала Всемирной организации здравоохранения, в мире насчитывается около 59,8 миллионов работников здравоохранения. ВОЗ отмечает наличие кризиса работников здравоохранения в мире, к которому приводят многие факторы, в том числе растущее экономическое неравенство между странами, а также возникновение новых и дальнейшее развитие старых пандемий. Пандемии создают особые проблемы для работников здравоохранения; так, например, один только ВИЧ/СПИД представляет “тройную угрозу”, увеличивая рабочую нагрузку, создавая психологический стресс и представляя ежедневный риск ВИЧ-инфицирования.

В 2006 г. ВОЗ заявила, что страна, где на 10000 жителей приходится менее 23 врачей, медицинских сестер и акушерок, испытывает критическую нехватку трудовых ресурсов здравоохранения. Такая ситуация сложилась к тому времени в 57 странах, 36 из которых располагались в Африке к югу от Сахары. По оценкам ВОЗ, в мире не хватает более 4,2 миллионов работников здравоохранения, из которых 1 миллион приходится на одну только Африку. Таким образом, наиболее остро проблема стоит в Африке к югу от Сахары, где проживает 11% населения мира. На нее приходится 25% глобального бремени болезней и, при этом,

только 3% глобальных трудовых ресурсов здравоохранения и менее 1% общемировых расходов на здравоохранение. Для сравнения: на Северную и Южную Америку, где проживает 14% населения мира, приходится только 10% глобального бремени болезней, 37% глобальных трудовых ресурсов здравоохранения и 50% глобальных расходов на здравоохранение.

Способов быстрого решения кадровой проблемы в здравоохранении не существует: на подготовку медицинской сестры уходит, по меньшей мере, три года; подготовка врача может занимать более шести лет. Инновационные методы (дистанционное обучение, перераспределение обязанностей и подготовка работников здравоохранения на местном уровне) могут способствовать сокращению этих сроков, но гарантия качества подобной подготовки – нерешенный пока вопрос.

Образование в абсолютном большинстве развитых стран относится к числу приоритетных зон бюджетного финансирования. Доля суммарных государственных расходов на образование варьирует от менее 10% до почти 22%. Мировой опыт показывает, что вопросы подготовки кадров могут являться проблемными зонами здравоохранения [12]. Так, во многих странах сильную озабоченность вызывает нехватка терапевтов. На количество, распространенность и состав контингента практикующих терапевтов влияет целый ряд факторов, включая ограничительные критерии вступления в медицинскую профессию, выбор специальности, вознаграждение и другие аспекты условий труда, а также миграцию. В некоторых странах терапевты, получившие образование за рубежом, составляют существенную долю общего контингента терапевтов. В 2000 г. доля терапевтов, получивших образование за рубежом, превысила 20% всех практикующих терапевтов в таких англоязычных странах, как Новая Зеландия, Великобритания, США и Канада. С другой стороны, доля терапевтов, получивших образование за рубежом, была намного меньше в Японии, Австрии и Франции. Международная миграция может повысить гибкость рынков труда для врачей и других профессионалов здравоохранения в принимающих странах, но проблема “утечки мозгов” вызывает серьезную озабоченность в случае наличия чистых долгосрочных потоков персонала из стран с более низким доходом в страны с более высоким доходом [2]. Миграция работников здравоохранения возрастает из-за неравенства в условиях работы, заработной плате и перспективах карьерного роста. Один из четырех врачей и одна из 20 медицинских сестер, прошедших подготов-

ку в Африке, позднее мигрируют для работы в более развитые страны. В Африке и некоторых странах Азии заработная плата врача в государственном секторе может быть менее 100 долларов США, тогда как в более богатых странах ежемесячная заработная плата врача может превышать 14 тыс. долл. США.

По сравнению со средним доходом по стране, доходы терапевтов сильно отличаются между странами. Например, доход специалистов - независимых предпринимателей относительно высок в Нидерландах, США, Бельгии и Канаде. С другой стороны, специалисты в Венгрии (независимо от того, являются ли они наемными работниками или независимыми предпринимателями) зарабатывают сравнительно меньшую сумму по отношению к среднему доходу по стране, чем в других странах.

Вопрос трудовых ресурсов здравоохранения затрагивает многие сектора. Ни один из них не может успешно решить эту проблему самостоятельно. О важности инвестиций в сферу медицинского образования косвенно свидетельствует факт влияния инновационных процессов на показатели удовлетворенности населения медицинской помощью и на среднюю продолжительность предстоящей жизни. Один из основных интегральных показателей, используемых для сравнительного анализа развития здравоохранения стран ОЭСР – Европейский индекс потребителя услуг здравоохранения (European Health Consumer Index, EHCI) – включает ряд подкатегорий, напрямую связанных с уровнем инноваций в системе здравоохранения. В частности, такие подкатегории EHCI, как «права пациента и информация», «е-здоровье», состоят из компонентов, непосредственно обусловленных уровнем информатизации здравоохранения (электронный документооборот внутри системы здравоохранения и с другими организациями, электронные формы взаимодействия с пациентами, такие как e-запись на прием к врачу, электронные рецепты, доступ пациента к информации о данных его лабораторных обследований и пр.). Развитие единого информационного пространства страны невозможно без включения в него информационного пространства здоровья и здравоохранения, следовательно – без осуществления инноваций и инвестиций в исследования в сфере информатизации медицины. Анализ показателей EHCI и Европейского индекса инноваций (European Innovation Scoreboard, EIS) показал, что средняя продолжительность предстоящей жизни зависит не только от уровня расходов на здравоохранение, но и от процента ВВП, выделяемого на инновации. В странах, более вовлеченных в ин-

новационные процессы, люди живут дольше, и их индекс развития человеческого потенциала значительно выше [24].

Социальный статус медицинского работника определяется, в первую очередь, официальной социальной позицией профессии, формируемой государственной политикой (образование, официальная тарифная сетка, официальный престиж профессии). Во-вторых, социальный статус зависит от самооценки работника. Она тесно связана с внешней оценкой (социальной значимостью), а также с отношениями в коллективе.

А.В.Решетников определяет социальный статус врача как «соотносительное положение (позиция), определяемое по совокупности прав и обязанностей, социальных ожиданий, форм и объемов материального и морального вознаграждения, устойчивых норм поведения, обусловленных особенностями функционирования системы здравоохранения» [9, с.87]. Критерии статуса медицинского работника, согласно А.В.Решетникову, следующие:

- экономический – уровень и принципы оплаты труда;
- профессионально-должностной – карьера, возможности профессионального роста, успех, трудовая мобильность;
- престижность – уровень оплаты труда, уровень образования, мнение коллег-профессионалов, возможность решения материальных проблем, возможность поддержания собственного здоровья;
- социально-психологический – адаптация в коллективе, оснащенность рабочего места, отношения с коллегами и пациентами, опыт и стаж работы, награды и поощрения.

Особенности профессионально-должностного статуса врача в том, что для врача нередко более важна не вертикальная (движение вверх по должностной лестнице), но профессиональная карьера (содержательное освоение профессии, повышение профессионального уровня, накопление опыта работы, уважение пациентов).

При ведущем значении уровня оплаты труда в формировании экономического критерия (рис. 6), немаловажную роль в достижении более высокого социального статуса играют индивидуальные и семейные стратегии достижения материального положения. Индивидуальные стратегии заключаются в усилиях самого врача (поиск дополнительного заработка), семейные сосредоточены на помощи родственников и использовании семейных ресурсов (сдача в аренду квартиры, работа на приусадебном участке и пр.).

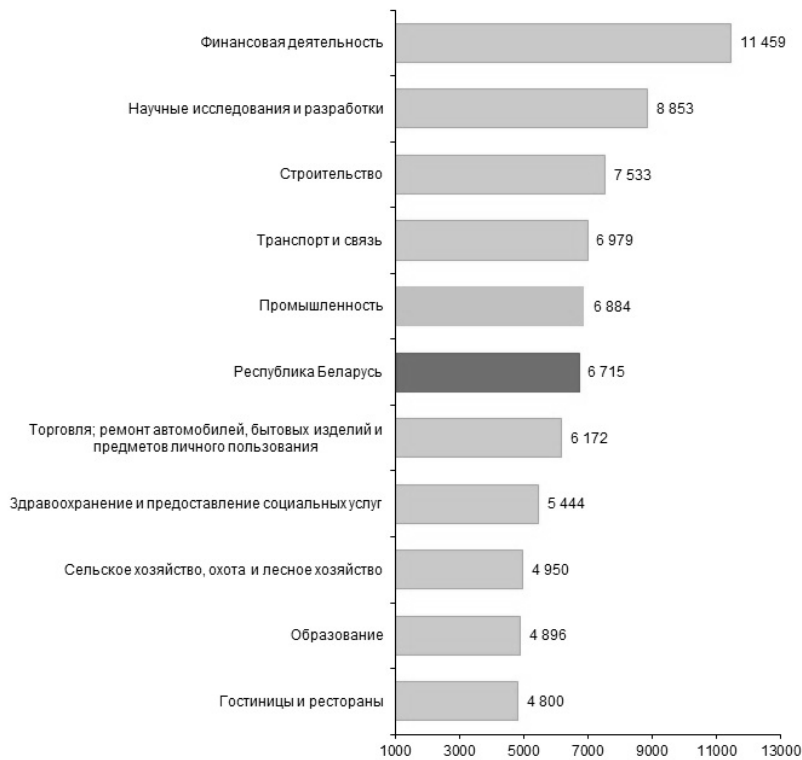


Рис. 6. Номинальная начисленная средняя заработная плата работников Республики Беларусь по отдельным видам экономической деятельности в 2015 г. [ист.:26]

Средние медицинские работники во всем мире и, в том числе, в Беларуси представлены в основном женщинами. При более низком социальном статусе и оплате труда они сталкиваются с теми же факторами риска профессии. По данным белорусских авторов, 16,4–35% медицинских сестер в Беларуси не желают повышать свою квалификацию, что связано с низкой материальной заинтересованностью и синдромом эмоционального выгорания [1].

Такой критерий социального статуса врача, как престиж, включает сочетание экономического фактора и социально-психологического компонента — удовлетворенности работой, возможности самореализации и успеха, который оценивается, отмечается и признается. Престиж определяется специальностью (что является одной из причин нехватки врачей первичного звена и избытка специалистов узкого профиля), местом работы (нехватка врачей на селе и избыток в областных центрах, рис. 7).

В Беларуси пока еще сохраняется потребность в увеличении доли персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, ликвидации дисбаланса избытка специалистов узкого профиля. Характерна концентрация медицинских работников в крупных городах и пока еще недостаточная обеспеченность медицинскими кадрами сельского населения.

Здравоохранению Беларуси необходимы также высококвалифицированные управленческие кадры, подготовленные в области экономики и управления (не менее 10% общего кадрового состава). Недостаточно учтен такой резерв, как организаторы сестринского дела. Необходима специальная подготовка специалистов кадровой службы здравоохранения.

Пока еще недостаточно учтен такой резерв экономии ресурсов здравоохранения Беларуси, как изменение функций медицинской сестры. В странах Западной Европы сестринское обслуживание рассматривается как отдельная область медицины (а не только как область содействия врачу). Соотношение врачей и средних медицинских работников в организациях системы Минздрава почти 1:2,5 при рекомендации экспертов ВОЗ — 1:4 — 1:5 (рис. 8).

Культура как инструмент управления в здравоохранении.

Роль руководителя в успешном достижении организационных целей

Человечество в своем историческом развитии выработало всего несколько инструментов управления: иерархия, рынок, культура. Все они в той или иной мере значимы по сей день, в том числе и в управлении здравоохранением. Иерархия обеспечивает стабильность работы системы, однозначное толкование идеи и направленности действий. Рынок — неотъемлемая составляющая настоящей действительности. Роль культурных факторов стала рассматриваться как значимая в последние десятилетия. В то же время, в медицине и здравоохранении именно культурные факторы по сути являются определяющими в достижении миссии укрепления здоровья населения, а также в обеспечении населения качественной доступной медицинской помощью.

С точки зрения классического менеджмента, организационная культура — это важнейший фактор внутренней среды организации, а именно: система поведенческих норм, общеорганизационных правил и ценностей, которыми отличаются работники данной организации и организация в целом [13].

Культурой организации называют также способы выполнения работы и способы обхождения

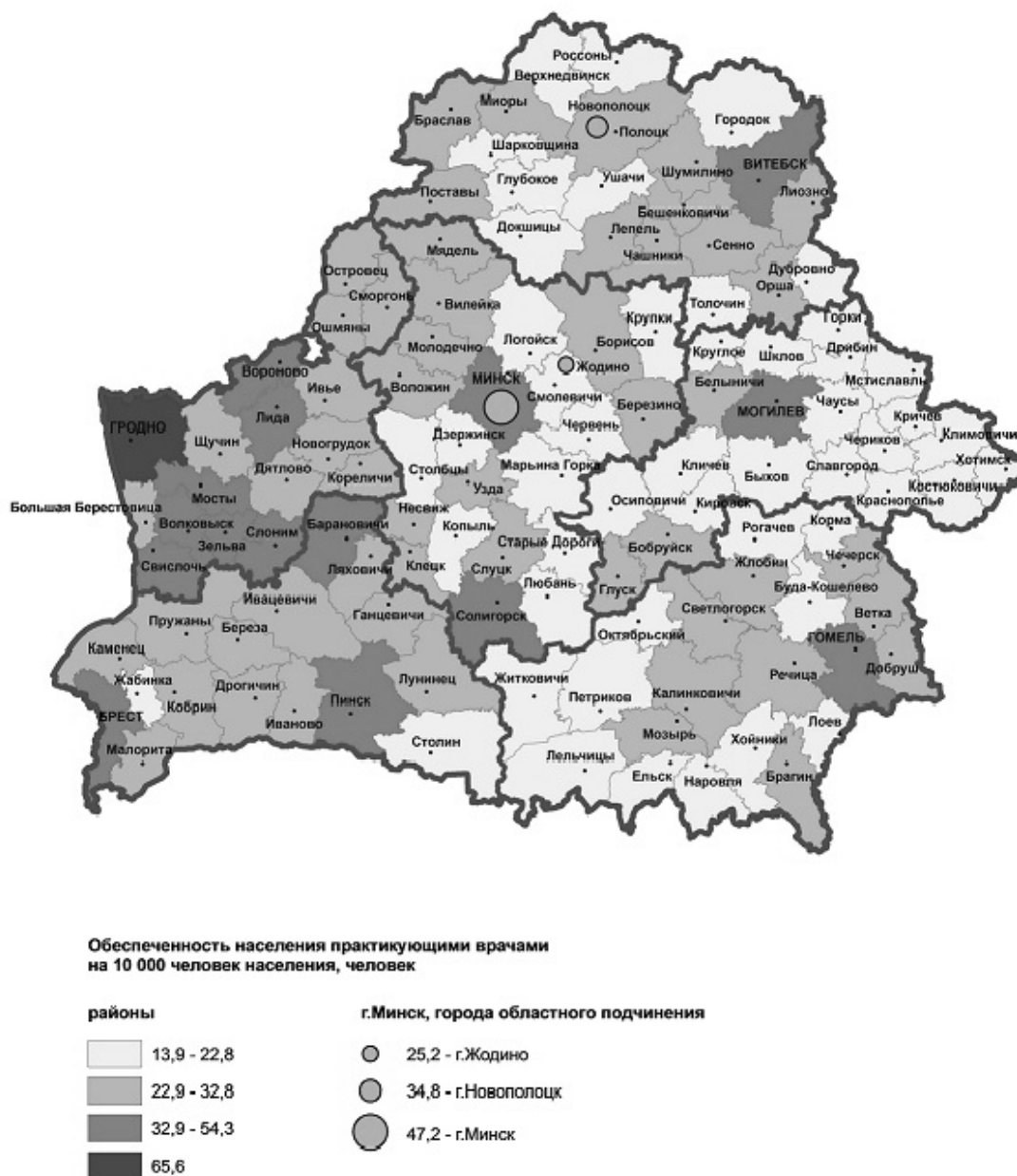


Рис. 7. Обеспеченность населения практикующими врачами на конец 2015 года (на 10 000 человек населения) [ист.: 28]

с людьми, принятые в данной организации. Нередко комплекс разделяемых персоналом организации мнений, эталонов поведения, настроений, отношений обуславливают индивидуальность организации в большей степени, чем выпускаемая ею продукция (оказываемые услуги).

Организационная культура тесно связана с культурой общества, в котором функционирует данная организация, поскольку культура общая и профессиональная (медицинская, применительно к здравоохранению) являются базой, на которой формируется организационная культура.

Согласно определению академика РАМН А.В.Решетникова, «медицинская организация (уч-

реждение) – это объединение медицинских работников, оказывающих согласно своим социальным ролям, определяемым профессиональной подготовкой, социальными и этическими ценностями, нормами и образцами поведения, лечебно-диагностическую, профилактическую и медико-санитарную помощь, проводящих санитарно-эпидемиологические мероприятия, обеспечивающих охрану и укрепление общественного здоровья... Каждое медицинское учреждение снабжено соответствующим оборудованием, техникой, инвентарем, а персонал использует особую профессиональную терминологию... В среде медиков сложилась особая субкультура со своими обычаями, традиция-

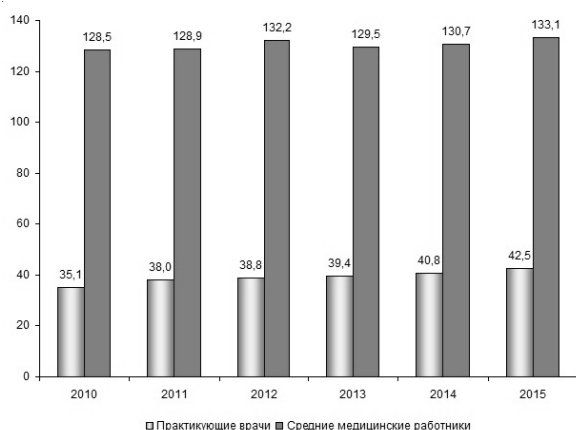


Рис. 8. Численность практикующих врачей и средних медицинских работников (2010—2015 гг.; на 10 000 человек населения) [ист.: 29]

ми и нормами. Студенты-медики получают в вузе не только технические знания и навыки, но также изучают этический кодекс поведения врача. У любой медицинской организации имеется свое название, устав, цели, определенная сфера деятельности, порядок работы, штат сотрудников, четко налаженный контроль, планирование, учет, здания и оборудование, управленческая иерархия и многое другое» [8].

Компонентами организационной культуры являются:

- мировоззрение (представления об окружающем мире и о данной организации в нем), направляющее поведение персонала;
- организационные ценности (предметы и явления организационной деятельности, имеющие особую важность для духовной жизни сотрудников), связывающие организационную культуру и внутренний мир личности каждого сотрудника;
- стили поведения, характеризующие персонал организации, внутриорганизационные социальные роли;
- социальные внутриорганизационные нормы (совокупность официальных и неофициальных требований, предъявляемых организацией по отношению к сотрудникам). Освоение этих норм происходит при внутриорганизационной социализации каждого нового сотрудника;
- психологический внутриорганизационный климат [13].

Будучи фактором внутренней среды, организационная культура отличается тем, что имеет двунаправленную ориентированность.

Во-первых, организационная культура ориентирована внутрь организации (на коллектив). Внутренняя ориентированность организационной культуры (внутренний аспект) выражается в комплек-

се внутриорганизационных представлений о назначении организации в целом, который, являясь глубинным явлением, определяет ценности, климат и стиль взаимоотношений и проявляется в поведении сотрудников: уровне дисциплины, преимущественно используемом руководителем стиле управления, духе партнерства и коллегиальности, устойчивости внутренних организационных связей, во взаимодействии «врач – врач», «врач – сестринский персонал», «сестринский руководитель с высшим сестринским образованием – работник со средним медицинским образованием», «средний медицинский персонал – младший медицинский персонал» и т.п.

Внешний аспект организационной культуры тесно связан с первым и представляет собой направленность культуры организации во внешнюю среду. Внешняя направленность связана с качеством производимой продукции или услуг, культурой взаимодействия с потребителями и конкурентами, динамичностью и гибкостью ориентации в рыночной среде. На практике внешний аспект организационной культуры проявляется переплетением искусственно созданных образов («высоких» символов – фирменных знаков, публичных отчетов, индивидуальной атрибутики организации) и реальных, «низких», символов, представляющих собой ежедневные характеристики организации, такие как отношение к просьбам клиентов (потребителей услуг), качество производимых товаров (услуг) и т.п.; для организаций здравоохранения – качеством оказываемых услуг медицинского назначения, взаимоотношением «врач – пациент (потребитель услуг медицинского назначения)», «медперсонал – потребитель медицинских услуг».

По данным доклада Министра здравоохранения В.И.Жарко на итоговой коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь в январе 2016 г., «в социологическом исследовании Информационно-аналитического центра при Администрации Президента Республики Беларусь в 2015 г. дана низкая оценка организации обслуживания в ряде учреждений здравоохранения, а именно: очереди в поликлиниках; общие потоки пациентов (больные в одной очереди со здоровыми); недостаток времени приема пациента; невнимание со стороны врача («ты говоришь, а врач тебя не слышит»); сложность в прохождении медкомиссий («режим работы нужных специалистов не совпадает, надо приходить несколько раз»). Примечательно, что само качество медуслуг гораздо реже вызывает нарекания» [4].

Развитие организационной культуры – сложная задача, стоящая перед руководителями организа-

ций здравоохранения. Дело в том, что универсальной оптимальной организационной культуры не существует. Она определяется спецификой отрасли, в которой действует организация, целями и задачами организации, особенностями технологии и персонала. К принципам оптимальности организационной культуры можно отнести: во-первых, создание необходимых условий для удовлетворения потребностей персонала в самореализации, а именно: положительный деловой и социальный внутриорганизационный климат, во-вторых, соответствие «высоких» и «низких» символов организации друг другу и организационным целям.

Наилучшей организационной культурой для организаций здравоохранения может быть названа сильная по степени влияния на поведение персонала организационная культура с отсутствием контркультур, способствующая созданию оптимальных для реализации профессионального потенциала каждого работника условий, определяющих максимальную экономическую, медицинскую и социальную эффективность организации.

Современная этико-деонтологическая организационная культура организаций здравоохранения ориентирована на высокое качество медицинских услуг, соответствующее наиболее полному удовлетворению запросов потребителей (пациентов), и является мощным регулятором самостоятельного систематического контроля каждым медицинским работником результатов и организации своего труда. Организационная культура выполняет функции сплочения коллектива, обеспечивает слаженность работы всех подсистем организации.

Несмотря на сложность выполнения управленческой задачи по формированию адекватной организационной культуры, эта задача может рассматриваться как одна из наиболее значимых для руководителя, поскольку организационная культура в современных условиях рассматривается как один из самых перспективных инструментов управления. Управленческие действия руководителя, управленческая культура являются определяющими в формировании и поддержании организационной культуры. Примечательны слова Министра здравоохранения В.И.Жарко: «Руководитель лечебного учреждения – профессионал во всем. Но главное – понимание, что за ним стоит коллектив, и от его слаженности зависят и результат оказания медпомощи, и те показатели, которые характеризуют работу» [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Вальчук, Э.А. Медицинские сестры с высшим образованием: подготовка и последипломное повышение квалификации в Республике Беларусь /

- Э.А.Вальчук, Т.В.Матвейчик, В.И.Иванова // Медицинские новости. – 2004. – №6. – С. 59–63.
2. Взгляд на здравоохранение: показатели ОЭСР. – Выпуск 2005. – Резюме на русском языке [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://oecd.ru/zip/8105178e5.pdf>. – Дата доступа: 19.06.2013.
3. Жадан, А.А. Социально-экономические модели здравоохранения / А.А.Жадан // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №3. – С.36–41.
4. Жарко, В.И. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь в 2015 году и основных направлениях деятельности на 2016 год (доклад на итоговой коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь 27 января 2016 года) // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – №1. – С.4–12.
5. Зайцев, Е.О. Тенденции финансирования систем здравоохранения в Европейском регионе / Е.О.Зайцев // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №4. – С.32–36.
6. О здравоохранении: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-ХП // ИПС «ЮСИАС» [Электронный ресурс] / СООО «ИПА «Регистр». – Минск, 2016.
7. Решетников, А.В. Медико-социальные системы: способы образования и сравнительный анализ / А.В.Решетников // Социология медицины. – 2005. – №1 (6). – С.3–17.
8. Решетников, А.В. Социологическое осмысление медицины / А.В.Решетников // Социология медицины. – 2003. – №1. – С.3–16.
9. Решетников, А.В. Социология медицины: учебник / А.В.Решетников. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 256 с.
10. Снежицкий, В.А. Проблемы финансирования здравоохранения и пути их решения. Сообщение 2 / В.А.Снежицкий, М.Ю.Сурмач // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2013. – №2. – С.33–38.
11. Снежицкий, В.А. Проблемы финансирования здравоохранения: преломление в зеркале зарубежного опыта. Сообщение 1 / В.А.Снежицкий, М.Ю.Сурмач // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2013. – №1. – С.33–38.
12. Снежицкий, В.А. Сравнительный анализ источников финансирования здравоохранения и медицинского образования в некоторых странах мира / В.А.Снежицкий, М.Ю.Сурмач // Медицинские новости. – 2014. – №1. – С.43–50.
13. Сурмач, М.Ю. Менеджмент в здравоохранении: учеб. пособие для студентов факультета медицинских сестер с высшим образованием (допущено Министерством образования Республики Беларусь в качестве учебного пособия для студентов учреждений, обеспечивающих получение высшего образования по специальности «сестринское дело») / М.Ю.Сурмач, Е.М.Тищенко. – Гродно: ГрГМУ, 2007. – 284 с.

14. Сурмач, М.Ю. Основные дефиниции и методологические принципы социологии медицины. Концепция учебного курса / М.Ю.Сурмач // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – №4 (85). – С.66–73.
15. Сурмач, М.Ю. Проблемное поле социологии медицины как индикатор специфики медико-социальных процессов / М.Ю.Сурмач // Сборник статей очередной III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социология медицины: векторы научного поиска», Москва, 29–30 октября 2015 г. – М., 2015. – С.181–183.
16. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью / Ежегодный доклад ВОЗ. – Женева, 2010. – 106 с.
17. Шарабчиев, Ю.Т. Новая парадигма здравоохранения и основные направления адекватных реформ. Сообщение 1. Финансирование здравоохранения / Ю.Т.Шарабчиев, Т.В.Дудина // Медицинские новости [Электронный ресурс]. – 2006. – №10. – Режим доступа: <http://www.mednovosti.by>. – Дата доступа: 15.01.2013.
18. Шарабчиев, Ю.Т. Новая парадигма здравоохранения: причины, обуславливающие необходимость смены парадигмы / Ю.Т.Шарабчиев // Медицинские новости. – 2005. – №3. – С.18.
19. Шарабчиев, Ю.Т. Обязательное медицинское страхование в Беларуси: за и против / Ю.Т.Шарабчиев // Медицинские новости [Электронный ресурс]. – 2012. – №5. – Режим доступа: <http://www.mednovosti.by>. – Дата доступа: 15.01.2013.
20. Шарабчиев, Ю.Т. Современные вызовы XXI века и финансирование здравоохранения / Ю.Т.Шарабчиев // Медицинские новости [Электронный ресурс]. – 2011. – №12. – Режим доступа: <http://www.mednovosti.by>. – Дата доступа: 15.01.2013.
21. Шейман, И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении / И.М.Шейман; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – 2-е изд. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. – 318 с.
22. Global Health Observatory Map Gallery [Electronic source]. – Mode of access: <http://gamapserv.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx>. – Date of access: 22.07.2016.
23. WHO Global Health Expenditure Atlas / WHO. – Geneva, 2012. – 221 p. – ISBN 978 92 4 150444 7.
24. Zalewska, M. Efektywnosc w ochronie zdrowia w krajach OECD I UE z uwzglednieniem czynnika innowacyjnosci / M.Zalewska // Problemy zarzadzania. – 2011. – Vol.9, No.3 (33). – S.42–61.
25. Данные интернет-портала ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/ru. – Дата доступа: 22.07.2016.
26. Данные интернет-портала Национального статистического комитета [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/trud/graficheskii-material_4/nominal_nachislennaya_sredn_zar_plata-rabotnikov_poved_2015/. – Дата доступа: 22.07.2016.
27. Данные интернет-портала Национального статистического комитета [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/zdravoohranenie_2/graficheskii-material-grafiki-diagrammy-_2/chislennost-praktikuyuschih-vrachei/. – Дата доступа: 22.07.2016.
28. Данные интернет-портала Национального статистического комитета [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/zdravoohranenie_2/graficheskii-material-grafiki-diagrammy-_2/obespechennost-naseleniya-praktikuyushchimi-vrachami-na-konets-2015-goda-karta/. – Дата доступа: 22.07.2016.
29. Данные интернет-портала Национального статистического комитета [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/zdravoohranenie_2/graficheskii-material-grafiki-diagrammy-_2/chislennost-vrachei-spetsialistov-i-srednih-meditsinskih-rabotnikov/. – Дата доступа: 22.07.2016.
30. Данные интернет-портала Национального статистического комитета [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/zdravoohranenie_2/graficheskii-material-grafiki-diagrammy-_2/chislo-kоек-v-bolnichnyh-organizatsiyah/. – Дата доступа: 22.07.2016.

SOCIAL AND CULTURAL FACTORS OF MEDICAL PROFESSION

M.Yu.Surmach

Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus

Modern social cultural and economic factors of health systems management in the world and in the Republic of Belarus, stuff problems of health care services are analyzed. Sociological aspects of medical professions are considered. The leading role of organizational and management culture as a modern tool of management in healthcare is substantiated.

Keywords: medicine, healthcare, medical profession, social status, organizational culture.

Поступила 25.07.2016 г.