



DOI: 10.22363/2313-2272-2022-22-3-630-645

Приспособительные практики медицинских работников в условиях реформирования здравоохранения*

Л.В. Темнова¹, Э.Г. Бапинаева²

¹Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова

Ленинские Горы, 1, Москва, 119991, Россия

²Лаборатория социологической экспертизы Института социологии РАН

Шоссе Энтузиастов, 34, Москва, 105118, Россия

(e-mail: temnova.larisa@yandex.ru; bga01041998@mail.ru)

Аннотация. Теория высокого модернизма и концепция «метиса» Дж. Скотта называют одну из причин неудачных попыток государственного реформирования в различных областях: при подготовке изменений зачастую пренебрегают локальным практическим опытом, от которого может зависеть успех реформы в целом. Система игнорирует возможные стратегии сопротивления работников грядущим переменам, многие из которых носят неосознанный характер. Опыт проведения реформ в области здравоохранения, в том числе в России, показал, что наиболее уязвимой группой остаются врачи, которых изменения касаются в первую очередь. Побочным эффектом продолжающихся реформ в здравоохранении выступает выработка в профессиональном сообществе врачей определенных приспособительных практик, цель которых — адаптация к изменениям с наименьшими потерями для личности и профессиональной деятельности. Для выявления приспособительных практик медицинских работников в ответ на реформы и их последствия был проведен анализ имеющихся данных и серия интервью с врачами разных специальностей. В результате были систематизированы приспособительные практики врачей в профессиональной деятельности, и предложена их классификация: девиантные/недевиантные и активные/пассивные. Активные практики преобладают и реализуются в трех подсистемах: врач–администрация, врач–врач и врач–пациент. Большинство врачей легче принимают изменения, которые связаны с добавлением нового, чем прекращение традиционных практик. Все респонденты положительно оценили новые технологии, но негативно — жесткие стандарты, ограничивающие их профессиональную свободу в лечении пациентов. Выработка приспособительных практик зависит от разных факторов — пола, возраста, стажа, специализации, должности. Данные практики помогают врачам сохранить тот уклад жизни, к которому они привыкли, и вписаться в новые условия системы.

Ключевые слова: приспособительные практики; концепция «метис»; реформа здравоохранения; врачи; адаптация; девиантный и недевиантный характер приспособительных практик

* © Темнова Л.В., Бапинаева Э.Г., 2022

Статья поступила 16.02.2022 г. Статья принята к публикации 10.06.2022 г.

Реформы в системе здравоохранения, начало которым было положено законами «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (2010) [15] и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (2011) [14] «Программы–2010» [8], привели к введению новых порядков и стандартов оказания медицинской помощи, массовому сокращению и укрупнению медицинских учреждений, изменению системы финансирования. Успех реформ в социальной сфере зависит от трех составляющих — концепции реформ, качества работы реализующих ее организационных структур, отношения и установок затрагиваемых реформой социальных групп, в нашем случае — медицинских работников. Последние выступают и объектом политики государства в сфере здравоохранения, и ее субъектом, проводником, поэтому трансформации в системе здравоохранения отразились не только на пациентах, но и на медицинских работниках. Представители профессии, относящейся к социоэкономическим, подвержены высокому риску эмоционального выгорания. Ответственность за пациентов, умственные и физические перегрузки, осознание границ врачебных возможностей, недостаток времени, давление со стороны руководства и низкая оплата труда приводят к ухудшению самочувствия врачей и снижению качества медицинской помощи.

Анализ стратегии реформ в российской системе здравоохранения позволил выявить две ее особенности. Во-первых, «имплементация рассматривается как структурированный иерархический процесс, в котором разработанное задание “спускается” от властных органов к нижестоящим инстанциям — исполнителям» [13. С. 27]. Любые неудачи при таком (централизованном) подходе считаются недостатками административного контроля: исходные положения стратегий разработчиков могут оказаться ошибочными и приводить к побочным эффектам и даже полному срыву запланированной программы. Во-вторых, работники нижних исполнительных звеньев имеют достаточно свободы для самостоятельного принятия решений в реализации государственных программ. В итоге от них, а не от контроля высших органов зависит, как будет интерпретироваться программа на местах и какие принесет плоды [18].

Врачебное сообщество по-разному оценивает изменения в системе здравоохранения. Одна часть положительно относится к нововведениям: *«новое оборудование нам поставили»; «Касательно скорой помощи я могу сказать, что оснащение очень улучшилось — автомобили, доктора, препараты — все улучшилось»; «Несомненно, плюсом реформ является всеобщая диспансеризация и доступность методов обследования»; «К изменениям я отношусь положительно. Если мои работники оказывают медицинскую помощь согласно регламенту, то в случае чего к ним нельзя будет придираться».* Другая группа врачей подчеркивает в реформах и их последствиях отрицательные аспекты: *«Очень много писанины. Как я считаю, процентов на 60 это все не нужно»; «Из минусов могу отметить, что сейчас в медицине бюрократической составляющей слишком много»; «Иной раз когда читаешь эти регламенты,*

кажется, что их пишет человек, который к медицине не имеет никакого отношения».

Побочным эффектом перманентно продолжающихся реформ в здравоохранении выступает выработка профессиональным сообществом приспособительных практик для адаптации к изменениям с наименьшими потерями для личности и профессиональной деятельности. Появление термина «приспособительные практики» связано с концепцией «метиса» Дж. Скотта: под термином «метис» он понимает «огромное множество практических навыков и приобретенных сведений в связи с постоянно изменяющимся природным и человеческим окружением» [10. С. 498]. Метис не является практикой намеренного сопротивления или противодействия, это повседневные способы интерпретации поступающих сверху сигналов или приказов. Перед исполнителем не стоит задача максимально ухудшить или нарушить приказ — он лишь пытается приспособить к новому проекту старые методы так, чтобы минимально менять привычный уклад и рисковать завтрашним днем. Как любая практическая схема действия, такое «приспособление» происходит не рефлексивно — для «игрока» это обыденное действие, направленное на то, чтобы дать ответ на приказ. Метис — это знание о том, как выполнить приказ или совершить действие таким образом, чтобы не «изобретать велосипед» и не быть наказанным. Систематические попытки, например, «вертикализировать» или унифицировать систему, наталкиваются на устойчивые и однотипные техники переосмысления. Таким образом, необходимость приспособления к стремительным изменениям в условиях труда приводит к мететическим способам выполнения профессиональной деятельности [10. С. 101–102].

Ф. Хайек критиковал экономическое планирование, особенно в форме контроля цен и заработной платы: правительственным чиновникам не хватает информации о сотнях, тысячах и миллионах людей, чье поведение оказывается непредсказуемым при определенной рыночной заработной плате и ценах [16. С. 78]. Эта проблема касается не только экономической сферы, но и всех систем общества. Например, в науке «планировщик» (занимается разработкой новых планов) не всегда является хорошим ученым, ему не хватает знаний о тех, кому он навязывает свои изменения, что может привести к негативным последствиям.

Приспособительные практики существуют не только в профессиональной среде. М. Серто провел анализ повседневной жизни: она пронизана определенными практиками [9. С. 155], которые настолько обыденны, что человек осуществляет их не задумываясь. Покупки, приготовление пищи, проведение досуга с семьей — все это рутина, на которой наше внимание не задерживается. Но, по Серто, как потребители мы далеко не так пассивны: потребляя, мы следуем заданным моделям и отдаем себе отчет в существовании неписаных правил. В повседневной жизни мы интерпретируем эти правила таким образом, чтобы использовать их преимущества и незаметно менять.

К.Д. Титаев отрицает жесткую границу между государством, которое проводит реформы, и населением, вынужденным им подчиняться. У Дж. Скотта даже низший из чиновников — агент государства, который занят реализацией модернистского проекта, а не метис. Титаев не соглашается с данным подходом: любое звено в государственной цепи может использовать приспособительные практики для упрощения своей деятельности. Это означает, что границы «миров», где модернистский проект (и присущее ему видение) сталкивается с повседневным практическим знанием обычных людей и их навыками противостояния государству, могут пролегать на любом уровне иерархии. Предложенный Титаевым перечень черт реформаторской деятельности характерен и для российского здравоохранения: унификация и вертикализация системы (отчетность, штатные расписания и т.п. должны были быть абсолютно одинаковыми от Петропавловска до Калининграда); ориентация на идеального исполнителя в вакууме (на всех уровнях) — он не может допустить ошибки и отклонения от правил; следование плану, который реализуется через набор нормативных актов, инструкций, методических пособий и т.п.; судьба этих документов не отслеживается иначе, чем через получение «снизу» отчетов; фетишизация «объективных показателей» [12. С. 98].

С одной стороны, приспособительные практики врачей могут иметь характер намеренного сопротивления и нарушения приказов «сверху». С другой стороны, врачи чаще всего пытаются лишь приспособиться к новым требованиям, используя привычные приемы, что помогает им минимизировать влияние изменений. Устоявшаяся клиническая практика позволяет врачам вести деятельность с наименьшими затратами ресурсов на выработку новых моделей поведения. Изменения трактуются многими специалистами не как механизм улучшения системы, а как угроза спокойствию, поэтому они изначально настроены против них. Проблема заключается не в том, что врачи не хотят получать новые знания и совершенствовать свои навыки, а в том, что они не желают отказываться от прежних практик и моделей поведения. В целом исследователи подчеркивают, что реформы, имеющие поверхностный характер и одностороннюю направленность, обречены на провал. Государство должно учитывать, что в системе работают живые люди, действия которых могут не вписываться в установленные рамки. Особую роль играет непрофессионализм экспертного сообщества, которое занимается разработкой и внедрением изменений.

Для выявления приспособительных практик, которые вырабатываются медицинскими работниками в ответ на реформы и их последствия, был проведен анализ имеющихся данных и интервью с 32 врачами, стаж работы которых составил от 8 до 35 лет. Интервью проводилось с врачами, работающими как в государственном (84%), так и в частном секторе (16%). В выборку вошли 17 женщин и 15 мужчин: кардиологи, терапевты, неврологи, хирурги, стоматологи, гинекологи, врачи скорой помощи, педиатры и реаниматологи.

Среди основных направлений реформирования системы здравоохранения в 2010-е годы можно выделить следующие: смена системы финансирования — переход на одноканальную систему, которую обеспечивает фонд обязательного медицинского страхования (ОМС); стандартизация — создание единых стандартов контроля качества медицинских услуг; модернизация — совершенствование материально-технического оснащения медучреждений и внедрение информационных систем; оптимизация — пересмотр принципов и объема услуг, укомплектованности медучреждений, их оснащенности и штата; маршрутизация пациентов — введение трехуровневой системы оказания медицинской помощи [3. С. 93].

Анализ имеющихся данных показывает, что практики представителей медицинского сообщества в ответ на эти реформы могут сводиться как к изменению поведенческих тактик, так и к преобразовании среды. В первом случае конформизм врачей может вынуждать их выбирать тактики действия «в обход», позволяющие формально соответствовать предъявляемым требованиям и экономить свои физические и психологические ресурсы, но появляются риски для здоровья пациентов (при добросовестном выполнении обязанностей в условиях повышенных нагрузок могут возникать риски врачебной ошибки и профессионального выгорания). В случае преобразования среды врачебное сообщество прибегает к конфликтным тактикам, например, протесту против нового порядка и открытому сопротивлению свершившимся или запланированным изменениям. В ряде случаев сотрудникам лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) индивидуально или коллективно удается добиться изменения условий труда и повысить свои шансы адаптироваться к ним, однако в ходе протестов могут возникать риски здоровью пациентов, связанные с неоказанием медицинской помощи в необходимом объеме. Если адаптация невозможна, профессионалы прибегают к «тактике проигравшего» — меняют место работы или сферу деятельности, что может приводить к обострению кадровых проблем медицинских организаций [1. С. 52].

Е.А. Тарасенко и М.Я. Эйгель изучили отношение среднего и младшего персонала к реструктуризации медицинских учреждений. На основании полученных данных они разделили респондентов на три группы: смирившиеся/вынужденные сторонники, запуганные и убежденные сторонники/выигравшие — большинство опрошенных оказались в группе смирившихся [11. С. 58]. Запуганные согласны работать даже за меньшую заработную плату и более интенсивно, чтобы сохранить работу. Как правило, к этой группе относится большинство представителей младшего медперсонала, которые понимают, что в случае сокращения не получают таких больших денежных компенсаций, как средний медперсонал, и не обладают достаточной квалификацией, чтобы чувствовать себя уверенно на рынке труда [11. С. 59]. Они держатся за работу, согласны практически на любые условия труда. Все это они могут компен-

сировать тем, что получают доступ к неофициальным платежам пациентов за оказание дополнительных санитарно-гигиенических услуг.

Интервью, проведенные О.С. Караевой, подтверждают негативное отношение врачей к новым стандартам: иногда они избыточны, иногда недостаточны, но отступление от них становится крайне сложным под жестким контролем страховых компаний [3. С. 99]. Несмотря на то, что стандарт формально не является эталоном деятельности врача, страховые компании, выполняя надзорную функцию, зачастую возводят его в ранг строго обязательного и штрафуют за отклонения от него. При желании оказать помощь сверх нормативов врач должен обосновать свои действия, т.е. затратить усилия на преодоление бюрократических процедур (без гарантий, что его действия будут поддержаны). Тем самым системой поощряется (негативными санкциями) формальное следование стандартам.

Несогласие или невозможность следовать новым стандартам основано на прежних профессиональных нормах. Новые правила противоречат привычному порядку лечения, ставя врачей перед моральным профессиональным выбором: внимательное обследование пациента или правильное заполнение бумаг, лечение из соображений экономической целесообразности или профессионализма и т.д. Так, чтобы оказать качественную помощь пациенту, более 90 % опрошенных приходилось отклоняться от действующих регламентов и назначать диагностические процедуры сверх стандарта, чтобы уточнить диагноз [3. С. 102]. В результате введения стандартизации в наиболее уязвимом положении оказываются наиболее квалифицированные и опытные медики. Молодое поколение врачей, напротив, получая стандарты в качестве профессиональной нормы, ориентируется на «потоковость» и формализм.

На основании экспертных интервью, проведенных с врачами в 2020–2021 годы, мы систематизировали основные практики, применяемые ими в ответ на реформы и их последствия. Анализ транскриптов интервью позволил предложить следующую классификацию приспособительных практик врачей по критериям «девиантность/недевиантность» и «активность/пассивность»: недевиантные активные; девиантные активные; недевиантные пассивные; девиантные пассивные. В медицине наиболее распространены активные практики: врачи реагируют на поступающие сверху приказы и приспособляются к ним, оставаясь внутри системы. Это приспособление может выходить за установленные рамки (девиантные практики), так оставаться внутри них (недевиантные). Так как активные практики составляют большую часть приспособительных практик, мы можем выделить в них три подгруппы по трем подсистемам — «врач–администрация», «врач–врач» и «врач–пациент». Если специалист не может выполнять качественно свои должностные обязанности, когда эмоциональное выгорание и постоянно меняющаяся рабочая среда приводят к максимальной формализации труда, то возможен уход

из профессии (временный или окончательный) или переход из государственного ЛПУ в частное — это девиантные пассивные практики.

1. Недевиантные активные практики (не выходящие за рамки стандартов и регламентов).

1.1. Подсистема «врач–администрация». Стандартизация и сокращение медицинских учреждений привели к тому, что нагрузка на врачей увеличилась, а время, отведенное на одного пациента, сократилось (осмотр, постановка диагноза, заполнение истории болезни). В связи с тем, что документацию перевели в электронный формат, врачам старшего возраста приспособиться сложнее, на заполнение форм у них уходит больше времени, чем у молодых специалистов. Также им необходимо дополнительное обучение для работы на новом оборудовании. Возникает дилемма: посвятить больше времени пациенту или заполнению форм? Большинство респондентов ставит на первое место благополучие пациента: на приеме врач уделяет максимально возможное время больному, а для себя делает небольшие заметки, и в конце рабочего дня по ним заполняются журналы и отчетные материалы согласно стандартам. *«Времени, которое отводится на прием одного пациента, очень мало. Зимой женщине требуется только 10 минут, чтобы подготовиться к осмотру! Чтобы не терять время, я у себя кратко фиксирую данные, а в перерыве или в конце рабочего дня более развернуто заполняю отчеты»; «Задерживаемся на работе, бывает, на час, два или даже три, чтобы все как следует заполнить»; «Если не успеваю все сделать на работе, часть историй болезни я могу забирать и домой».* Такое внимание врачей к отчетности обусловлено жестким контролем руководства и страховых компаний, хотя стандартизация была направлена на упрощение контроля за профессиональной деятельностью врачей. Во время проверки страховые компании сосредотачиваются на форме отчета — упущенное слово или даже знак препинания могут повлечь наказание врача, что усугубляет напряжение на рабочем месте. Порой врач жертвует личным временем, чтобы выполнить все требования: отработав смену в больнице или поликлинике, время отдыха он также вынужден посвящать служебным вопросам. Врачи не успевают отдыхать, чувство усталости приобретает хронический характер, что сказывается и на их самочувствии и отношениях с близкими.

1.2. Подсистема «врач–врач». Многие респонденты отмечали, что для них важен коллектив, в котором они работают. Наталкиваясь на непонимание родных и близких, которые не имеют отношения к медицине, врачи обращаются к своим коллегам — за профессиональным советом и психологической поддержкой: *«Работаю в кардиологическом центре. Большинство врачей здесь — кардиологи, которые очень часто консультируются друг с другом, а я, в свою очередь, такой возможности лишена, так как больше неврологов в центре нет. Одной мне тяжело».* Врачи не только помогают друг другу советами, но и «прикрывают» коллег, поскольку от врачебной

ошибки никто не застрахован: *«Иногда ко мне приходят пациенты, которым назначили неправильное лечение. Если ситуация не критична, то лишний раз упоминать это и тревожить пациента не стоит»*. Поддержка врачами друг друга положительно сказывается на их работе и эмоциональном состоянии: *«Признание коллег, конечно, очень важно для любого специалиста. Наивысшая степень признания для меня — это когда коллеги доверяют лечение своих близких именно тебе»*.

1.3. Подсистема «врач–пациент». Страховые компании оплачивают лишь те процедуры и лекарственные средства, которые входят в установленный перечень. Однако ситуации бывают разные: болезнь может протекать с осложнениями, и лечения по ОМС может быть недостаточно, а материальное положение пациентов не всегда позволяет им оплатить оставшуюся часть лечения. В таком случае врачам приходится искать альтернативные пути. Например, в кардиологии регламентом предписано, что в течение одного срока госпитализации больному бесплатно можно поставить два стента на сердце, но если врач видит, что этого недостаточно для эффективного лечения и полного выздоровления, то выписывает его и заново госпитализирует, чтобы бесплатно провести процедуру еще раз: *«Бывают такие ситуации, когда человеку нужно поставить три стента, а больница оплачивает только два. Поэтому мы выписываем его, и он поступает повторно, чтобы провести операцию в полном объеме, и он получил качественную медицинскую помощь. Хотя это все можно было бы сделать за одну госпитализацию»; «К нам поступают не только чисто кардиологические пациенты, которых мы можем, допустим, по стандартам лечить, но и совершенно другого направления. Естественно, приходится при сопутствующих заболеваниях сердечно-сосудистой системы отклоняться и от регламента, и от стандарта, за что нас не поощряют, но интересы пациентов прежде всего... Вы можете себе представить, что человек поступил к нам в тяжелом состоянии, а мы вынуждены на скорой везти его в другой центр, так как у нас нет всего необходимого, в том числе нужного специалиста, для полной диагностики. А к нам ехать никто не хочет, особенно если ночь. Дежурный свой пост не оставит, а те, кто уже дома, в другой центр приезжать не хотят, вот и приходится с пациентами разъезжать»*.

2. Девиантные активные практики.

2.1. Подсистема «врач–администрация». При нормальных адаптивных практиках врачи жертвуют личным временем, но не выходят за рамки стандартов. Однако в ряде случаев заполненная карточка больного может не соответствовать действительности, поскольку картина болезни у разных людей может различаться: пол, возраст, профессия, сопутствующие заболевания, материальное положение — все это влияет на протекание болезни и ее лечение, но жесткий регламент и ограничение лекарственных препаратов «связывают руки» врачам: *«Приходится иногда назначать другое лечение во благо паци-*

ента. Мы в первую очередь думаем именно о нем... А отчетные материалы заполняются уже согласно требованиям». Стандарты направлены на максимально эффективное лечение с минимальными затратами и не учитывают множественные факторы, которые приводят к болезни и сопровождают ее. Официальное отклонение от регламента и назначение других средств, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших (ЖНВЛС), довольно трудоемко — иногда необходимо собирать консилиум, который решает, целесообразно отступление от стандартов или нет. Многим не хочется тратить на это время — свое и пациента. Назначение лекарственных средств, не входящих в Перечень, или отклонение от порядка лечения может не включаться в отчетность. Такие практики грозят врачам дисциплинарным взысканием вплоть до увольнения, а иногда и судебным разбирательством. Молодые специалисты, которые не хотят рисковать карьерой, реже прибегают к подобным практикам, нежели врачи со стажем: *«От стандартов стараюсь не отклоняться. Те, кто “сидит наверху”, этого не поймут, а расхлебывать придется мне».*

Бывают случаи, когда врачи, наоборот, назначают не все анализы и лекарства, которые предписывает регламент. Например, чтобы провести имплантацию, стоматологи-ортопеды должны получить от больного результаты ряда анализов [3], но не все можно бесплатно сделать. В таком случае врач может негласно разрешить больному пропустить те анализы, которые, на его взгляд, не существенны для лечения: *«В трансплантологии пациент должен предоставить определенный список сданных анализов. Только после этого мы можем начать лечение. Но оснащение нашей больницы не позволяет провести эти процедуры бесплатно, а не все пациенты финансово могут позволить себе их сделать в частной клинике. В таком случае приходится идти на уступки и сокращать список. Но официально мы не можем сказать пациенту, что эти анализы из списка нужны, а эти нет. Но можем дать совет неофициально».*

2.2. Подсистема «врач–врач». Иногда врачи используют труд младшего медперсонала для облегчения работы — делегируют медсестрам и ординаторам часть обязанностей: первичный осмотр, заполнение истории болезни и т.д. С одной стороны, это разгружает врача, и он больше времени посвящает больному, но, с другой стороны, может негативно сказываться на младшем медперсонале и начинающих специалистах: *«Мне с заполнением отчетов помогает моя помощница — медсестра. Иногда я подключаю и ординаторов».* Медицинские сестры имеют большой собственный функционал, и дополнительная работа увеличивает их нагрузку, причем далеко не всегда их работа должным образом оплачивается. Большая часть их работы однообразна и «невидима», карьерного роста почти нет — это вызывает недовольство и чувство неудовлетворенности. Прикрепление ординаторов к опытным врачам также зачастую ограничивается делегированием им задач по заполнению историй болезни и первичному осмотру, а диагностикой и лечением занимается врач. Врачи бывают не заинтересованы в обучении молодых специалистов — им за это не доплачивают,

процесс и результат обучения не контролируют. В результате нехватка практического опыта негативно отражается на работе молодого специалиста — после ординатуры он не сможет квалифицированно выполнять свои обязанности: *«Заканчивая медфак, мы окрылены мыслями, что будем... спасать людей, но реальность обрезает нам крылышки. На деле 70%, если не 80% деятельности посвящено заполнению бумажек».*

2.3. Подсистема «врач–пациент». В данную группу практик мы отнесли получение взяток от пациентов и их родственников: отсутствие системы антикоррупционных законов, постоянные реформирования и минимальный риск разоблачений привели к тому, что медицина остается наиболее коррумпированной сферой в современной России [3]. Врачи оправдывают себя низким уровнем заработной платы: время на обучение, каждодневный труд, стресс и напряжение несоизмеримы с уровнем дохода. К тому времени, когда заканчивается ординатура, многие обзаводятся семьями, чтобы прокормить их, врачи часто идут на подработку, устраиваются на вторую работу. Взятки стали обыденностью, что не удивляет ни врачей, ни пациентов: в России к взяткам относятся как к форме благодарности. У недобросовестных специалистов качество оказываемой помощи может сильно различаться в зависимости от того, получили они от пациента деньги или нет: *«В нашей стране очень остро стоит проблема коррупции среди врачей. Они получают деньги как до лечения, т.е. пациент (или его родственники) оплачивает возможность более качественного ухода, так и в качестве благодарности в конце лечения. Оба варианта, на мой взгляд, недопустимы в медицине, и нужно с этим как-то бороться».*

3. Недевиантные пассивные практики. Яркий пример — эмоциональное выгорание врача, при котором ему становится безразлична работа, вызывающая лишь раздражение. Пациенты чувствуют равнодушие и лечиться у такого специалиста отказываются. При этом не врач не готов (или не хочет) что-то менять, он остается в профессии, но продуктивно выполнять свои обязанности уже может, хотя от него зачастую зависят жизни людей.

4. Девиантные активные практики. Когда специалист начинает чувствовать апатию, усталость и отрешенность, он может избрать путь ухода из государственной клиники в частную. Так, из 35 опрошенных 7 ушли в частную сферу: у них не только увеличился доход, но и возросла степень свободы в принятии решений о способах лечения. Другой вариант — ухода из профессии на время или навсегда: *«Я со скорой ушел, на скорой я был на полставки вплоть до последнего месяца... Я чувствую, что если бы я оттуда не ушел, я бы начал вред наносить людям. Не из-за того, что я хочу нанести вред, а ситуация такая складывается по отношению к пациенту. Не могу преодолеть вещи, которые там есть. Ничем не могу изменить эту ситуацию».* Часто мысли об уходе возникают у врачей на фоне постоянных тяжелых нагрузок: *«Я очень устаю. Иногда приходят в голову мысли, что нужно было выбрать другую*

профессию. Сутками пропадаешь на работе, при этом нужно кормить семью и поднимать детей, а у тебя зарплата 30 тысяч... В такие моменты сидишь и думаешь, зачем это все мне надо было». Уход из профессии позволяет отдохнуть и переосмыслить свою жизнь. После перерыва человек может вернуться в профессию или выбрать другой путь: «Абсолютно не мыслю себя без профессии. У меня много разных знаний и умений, но я очень люблю свою основную профессию врача и менять ничего не хочу. Понимаете, я какое-то время работала в иной области, но это была вынужденная мера, работала инженером... Но я всегда знала, что я буду работать врачом».

Таким образом, описанные практики помогают врачам сохранить тот уклад, к которому они привыкли и который упрощает их профессиональную деятельность. В ходе интервью почти все врачи отметили, что хотя бы раз им приходилось отклоняться от действующих регламентов, чтобы оказать качественную помощь пациенту. В целом врачам старшего возраста труднее адаптироваться к изменениям, они используют приспособительные практики чаще, чем их молодые коллеги, и успешность адаптации к изменениям обратно пропорциональна возрасту (стажу). Молодые специалисты более позитивно воспринимают реформу и подстраиваются под новые стандарты. Пол также оказывает влияние на приспособительные практики: работающая женщина испытывает более высокие рабочие перегрузки из-за дополнительных домашних и семейных обязанностей, но «женщины продуктивнее, чем мужчины, используют стратегии избегания стрессовых ситуаций» [15. С. 67]. Еще одним фактором, влияющим на приспособительные практики, служит должность врача: для руководства введенные стандарты упростили работу, стали регламентом, который определяет не только повседневную работу, но и действия в сложных непредвиденных ситуациях. Если врач работал строго в рамках регламента, то оправдать его действия будет намного проще. Многие специалисты легче воспринимают изменения, которые связаны с добавлением в практику чего-либо нового, нежели с прекращением старого [16]: например, отношение к дополнению перечня ЖНВЛП значительно лучше, чем к его сокращению.

Внедрение рыночных механизмов в российскую медицину не способствовало увеличению властных ресурсов врачебной профессии, активному вовлечению специалистов в формирование стандартов деятельности и влиянию на реформирование отрасли. Сегодня мы видим, что ситуация не изменилась. Более того, дистанцированность врачебного сообщества от развития своих властных полномочий также выступает фактором формирования приспособительных практик [4. С. 61–79].

Управляющее воздействие (декларирование целей, выбор средств) государственного органа (министерства и департаментов здравоохранения) приводит к появлению социальных представлений медработника о соответствии

целей и средств, обусловленных его образованием, опытом работы, взаимодействием с врачебным сообществом и т.п. Сложившиеся мнения актуализируются в профессиональной среде, на основе чего происходит выбор и реализация модели поведения, которая включает различные приспособительные практики: адаптацию к нововведениям или уход (из конкретного ЛПУ или профессии). Замыкающим звеном этой цепочки выступает влияние преобладающих форм адаптации врачей на качество медицинской помощи и отношение населения к политике государства в сфере здравоохранения.

Институциональными характеристиками системы здравоохранения, провоцирующими формирование приспособительных практик у врачей, выступают: перекалфикация профессиональной деятельности в оказание услуг (врач — поставщик услуг); рост числа нормативных предписаний, жесткая регламентация и рутинизация деятельности врача; строгий контроль работы со стороны страховых компаний, департаментов и министерства здравоохранения; правовая незащищенность медицинских работников; «пациентский экстремизм»; невысокие зарплаты медицинских работников в государственных ЛПУ, что вынуждает их искать дополнительный заработок; в частных медицинских учреждениях развивается гипердиагностика и гиперназначения.

Необходимы стратегии, препятствующие распространению тех приспособительных практик врачей, что снижают качество медицинской помощи. Важным шагом должен стать тщательный отбор профессионалов в рабочие группы, занимающиеся подготовкой программ реформирования, — чтобы высококвалифицированные специалисты из всех отраслей медицины смогли уже на этапе разработки оценить целесообразность внедрения изменений. Превентивное информирование профессионального сообщества о предстоящих нововведениях облегчит врачам принятие грядущих реформ. Также необходима обратная связь и внесение поправок в реформы как на этапе разработки, так и после внедрения. Эксперты не могут предугадать абсолютно все последствия реформ и реакцию общества на них, и только опыт врачей поможет объективно оценить ситуацию. Вводимые нормативы и регламенты должны иметь рамочный характер: уникальность каждой истории болезни предполагает отступление от установленных норм (с обязательным обоснованием) и предоставление врачам большей свободы в выборе метода лечения, особенно врачам с большим стажем работы.

Библиографический список

1. Бояркина С.И. Реформа российского здравоохранения 2011–2016 гг. в оценках представителей врачебного сообщества: стратегии, тактики, риски // Журнал социологии и социальной антропологии. 2019. Т. 22. № 3.
2. В начале пандемии мы чувствовали себя нужными // URL: <https://www.gazeta.ru/social/2021/11/01/14157217.shtml>.

3. *Караева О.С.* Реформа здравоохранения в оценках врачей и пациентов. Социологический анализ институциональных изменений 2012–2016 гг. // Вестник общественного мнения. Данные. Анализ. Дискуссии. 2016. №3–4.
4. *Мансуров В.А., Юрченко О.В.* Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе // Россия реформирующаяся: Ежегодник–2004 / Отв. ред. Л.М. Дробижева. М., 2004.
5. Пациентский экстремизм охватывает регионы // URL: https://www.ng.ru/health/2021-07-06/8_8191_patient.html.
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18.09.2006 г. № 665 «Об утверждении Перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи» // URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7898-prikaz-minzdravsotsrazvitiya-rossii-665-ot-18-sentyabrya-2006-g>.
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 02.06.2015 г. № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача–педиатра участкового, врача–терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача–невролога, врача–оториноларинголога, врача–офтальмолога и врача–акушера–гинеколога» // URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/9082-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-2-iyunya-2015-g-290n-ob-utverzhdenii-tipovyh-otraslevykh-norm-vremeni-na-vypolnenie-rabot-syvyazannyh-s-posesheniem-odnim-patsientom-vracha-pediatra-uchastkovogo-vracha-terapevta-uchastkovogo-vracha-obschey-praktiki-semeynogo-vracha-vracha-nevrologa-vracha-otorinolaringologa-vracha-oftalmologa-i-vracha-akushera-ginekologa>.
8. Программа от 18 июля 2010 г. // URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7502>.
9. *Серто М.* Практика повседневной жизни. Пространственные практики // Прогнозис. 2010. № 1.
10. *Скотт Дж.* Благими намерениями государства. Почему и как проваливались проекты улучшения человеческой жизни. М., 2005.
11. *Тарасенко Е.А., Эйгель М.Я.* Реформирование здравоохранения: отношение среднего и младшего медицинского персонала к реструктуризации медицинских учреждений // Вопросы обеспечения качества лекарственных средств. 2016. №3.
12. *Титаев К.Д.* Хитроумные полицейские. Почему провалились все проекты улучшения правоохранительной деятельности в России // Социология власти. 2012. №4–5.
13. *Ушаков Е.В.* Исследования имплементации программ в науке государственного и муниципального управления // Политика и правовое государство. 2017. № 11.
14. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895.
15. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289.
16. *Хутидзе Т.М.* Фридрих фон Хайек и экономическая мысль неоавстрийской школы // Вестник ВГУ. Серия 9: Исследования молодых ученых. 2015. № 13.
17. *Чумакова Г.А., Бабушкин И.Е.* Синдром выгорания медицинских работников. Барнаул, 2005.
18. *Gupta D.M., Boland R.J., Aron D.C.* The physician’s experience of changing clinical practice: A struggle to unlearn // Implementation Science. 2017. Vol. 12. No. 1.
19. *Hargrove E.C.* The Missing Link: The Study of the Implementation of Social Policy. Washington, 1975.
20. *Lipsky M.* Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services. N.Y., 1980.

21. *Mayntz R.* Public bureaucracies and policy implementation // *International Social Science Journal.* 1979. Vol. 31. No. 4.
22. *Pressman J., Wildavsky A.* Implementation. Berkeley, 1973.

Adaptive practices of healthcare workers under the reforms*

L.V. Temnova¹, E.G. Vapinaeva²

¹Lomonosov Moscow State University
Leninskie Gory, 1, Moscow, 119991, Russia

²Laboratory of Sociological Expertise of Institute of Sociology RAS
Shosse Entuziastov, 34, Moscow, 105118, Russia
(e-mail: temnova.larisa@yandex.ru; bga01041998@mail.ru)

Abstract. The theory of high modernism and the concept ‘metis’ by J. Scott identify one of the reasons for unsuccessful state reform in various areas: when preparing changes, local practical experience is often neglected, but the success of the reform as a whole may depend exactly on such knowledge. The system ignores the possible strategies of workers’ resistance to the coming changes, many of which are unconscious. The reforms in the field of healthcare, including in Russia, have shown that doctors remain the most vulnerable group affected by changes. A side effect of the ongoing reforms is the development by the professional community of doctors of certain adaptive practices aimed at adaptation to changes with the least losses for the individual and professional activity. To identify the adaptive practices of medical workers in response to the reforms and their consequences, the authors examined the available data and conducted interviews with doctors of various specialties. As a result, adaptive practices of doctors in their professional activities were systematized, and their classification was proposed: deviant/non-deviant and active/passive. Active adaptive practices prevail and are implemented in three subsystems: doctor–administration, doctor–doctor and doctor–patient. Most doctors tend to accept changes that involve adding new practices rather than changes removing traditional practices. All respondents positively assessed new technologies, but negatively assessed rigid standards that limit their professional freedom. The development of adaptive practices depends on various factors — gender, age, length of service, specialization, position. Such practices help doctors to keep the habitual way of professional life and to adapt to new working conditions.

Key words: adaptive practices; concept ‘metis’; healthcare reform; doctors; adaptation; deviant and non-deviant adaptive practices

References

1. Boyarkina S.I. Reforma rossiyskogo zdravookhraneniya 2011–2016 gg. v otsenках predstaviteley vrachebnogo soobshchestva: strategii, taktiki, riski [Russian healthcare reform of 2011–2016 in the assessments of the medical community: Strategies, tactics, risks]. *Zhurnal Sotsiologii i Sotsialnoj Antropologii.* 2019; 22 (3). (In Russ.).
2. V nachale pandemii my chuvstvovali sebja nuzhnymi [At the beginning of the pandemic, we felt needed]. URL: <https://www.gazeta.ru/social/2021/11/01/14157217.shtml>. (In Russ.).

*© L.V. Temnova, E.G. Vapinaeva, 2022

The article was submitted on 16.02.2022. The article was accepted on 10.06.2022.

3. Karaeva O.S. Reforma zdravookhraneniya v otsenkah vrachey i patsientov. Sotsiologicheskyy analiz institutsionalnykh izmeneniy 2012–2016 gg. [Healthcare reform in the assessments of doctors and patients. Sociological analysis of institutional changes in 2012–2016]. *Vestnik Obshchestvennogo Mneniya. Dannye. Analiz. Diskussii*. 2016; 3–4. (In Russ.).
4. Mansurov V.A., Yurchenko O.V. Perspektivy professionalizatsii rossiyskikh vrachey v reformiruyushchemsya obshchestve [Prospects for the professionalization of Russian doctors in the reforming society]. *Rossiya reformiruyushchayasya: Ezhegodnik–2004*. Ed. by L.M. Drobizheva. Moscow; 2004. (In Russ.).
5. Patsientskiy ekstremizm ohvatyvaet region [Patient extremism sweeps the regions]. URL: https://www.ng.ru/health/2021-07-06/8_8191_patient.html. (In Russ.).
6. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnogo razvitiya RF ot 18.09.2006 g. No. 665 “Ob utverzhdenii Perechnya lekarstvennykh sredstv, otpuskayemykh po retseptam vracha (feldshera) pri okazanii dopolnitelnoy besplatnoy meditsinskoy pomoshchi ot delnym kategoriyam grazhdan, imeyushchim pravo na poluchenie gosudarstvennoy sotsialnoy pomoshchi” [Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of September 18, 2006 No. 665 “On the approval of the List of Medicines provided by the prescription of a doctor (paramedic) when ensuring additional free medical care to certain categories of citizens who have the right to receive the state social help”. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7898-prikaz-minzdravsotsrazvitiya-rossii-665-ot-18-sentyabrya-2006-g>. (In Russ.).
7. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnogo razvitiya RF ot 02.06.2015 g. No. 290n “Ob utverzhdenii tipovykh otraslevykh norm vremeni na vypolnenie rabot, svyazannykh s poseshcheniem odnim patsientom vracha–pediatra uchastkovogo, vracha–terapevta uchastkovogo, vracha obshchey praktiki (semeynogo vracha), vracha–nevrologa, vracha–otorinolaringologa, vracha–oftalmologa i vracha–akushera–ginekologa” [Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of June 2, 2015 No. 290n “On the approval of the industry standards for the time for one patient’s visit to a district pediatrician, district therapist, general practitioner (family doctor), neurologist, otorhinolaryngologist, ophthalmologist and obstetrician-gynecologist”. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/9082-prikaz-ministerstva-zdravookhraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-2-iyunya-2015-g-290n-ob-utverzhdenii-tipovykh-otraslevykh-norm-vremeni-na-vypolnenie-rabot-svyazannykh-s-poseshcheniem-odnim-patsientom-vracha-pediatra-uchastkovogo-vracha-terapevta-uchastkovogo-vracha-obshchey-praktiki-semeynogo-vracha-vracha-nevrologa-vracha-otorinolaringologa-vracha-oftalmologa-i-vracha-akushera-ginekologa>. (In Russ.).
8. Programma ot 18 iyulya 2010 g. [Program of July 18, 2010]. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7502>. (In Russ.).
9. Certeau M. *Praktika povsednevnoy zhizni. Prostranstvennye praktiki* [The practice of everyday life. Spatial practices]. *Prognosis*. 2010; 1. (In Russ.).
10. Scott J. *Blagimi namereniyami gosudarstva. Pochemu i kak provalivalis proekty uluchsheniya chelovecheskoj zhizni* [Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed]. Moscow; 2005. (In Russ.).
11. Tarasenko EA., Eigel M.Ya. Reformirovanie zdravookhraneniya: otnoshenie srednego i mladshego meditsinskogo personala k restrukturalizatsii meditsinskih uchrezhdeniy [Reforms of the healthcare system: Attitudes of the middle and junior medical personnel to the restructuring of medical institutions]. *Voprosy Obespecheniya Kachestva Lekarstvennykh Sredstv*. 2016; 13. (In Russ.).
12. Titaev K.D. *Khitroumnye politseyskie. Pochemu provalilis vse proekty uluchsheniya pravookhranitelnoy deyatelnosti v Rossii* [Cunning cops. Why all law-enforcement improvement projects failed in Russia]. *Sotsiologiya Vlasti*. 2012; 4–5. (In Russ.).
13. Ushakov E.V. Issledovaniya implementatsii programm v nauke gosudarstvennogo i munitsipalnogo upravleniya [Research on the implementation of programs in the State and Municipal Management]. *Politika i Pravovoe Gosudarstvo*. 2017; 11. (In Russ.).

14. Federalny zakon ot 21 noyabrya 2011 g. No. 323-FZ “Ob osnovah okhrany zdoroviya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii” [Federal Law of November 21, 2011 No. 323-FZ “On the basics of protecting the health of Russian citizens”]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895. (In Russ.).
15. Federalny zakon ot 29.11.2010 g. No. 326-FZ “Ob obyazatelnom meditsinskom strakhovanii v Rossiyskoy Federatsii” [Federal Law of November 29, 2010 No. 326-FZ “On the compulsory medical insurance in the Russian Federation”]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289. (In Russ.).
16. Khutidze ТМ. Friedrich von Hayek i ekonomicheskaya mysl neoavstriyskoy shkoly [Friedrich von Hayek and the economic thought of the neo-Austrian school]. *Vestnik VGU. Seriya 9: Issledovanija Molodyh Uchenyh*. 2015; 13 (In Russ.).
17. Chumakova G.A., Babushkin I.E. *Sindrom vygoraniya meditsinskih rabotnikov* [Burnout Syndrome of Medical Workers]. Barnaul; 2005. (In Russ.).
18. Gupta D.M., Boland R.J., Aron D.C. The physician’s experience of changing clinical practice: A struggle to unlearn. *Implementation Science*. 2017; 12 (1).
19. Hargrove E.C. *The Missing Link: The Study of the Implementation of Social Policy*. Washington; 1975.
20. Lipsky M. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York; 1980.
21. Mayntz R. Public bureaucracies and policy implementation. *International Social Science Journal*. 1979; 31 (4).
22. Pressman J., Wildavsky A. *Implementation*. Berkeley; 1973.