

---

---

## КАЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ

Е.П. Сало  
(Москва)

### ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА СПЕЦИАЛИСТОВ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

В статье анализируется социальный статус профессиональной группы специалистов традиционной медицины на основе данных интервью. Социальный статус рассматривается как набор ресурсов (властного, экономического и культурного), которые открывают для традиционных врачей ряд возможностей в их становлении в качестве профессиональной группы.

*Ключевые слова:* социальный статус, профессиональная группа, традиционная медицина, ресурс, автономия, престиж, ортодоксальная медицина, статусная рассогласованность, кристаллизация.

Трансформационные процессы в российском обществе привели к структурным изменениям в системе здравоохранения в целом, что способствовало расширению возможностей предоставляемых лечебных услуг в государственном и коммерческом секторе. Среди населения увеличился спрос на традиционную медицину, которая с началом реформ вышла «из теневого сектора». Рост интереса к традиционной медицине проявился в увеличении поступлений в продажу лекарственных препаратов из арсенала традиционных врачей и в росте спроса на услуги специалистов этого профиля.

Существует множество определений традиционной медицины. Мы исходим из определения, сформулированного известным

---

**Елена Павловна Сало** – зав. отделом международного сотрудничества Института социологии РАН. E-mail: elena\_salo@isras.ru.

российским профессором медицины П.К. Анохиным: «В отличие от официальной медицины, которая ориентирована на применение лекарственных препаратов и хирургии и делает акцент на стандартное лечение, *традиционная медицина* направлена на восстановление здоровья умеренным адаптированным медицинским вмешательством через большее использование мощностей самозаживления тела» [1, с. 315].

В 1991 г. по рекомендации Всемирной организации здравоохранения «медицину, которая основывается на многолетних трудах народного врачевания, принято называть традиционной. К ней обычно относят такие направления, как *рефлексотерапия, мануальная терапия, фитотерапия, гомеопатия, гирудотерапия, натуропатия и целительство*» [2]. Например, Национальные институты здоровья США приводят такие данные: «Мировая статистика свидетельствует о том, что традиционной медициной пользуется от 70 до 90% населения земного шара. В частности, в США традиционной терапией пользуются 69% американцев. В Голландии до 20% и во Франции до 49% населения прибегают к помощи традиционной медицины; подобная статистика наблюдается в Бельгии, Германии, Швеции и других странах» [2]. В России, по данным Фонда общественного мнения, около 25% россиян обращаются к традиционным врачам.

В России социальный и профессиональный статус специалистов традиционной медицины в контексте их взаимоотношений с государством, ортодоксальными врачами, т.е. специалистами официальной медицины, и потребителями медицинских услуг недостаточно изучен. В связи с этим возникает вопрос о том, можно ли считать специалистов традиционной медицины состоявшейся *профессиональной группой* с определенным *социальным статусом* и местом в официальной системе здравоохранения.

В определенной мере ответы на этот вопрос были получены в поисковом исследовании в Москве в 2005–2006 гг., данные кото-

рого составили эмпирическую основу статьи<sup>1</sup>. Выбор московских специалистов традиционной медицины не случаен, ибо в столице сосредоточен финансовый капитал и высококвалифицированная медицинская помощь. Кроме этого наблюдается высокий спрос на услуги традиционной медицины, а также возросшее стремление специалистов достичь статуса, равного статусу врачебной профессии в официальной медицине.

В качестве объекта исследования были выделены специалисты традиционной медицины, получившие юридическое право оказывать услуги в государственном и частном секторе здравоохранения: 1) рефлексотерапевты; 2) мануальные терапевты; 3) гомеопаты; 4) гирудотерапевты; 5) народные целители (фитотерапевты и натуропаты). Легализация последней профессиональной подгруппы произошла в середине 1990-х гг.

Исследование проводилось в рамках качественной методологии методом глубинного интервью с путеводителем, или гайдом (см. Приложение к статье).

Отбор респондентов осуществлялся по достаточно простой схеме, учитывая поисковый характер исследования, а именно: по 4 специалиста каждого из 5 направлений; названия лечебно-профилактических учреждений в статье по понятным причинам не оглашаются. Всего было опрошено 20 врачей. Интервью записывались на диктофон с последующим транскрибированием текста.

Разработка гайда и последующий анализ данных были основаны на теоретической базе социологии профессий и на теории социальной стратификации.

Базовым понятием для нас является социальный статус, и соответственно наиболее полное его раскрытие возможно только

---

<sup>1</sup>Исследование было проведено в 2005–2007 гг. под руководством В.А. Мансурова и осуществлялось при финансовой поддержке РГНФ, проект № 05-03-03449а «Динамика социального и профессионального статуса специалистов традиционной медицины в изменяющейся России».

при учете максимального количества эмпирических индикаторов. Под *статусом* мы понимаем определенный *набор ресурсов*, который открывает для индивида ряд возможностей в системе власти, распределения материальных благ и престижа. Это определение соотносится с рассмотрением П. Бурдье социальной позиции индивида как производной от того типа капитала (экономического, культурного или символического), которым он обладает [3].

Вторым по значимости понятием является *статусная рассогласованность*. Понятие было введено Г. Ленски для обозначения социального феномена, когда, например, высокий экономический ресурс отнюдь не всегда сопровождается высоким уровнем престижа [4, р. 53]. Противоположным понятию рассогласованного статуса является понятие *статусной кристаллизации* (относительно равная позиция во всех системах неравенства) [5; 6].

Рассмотрим последовательно виды ресурсов и их возможные показатели, адекватные для нашей исследовательской ситуации.

**Властный ресурс** профессиональной группы специалистов традиционной медицины рассматривается нами как наиболее значимый, так как он определяет способность группы формировать собственную социальную позицию в различных измерениях. Именно объем власти определяет степень доступа индивида или группы к искомым ресурсам (плодотворная работа, материальное обеспечение, свободное время), а также возможность распоряжаться ими. Для изучения властного ресурса использовались четыре показателя [7, с. 69].

*Первым показателем* властных полномочий профессиональной группы является автономия в принятии решений по выполнению главной функции, т.е. процесса диагностики и лечения. Важные аспекты автономии – это возможность планировать процесс работы, определять собственную рабочую ситуацию: условия труда, темп работы [8; 9].

*Вторым показателем* является возможность группы оказывать влияние на результат собственного труда, а именно на

объем социально-экономического вознаграждения: каким образом частнопрактикующие врачи и врачи, занятые в государственных учреждениях, влияют на уровень своего вознаграждения, участвуют ли они в разработке и утверждении положений об оплате труда, выделении материальной помощи, премий.

*Третьим показателем* служит контроль входа в профессиональную группу и выхода из нее. Контроль допуска в группу находит свое отражение в конструировании фильтров, регулирующих этот процесс. Данная социальная практика получила название *социального закрытия* [10], и многие социологи активно использовали этот концепт для описания коллективных действий профессионалов [11]. Социальное закрытие группы осуществляется на уровне рынка труда и образовательной системы. Западные профессиональные ассоциации обычно получают от государства право выдавать специалистам лицензии, принимать решение о включении их в группу. Лицензирование частной врачебной практики также находится в руках профессиональных организаций. Сертификационные комиссии чаще всего заполнены членами профессиональной группы. Тем самым регулирование деятельности группы осуществляется самой профессиональной группой, а профессиональные ассоциации учреждают формальный и неформальный контроль над деятельностью членов группы с целью защиты пациентов от врачебных ошибок. Ассоциация также обладает правом исключения врача из сообщества [9].

Кроме того, профессиональные ассоциации контролируют процесс создания и распространения экспертного знания, что позволяет им вести наблюдение за «производством производителей» [12]. Высокостатусные западные профессиональные группы<sup>1</sup> самостоятельно определяют содержание вступительных и выпускных экзаменов; сроки, условия и цели обучения; допустимое количество «новобранцев» [8]. При этом важно отметить, что на

---

<sup>1</sup> Речь в первую очередь идет о врачах, юристах и преподавателях вузов.

практике в государственных учреждениях образовательный процесс профессионалы контролируют совместно с государством.

*Четвертым показателем*, во многом определяющим наполняемость всех предыдущих, является наличие сильных профессиональных организаций. Очевидно, что автономия профессионалов подразумевает их самоидентификацию как общности, коллектива. Рядовые члены профессиональной группы должны признавать определенных лидеров, руководство, а те, в свою очередь, должны оправдывать доверие рядовых врачей, адекватно представляя их интересы. В соответствии с классификацией М. Буража существует несколько «идеальных типов» профессиональных ассоциаций [13].

Что касается **экономического ресурса** профессиональной группы, который является вторым по значимости после властного ресурса, то его изучение заключалось в сравнительном анализе оплаты труда и материального положения специалистов, работающих в частном и государственном секторах. Для этого использовались три показателя.

*Первый показатель* – это объем и характер доходов. Было рассмотрено соотношение основного заработка врача с его дополнительным доходом, связанным и не связанным с профессиональной деятельностью. Внимание уделено значимости внепрофессиональных источников дохода для профессионалов: различных социальных выплат, материальной помощи близких, сбережений и пр.

*Второй показатель* – качество жизни. Предполагалось обсуждение и раскрытие таких аспектов, связанных с этими показателями, как социальная защищенность, динамика уровня жизни, стратегии потребления и пр.

*Третий показатель* – это субъективная удовлетворенность статусом. На основе таких составляющих, как объем и характер доходов, качество жизни, респонденты должны оценить свой статус и определить степень удовлетворенности своим положением.

Относительно третьего вида – **культурного ресурса** про-

фессиональной группы, то можно сказать, что он анализировался в соответствии с неовеберовским подходом, который мы определили как возможность профессиональной группы использовать собственное экспертное знание в целях создания позитивного образа группы, который позволял бы манипулировать сознанием и действиями прочих членов общества, а также занимать высокие места в социокультурной иерархии общества.

Для раскрытия этого ресурса было использовано несколько показателей.

*Первый показатель* – восприятие собственной группы как основного референта. Для идеологии профессиональной группы, нацеленной на успех, ее члены должны быть ориентированы на восприятие своей группы как некоего сообщества, обладающего определенной профессиональной культурой, ценностями, нормами. Только в такой ситуации возможны схожие интересы группы, которые могут стать толчком для организации восходящей социальной мобильности.

*Второй показатель* – характер трансформации собственной работы в статусные привилегии. Классические западные профессиональные группы являются веберовскими статусными группами в сфере разделения труда. В природе любой статусной группы заложено стремление акцентировать собственный стиль, престиж, моральные стандарты, тогда на первый план выходит образование, именно оно становится наиболее важным критерием. Кроме владения социально значимой информацией, профессиональная группа может прибегнуть к помощи таких ресурсов, как особый этикет практики (этический код), специализированный язык общения, особые потребительские стратегии и пр. Так, внешние проявления и образ действий, которые соответствуют социально приемлемым стандартам репутации и респектабельности, приводят к заслуженному доверию клиентов и государства. В ряде стран все это сопровождается упрочнением высокого статуса группы не только в рамках социокультурной иерархии, а также властной или рыночной позиции.

Опираясь на выделенные показатели, был проведен анализ транскриптов интервью, к рассмотрению основных результатов которого и переходим.

### *Результаты исследования*

**Властный ресурс.** Хотя принципы финансирования отрасли претерпели существенные изменения, властно-силовое поле системы здравоохранения России осталось практически неизменным и функционирует в соответствии с указом Минздрава РФ<sup>1</sup>. На это указали все опрошенные. Более того, они отметили, что Министр здравоохранения может назначать на должность и освобождать от нее не только работников аппарата министерства, но и всех руководителей лечебно-профилактических учреждений.

В интервью большинство врачей выразили мнение, что Минздрав управляет врачебной профессией посредством широкой сети регулирования, центральным звеном которой является распределение финансовых потоков и утверждение бюджета медицинских учреждений. Концентрация финансовых ресурсов в руках министерства не оставляет свободы выбора представителям профессиональной группы, включая цены на платные услуги хозрасчетных отделений в государственных учреждениях.

Вопрос автономии тесно связан с правом распределения финансовых ресурсов. Большинство врачей отметили, что их возможность свободно распоряжаться финансами организации уменьшилась. Сейчас статьи расходов в гораздо большей мере предопределены и их изменение требует подачи прошения в фонд обязательного медицинского страхования. Главврачи обладали

---

<sup>1</sup>Указ Министерства здравоохранения № 659 от 3 июня 1997 г.: «[все] приказы и указания министра, инструкции Минздрава Российской Федерации по вопросам диагностики, лечения и профилактики заболеваний... обязательны для всех предприятий, учреждений, организаций и объединений независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности».



большей финансовой свободой и имели право самостоятельно заключать контракты по закупке инвентаря, оборудования и медикаментов в первые годы реформы здравоохранения, однако в настоящее время все закупки осуществляются централизованно через отдел маркетинга Минздрава.

В целом, отношения администрации лечебно-профилактических учреждений и руководства Минздрава можно определить как достаточно жесткую иерархию, в которой администрация медицинского учреждения ничего не может сделать без помощи Минздрава или вопреки его приказам. Подавляющее большинство врачей так оценивают данную ситуацию:

*«Мы можем только ходатайствовать перед министерством, выходить в него с предложениями, а не согласовать или требовать».*

Рядовые врачи оказывают минимальное влияние на жизнедеятельность своего медучреждения, они практически не участвуют в подготовке управленческих решений на уровне своего учреждения, а также не оказывают никакого влияния на планирование бюджета учреждения.

Свобода врачей по принятию решений, связанных с выполнением их главной функции, т.е. лечения, профилактики, реабилитации и пр. значительно ограничена. Реформа финансирования отрасли ознаменовалась введением сдельной оплаты труда, основанной на принципе оплаты врача по количеству принятых пациентов. Практически во всех медицинских учреждениях услуги специалистов традиционной медицины осуществляются на платной основе. При этом на каждого специалиста спускается жесткий план.

В ходе опроса в Москве было выявлено, что специалистам традиционной медицины свойственна классическая модель работы врача поликлинического отделения или стационара больницы с четко расписанными часами приема и осмотра пациентов в течение рабочего дня и рабочей недели и определенными выход-

ными днями. Такая модель характерна для тех традиционных врачей, которые чаще всего практикуют в больницах и поликлиниках. Респонденты подчеркивают схожесть их рабочей рутины с любимыми другими врачами. Приведем пример из интервью, иллюстрирующий это утверждение:

*«У меня есть график работы, как и у любого другого врача. Я веду прием по сменам. В первую или во вторую. У меня два выходных дня. Все как у обычных врачей. Между процедурами обязательно делаю перерыв минут на 10-15, чтобы восстановиться. Немного меньше пациентов летом. Возможно, это связано с летними отпусками. А так примерно равное количество в течение всей недели. Мы ведем прием по записи. Поэтому количество пациентов сбалансировано».*

Респонденты отметили, что в ходе реформы произошло ужесточение контроля над процессом и результатами работы врача. В 1998 г. было введено лицензирование медицинской деятельности. Один из специалистов во время опроса прокомментировал это так:

*«Государственное лицензирование помогает избегать проникновения неспециалистов в медицину как традиционную, так и официальную. Тем, кто честно выполняет свой долг и уверен в своих способностях, нечего бояться лицензирования. Хотя это вызывает определенные отрицательные эмоции оттого, что нужно собрать документы, куда-то идти, ждать».*

В связи с новым постановлением главврачи государственных поликлиник и больниц сами занимаются оформлением и получением лицензии для своих учреждений, а врачи традиционной медицины должны только пройти курсы и подтвердить свою квалификацию.

Наши респонденты отметили следующие организации, дающие сертификаты и лицензии:

«1) Минздрав; 2) Центр лицензирования (находится в Москве, где проверяют дипломы на подлинность, на соответствие государственной сертификации, рассматривают такие документы, которые отражают стаж и опыт работы, санитарно-эпидемиоло-

гическое заключение); 3) Росздравнадзор; 4) медучреждения, имеющие лицензию на медицинское обучение (в частности, медвузы, кафедры при них, медицинские центры и пр.); 5) курсы специализации (дают сертификат и диплом)».

Кроме этого они сочли необходимым также перечислить документы, необходимые для получения лицензии:

*«Диплом о полном медицинском образовании, документ о прохождении специализации, сертификат, трудовая книжка, документы, отражающие стаж, документы, отражающие опыт работы, санитарно-эпидемиологическое заключение, заключение пожарной службы».*

Мнения специалистов государственного и частного сектора кардинально различаются. Врачи бюджетной сферы относятся к лицензированию и контролю над их деятельностью с пониманием:

*«С моей точки зрения, он [контроль] здесь просто необходим... Метод связан с кровью, учитывая, что у нас сейчас и гепатиты, и другие вирусные заболевания, поэтому мы сейчас с особым вниманием, с профессиональнейшими методами предосторожности, работаем в этой сфере. Наша задача, прежде всего, не вредить. Если мы своим непрофессионализмом дискредитируем этот метод, то никому не будет от этого хорошо... Санэпидемстанция, они все проверяют: и инвентарь, оснащенность и меры предосторожности, все очень жестко отслеживается. К этому... как-то привыкли, так же, как и везде в государственных лечебных учреждениях».*

Вместе с тем, частнопрактикующие врачи очень обеспокоены системой контроля, бесконечными проверками и придирами к их деятельности, которые мешают нормально работать. Один врач прокомментировал свои опасения так:

*«Мы [частные врачи] постоянно находимся под прицелом всех контролирующих организаций, не хотелось бы, чтобы там еще больше про нас знали. Очень неудобно, когда тебя постоянно держат на мушке».*

В целом, большинство опрошенных врачей считают контроль над своей деятельностью чрезмерным. На наш взгляд, это обусловлено правовой и экономической неопределенностью положения частного врача. Вот мнение одного из врачей, по сути отражающее мнения остальных:

*«На самом деле, как должен чувствовать себя специалист, два года отработавший по лицензии (пройдя все сложности ее получения), узнав, что теперь ему необходимо окончить двух-трех месячные курсы и получить сертификат и пр.».*

О бесправном положении врачей, работающих по лицензии, говорит также факт наличия «нелегальных» частнопрактикующих врачей.

Мануальные терапевты и рефлексотерапевты прежде всего озабочены данной ситуацией. Приведем мнение по этому поводу одного из них:

*«По причине сильного воздействия методов лечения на пациента, практика неквалифицированного, нелицензированного специалиста опасна для здоровья, у пациента нет гарантий качества лечения, зато есть риск нарушения здоровья.».*

Нами было выявлено негативное отношение части специалистов к нелицензионной практике и были высказаны следующие мнения:

*«Специалист не должен работать без официального государственного разрешения.».*

*«Люди сейчас просто не пойдут к неизвестному специалисту, который не имеет сертификата или лицензии на занятие врачебной практикой.».*

Среди наших информантов было четыре целителя с высшим медицинским образованием, которые занимаются фитотерапией и натуропатией. Они с формальной точки зрения «лечением не занимаются», их деятельность не лицензируется и не имеет четких стандартов сертификации. Вот мнения, высказанные большинством целителей по этому поводу:

*«Нет определенных стандартов сертификации этих методов, так как они являются парамедицинскими. Тот*

*центр, который занимается выдачей сертификатов по работе с этим, с этой методикой, он называется учебно-оздоровительным. Обучение поставлено на базе кафедры иммунологии в Москве. Из документов имеется сертификат, диплом обучения. Экзамены сдавали».*

Целителям не требуется медицинский диплом, они работают, как и любые другие налогоплательщики – предприниматели, общественные организации, и имеют соответствующую отчетность:

*«Но если налоговая приходит, то с налоговой общается организатор... не я. Я просто приезжаю, преподаю и все. А все документы, все, всю статистику, все отчетности, все ведет организатор. Я к этому не имею никакого отношения».*

Целители заинтересованы в том, чтобы серьезно исследовать свои способности и получить лицензию, аналогичную медицинской. Для этого необходимо изучить лечебное воздействие, лечебный эффект и стандартизировать метод. Они могут предоставить результаты отдельных исследований своего лечебного воздействия, отчеты о научной работе, но эти документы лицензиями, как таковыми, не являются:

*«Да, сейчас можно получать лицензии. Вот у меня есть лицензия, но еще это не лицензия, а основные разработки. Есть отчет о выполненной научной работе: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Федеральный научно-клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения, Проблемная лаборатория научного обоснования традиционных методов диагностик лечения. Вот со мной работали, и эти документы об этом свидетельствуют. Оценены мои собственные способности, возможности воздействия на воду. Еще есть у нас Институт Медико-биологических проблем в Москве. Это более закрытая организация. Сюда можно прийти и просто все свои способности зафиксировать, и как бы понять, чем ты обладаешь».*

Респондентами подчеркивается изменение ситуации на рынке лечебных услуг, а именно, изменение критериев выбора пациентами врача или медучреждения, изменение законодательной базы подобной деятельности. Лечение без лицензии может создавать реальные проблемы вплоть до закрытия медучреждения, особенно если последует жалоба от пациента или случится ошибка в работе врача. Люди, занимающиеся лечением, в том числе традиционным, подстраховываются лицензиями:

*«Врачи не работают без лицензии, потому что сейчас это преследуется по закону, и поэтому сейчас вообще без лицензирования невозможна никакая деятельность, в том числе и гомеопатия. Много спорных вопросов возникает, и даже врачи, таким образом, пытаются себя обезопасить получением лицензии».*

Следует заметить, что все опрошенные показали, что случаи серьезных нарушений среди врачей традиционной медицины бывают крайне редко. В их работе исключаются и такие явления, как неэтичное взаимодействие врача с пациентом, грубость, невнимательность, неграмотное оформление документов, рецептов, амбулаторных карт и пр.

Вопрос автономии специалистов невозможно раскрыть, не обратившись к деятельности профессиональных ассоциаций. Опрошенные нами эксперты отметили, что они или состоят в профессиональных ассоциациях, или знают об их существовании, или в настоящее время предпринимают определенные шаги для их создания. При этом было названо большое число ассоциаций: «Московское профессиональное объединение мануальных терапевтов», «Лига профессиональных врачей мануальной терапии», «Общественное объединение рефлексотерапевтов», «Российская гомеопатическая ассоциация», «Российская ассоциация мануальных терапевтов», «Общество военной медицины» и т.д.

Один из врачей, работающий в системе Минздрава и являющийся Президентом одной из ассоциаций мануальных терапевтов, подробно рассказал о том, какие вопросы может решать самостоятельно его ассоциация:

*«Наше Московское объединение создаст аттестационную комиссию, она будет независимой. Ее основной целью станет аттестация, которая будет подтверждать квалификацию врача. Здесь существует опять же проблема, так как Минздрав после собственной аттестации специалиста повышает ему зарплату. После нашей аттестации врач только получает подтверждение своего уровня, т.е. наш диплом об аттестации будет служить гарантией качества специалиста. У нас будет в отличие от Минздрава две категории: первая и высшая... Для того чтобы проводить аттестацию мы взяли основные требования Минздрава. Причем наши положения даже более жесткие».*

Приведем другое мнение главного специалиста Минздрава по вопросам традиционной медицины об эффективности профессиональных ассоциаций врачей:

*«Мне кажется, что они [врачи] бегут от черновой работы. Ассоциация должна защищать интересы рядового врача, интересы своей профессии. Должны наводить порядок. А то, что они стремятся отобрать у Минздрава и перетянуть к себе лицензирование и определение квалификации, так это просто попытка заработать деньги. Пока у ассоциаций роль мизерная. Право на лицензирование надо заслужить. Не просто так просить его у Минздрава, а заработать авторитетом врачей-членов ассоциации».*

Специалист из Института фитотерапии так изложил нам свою точку зрения относительно целесообразности создания ассоциации:

*«Над тем, чтобы создать ассоциацию или общество, мы сейчас работаем. Такая ассоциация нужна, чтобы как-то решать вопрос о нашем положении в системе Минздрава. Кроме того, ценность в самом общении также велика. Мы и сейчас проводим конференции. Это помогло бы еще более активно заниматься этой деятельностью».*

В Москве врачи традиционной медицины не все стремятся стать членом какой-нибудь ассоциации: одни считают, что им это

не нужно, другие сосредоточены на проблемах своих пациентов и полагают, как озвучил один из врачей, что *«членство – это пустая трата времени и денег»*.

По оценкам респондентов пока у ассоциаций роль мизерная. Всеми отмечалось, что все, что решается ассоциацией, носит рекомендательный характер и что ассоциация не является реальным защитником прав врача.

**Экономический ресурс.** Вопрос о доходах – наиболее щекотливый. В процессе интервью лишь некоторые информанты привели конкретные величины оплаты процедуры, сеанса и/или оклада в месяц. Но для всех опрошенных характерно мнение, что прием в госсекторе дает небольшие заработки по сравнению с частным сектором:

*«У нас мануальная терапия, одна процедура стоит в госсекторе 150 рублей, а в частном – до полутора тысяч, поэтому судите сами»*.

Один из респондентов указал на то, что не видит различия в доходности госсектора и частника, потому что доход прежде всего зависит от взаимодействия врача и руководства, и в настоящее время ситуация меняется у всех в сторону усиления предприимчивости:

*«На мой взгляд, огромную роль играет человеческий фактор. Сейчас даже в муниципальных поликлиниках люди начинают мыслить реальной, чем это было, скажем, несколько лет назад. Одинаково хорошо можно организовать этот кабинет, как в частных условиях, так и муниципальной поликлинике»*.

В нашем исследовании мануальные терапевты, фитотерапевты, целители, гомеопаты, гирудотерапевты, рефлексотерапевты в разной степени давали информацию о размере заработной платы, всевозможных выплат и надбавок, оплаты сеансов. Характер информации зависел от рода деятельности и места работы (государственное медицинское учреждение или частнопрактикующий врач). При этом были выявлены важные



для нас аспекты. Первый из них связан со сравнением оплаты труда в государственном и частном секторе:

*«Моя зарплата? Она в пределах тарифной сетки. Плюс всякие доплаты. В частном секторе я бы получала больше...»*

Второй аспект связан с мнением о том, что размер ставки может быть вторичным и зависеть как от научно-исследовательского потенциала целителя, так и размера кошелька пациента:

*«Я таких [больших] денег никогда не брала, но если заниматься наукой и будут какие-то пациенты, то деньги будут очень большие, но только этим озадачиваться нельзя. Я считаю, что деньги – это “побочный” эффект от хорошей работы».*

Третий аспект – респонденты (гомеопаты) обращали внимание на высокое положение своих коллег за рубежом:

*«Здесь нет таких денег, которые мы по своим затратам труда должны иметь. Ведь за рубежом гомеопат зарабатывает больше врачей других специализаций. Мы до такого еще не дошли».*

Четвертый аспект – низкая «покупательная» способность потребителей:

*«Вы знаете, не знаю, как другие, но я не сторонник того, чтобы неоправданно завышать стоимость приема, потому что народ еще не готов платить много. Я считаю, лишать их такого доступного лечения для врача это бессовестно».*

В целом можно сделать вывод, что произошло снижение объема материального и морального вознаграждения специалистов, сократились их возможности приобретения личного имущества (приостановка выделения государством квартир, дачных участков и пр.). Снизилась степень комфортности работы врача в связи с введением сдельной оплаты труда. Кроме того, упали шансы на продвижение по социальной лестнице медицинского мира в результате повышения цены на дополнительное образование, примером чего являются сложности процесса сертификации специалистов.

На фоне снижения социального статуса наблюдается субъективная неудовлетворенность врачей собственным социальным положением.

**Культурный ресурс.** На вопрос о том, что в целом необходимо, чтобы стать профессионалом в выбранной сфере, большинство респондентов отметили важность профессиональных навыков и их постоянное развитие. Приведем мнение мануального терапевта и фитотерапевта по этому поводу:

*«Такая необходимость должна присутствовать всегда, если она отсутствует, то, значит, человек умер профессионально, морально. Поэтому такая необходимость, естественно, есть».*

*«Обязательно нужно совершенствоваться. Остановка для любого специалиста, а особенно для врача – это профессиональная гибель».*

Приращение знаний и умений, по мнению большинства респондентов, осуществляется благодаря самообразованию, встречам с коллегами, сертификационным курсам, семинарам, конференциям, тренингам. Вот как ситуацию прокомментировал мануальный терапевт:

*«Каждый врач постоянно чувствует необходимость расширять свои знания. Но все упирается в деньги, если есть они у врача, то он будет расширять их, будет проходить дополнительные курсы, сможет поехать в другие города, поучиться у специалиста лучше, чем он в своем деле».*

Подавляющее большинство респондентов сошлись во мнении, что обучающих курсов недостаточно: чтобы стать профессионалом в своей области, необходимо получить медицинское образование и заниматься самосовершенствованием, самообучением. Приведем мнения по данному вопросу различных специалистов:

*«По большому счету, это должен быть врач, желательно с несколькими врачебными специализациями, два, три диплома: терапия, неврология и мануальная терапия» (мануальный терапевт).*

*«Я думаю, что обязательно нужно быть медиком, потому что это фундаментальные знания и ответственность юридическая и медицинская» (целитель).*

*«Конечно, курсы очень помогают. Но все же необходимо и саморазвитие. Постоянные тренировки» (рефлексотерапевт).*

Кроме того, все информанты перечислили необходимые личностные качества традиционного врача: трудолюбие, глубокие моральные устои, желание приносить пользу людям, служить на благо им, стараться помочь; также были отмечены интуиция, чутье, умение общаться с разными категориями больных людей и понимать чужую боль, а главное – соблюдение первой заповеди медицины: *«не навреди!»*. Говорилось и о скромности как важном качестве традиционного медика. Мануальный терапевт прокомментировал это так:

*«Надо стараться не заниматься рвачеством».*

При изучении культурного ресурса мы рассмотрели, как, по мнению врачей, общество оценивает их знание. Большинство опрошенных считают спрос на их услуги довольно высоким, объясняя это, во-первых, наличием медицинских показаний у большей части населения практически всех возрастных групп для проведения лечения данными специалистами, во-вторых, качеством предоставляемых ими услуг и, в-третьих, испытываемой населением потребностью в народных способах врачевания. Приведем мнение одного из специалистов:

*«Есть спрос на врачей, которые используют традиционные методы, т.е. это может быть и гирудотерапия – широко применяется лечение пиявками, и вот конкретно наша апитерапия, мануальная терапия тоже вот».*

Объяснения этому феномену связаны и с социально-экономическими факторами сегментации потребителей медицинских услуг. Фитотерапевты и рефлексотерапевты отмечают возросший спрос на их услуги в последнее время, интерпретируя это недовольством многих пациентов дорогостоящей и зачастую неэффективной официальной медициной, а также желанием приме-

нять методы лечения и натуральные препараты, не имеющие побочных эффектов, по сравнению с биомедицинскими фармакологическими товарами. Вот их мнения:

*«Спрос на услуги фитотерапевтов резко возрос в последнее время. Я думаю, что это связано с разочарованием многих пациентов в помощи официальных врачей, которые травят и без того ослабленный организм больных химическими препаратами».*

*«Интерес возрастает, естественно, потому что препараты лекарственные обладают побочными эффектами, а здесь все-таки без побочных эффектов, и результаты неплохие».*

Еще одним аргументом, по мнению рефлексотерапевта, служит растущая просвещенность потребителей:

*«Достаточно много грамотных людей, которые понимают все преимущества и достоинства этих методов на фоне дороговизны и неблагоприятных результатов академической медицины».*

Многие опрошенные традиционные врачи отмечают, что ортодоксальные врачи обращаются к ним довольно часто, объясняя это налаженным взаимодействием со структурами «официальной» медицины.

По словам наших информантов пациентов к ним могут направить на лечение любые врачи:

*«От микроневрологов, неврологов, ортопедов... У нас ведь постоянное взаимодействие, чтобы лечение было комплексным, врачи должны взаимодействовать и направлять на консультации к другим специалистам».*

Однако если личные отношения складываются более-менее удачно, то профессиональное отношение часто негативно. В основном более благоприятные отношения наблюдаются в рамках одного учреждения, где специалист уже доказал эффективность своего метода, но за пределами учреждения сотрудничество обычно исчезает. Наиболее полно позитивная картина проиллюстрирована информантом-рефлексотерапевтом:

*«Ко мне сюда в кабинет попадают по направлению от невропатолога, гастроэнтеролога, аллерголога, педиатра. Они не обращаются там через каких-то третьих лиц, или, там, что-то. Только официально. Я вписываю в карточку свой метод лечения... Скорее всего, это доброжелательное отношение, сотрудничество, доверие. Среди пациентов очень много врачей и врачебных детей. Они сами заинтересованы, если будут какие-то результаты, то приходят не один раз...»*

Возможно, сотрудники госучреждений испытывают более благожелательное отношение со стороны коллег других специальностей и наиболее частая форма сотрудничества – направление пациентов врачами другим специальностей. Контакт с большими «извне» относительно редок. Случаи направления в частную клинику к специалисту – единичные.

В качестве форм эффективного взаимодействия называют также совместные конференции с врачами официальной медицины, комплексное лечение (фармакология, физиотерапия, массаж, рефлексотерапия).

Специалисты хотели бы лечить пациентов в комплексе, усилиями всех врачей, которые необходимы в каждой конкретной ситуации. Но, к сожалению, как отмечают респонденты, пока об объединении усилий официальных и традиционных врачей говорить рано. Вот как это прокомментировал рефлексотерапевт:

*«Мы подошли в развитии медицины, как мне кажется, к такому уровню, когда слияние официальной и традиционной медицины просто необходимо. Оно назрело. Но как скоро это произойдет, я не знаю. Но при данной жизни и в данной ситуации, мне кажется, просто необходимо уже это слияние и комплексный подход к любому человеку... К сожалению, медицина сейчас в таком состоянии, что если сам себя не вылечишь, никто тебя не вылечит. Обычно люди ищут сами... Потому что, опять же, официальная медицина, люди, стоящие во главе, не обращены в нашу сторону».*

В основном респонденты отмечают отсутствие контактов, недоверие, скепсис, «слепоту» врачей при рассмотрении их работы, методов даже при явных, объективно зафиксированных успешных результатах. Некоторые респонденты отмечали случайность, бессистемность подобного сотрудничества как негативный момент работы.

Процесс интеграции медленно, но идет; по словам рефлексотерапевтов, к ним обращаются из поликлиник с просьбой о приеме пациента:

*«У нас нет иглоукалывания, можно ли прислать к Вам больного...»*

Целители отмечают, что некоторые медики из поликлиник и клиник проходят курсы в Центрах традиционной медицины и только после этого направляют к ним своих пациентов:

*«Да, бывает, но обычно эти врачи сами проходят у нас курсы. Как правило, врачи относятся с недоверием. Как говорится, самые тяжелые пациенты – это медики, самые тяжелые ученики – преподаватели. Медики с большим недоверием относятся. Есть, конечно, такие продвинутые».*

В целом специалисты традиционной медицины не удовлетворены уровнем сотрудничества с врачами официальной медицины. Это взаимодействие ситуативное, бессистемное, зависит больше от личных контактов и обычно замкнуто в рамках одного учреждения.

Что касается престижности профессии, то мнение большинства врачей государственного сектора сводится к следующему:

*«Сейчас в обществе понизилось уважение к врачам вообще. Если раньше к врачам относились с уважением, то сегодня это человек, который оказывает услуги, не более того, т.е. снизился социальный уровень врача».*

Информанты же частного сектора придерживаются иного мнения:

*«Люди относятся с большим уважением к хорошему, квалифицированному специалисту, к врачу, который лечит с замет-*

ными результатами, у кого больше воздействие, к отзывчивому человеку, к образованному специалисту, не останавливающемуся в своем развитии, к учреждениям, которые сделали себе имя, зарекомендовали себя хорошо, к учреждениям, имеющим хорошую материальную базу и хороших специалистов».

Респонденты отмечают, что к частным центрам отношение неоднозначное:

*«Поскольку в любом учреждении, и частном, и государственном, есть случаи неудачные, поэтому всегда найдутся недовольные работой врача из-за денежных затрат, которые в неудачных случаях воспринимаются как неоправданные».*

Опрошенные врачи отмечают, что в последнее время негативное отношение к частнопрактикующим врачам сменилось большим пониманием. Кроме того, с введением системы медицинского страхования *«деньги уже затесались в медицину»*: теперь все врачи государственных медучреждений имеют сделную оплату труда. *«Деньги»* и *«медицинская помощь»* в сознании многих перестали быть несовместимыми понятиями.

Частная практика может и не повлечь за собой осуждение коллектива, однако у многих врачей остаются внутренние психологические барьеры. Частный врач все еще рассматривается частью коллег как человек, поступившийся своими профессиональными ценностями ради извлечения выгоды.

Несмотря на размытый правовой и экономический статус, увеличивается культурный ресурс частнопрактикующих специалистов, понимаемый нами как возможность использовать собственное экспертное знание в целях создания позитивного образа группы или отдельного специалиста. Некоторым частным врачам, в основном мануальным терапевтам и рефлексотерапевтам, уже удалось отчасти трансформировать собственную работу в статусные почести. Определенный образ групп уже создан, и профессионалы стремятся соответствовать стандартам репутации.

Можно сделать вывод, что профессиональную группу традиционных врачей отличает рассогласованный статус: относительно высокое экономическое положение и относительно низкий престиж и властные полномочия. Традиционным врачам свойственна групповая коллективная мобильность посредством участия в профессиональной ассоциации. В Москве функционирует десять крупных профессиональных ассоциаций традиционных врачей. Вместе с тем, социальный статус всех этих специальностей по-прежнему остается маргинальным в системе официального здравоохранения: только услуги рефлексотерапевтов и мануальных терапевтов компенсируются из Фонда обязательного медицинского страхования для ограниченного ряда пациентов с тяжелыми нарушениями опорно-двигательной системы. Все остальные услуги специалистов оказываются на платной основе в хозрасчетных отделениях государственных медицинских учреждений или в частном секторе.

Для кристаллизации социального статуса специалистов традиционной медицины необходима эскалация статуса группы государством или реализация группой врачей профессионального проекта (формирование социальных установок самих врачей на увеличение объема автономии группы). На сегодняшний день тенденции кристаллизации социального статуса прослеживаются у мануальных терапевтов и рефлексотерапевтов, работающих в частном секторе, которые смогли частично трансформировать свою работу в статусные почести.



## ПРИЛОЖЕНИЕ

### *Тайм исследования*

#### **Жизненная история информанта. Источники профессионального знания**

Давно ли вы занимаетесь рефлексотерапией (мануальной терапией, гомеопатией, натуропатией (целительством) и т.д.)\*? Расскажите, с чего все началось? Почему у вас возник интерес к этой работе?

\*ИНТЕРВЬЮЕР ЗАДАЕТ ВОПРОС, НАЗЫВАЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО СПЕЦИАЛЬНОСТЬ, НАПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА. СНАЧАЛА НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ ТЕРМИНЫ: «ТРАДИЦИОННАЯ», «НЕТРАДИЦИОННАЯ», «АЛЬТЕРНАТИВНАЯ», «ЦЕЛИТЕЛЬСТВО». ВАЖНО ПОНЯТЬ, КАК САМИ ВРАЧИ ОПРЕДЕЛЯЮТ СВОЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ.

У кого, где и когда вы учились? Есть ли у вас сегодня необходимость расширять свои знания и усовершенствовать навыки? Как и где вы это делаете?

Какие школы, курсы, которые обучают вашему методу, вы знаете? Что вы можете о них сказать? Достаточно ли таких курсов, чтобы стать специалистом в вашей области?

Что в целом необходимо для того, чтобы быть хорошим специалистом в вашей сфере? *(Если сами специалисты не скажут, можно спросить про особое предназначение, дар).*

#### **Профессиональная рутина. Взаимодействие с пациентами**

Как вам кажется, какой сейчас спрос на услуги врачей вашей специальности? Что об этом говорит?

Какие вообще бывают обращения? (КРАТКО) Какие люди к вам чаще всего приходят? (пол, возраст, тип заболевания, отношение к традиционной медицине и т. д.)

Приходят ли к вам пациенты по рекомендации врачей, занимающихся «официальной» медициной? Часто ли бывают такие случаи? В основном, в каких случаях к вам направляют пациентов из поликлиники?

**ВНИМАНИЕ.** НЕКОТОРЫЕ ВРАЧИ МОГУТ НЕГАТИВНО ВОСПРИНЯТЬ САМ ТЕРМИН «ОФИЦИАЛЬНАЯ» МЕДИЦИНА, ТАК КАК ИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ТАКЖЕ РАЗРЕШЕНА МИНЗДРАВОМ. В ТАКОМ СЛУЧАЕ, УТОЧНИТЕ, КАК ОНИ САМИ НАЗЫВАЮТ «ОФИЦИАЛЬНУЮ» ИЛИ «ОРТОДОКСАЛЬНУЮ» МЕДИЦИНУ.

Бывает ли случаи, что вы не беретесь за пациента и отправляете его к «официальным» врачам? Почему?

Существуют ли различия в подходе к пациентам со стороны официальных и традиционных врачей? Есть ли какая-то разница в том, как у них складываются взаимоотношения с пациентами? Объясните.

Расскажите о вашем типичном рабочем дне, о вашей типичной рабочей неделе.

Как складывается работа в течение года? Есть ли какие-то различия по сезонам?

Где можно практиковать ваш метод? Где лучше всего это получается? Как должно быть организовано пространство? *(Это можно извлечь путем наблюдения за рабочим местом традиционного специалиста)*

### **Взаимодействие с государством и представителями официальных органов здравоохранения**

Официально ваша специальность относится к «традиционной медицине», но есть много других определений, которые часто используются. Как вы считаете, как правильнее всего определить вашу специальность, ваше направление работы? *(Сначала спонтанный ответ, затем проверить по каждому термину отдельно)*  
Почему да/нет?

- Альтернативная.
- Нетрадиционная.
- Народная.
- Комплементарная (вспомогательная).
- Целительство.

ДАЛЕЕ В ХОДЕ ИНТЕРВЬЮ ЖЕЛАТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИМЕННО ТО ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КОТОРОЕ ИНФОРМАНТ НАХОДИТ НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ.

Какие государственные органы выдают разрешение на занятие вашим методом лечения? Какие необходимо собрать документы и сдать экзамены?

Сколько времени занимает получение такого разрешения; какие инстанции нужно пройти? Насколько это простая процедура?

Много ли специалистов вашего направления работает без официального государственного разрешения? Почему да/нет? Есть ли среди них хорошие специалисты?

**ЭТОТ ВОПРОС ТОЛЬКО ЦЕЛИТЕЛЯМ, ОСТАЛЬНЫЕ ТРАДИЦИОННЫЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ОБЯЗАНЫ ПОЛУЧИТЬ ПОЛНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ:** Как влияет наличие диплома медуниверситета на принятие решения официальными органами о предоставлении разрешения (выдачу сертификата)? Можно ли работать в государственных лечебных учреждениях, имея сертификат, выданный негосударственными организациями?

Как относятся главврачи поликлиник, больниц к инициативе открыть кабинет традиционной медицины?

Насколько распространена частная практика среди специалистов вашего профиля?

Что вы и ваши коллеги делают, чтобы о вас узнавали пациенты?

Сколько примерно может заработать в среднем специалист вашего направления, работая в государственном секторе и в частном секторе?

### Традиционная vs. официальная медицина

В каких случаях ваш метод эффективнее официальной ортодоксальной медицины?

Приходилось ли вам когда-либо доказывать эффективность вашего метода? В какой ситуации это было? Каким образом можно доказать эффективность вашего метода?

Как вы считаете, кто должен заниматься вашим методом врач или это может быть человек без специального врачебного образования?

Есть ли у вас профессиональные журналы? Какие именно? Насколько они полезны лично вам?

Как в целом складываются у вас отношения с врачами официальной медицины? Есть ли у вас какие-то формы сотрудничества? Какие конкретно *(Необходимо выяснить какой тип взаимоотношений преобладает: конфликт или сотрудничество)*?

Как вам кажется, кому сегодня легче и лучше живется врачу официальной медицины или врачу традиционной медицины *(на примере вашей специальности)*?

Почему? К кому относятся с большим уважением в обществе? Кому легче найти работу? У кого выше доход?

Можете ли вы привести примеры эффективного взаимодействия традиционной и официальной медицины?

Какая медицина дешевле – официальная или традиционная?

Можно ли стандартизовать ваш метод, прописать его так же, как это прописано в официальной медицине?

Считаете ли вы необходимым, чтобы ваш метод был частью учебной программы в высших учебных заведениях для врачей или медицинского персонала со средним образованием?

### **Профессиональные ассоциации традиционных врачей**

Состоите ли вы в какой-нибудь профессиональной ассоциации? Как и когда вы вступили?

Чем занимается ваша ассоциация? Как давно она существует? Какие функции находятся в руках профессиональной ассоциации? Какие – в руках Минздрава? Есть ли какая-то совместная работа ассоциации с Минздравом?

Какие функции должны быть сосредоточены в руках профессиональной ассоциации?

Интервьюер спрашивает сначала без подсказки, затем проверяет следующие аспекты:

- Лицензирование и сертификация, выдача дипломов (сейчас этим занимаются только Ассоциация народных целителей).
- Проведение курсов повышения квалификации.
- Решение финансовых проблем традиционных специалистов.
- Контроль качества работы традиционных специалистов.
- Организация курсов в вузах для врачей.

Расскажите о ближайших планах вашей ассоциации? Чем собирается заниматься ваша ассоциация? Какие проблемы, вам кажется, ей необходимо решить?

Перспективы

Как вы оцениваете перспективы развития вашего метода? Что можете сказать о перспективах развития традиционной медицины в целом?

ЛИТЕРАТУРА

1. *Анохин П.К.* Избранные труды: Кибернетика функциональных систем. М.: Медицина, 1998.
2. Традиционная медицина в Российской Федерации: Сборник нормативных и методических материалов / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию; Федеральный научный клинично-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения; Под ред. А.А. Карпеева, Т.Л. Киселевой. М., 2007.
3. *Бурдые П.* Начала. М.: Socio-Logos, 1994.
4. *Lenski G.* Power and Privilege: A Theory of Social Stratification. N.Y., 1966.
5. *Ленски Г.* Статусная кристаллизация: невертикальное измерение социального статуса // Социологический журнал. 2003. № 4.
6. *Саблина С.Г.* Кристаллизация статуса средних слоев в современной России // Россия, которую мы обретаем / Отв. ред. Т.И. Заславская, З.И. Калугина. Новосибирск: Наука, 2003. С. 430–459.
7. *Мансуров В.А., Юрченко О.В.* Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе // Социологические исследования. 1995. № 1. С. 66–77.
8. *Freidson E.* Professionalism Reborn. Cambridge: Polity Press, 1994.
9. *Allsop J. & Saks M.* Regulating the Health Professions. London: Sage, 2002.
10. *Parkin F.* Strategies of Social Closure in Class Formation // The Social Analysis of the Class Structure / Ed. by F. Parkin. L.: Tavistock Publications, 1974.
11. *Macdonald K.* The Sociology of the Professions. L.: Sage, 1995.
12. *Larson M.* The Rise of Professionalism: a Sociological Analysis. Berkeley, London: University of California Press, 1977.
13. *Burrage M. et al.* Actor-based Framework for the Study of the Professions // Professions in Theory and History / Ed. by M. Burrage, R. Torstendahl. L.: Sage, 1990.