

L. Malysh

FACTORS OF OCCUPATIONAL PRESTIGE OF UKRAINIANS

The article investigates dimensions of occupational prestige in Ukrainian society and factors of prestige of Ukrainians' first job. The main findings of the research are based on the data of 2007 sociological studies "Transition from School to Work" conducted by Kiev International Institute of Sociology at the initiative of the World Bank and the European Training Foundation.

Keywords: occupational prestige, Standard International Occupational Prestige Scale, social structure, social inequality.

Матеріал надійшов 20.03.2014

УДК: 316.3-057.4

Оксамитна С. М., Степурко Т. Г.

СОЦІАЛЬНИЙ СТАТУС ЛІКАРІВ В УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ

У статті йдеться про місце лікаря в соціальній структурі українського суспільства та яким є престиж професії лікаря. Результати напівструктурованих інтерв'ю з лікарями свідчать про те, що робота медичних працівників не цінується державою, існує разюча невідповідність між інвестиціями в освіту і професійне зростання та матеріальною винагородою такої соціально відповідальної праці. Проте індивідуальні споживачі лікарських послуг частково компенсують несправедливу оплату лікаря. Медичні працівники зазначають про відмінності в престижі та соціальному статусі лікарів різних спеціальностей. Сучасна система охорони здоров'я потребує від медичних працівників не лише умілого володіння лікарським фахом, а й навичок і умінь для успішної напівпідприємницької діяльності, яка створює матеріальні засади для існування.

Ключові слова: соціальний статус, лікар, престиж, статусна неконсистентність.

Професія лікаря є однією з найдавніших, а роль медичного працівника, як і роль пацієнта, нерозривно пов'язані із розвитком суспільства, ціннісними орієнтаціями населення та політико-економічним устроєм країни. Професія лікаря має особливу форму організації і домінуючий стан з-поміж інших професій в охороні здоров'я, а її характеристики суттєво впливають на характер надання медичної допомоги у країні [21, с. 186]. В Україні важливою структурною особливістю професійного середовища медичного працівника є те, що система охорони здоров'я, а саме

основні принципи організації та фінансування надання медичної допомоги не зазнали істотних змін від часів розпаду Радянського Союзу. Неefективне використання наявних незначних ресурсів, підтримання радше інфраструктури, аніж фінансування медичної допомоги вважаються основними недоліками наявної системи [11; 18]. На відміну від сусідніх країн, які реформують галузь протягом останніх десятиліть, українській медицині практично не знайомі докорінні структурні зміни, що й відображається у відсутності тенденції до ефективного використання ресурсів.

Одним з прикладів останнього в інших країнах є зниження кількості як лікарняних ліжок, так і лікарів, зокрема в Польщі припадає 2,2 лікарів на 1000 населення на противагу українському показнику 3,5 або ж 9 лікарняних ліжок на тисячу населення в Україні проти 2,9 в Грузії чи 6,5 в Польщі [13; 20]. Середня заробітна платня в охороні здоров'я у півтора рази менша (2371 грн у березні 2014 року) за середню зарплату у країні (3585 грн) та у 1,8 рази менша за середню зарплату у промисловості (4229 грн) [3]. Хоча відсоткове значення частки бюджету України на охорону здоров'я порівнювальне з європейськими країнами, більша частина витрат (приблизно 80 %) йде на оплату праці.

На тлі такого стану медичної галузі цілком очікувані високі показники захворюваності населення, наприклад захворюваність і смертність від неінфекційних хвороб є однією з найвищих з-поміж сусідніх європейських країн [11]. Система охорони здоров'я України стоїть перед викликами нових паттернів неінфекційних хвороб, що вимагає відходу від застарілих підходів до організації та фінансування медичної допомоги. Проте держава практично бездіяльна щодо забезпечення охорони здоров'я населення та профілактики захворювань, а відповідальність за лікування хвороб лежить здебільшого на лікарях. Однак за наявних умов праці, зокрема недостатнього рівня заробітної плати, несприятливих умов для професійного розвитку лікарів та складів оточення [14], відбувається значний відтік лікарів як до інших професійних галузей, так і до інших країн [10]. За дослідженням Світового Банку, в Україні існує така система організації надання медичної допомоги, де професіоналізм, компетенції та мотивації поступаються місцем протекціонізму та корупції [14]. В аналітичній записці Національного інституту стратегічних досліджень зазначено, що медична галузь страждає на значний дефіцит кадрів, відбувається старіння кадрового складу та зниження рівня кваліфікації кадрів [10]. Дещо стримує масштабний відтік лікарських кадрів вельми поширені неформальні платежі пацієнтів, які слугують істотним доповненням до офіційної частини доходу лікаря [17; 22; 23]. Така оплата з кишені пацієнта розподіляється нерівномірно між різними медичними працівниками та фахівцями: більше отримують лікарі стаціонару, особливо хірурги, акушери-гінекологи, на противагу лікарям первинної ланки [9].

Зважаючи на невелику кількість досліджень, присвячених особливостям професії та соціального статусу лікаря як в українському суспіль-

стві, так і на пострадянському просторі [5; 7; 8], існує потреба у подальшому дослідженні становища лікарів у соціальній структурі українського суспільства. За основну мету цієї статті визначено аналітичний опис соціального статусу лікарів, зокрема як сучасні лікарі оцінюють свій соціально-економічний статус, своє розташування в соціальній структурі та як загалом оцінюється престиж професії лікаря.

Зміст статті ґрунтується на результатах загальнонаціональних опитувань дорослого населення України щодо престижу професій, а також напівструктурованих інтерв'ю з двадцятьма лікарями-практиками різного віку, які працюють переважно в державних медичних закладах міста Києва та Київської області. Основу опитувальника складала питання щодо мотивації вибору медичної професії, бачення лікарями структури сучасного суспільства і яке місце вони займають у ній, чи самі лікарі вважають свою професію престижною, чи усвідомлюють статусну неузгодженість тощо.

Престиж професії лікаря

Невід'ємну складову соціального статусу як багатовимірної позиції індивіда чи спільноти в соціальній структурі суспільства становить престиж, оцінка з боку інших. Престиж професій і занять серед дорослого населення України досліджується порівняно нещодавно, лише від початку 1990-х років Інститутом соціології НАН України. Опитування проводились у 1994, 1999, 2007 та 2012 роках. Вибіркові сукупності репрезентували доросле населення України (віком від 18 років). Розмір вибірки становив від 1200 до 1800 осіб. Для оцінювання престижу низки професій та занять респондентам ставився блок запитань: «Який престиж, повагу, на Ваш погляд, мають у суспільстві перелічені далі професії / заняття?». У переліку професій і занять містилося 31 найменування – різні за рівнем кваліфікації й освіти професії як розумової, так і фізичної праці, а також заняття сфери обслуговування. Серед зазначеного переліку присутній і лікар. Індекси престижу професій та занять розраховувались як зважені середні арифметичні в континуумі від +1 до -1. Відповідям респондентів щодо міри престижності кожної професії у суспільстві надавалися такі ваги: +1 – дуже високий престиж; +0,5 – високий; 0 – середній; -0,5 – низький; -1 – дуже низький.

У таблиці 1 представлено дані щодо динаміки оцінок найпрестижніших професій і занять (повний перелік професій і занять див. [5]). Про-

фесія лікаря незмінно входить до першої десятки найпрестижніших, хоча й поступається міністру, депутату, керівнику банку, директору заводу, адвокату, вченому та викладачу вищого навчального закладу. Протягом 1994–2012 років оцінка престижу професії лікаря не залишалася незмінною. Після деякого зростання наприкінці 1990-х престиж медичного працівника суттєво зменшився у другій половині 2000-х, проте до 2012 року оцінка престижу лікаря знову повернулася до значень і рангів 1990-х років.

півстолітньої історії національних і порівняльних міжнародних досліджень престижу професій і занять у різних за рівнем соціально-економічного і політичного розвитку країнах у соціології досягнуто консенсусу щодо значної подібності оцінок престижу, дуже високої кореляції між оцінками престижу як між різними країнами, так і у міжчасових проміжках. Найважливіше досягнення полягає у створенні Д. Трейманом разом з колегами Стандартної міжнародної шкали престижу занять (Standard

Таблиця 1. Динаміка оцінок престижу професій і занять в Україні (1994–2012 роки)

Професія / заняття	1994 рік		1999 рік		2007 рік		2012 рік	
	Індекс	Ранг	Індекс	Ранг	Індекс	Ранг	Індекс	Ранг
Міністр	0,721	2	0,752	2	0,770	1	0,812**	1
Депутат	0,455	6	0,585	3	0,653**	3	0,698*	2
Керівник банку	0,727	1	0,758	1	0,708**	2	0,695	3
Директор заводу	0,576	3	0,539	4	0,584**	4	0,656**	4
Адвокат, юрист	0,440	7	0,517	5	0,483*	5	0,439**	5
Вчений	0,245	10	0,289	10	0,343**	7	0,413**	6
Викладач вищого навчального закладу	0,160	13	0,310	9	0,316	8	0,382**	7
Лікар	0,333	8	0,362	7	0,281**	10	0,346**	8
Підприємець	0,506	4	0,367	6	0,369	6	0,314**	9
Журналіст	0,240	12	0,259	11	0,308**	9	0,283	10

Примітки:

- 1) професії та заняття упорядковано за зменшенням індексу престижу в 2012 році;
- 2) знак «*» означає, що відмінності середніх статистично значущі на рівні $p < 0,05$, а знак «**» – на рівні $p < 0,01$;
- 3) відмінності середніх престижу професій та занять у 2012 році розраховувались відносно 2007 року, у 2007 – відносно 1999 року.

Оцінці престижу професії лікаря не притаманна значна залежність від таких соціально-демографічних характеристик респондентів, як вік і гендер. Проте рівень освіти чоловіків і жінок суттєво впливає на оцінювання престижу лікаря. Здається нелогічним, але значно нижче престиж цього заняття оцінюють люди з повною вищою освітою (0,291), на противагу індивідам, які здобули тільки загальну середню освіту (0,364) або ж не мають і такої (0,381). Статистично значуще вище престиж лікаря оцінюють мешканці селищ міського типу (0,422), великих міст (0,374) та сіл (0,360), порівняно з мешканцями найбільших міст (0,290). Отже, у найбільших містах, від 500 тис. населення, де відповідно й найбільші можливості для різних видів професійної та підприємницької зайнятості, включаючи висококваліфіковані заняття, професія лікаря оцінюється порівняно нижче.

Якщо в Україні престиж професій і занять серед дорослого населення досліджується лише близько двох десятків років щодо вельми обмеженого переліку професій, то у західній соціології така традиція започаткована ще на початку минулого століття, а масовими подібні дослідження стали у повоєнний час. Після більш як

International Occupational Prestige Scale (SIOPS)) як одного з основних інструментів вимірювання статусу зайнятості, прийнятного і рекомендованого для застосування у міжнародних дослідницьких проектах [16].

За шкалою SIOPS, значення оцінок престижу занять коливаються від 0 до 100 балів. Яке ж місце у цій шкалі посідає професія лікаря? Як з'ясувалося, одне з найвищих. Престиж медиків, так само як і університетських викладачів, має значення 78 балів, що є найбільшим серед усіх 530 занять, для яких наведено значення оцінок престижу [16]. Як уже зазначалося, в Україні престижність щонайменше сімох занять оцінюється вище лікаря. За оцінками Стандартної міжнародної шкали, ситуація протилежна. Престиж міністра має значення 71 бал, законодавців (членів парламенту і місцевих органів влади) – 64 бали, директора заводу (великий підприємець, директор) – 70, юриста – 73, вченого – 60–67 балів (в залежності від фаху).

Отже, за міжнародною шкалою, професія медика вважається найпрестижнішою. Високому престижу лікаря в західних розвинених суспільствах відповідають й інші виміри соціального статусу, насамперед високі рівні освіти та

матеріального забезпечення. Становище лікаря в соціальній структурі суспільства вважається статусно узгодженим (консистентним), коли усі виміри соціального статусу узгоджуються, мають приблизно однакові значення на різних ієрархічних шкалах. За розподільчої (градаційної) моделі класової належності лікарі зазвичай потрапляють якщо не до вищого, то до вищого середнього класу. За відносинної моделі соціальних класів, зокрема поширеної в європейській соціології класової схеми Дж. Голдторпа (EGP), професіонали в галузі лікувальної справи належать до вищого службового класу [6, с. 268].

Уявлення про соціальну структуру суспільства та соціальний статус лікарів

Розповідаючи про вибір професії, опитані нами українські лікарі вказували на зовнішні обставини, які привели їх до медичного вищого навчального закладу. Так, одна респондентка пояснювала практичну відсутність вибору тим, що у місті було два інститути: педагогічний та медичний, і враховуючи відсутність схильності до педагогіки, вибір покладено на медичний навчальний заклад. Іншим прикладом слугує продовження медичної династії: деякі опитані, будучи нащадками медиків, не стояли перед проблемою розуміння власних уподобань й відповідного вибору професії: *«в мене дядя був лікарем, потім професором, академіком і він дуже любив медицину. Тому можна сказати, що в мене це сімейна традиція»* (кардіолог, Київ). За такого контексту так само могла «обиратися» і медична спеціальність. Декілька респондентів зазначали, що професію лікаря обирали свідомо, зважаючи на хворобу чи смерть близької людини: *«Я стала лікарем, бо в мене хворіла мама. Вона померла, коли ми ще вчилися в школі. Це було основним стимулом, чому я вирішила так»* (акушер-гінеколог, Київ).

Досить складно давалася лікарям відповідь щодо їхнього розуміння соціальної структури суспільства: *«Ніяк не уявляю... яка вона є такою і має бути, але розумію, що всі люди не можуть бути рівні»* (сімейний лікар, Київ). Медичні працівники як старшого, так і молодшого віку спочатку згадували про можливість розподілу суспільства на інтелігенцію та робітничий клас або на вищу, середню та нижчу верстви населення. Розмірковуючи про соціальну структуру сучасного українського суспільства, опитані зазвичай ставили наголос на відсутності середнього класу та неможливості досягнення рівності в суспільстві: *«суспільство ділиться на три класи... це*

нижчий, середній, вищий соціальний статус... вважаю, що середнього класу у нас в Україні дуже мало... то ж, нижчий і вищий» (стоматолог-терапевт, Київ); *«в нас немає середнього класу... є дуже забезпечені люди, які можуть собі все дозволити... і це залежить від їхніх статків, персональних доходів... і незабезпечені люди»* (акушер-гінеколог з приватної медичної установи, Київ). Респонденти переважно вказували на те, що зарахування людей до певного класу суспільства безпосередньо залежить від рівня їхнього добробуту, і лише зрідка опитані лікарі погоджувалися, що класова приналежність людини має також враховувати й інші індивідуальні характеристики, зокрема рівень освіти.

Значно легше респондентам-медикам давалася відповідь щодо їхнього місця на уявній семищаблевій драбині соціальної ієрархії. Більшість опитаних медичних працівників вказували свою позицію на рівні середньої четвертої чи п'ятої (третьої знизу) сходинки на драбині: *«Держава поставила лікаря в таке становище, що на верхніх щаблях лікарів немає, а верхні позиції займає все, що пов'язано з грошима»* (психотерапевт, Київ). Як зазначалося вище, лікарі переважно підкреслюють пріоритетність статків у визначенні соціального статусу людини, що особливо позначається на статусі лікаря, який, зважаючи на рівень кваліфікованості та міру відповідальності, отримує явно неналежний рівень заробітної плати.

Особливо молоді спеціалісти рідко вказують, що перебувають на вищій, ніж четверта ієрархічна сходинка: *«ті кошти, які лікарі отримують, не дають їм змогу почувати себе елітою; свою позицію можу оцінити на рівні приблизно 4-ої позиції»* (психотерапевт, Київ). Траплялися і такі респонденти-медики, які вважають, що займають найнижчу сходинку в суспільстві, адже вони не можуть собі дозволити придбати необхідні для життя речі: *«зараз коштів вистачає на задоволення базових потреб (на їжу, на комунальні послуги, на лікування своєї матері), раніше я відносила себе до середнього класу, зараз до нижчого»* (неонатолог, Київ).

Якщо елітою вважати кращих представників різних професій, то, безумовно, лікарі – еліта: *«рівними не можуть бути всі: ні економічно, ні в правовому відношенні. Повинна бути еліта в державі, справжня еліта, яка очолює державу. Тобто еліта – це з кращих осіб інтелігенції, робітничого класу, вихідців з селянства українського. І лікарі (а також вчителі, інженери) належать до еліти»* (травматолог, Київ). Проте така думка виглядає радше як виняток, сприй-

няття бажаного, а не оцінка реального стану речей. Значно реалістичнішим сприймається віднесення себе до вищих щаблів суспільної ієрархії медичними працівниками, які працюють в медичній галузі більше 20–30 років, поєднують медичну практику з науковою діяльністю, займають керівні позиції в організаціях, а тому схильні бачити себе на одній з вищих сходинок драбини соціальної ієрархії: *«я працюю в сфері науки, і це також має значення і в сфері медицини. Тож, я вважаю, щодесь друга сходинка»* (кардіолог, Київ).

Медики звертають увагу на різючу статусну неконсистентність українського лікаря: *«морально лікарі цінуються, але фінансове відношення до них призводить до їхнього положення на нижчих щаблях»* (отоларинголог, Київ). Також помітне велике розчарування медичних працівників через неповернення інвестицій, зроблених в освіту та вдосконалення своєї професійної майстерності: *«отримати назад гроші, які були затрачені на отримання освіти і досвіду в медицині неможливо, а особливо в державній, та й в приватній заробити гроші теж майже неможливо»* (сімейний лікар, Київ).

Додатковою роботою, як можливістю заробітку та професійного розвитку, займаються практично всі опитані лікарі. Йдеться про другу роботу, приватне консультування, інженерні розробки, активну співпрацю з фармацевтичними організаціями, дослідницьку та підприємницьку діяльність: *«додаткова робота є не лише додатковим джерелом прибутку, а й можливістю перспектив у майбутньому»* (аудіолог, Київ). Проте не всім лікарям навіть на двох роботах вдається отримати дохід, який значно перевищує середню заробітну плату в індустріальному секторі: *«Якщо розглядати себе як лікаря, тобто як незалежну від батьків одиницю, то я відношу себе до найнижчої сходинки, оскільки я працюю отоларингологом та клінічним ординатором, тобто на двох роботах, і при цьому мій дохід не перевищує 2500 гривень на місяць, на який важко прожити, особливо у великому місті»* (отоларинголог, Київ). Респонденти зізнаються, що змушені часто заощаджувати, хоча деякі не вважають це проблемою, оскільки їхня ситуація не відрізняється від ситуації більшості населення: *«який в мене достаток, такі в мене і бажання. Я не ставлю собі захмарних мрій»* (терапевт, Київ). Опитані нами українські лікарі не можуть дозволити собі купівлю нерухомості, автомобіля, а також подорожувати через брак відповідних можливостей. За великої завантаженості на кількох роботах, респонденти часто відчувають

брак вільного часу, на що дослідники вже звертали увагу: *«якщо працювати на одній роботі, то немає що їсти, а з двома роботами немає часу поїсти»* [26, с. 24]. Типовий приклад буденних турбот і життя лікарів, залучених до неформальної пострадянської економіки, наведено Уільямом та Онощенко [26], де працевлаштовані в державних закладах лікарі мають ще декілька робіт чи приватних практик.

Самооцінка престижу професії

Опитані лікарі зазначають, що соціальний статус різних лікарів є неоднаковим, адже економічне й, відповідно, соціальне становище лікаря часто визначається медичною спеціалізацією. Найпрестижнішими фахівцями вважаються стоматологи, нейрохірурги, *«хірурги, гінекологи, офтальмологи. ...там, де крутяться гроші»*, а найнепрестижніші – це педіатри, алергологи, пульмонологи, рентгенологи, лаборанти та терапевти. Відповіді опитаних лікарів наводять на думку, що престижність тієї чи іншої спеціалізації оцінюється виключно за можливими доходами: *«вони [акушера-гінекологи] дуже добре заробляють, вони престижні люди... є така тенденція приватних пологів... і ті, хто займаються таким... вони можуть дуже гарно заробляти і дуже гарно почуватися»* (акушер-гінеколог приватного закладу, Київ).

Загалом же самооцінка престижності лікарської професії в сучасному українському суспільстві виглядає суперечливою. З одного боку, стверджується, що бути лікарем – це суспільно важлива професія, лікарем бути вигідно, зважаючи на можливість заробітку: *«я за престижем не ганялася. Мені подобалася робота як така, до того як я стала головним лікарем. Мені подобається спілкуватися з людьми, приносити їм якусь користь, якщо вони мені довіряють. А якщо ні – то немає фінансового заробітку абсолютно»* (головний лікар, Київська область). З іншого боку, лікарі засвідчують перетворення суспільно важливої професії на комерціалізовану справу: *«якщо пацієнт задоволений тим, як ти йому допоміг, то він ще до тебе буде звертатися і порекомендує своїм знайомим. За рахунок цього збільшуються і фінансові потоки»* (отоларинголог, Київ). Медики зазначають і негативне ставлення до надавачів медичної допомоги останнім часом. Йдеться про те, що відданість лікарській справі спостерігається все менше, а меркантильні інтереси лікарів, так зване «стяжательство» – все частіше: *«[наші люди] вважають, що система є безкоштовна, лікарі не*

виконують повноцінно свою роботу, тому що вони думають, де би взяти грошей, як би пацієнтів "обробити"» (акушер-гінеколог, Київ); «деякі лікарі спочатку хочуть отримати гроші, і тільки потім дають якийсь результат» (сімейний лікар, Київ). Кілька респондентів наголошували, що засоби масової інформації допомагають закріпити образ лікарів, як орієнтованих виключно на фінансову винагороду та невідданих своєму фаху: «показують не добру сторону роботи лікаря, а лише наші помилки. А оскільки народ бачить лише все погане, то коли вони приходять, то в нас вже бачать ворогів» (головний лікар, Київська область).

Практично всі опитані медики наголошують на тому, що суспільство не оцінює належним чином діяльність лікарів, тим самим ставлячи під загрозу власне виживання: «в такій мірі, в якій недооцінений фах лікаря, мені здається, що суспільство випробовує не тільки лікаря, випробовує себе на виживання. Не може бути бідного, злиденного лікаря і від такого лікаря суспільство не може очікувати здоров'я – це просто знуцання над лікарем» (ревматолог, Київ). Проте здебільшого респонденти підсумовують, що професія лікаря сьогодні є порівняно престижною, переважно не шкодують за тим, що обрали саме її, однак мало хто може порекомендувати цю професію сучасній молоді з огляду на «матеріальну незадоволеність». Одна респондентка навіть вказала на відмінність статусів лікаря в залежності від країни (порівнюється Україна з більш розвиненими країнами, наприклад, Ізраїлем): «іноземці вважають, що це круто бути лікарем, а в Україні пацієнти вважають нас обслуговуючим персоналом» (терапевт, Київ).

Можливості вдосконалення професійної майстерності

У медичній галузі рівень професійності відіграє надзвичайно важливу роль, оскільки від цього часто залежить здоров'я й життя пацієнтів. Більшість опитаних медичних працівників стверджують, що за сучасної системи охорони здоров'я керівники медичних закладів не зацікавлені в індивідуальному професійному розвитку лікарів. Крім того, особистий розвиток можливий тільки якщо є «хороший керівник», який не перешкоджає цьому: «Чим більше ти знаєш, тим більше в тебе конкуренції, тим більше тебе пригнічують, щоб ти не розвивалась. Коли бачать конкурента, молодого спеціаліста, тобі показують своє місце. Тобі кажуть, що тобі робити» (офтальмолог, Київ).

Опитані нами лікарі зазначали, що їхнє керівництво переважно не зацікавлене в підвищенні кваліфікації працівників через можливу відсутність працівника на робочому місці, однак нормативні документи галузі вимагають постійного підвищення кваліфікації кадрів: «в той час коли вона на курсах, немає кому працювати і, у зв'язку з цим, починаються проблеми. Але ми подаємо таку звітність, де вказано, чи стопроцентно атестовані працівники, і якщо не стовідсотково, то за це великий мінус» (головний лікар, Київська область). Однак більшість вважає, що керівництво має бути зацікавлене в підвищенні кваліфікації своїх працівників. Респонденти стверджують, що намагаються оновити свою базу знань через участь в різноманітних семінарах, тренінгах, конференціях, а іноді для цього використовують свою відпустку, оскільки в робочий час керівництво не дає дозволу на участь в освітніх заходах.

Самоосвіта також розглядається як можливість висхідної соціальної мобільності. Лікарі вмотивовані ознайомлюватися із західними виданнями, оскільки «закордоном значно більше грошей виділяється на дослідження, тому медицина не стоїть на місці, а крокує попереду» (отоларинголог, Київ). Респонденти вважають, що для лікаря надзвичайно важливим є доступ до новітніх технологій, можливість працювати з новим обладнанням, апаратурою, інструментами, а також переймати досвід інших фахівців галузі: «фінансових вигід [професія], безумовно, не приносить, але дарує численну кількість нових контактів як серед лікарів, так і серед пацієнтів. І так, відносно розвитку – є куди рости» (травматолог, Київ).

Гендерні аспекти медичної професії

В Україні зайнятість жінок в галузі охорони здоров'я суттєво перевищує відповідні показники для чоловіків. У 2007 році частка жінок серед працівників галузі охорони здоров'я та надання соціальної допомоги (саме так це поєднується вітчизняною статистичною службою) становила 82,6 %. Проте, незважаючи на таке жіноче домінування у галузі, за рівнем заробітної плати жінки майже на 15 % поступалися чоловікам (співвідношення заробітної плати жінок і чоловіків – 85,2 %) [1, с. 147]. За п'ять років зайнятість жінок у галузі майже не зменшилася (81,3 %), а співвідношення заробітної плати жінок і чоловіків зросло до 90 %, що можна вважати позитивною соціальною тенденцією [2, с. 361].

Гендерні відмінності в оплаті праці свідчать про те, що лікарській професії притаманна вертикальна і горизонтальна гендерна сегрегованість. Ієрархічно вищі, насамперед керівні посади в охороні здоров'я, більшою мірою доступні для чоловіків. Так само окремим спеціалізаціям медичної професії притаманне різне співвідношення зайнятих там чоловіків і жінок. Як відомо, наприклад, серед терапевтів значно більше жінок, аніж серед хірургів.

Гендерна диференціація лікарського фаху добре усвідомлюється і артикулюється самими лікарями. Наші респонденти акцентують увагу на нерівних професійних можливостях для жінок і чоловіків. Зазначається, що чоловіки і жінки мають різні життєві шанси, оскільки жінки, окрім професійної діяльності, залучені до інших сфер діяльності: народжують, вигодовують та більше часу віддають вихованню дітей, домашній роботі. Жінки-медики свідомі того, що їм важче досягти таких же успіхів, як чоловікам: *«десь в 35 років, після народження дитини років в 23–30, жінка лише починає набирати кар'єрний зріст, а чоловік уже в розквіті, він вже чогось досягнув в 35 років, а десь в 35–45 років в нього вже серйозна кар'єра. Якщо жінка хоче мати сім'ю, вона змушена жертвувати кар'єрою»* (кардіолог, Київ). На думку лікарки – акушера-гінеколога, професійна діяльність вимагає не лише пожертви сімейним життям, а й оволодінням певними індивідуальними маскулінними рисами, які допомагають рухатися до поставленої мети: *«жінкам важче, бо їм треба доказувати, що вона може так само, як і чоловік. Жінка все ж таки слабша... жінка дуже емоційна і це дуже шкодить роботі, ти повинен бути більш «трезвий» і мати холодний погляд під час екстреної ситуації чи операції. Тому чоловіки більше досягають»* (Київ).

Майже виключно чоловічою вважається професія хірурга, яка вимагає постійної зайнятості, без вихідних, свят і навіть вночі, а тому в престижних медичних спеціальностях рідко можна побачити жінку. Більше того, деякі медичні напрямки вимагають більших інвестицій у професійний розвиток, оновлення своїх знань, і *«впоратися з такою роботою під силу лише чоловікам»* (стоматолог, Київ). Одна респондентка пояснила феномен поділу певних спеціальностей на «чоловічі» та «жіночі» фізичними та психологічними відмінностями протилежних статей, зокрема на прикладі хірургії: *«на операціях стояти – це фізично важка робота, вона краще підходить для чоловіка... їхня фізична витримка, їхня більша амбіційність, вони хочуть по-*

більше адреналіну, а операція – певного роду адреналін. Жінки, які є хірургами, професійними та успішними, вони дуже часто або розлучені, або не мають особистого життя. Не кожен чоловік зможе мати як би конкурента в сім'ї. Коли жінка займається такими операціями, вона більш амбіційна, і це впливає на особисте життя» (головний лікар, Київська область). Однак лікарі звертають увагу на нову тенденцію фемінізації раніше переважно чоловічих, престижніших лікарських спеціальностей, зокрема тієї ж хірургії. Пояснюється це насамперед низьким рівнем доходів у медицині.

Респондентки-лікарки визнають, що відповідальність за матеріальне забезпечення сім'ї лежить на їхніх чоловіках, оскільки заробітна плата медичного працівника не в змозі задовольнити всі потреби: *«Якби в мене не було чоловіка, я би багато чого не могла собі дозволити... Моя зарплата не дозволяє відпочивати два рази на рік, де я хочу, одягатися як я хочу... Моєї зарплати вистачає на мінімальні витрати»* (акушер-гінеколог приватної лікарні, Київ).

Опитані лікарі-чоловіки частково поділяють думку жінок щодо подвійного тягаря професійної і домашньої роботи, однак деякі вважають, що у жінок краще розвинуті комунікативні навички, що в роботі лікаря є ключовою складовою, тому дає жінкам певні переваги.

Таким чином, соціальному статусу лікаря в українському суспільстві притаманна суттєва статусна неконсистентність. Престиж професії лікаря залишається порівняно високим, хоча й не найвищим, як у розвинених суспільствах. Лікарі належать до одних з найосвіченіших фахівців з найтривалішим терміном набуття кваліфікації. Проте добре усвідомлюється, насамперед самими лікарями разюча невідповідність між розміром офіційної заробітної плати та інвестиціями в професію (часом витраченим як на базову освіту, так і на підвищення кваліфікації), тяжкою і відповідальною працею. Тому й місце в межах соціальної ієрархії суспільства бачиться лікарями переважно як середнє або нижче середнього.

В українській медичній галузі професія лікаря має декілька образів: з одного боку, лікарською справою займаються лише ті, хто знаходить в собі таке покликання і захоплюється своїм фахом, оскільки наразі професія не дає можливості накопичення матеріальних благ. Усупереч переважно нездійсненим очікуванням медичних працівників щодо матеріального забезпечення, професія лікаря надає чимало можливостей для саморозвитку та особистісного

зростання, а також доступ до розгалуженої соціальної та професійної мереж, що робить професію привабливішою. З другого боку, суспільство вимагає від лікаря безпомилкового та ідеального виконання своїх професійних обов'язків, однак образ професії лікаря, образ порядності, безкорисливості та чесності поступово змінюється. Інший образ лікаря – це образ напівпідприємця, коли відповідальність за надання медичної допомоги пов'язується насамперед з матеріальною винагородою, перетворюючи медичну професію також на джерело кращого матеріального забезпечення чи збагачення.

За часів незалежності безкоштовна державна медична допомога практично перестала існувати чи значно звузилася, натомість відбулася швидка комерціалізація галузі. Кишеня пацієнта стала істотним джерелом фінансування «безоплатної» медичної допомоги [19]. Тим самим держава перекладає відповідальність за забезпечення соціального блага на плечі самих громадян. Натомість, індивіди схильні орієнтуватися на забезпечення принаймні індивідуального благополуччя («individual welfare»), якщо держава відмовляється від досягнення такої цінності як *суспільне* благополуччя («social welfare») [25].

За таких умов значно знизився рівень впевненості населення в якості надання медичних послуг [15], що може стати значною перешкодою, коли держава ініціюватиме національні програми в охороні здоров'я. Порівняно з іншими країнами Центральної та Східної Європи, в Україні спостерігається один з найнижчих показників звернення до лікарів у разі хвороби [9], і серед інших причин також вказується на неспроможність оплатити медичну допомогу [24]. Схоже, що невпевненість населення у професійній майстерності лікарів, якості медичних послуг, непевнність у можливості їх оплатити зумовлюють уникнення звертання до медичних інституцій, що не може не позначатися на загальному стані здоров'я населення країни. Протягом останніх десятиліть в Україні змінювалися домінуючі політичні партії, уряди, президенти, а системного й ефективного реформування галузі охорони здоров'я так і не впроваджено, ба навіть не опрацьовано і не запропоновано суспільству. Без цього а ні покращити стан здоров'я населення, якість медичного обслуговування, ефективність використання соціальних ресурсів, так само, як і змінити соціальне становище лікарів у суспільстві, очевидно, неможливо.

Список літератури

1. Діти, жінки та сім'я в Україні : стат. збірник / Державний комітет статистики України. – К., 2008. – 383 с.
2. Діти, жінки та сім'я в Україні : стат. збірник / Державний комітет статистики України. – К., 2012. – 361 с.
3. Кількість, робочий час та оплата праці найманих працівників у березні 2014 року [Електронний ресурс]. – Державна служба статистики України. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрана.
4. Краснопольская И. И. Престиж профессии врача в российском обществе и качество высшего медицинского образования / И. И. Краснопольская, И. В. Мерсиянова // *Профессии социального государства*. – М. : ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2013. – С. 21–39.
5. Оксамитна С. Динаміка престижності професій і занять в українському суспільстві / С. Стукало, С. Оксамитна // *Соціальні виміри суспільства*. Вип. 5 (16). – К. : Інститут соціології НАН України, 2013. – С. 392–406.
6. Оксамитна С. Міжгенераційна класова і освітня мобільність / Світлана Оксамитна. – К. : НАУКМА, Аграр Медіа Груп, 2011. – 287 с.
7. Присяжнюк Д. И. Динамика профессионального статуса врачей поликлиник в 2000-х годах / Д. И. Присяжнюк // *Профессии социального государства*. – М. : ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2013. – С. 75–90.
8. Розенбаум М. Д. Социальный статус медицинского работника / М. Д. Розенбаум // *Социологические исследования*. – 1993. – № 3. – С. 36–40.
9. Неформальні платежі пацієнтів медичних закладів в Україні та Болгарії / Т. Степурко, М. Павлова, І. Грига, С. Оксамитна, В. Гроот // *Наукові записки НАУКМА*. – 2013. – Том 148. Соціологічні науки. – С. 83–92.
10. Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я. Аналітична записка [Електронний ресурс] // *Національний інститут стратегічних досліджень*. – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/articles/808>. – Назва з екрана.
11. Is There a Place for the Patient in the Ukrainian Health Care System? Patient Payment Policies and Investment Priorities in Health Care in Ukraine / A. Danyliv, T. Stepurko, I. Gryga, M. Pavlova, W. Groot // *Society and Economy*. – 2012. – Vol. 34 (2). – P. 273–291.
12. European Health for All Database (HFA–DB) [Electronic resource] // *World Health Organization Regional Office for Europe*. – Mode of access: http://data.euro.who.int/hfadb/shell_en.html. – Title from the screen.
13. Hospital Beds (per 1,000 people) [Electronic resource] // *World Bank*. – Mode of access: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>. – Title from the screen.
14. How Is It Working? A New Approach to Measure Governance in the Health System in Ukraine [Electronic resource] // *FISCO id and World Bank*, 2013. – Mode of access: <http://fisco-id.com/?module=an&action=preview&id=136>. – Title from the screen.
15. Gallup World Poll [Electronic resource]. – Mode of access: http://media.gallup.com/dataviz/www/WP_Questions_WHITE.pdf. – Title from the screen.
16. Ganzeboom H. Internationally Comparable Measures of Occupational Status for the 1988 International Standard Classification of Occupations / Harry Ganzeboom and Donald Treiman // *Social Science Research*. – 1996. – Vol. 25, Issue 3. – P. 201–239.
17. Kornai J. Hidden in an Envelop: Gratitude Payments to Medical Doctors in Hungary / J. Kornai // *The Paradoxes of Unintended Consequences*. Dahrendorf, Lord et al. (eds). – Budapest and New York : Central European University Press, 2010. – P. 195–214.
18. Lekhan V. Ukraine: Health System Review / V. Lekhan, V. Rudi, E. Richardson // *Health Systems in Transition*. – 2010. – Vol. 12 (8). – P. 1–183.
19. Out-of-Pocket Health Expenditure (% of Total Expenditure on Health) [Electronic resource] // *World Bank*. – Mode of access:

- <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.TO.ZS>. – Title from the screen.
20. Physicians (per 1,000 people) [Electronic resource] // World Bank. – HT. – Mode of access: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS>. – Title from the screen.
21. Roemer M. I. Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care by Eliot Freidson Review / M. I. Roemer // Medical Care. – 1972. – Vol. 10 (2). – P. 186.
22. Shahriari H. Institutional Issues in Informal Health Payments in Poland [Electronic resource] / H. Shahriari, P. Belli, M. Lewis // HNP Discussion Paper. Washington, D.C., The World Bank, 2001. – Mode of access: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13679>. – Title from the screen.
23. Informal Patient Payments in Maternity Hospitals in Kiev, Ukraine [Electronic resource] / T. Stepurko, M. Pavlova, O. Levenets, I. Gryga, W. Groot // The International Journal of Health Planning and Management. – 2013. – Vol. 28 (2). – P. e169–e187. – Mode of access: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002>. – Title from the screen.
24. The Inability to Pay for Health Services in Central and Eastern Europe: Evidence From Six Countries [Electronic resource] / M. Tambor, M. Pavlova, B. Rechel, S. Golinowska, C. Sowada, W. Groot // The European Journal of Public Health, ckt118. – 2013. – Mode of access: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2013/09/23/eurpub.ckt118.short>. – Title from the screen.
25. Wanner C. Money, Morality and New Forms of Exchange in Postsocialist Ukraine / C. Wanner // Ethnos. – 2005. – Vol. 70 (4). – P. 515–537.
26. Williams C. C. The Diverse Livelihood Practices of Healthcare Workers in Ukraine: the Case of Sasha and Natasha / C. C. Williams, O. Onoschenko // The Informal Post-Soviet Economy. Embedded Practices and Livelihoods. J. Morris, A. Polese (eds.). – London and New York : Routledge, 2014. – P. 21–34.

S. Oksamytna, T. Stepurko

SOCIAL STATUS OF PHYSICIANS IN MODERN UKRAINIAN SOCIETY

The article deals with the place of physicians in the social structure of modern Ukrainian society, the prestige of health care provider profession. The results of semi-structured interviews with doctors provide evidences that the work of health care providers are not valued by Ukrainian state since there is a huge mismatch between investments in education, in professional growth and financial remuneration of such a socially responsible work. Nevertheless, individual health care consumers often compensate unfair payments to providers. Health care providers notice variations in prestige and social status of doctors from different medical specialties. The present health care system requires from doctors not only skilled medical assistance but also knowledge and abilities for execution of successful entrepreneurship in order to create the material basis for their lives existence.

Keywords: social status, physician, prestige, status inconsistency, Ukraine.

Матеріал надійшов 12.04.2014