

**Институционализацията на позицията на лекарите в България, разгледана чрез  
индивидуалните всекидневни практики  
(2013-2014)**

*Резюме*

От 90-те години на миналия век започва вълна на реформи в здравеопазването в България. Този процес се засилва или забавя през годините и оставя след себе си частични, краткосрочни реформи „на парче”. От 2007 година започва втора вълна от реформи, които са свързани с членството на България в Европейския съюз. Това наложи трансформиране на законови наредби и правилници, промяна на функционирането на системата, приемане на здравни стратегии. Моето изследване има за цел да проследи отразява ли се и как този преход върху здравната система и върху позицията на лекарите в България? С какви възможности и рискове са свързани здравните реформи в български контекст? Един от централните въпроси в тази работа е какви са последиците от реформите за здравната система и как те свеждат до структурирането на позициите на лекарите в България и съответно как се отразяват върху всекидневието на участниците в нея?

Изследването ми стъпва на изследователски проект на студенти от четвърти курс Социология към СУ на тема „Отношенията лекар-пациент: институционални практики и практически оценки”, а част от интервютата са реализирани от студенти от втори курс Социология от СУ през зимния семестър на учебната 2013-2014 г. в рамките на университетския курс „Качествени методи в социологията”. Това са интервюта с общопрактикуващи лекари, специалисти и здравни работници. Избрах да използвам тези данни, за да достигна по-голям обхват на респонденти, надхвърлящ моя личен социален капитал. След края на проекта получих съгласието на ръководителя доц. д-р Милена Якимова Якимова да използвам данните за настоящата дипломна работа.

Хипотезата ми е, че личността на лекаря е пресечна точка на идеологии, които съществуват паралелно в нашия свят и са подкрепени от различни институции. Част от тези идеологии са рудиментарни остатъци от миналото, част от тях са потенциални, нововъзникващи за българския контекст през 2013-2014 година. Те носят различни светоусещания и очаквания към позицията на лекаря. В този контекст избирам да анализирам ролята на общопрактикуващите лекари (ОПЛ), чиято позиция бива въведена в България след 2000 година като резултат от усилията за реформирането на останалите от социализма структури и институции, а именно завишения брой на болниците и техния леглови фонд. Наслагването на различни идеологии и значения, неравномерно разпределени в своето действие върху здравната система и в частност върху ОПЛ, води до чувство на неудовлетвореност на различни социални актьори от поведението на ОПЛ във всекидневното общуване с тях. Натрупването на неудовлетвореност допълнително натоварва негативно отношението между лекар и пациент. За целите на изследването теоретично ще предпоставя наличието на няколко дискурси, които се пресичат в социалната роля на ОПЛ.

1. Икономически дискурс<sup>1</sup> – здравната система се описва през икономически термини на отчетност и ефективност, разходи и приходи. Предвижда се ролята на лекаря като доставящ и продаващ услуга. Неговите задължения въплъщават рационално, стриктно и обективно изпълнение на процедури; и насоченост към пациентите като към клиенти, на които се предоставят типични, систематизирани услуги. Предвижда се медицина, опираща се на научни доказателства за резултатност чрез ниски разходи, планиране и контрол.
2. Патерналистична грижа за здравето – държавата има пълната отговорност за здравната система и грижа за гражданите на България. Ролята на ОПЛ е да бъде проводник на тази идеология при лечението и носи пълна отговорност за добруването на пациента – въплъщава жертвеност, отдаденост, себеотрицание. ОПЛ се очаква да обгрижва, да успокоява, да предразполага, да съчувства на пациента. Той е активен в процеса на лечението и отговаря за решенията относно здравето му. Този модел и идеология за патерналистична грижа се развива след Втората световна война, поради влиянието на социалната медицина върху изграждането на различни национални системи на здравеопазване. В България изграждането на социалистическата система на здравеопазване изцяло е подчинена на идеите на социалната медицина. Важно е да се отбележи, че този подход е „отгоре-надолу“, а пациентът се мисли като *обект* на здравна грижа.
3. Дискурс на Европейски съюз – поради случилите се промени от 60-те години на ХХ-ти век, основен фокус в системите на здравеопазване пада върху ОПЛ и предоставянето на грижа, която не е насочена само към тялото на пациента, а към налагането на холистичния подход в медицината – пациентът е цялост, състояща се от физиология, психика и социалност ЕС модифицира този подход чрез промяна на посоката в отношението между лекар и пациент – отдолу-нагоре. Пациентът вече е субект. Позицията на ОПЛ обаче се въвежда с няколко нови аргумента: 1. Ограничаване на достъпа до болнична помощ<sup>2</sup>; 2. Увеличаване на възможността за постоянна и контролирана превенция; 3. Увеличаване на информираността на пациентите. Тези дискурсивни линии рефлектират върху позицията на пациента. В дискурсите на ЕС пациентът има водеща позиция в здравната система чрез овластяването му като отговорен за своето здраве и благоденствие според либералния принцип за респонсибилизация.

---

<sup>1</sup> Понятията на икономиката са част и от Европейското говорене за здравеопазване, но аз ще ги отделя аналитично.

<sup>2</sup> По този линия дискурсът на ЕС се доближава до икономически дискурс