

## **Социальный статус врача поликлиники в условиях реализации национального проекта «Здоровье»**

**Присяжнюк Дарья Игоревна, аспирант кафедры социально-экономических систем и социальной политики, ГУ ВШЭ, Москва**

[darva\\_p@mail.ru](mailto:darva_p@mail.ru)

Российская система здравоохранения длительное время находилась в состоянии дестабилизации. Попытка со стороны государства решить целый клубок проблем вылилась в осмысление необходимости трансформации системы здравоохранения и в реализацию национального проекта «Здоровье». Реформа преследовала цель не только повысить качество и доступность медицинской помощи для пациентов, но и престиж профессии врача, что невозможно без позитивной динамики статуса медицинской профессии. Именно на основании этих критериев можно судить об успешности государственной политики в сфере охраны здоровья.

В работе акцент поставлен на анализе того, удалось ли медикам-профессионалам укрепить свои позиции в результате реализации национального проекта «Здоровье», тем самым повысить свой социальный статус. Мы определяем, насколько однородно реформы в системе здравоохранения оказали влияние на разные группы медицинского персонала: демографические, гендерные и профессиональные. Кроме того, в соответствии с подходом, выраженным в идеях М. де Серто, мы воспринимаем медицинский персонал как активно действующих акторов, реагирующих на новые правила игры, и модифицирующие их под себя. Таким образом, мы отдельно остановимся на стратегиях, к которым прибегают врачи для преодоления негативных последствий реализации национального проекта «Здоровье». Реформа в системе здравоохранения выступает контекстом, в рамках которого происходят трансформации в поликлинике.

Под социальным статусом мы подразумеваем, вслед за представителями неовеберианского подхода, совокупность позиций доход, власть, престиж [Мансуров, Юрченко, 2005, с. 66]. Под доходом врача мы понимаем не только его официальный заработок, но также и другие параметры, которые могут быть конвертированы в экономический капитал. Индикаторами престижа профессии выступают приток в отрасль квалифицированных кадров и молодых специалистов, тогда как обратные процессы могут свидетельствовать о ситуации стагнации и кризиса. Под властным капиталом врача нас в

первую очередь интересует трансформация поля власти в триаде государство-профессионалы-общество, где врачи выступают носителями экспертной власти, обладателями специального знания.

В рамках данной работы было проведено исследование, выполненное в рамках качественной парадигмы, в стратегии кейс-стади, анализ данных был осуществлен на основе серии наблюдений, восемнадцати интервью с медицинским персоналом, пациентами двух поликлиник г. Саратова, а также дискурс-анализа СМИ и Интернет-ресурсов. Выбранные поликлиники являются государственными муниципальными учреждениями, оказывающими достаточно широкий спектр медицинских услуг.

### *Позитивные и негативные аспекты реформы здравоохранения для медицинского персонала*

Национальный проект «Здоровье» стартовал 1 января 2006 г. и ставил перед собой цель повышения качества и доступности медицинской помощи и создания базы для дальнейшей модернизации отрасли [Официальный сайт Министерства Здравоохранения...]. Основные направления его реализации для поликлинических учреждений были связаны с укреплением первичного звена здравоохранения. Предполагалось, что при помощи повышения зарплаты врачам получится снизить уровень совместительства в медицинских учреждениях, сдержать распространение неформальных платежей, повысить престиж профессии врача, тем самым привлечь молодых специалистов в сферу бюджетного здравоохранения. В соответствии с этим, в два раза была повышена зарплата врачам общей практики, участкового, терапевта, а также среднего медицинского персонала, работающего с ними. Однако прибавка к зарплате осуществляется исключительно за «дополнительную работу» [Об утверждении методологических рекомендаций...]: профилактические осмотры, паспортизацию участников, дополнительные дежурства. Тем самым увеличивается нагрузка на врача, которому необходимо соблюдать реализацию национального проекта и выполнение госзаказа, что приводит к неформальной практике приписок.

Узкие специалисты должны были повысить свой экономический капитал благодаря введенной обязательной диспансеризации работающего населения. На практике врачи не всех специализаций получили дополнительные материальные средства, а те, кто смог повысить свой заработок, не сравнял его с доходом терапевтов. Врачи расценивают его лишь как непостоянный заработок, который недостаточно сильно сказывается на их доходах.

Неудовлетворенность уровнем зарплаты прослеживается из статистических данных: лишь небольшая часть врачей (15%) считают, что их труд оплачивается достойно, большинство же, 57% респондентов, дают твердые отрицательные оценки [Шишкин, 2008, с. 84]. О невысоком материальном положении медицинского персонала свидетельствуют и средние цифры их дохода: несмотря на прибавку к зарплате с 2001 г., уровень средней заработной платы работников здравоохранения все еще ниже прожиточного уровня, составляет 2/3 от его величины [Бочаров, Васькина, 2008, с. 343]. Согласно исследованию по промежуточным итогам реализации национального проекта «Здоровье» в Саратовской области, увеличение зарплаты было обнаружено лишь 26% респондентов, кроме того, 44% опрошенного медицинского персонала считают, что их зарплата отражает лишь количество принятых пациентов, а не качество предоставляемых услуг [Мнение пациентов и медиков...], что противоречит основным целям модернизации системы здравоохранения.

Государству не удалось решить проблему привлечения молодых кадров в бюджетное здравоохранение. В условиях реформ в поликлинику вернулись специалисты пенсионного возраста [Шишкин, 2008, с. 288], тогда как молодые их коллеги выбирают альтернативные более доходные места работы: за первый год апробации реформ из 20 тысяч выпускников медицинских вузов лишь 11 тысяч трудоустроились по специальности [Принудительного распределения...], что сопряжено с отсутствием престижа и адекватной оплаты труда профессии врача. С другой стороны, за последние два года доля молодых специалистов в медицинских учреждениях, со слов администрации поликлиник, возросла. При этом, исходя из статистических данных, полученных в 2009 г., наблюдается рост престижа медицинской профессии, которое отметили 31% населения. Профессия врача в настоящее время занимает третье место среди самых престижных профессий, выбранных подростками [Работа моей мечты...] и первое место среди представлений граждан о желаемой профессии для своих детей [Рейтинг удовлетворенностью профессией...]

Однако, приток молодых специалистов в поликлинику связан скорее с общей социально-экономической ситуацией в стране. Экономический кризис привел к сокращению рабочих мест в организациях, когда в особенности молодым специалистам наиболее проблематично трудоустроиться на престижные и высокооплачиваемые места работы, им приходится прибегать к занятости в системе государственного здравоохранения, где остаются рабочие места и сохраняется хоть и не высокий, но стабильный заработок.

В условиях реализации национального проекта «Здоровье» отмечается трансформация поля власти медицинского персонала. С одной стороны, наблюдается рост

властного потенциала врача как носителя экспертного знания благодаря введению обязательной диспансеризации работающего населения в возрасте от 35 до 55 лет. Граждане этого возраста редко посещают поликлинику, группа максимально неподконтрольна, а в настоящее время она попала в сферу влияния медицинской власти. С другой стороны, деятельность медицинского персонала стала более жестко регулироваться со стороны государственных органов здравоохранения, в ситуации усиления отчетности деятельности врача, и со стороны правоохранительных органов, что связано с усилением контроля над распространением неформальных платежей в поликлинике.

В целом, можно сказать, что национальный проект «Здоровье» так и не решил многие значимые проблемы в системе здравоохранения. За последние 4 года отношение россиян к качеству оказания медицинской помощи существенно изменилось к худшему. Отмечается сохранение низкой квалификации врача (45 %), его невнимательное отношение к пациентам (56%), увеличение очередей (11%), нехватка специалистов (11%) [профессия: врач...], что идет в разрез с целями повышения качества медицинской помощи. С другой стороны, со слов врачей, пациенты стали более требовательны к качеству оказания медицинской помощи в условиях повышения зарплат медицинскому персоналу.

#### *Сегрегация специализаций врача поликлиники*

Реформы в системе здравоохранения еще сильнее содействовали сегрегации специализаций внутри поликлиники по уровню власти, престижа и дохода, ужесточили их деление на «мужские» и «женские». Кратко остановимся на типологии групп медицинского персонала. Наиболее привилегированная группа врачей представлена администрацией поликлиники, обладающей высоким уровнем власти, дохода и престижа, а также частью узких специалистов, оказавшихся востребованными на рынке платных медицинских услуг. Терапевты, врачи общей практики, специалисты стационара за счет президентской надбавки к зарплате и широкого спектра неформальных практик находятся в более выигрышном положении по отношению к узким специалистам, в особенности к тем, на которых не оказали влияние реформы. Непривилегированная группа медицинского персонала поликлиники представлена медсестрами, которые находятся в подчиненном положении по отношению к врачу, не получили значительной прибавки к зарплате в условиях реализации национального проекта «Здоровье».

В поликлиниках существует привилегированная группа, состоящая из администрации поликлиники и некоторых приближенных к ним врачей. На примере двух поликлиник было отмечено, что группа формируется не на основе специализации медицинского персонала, условием включения акторов в сообщество служат родственные и дружеские отношения. Данная группа занимает высокое статусное положение, поскольку именно внутри нее распределяются основные формальные экономические ресурсы, а также получают ряд дополнительных бонусов, например, в плане возможности нарушения официальных предписаний. Стабильность союза связана с постоянно повторяющимися ритуалами, а также с особым условием формирования сообщества на основе семейных и дружеских отношений [Рэдклифф-Браун, 2001, с. 130]. Данный факт ограничивает доступ ряда специалистов в клику и исключает их из процесса распределения дополнительных экономических ресурсов, таких как премиальные деньги и средства от оказания платных медицинских услуг. Властный капитал этой группы наиболее велик в связи с высоким социальным положением ее членов в организации.

Незначительная часть узких специалистов, урологи, гинекологи и хирурги, представленный в основном мужчинами, занимают высокое положение в выделенной типологии по причине появления достаточно широкого спектра экономических практик. С одной стороны, это связано с реализацией национального проекта «Здоровье» и оснащением поликлиник высокотехнологическим оборудованием, обследование на котором формально бесплатно. В реальности же пациенту предлагается перечень «дополнительных услуг» для более точной постановки диагноза, а также возможность пройти диагностику вне очереди за отдельную плату врачу. Основная масса пациентов, которая обследуется на оборудовании, это граждане после или до операции, беременные женщины, им особенно тяжело стоять в очереди, и фактически приходится соглашаться на условия врача. Таким образом, врач продолжает выступать агентом власти [Фуко, 1998, с. 54], а пациент находится в подчиненном положении, ему приходится соглашаться на условия медицинского персонала. С другой стороны, нередко, основным источником дохода внутри второй группы медицинского персонала является работа в негосударственных медицинских учреждениях. Однако, это характерно только для наиболее востребованных специализаций в секторе частной медицины (уролог, гинеколог). Таким образом, существуют некие фильтры, не допускающие медицинский персонал в сферу платных медицинских услуг. В первую очередь это сопряжено со специализацией и возрастом врача.

Средний медицинский персонал, традиционно представленный женщинами, занимает наиболее проигрышную позицию в отношении власти, дохода и престижа профессии, незначительно повысив свой доход и находясь в подчиненном положении по отношению к врачу, вынужден искать альтернативные медицинским учреждения для работы. Так, в соответствии с наблюдениями в поликлинике медсестры, в особенности молодого возраста, выбирают места работ нянь, офисных сотрудников в фирме по установке пластиковых окон. В ряде случаев данная группа медицинского персонала переходит в стационар, но это достаточно редкая практика, что сопряжено с более интенсивной работой. Подобная ситуация на макроуровне обуславливает значительный отток среднего медицинского персонала из поликлиник [Реализация национального проекта «Здоровье»...], что приводит к повышению нагрузки на врача и уменьшает его шансы в сфере дополнительной занятости.

Врачи терапевты и узкие специалисты занимают промежуточное положение в этой типологии, им приходится подстраиваться под несовершенства государственной политики в системе здравоохранения и самостоятельно искать способы укрепления своих позиций. Для этого им приходится прибегать к разнообразным тактикам. Попытаемся провести их типологизацию.

#### *Экономические стратегии*

Для получения дополнительного материального вознаграждения врачи используют официальные и неофициальные практики. Официальные стратегии, реализуемые в внутри поликлиники, в первую очередь связаны с получением премий. Однако, нередко, для этого необходимо прибегнуть к неформальной практике приписок.

Еще одним способом получить дополнительную материальную выгоду становится перспектива смены специализации. Так, в ходе реализации национального проекта «Здоровье» терапевты (а это в основном женщины) оказались в экономически более выгодном положении по отношению к врачам-специалистам (где некоторые специальности, такие как хирург, уролог, представлены мужчинами). Таким образом, можно было бы предположить, что мужчины готовы будут поменять специализацию для получения большего материального вознаграждения. Однако, на практике смена специализации связана с рядом серьезных ограничений, выраженных в необходимости переучиваться и нехватке специалистов в поликлинике. Кроме того, в ходе реализации национального проекта «Здоровье» выросла зарплата терапевта, но и возросла нагрузка. Часть врачей-специалистов же имеют возможность включаться в более выгодные

экономические стратегии, благодаря больше конкурентоспособности на рынке труда, поэтому смена специализации для них нерациональна.

Нелегальный вариант экономических стратегий врача связан с практикой неформальных платежей. Данная стратегия не имеет широкого распространения в поликлинике, что связано с неплатежеспособностью пациентов и усилением внимания к этой практике со стороны правоохранительных органов. Нередко оплата услуг врача производится в товарной форме или в виде бытовых или интеллектуальных услуг, что говорит о низком уровне доходов как медицинских работников, так и их клиентов.

#### *Стратегии экономии времени*

Тактики, связанные с экономией времени проходят лейтмотивом через всю повседневную деятельность врача поликлиники. Один из негативных аспектов, связанных с реализацией национального проекта «Здоровье», выразился в усилении бумажной волокиты. В этой ситуации врачам приходится искать способы более рационального расходования времени, к примеру, запись истории болезни через копирку, и рационального обустройства рабочего места. Однако, эти тактики успешно используются не всеми врачами, а в основном более пожилыми специалистами, имеющими долгий опыт работы в организациях бюджетного здравоохранения, а также теми медицинскими работниками, нагрузка на которых недостаточно высокая в силу большей укомплектованности специализации врачами и средним медицинским персоналом.

#### *Практики взаимопомощи*

Врачи прибегают к практикам обмена услугами, связанными с поиском клиентов, лечением родственников коллег, таким образом, заключая союз [Рэдклифф-Браун, 2001, с. 119]. Таким образом, это позволяет в ряде случаев сократить расходы, а также увеличить собственные доходы. Также, что немаловажно, врачи понимают, что впоследствии могут заручиться поддержкой коллег.

#### *Выводы*

Современный врач поликлиники, несмотря на реформы в системе здравоохранения, остается экономически несостоятельным, и ему приходится искать экономические тактики, варианты которых благодаря реализации национального проекта «Здоровье» увеличились. С другой стороны, реформы в системе здравоохранения лишь усилили дифференциацию специализаций внутри медицинской профессии по уровню дохода, престижа и власти. Наиболее выигрышное положение занимают врачи, входящие в группу

специалистов, приближенных к администрации поликлиники, а также ряд врачей-специалистов, оказавшиеся востребованными на рынке оказания платных медицинских услуг. Врачи общей практики, хоть и получили прибавку к зарплате, но вместе с этим возросла их нагрузка, в связи с чем, им сложнее использовать альтернативные стратегии повышения экономического капитала. Введение диспансеризации в реальности не произвело увеличение зарплаты узким специалистам, и им в большей мере приходится искать тактики повышения своего дохода. Подобные стратегии могут быть официальными, связанными с получением премии, и неофициальными, предполагающими обращение к теневым экономическим обменам. Врачи поликлиники в некоторых ситуациях вступают в союзы друг с другом, чтобы в случае необходимости заручиться поддержкой коллег. В более выигрышном положении оказываются врачамужчины, благодаря сохранению «мужских» и «женских» профессий в медицине, когда мужчинам удастся прибегать к более выгодным стратегиям укрепления своих позиций на российском рынке труда. Таким образом, медицинский персонал поликлиники все еще остается экономически несостоятельным, медицинская власть также претерпевает ряд трансформаций, а в условиях недостаточного престижа профессии врача мы не можем говорить о повышении ее статуса.

#### *Литература*

- 1) Бочаров В.Ю., Васькина Ю.В. Сравнительный анализ уровня жизни медицинских и педагогических работников в ходе реализации национальных проектов// Журнал исследований социальной политики, Т. 6, № 3. 2008. – С. 339-356.
- 2) Мансуров В.А., Юрченко О.В. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе// Социологические исследования. 2005. № 1. С. 66-77
- 3) Материалы опроса ВЦИОМ «Профессия: врач» от 27.07.2009. [http:// wciom.ru](http://wciom.ru)
- 4) Материалы опроса ВЦИОМ «работа моей мечты» от 29.05. 2008. <http:// wciom.ru>
- 5) Материалы опроса ВЦИОМ «Рейтинг удовлетворенностью профессией» от 31.01-01.02. 2009 . <http:// wciom.ru>
- 6) Мнение пациентов и медиков о результатах реализации национальных проектов и состоянии медицинского обслуживания. Аналитическая справка. Исследование проводилось ЦСПГИ в Саратовской области с 12 декабря 2007 г. по 19 декабря 2007 г. при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Саратовской области

- 7) Мухарьямова Л.М., Кузнецова-Моренко И.Б., Петрова Р.Г., Салахатдинова Л.Н. Региональное здравоохранение в условиях реализации национального проекта «Здоровье» и разграничения бюджетных полномочий// Журнал исследований социальной политики. Т. 6. № 4. 2008. С. 483-505.
- 8) Об утверждении методологических рекомендаций по оформлению в 2006 году трудовых отношений между врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковых врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии – соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации)// Приказ Минсоцразвития России № 816 от 30 декабря 2005 г. <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/411>
- 9) Официальный сайт Министерства Здравоохранения и социального развития РФ. [www.mzsrrf.ru](http://www.mzsrrf.ru)
- 10) Принудительного распределения студентов-медиков не будет//Медицинское обозрение [www.mosedu.ru/manager/news/news\\_detail.php?ID=28438](http://www.mosedu.ru/manager/news/news_detail.php?ID=28438)
- 11) Реализация нацпроекта «Здоровье»// Российская газета (Москва) от 13.11.2007. [www.roszdravrf.ru/266/508/526/527](http://www.roszdravrf.ru/266/508/526/527)
- 12) Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / Отв. ред. С.В. Шишкин. — М.: Независимый институт социальной политики, 2008. — 288 с.
- 13) Рэдклифф-Браун А.Р. Структура и функции в примитивном обществе. Очерки и лекции. Пер. с англ. – М.: Издательская фирма «Восточная литература» РАН, 2001 – С. 304 с.
- 14) Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998.