

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

*С.В. Шишкин, А.Л. Темницкий*

**РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ  
ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА  
С МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ**

Препринт WP8/2019/02

Серия WP8

Государственное  
и муниципальное управление

Москва  
2019

УДК 331.2; 614.254;  
614.257

ББК 51.1п; 65.495

Ш 55

Редакторы серии WP8

«Государственное и муниципальное управление»

*А.В. Клименко, А.Г. Барабашев*

**Шишкин С.В., Темницкий А.Л.**

Ш55      Результативность введения эффективного контракта с медицинскими работниками [Текст] : препринт WP8/2019/02 / Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2019. – (Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление»). – 88 с.

В работе представлены оценки результативности введения эффективного контракта с медицинскими работниками, полученные по данным анкетного опроса главных врачей, врачей, среднего и младшего медицинского персонала, прочих работников медицинских организаций, проведенного в 2018 г. в трех субъектах Российской Федерации, а также данных аналогичных опросов в 2007–2016 гг.

Показано, что произошедшие изменения в условиях оплаты труда медицинских работников в целом соответствуют целям введения эффективного контракта. Вместе с тем его внедрение затронуло немногим более половины медиков. Изменилась роль факторов, определяющих размер зарплаты медиков: роль квалификации стала меньше, чем роль объема выполняемой работы и оценочных показателей; роль отношений с руководством в формировании размера зарплаты уменьшилась.

Выявлены основные изменения в условиях труда медицинских работников. Показано, что структура трудовой мотивации медицинских работников в целом является устойчивой, но по сравнению с предыдущими годами в 2018 г. существенно возросла роль мотива гарантированной занятости. Выявлено заметное положительное влияние ситуации с внедрением эффективного контракта на оценки медиками положения в сфере здравоохранения. Полученные оценки свидетельствуют о незавершенности начатых преобразований в системе оплаты труда и организации труда медицинских работников.

УДК 331.2; 614.254; 614.257

ББК 51.1п; 65.495

*Шишкин Сергей Владимирович* – д.э.н., директор Центра политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ.

*Темницкий Александр Лазаревич* – к.соц.н., доцент МГИМО.

Исследование осуществлено в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2019 г.

**Препринты Национального исследовательского университета  
«Высшая школа экономики» размещаются по адресу: <http://www.hse.ru/org/hse/wp>**

© Шишкин С. В., 2019

© Темницкий А. Л., 2019

© Оформление. Издательский дом  
Высшей школы экономики, 2019

## Оглавление

Введение .....	5
1. Соответствие изменений в условиях оплаты труда медицинских работников целям введения эффективного контракта .....	8
1.1. Концепция эффективного контракта .....	8
1.2. Практическое понимание содержания эффективного контракта медицинскими работниками .....	10
1.3. Региональные различия в понимании медиками содержания эффективного контракта.....	14
1.4. Масштабы внедрения эффективного контракта.....	14
1.5. Размеры заработной платы медицинских работников и ее дифференциация .....	18
1.6. Изменения в определяющих факторах размера заработной платы .....	23
1.7. Фактическое и желаемое соотношение частей зарплаты.....	24
1.8. Изменения в соотношении основной зарплаты и дополнительных доходов .....	26
2. Изменения в условиях труда медицинских работников в период введения эффективного контракта .....	29
2.1. Фактическая продолжительность рабочего времени .....	29
2.2. Оценки уровня загруженности рабочего дня .....	32
2.3. Организация рабочего дня .....	34
2.4. Изменения в оснащенности рабочих мест .....	37
2.5. Удовлетворенность медицинских работников условиями труда .....	37
3. Изменения в трудовой мотивации медицинских работников под влиянием введения эффективного контракта .....	40
3.1. Структура трудовой мотивации медицинских работников....	40

3.2. Кластеры определяющих мотивов .....	43
3.3. Факторы гигиены и мотиваторы в структуре трудовой мотивации .....	45
3.4. Иерархия стимулов к работе .....	51
3.5. Готовность работать лучше .....	53
4. Изменения в отношениях врачей с пациентами.....	55
5. Оценки медицинскими работниками положения дел в сфере здравоохранения и результатов внедрения эффективного контракта .....	61
5.1. Сокращение персонала.....	61
5.2. Оценки положения дел в сфере здравоохранения .....	66
5.3. Оценки результатов введения эффективного контракта .....	70
5.4. Региональные различия в оценке результатов введения эффективного контракта .....	78
Заключение.....	79
Источники .....	84
Приложение .....	86

## Введение<sup>1</sup>

С 2012 по 2018 г. в нашей стране была реализована Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 гг., принятая Правительством Российской Федерации во исполнение Указа Президента Российской Федерации № 597 от 7 мая 2012 г. «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». Программа предусматривала повышение к 2018 г. средней заработной платы врачей до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе (в 2012 г. она составляла 125%), а среднего и младшего медицинского персонала — до 100% (в 2012 г. она составляла 73 и 49% соответственно) и обеспечение соответствия оплаты труда работников качеству оказания ими государственных (муниципальных) услуг. Содержательные цели программы были определены следующим образом: сохранение кадрового потенциала, повышение престижности и привлекательности работы в учреждениях, обеспечение соответствия оплаты труда работников качеству оказания ими государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ) [Правительство Российской Федерации, 2012]. Предусматриваемые программой мероприятия получили обобщающее наименование «внедрение эффективного контракта».

Установленные в программе целевые показатели для врачей и среднего медицинского персонала были достигнуты в целом по стране и почти во всех регионах. При этом основной прирост заработной платы произошел в 2017 — начале 2018 г. Согласно данным Росстата, средняя заработная плата врачей составила в первом квартале 2018 г. 200% от средней зарплаты по экономике, среднего медицинского персонала — 100% и младшего — 94%.

Следует отметить, что эти официальные результаты вызвали острую критику в средствах массовой информации. Приводится множество примеров очень низкой заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала и неудовлетворенности медиков результатами этой кампании. Так были ли достигнуты цели программы? К чему привело внедрение эффективного контракта?

---

<sup>1</sup> В работе используются следующие сокращения:

ММП — младший медицинский персонал;

СМИ — средства массовой информации;

СМП — средний медицинский персонал.

Такое масштабное мероприятие, разумеется, стало предметом многих исследований и публикаций в научной литературе. Но в основном они посвящены анализу опыта и ограниченного круга результатов внедрения эффективного контракта в отдельных медицинских организациях. До настоящего времени отсутствуют исследования, в которых на больших массивах эмпирических данных рассматривались бы в комплексе изменения в условиях оплаты труда медицинских работников, условиях их труда и влияние этих изменений на их трудовую мотивацию.

Предыдущие исследования, проведенные Центром политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ, показали, что в первые годы внедрения эффективного контракта этот институт оказывал неоднозначное влияние на мотивацию врачей. Позитивное влияние состоит в росте удовлетворенности основными сторонами труда врачей при включении показателей эффективного контракта в трудовой договор. Вместе с тем негативное влияние на мотивацию оказывает процесс сокращения персонала, следствием которого стали ухудшение социального самочувствия врачей, снижение оценок отношения к труду и готовности работать лучше [Темницкий, 2018].

*Цель настоящего исследования* состоит в проведении комплексного анализа результативности введения эффективного контракта с медицинскими работниками.

*Задачи исследования* включают:

- анализ соответствия изменений в условиях оплаты труда медицинских работников целям введения эффективного контракта;
- выявление изменений в условиях труда медицинских работников в период введения эффективного контракта;
- анализ изменений в структуре трудовой мотивации медицинских работников под влиянием введения эффективного контракта;
- анализ изменений в отношениях врачей с пациентами;
- выявление оценок медицинскими работниками положения дел в сфере здравоохранения и результатов внедрения эффективного контракта.

*Методология* исследования:

- проведение анкетного опроса медицинских работников;
- методы кросстабуляционного, дисперсионного, кластерного, факторного анализа.

*Эмпирическая база* исследования

Данные анкетного опроса медицинских работников по вопросам организации оплаты труда и трудовой мотивации. Опрос проведен агент-

ством «S-Медиа» для НИУ ВШЭ в сентябре 2018 г. в трех субъектах Российской Федерации: в Вологодской области (33,3% опрошенных), в Воронежской области (33,8%) и Москве (32,9%). Общее число опрошенных составляет 2326 человек. Из них главных врачей – 2,6%; врачей – 47,5%; представителей среднего медицинского персонала – 26,3%; младшего медицинского персонала – 10,9%; прочего персонала медицинских организаций – 12,7%. Инструментарий опроса разработан авторами данной публикации.

В исследовании представлены основные виды государственных и муниципальных медицинских организаций. Всего было обследовано 60 организаций, из них 4 областные взрослые и 2 детские больницы, в которых было опрошено 7,7 и 3,3% соответственно; 11 городских взрослых и 2 детские больницы, в которых было опрошено 23,1 и 7,7% соответственно, 23 городские взрослые и 8 детских поликлиник (опрошено 33,7 и 8,8% соответственно), 3 центральные районные больницы (5,4%), 3 районные больницы (5,0%) и 4 станции скорой помощи (5,4%). В выборке представлены различные категории медицинского персонала: главные врачи – 61, врачи – 1105, средний медицинский персонал – 611, младший медицинский персонал – 254, прочий персонал медицинских учреждений (сотрудники бухгалтерии, планового отдела, инженеры, техники, слесари, водители) – 295.

Распределение опрошенных:

- по полу: мужской – 19,1%, женский – 80,9%;
- по возрасту: 18–30 лет – 15,2%; 31–50 лет – 54,9%; 51 год и старше – 28,8%.

Помимо опроса 2018 г., эмпирическую базу настоящего исследования составили данные мониторинга условий труда и вознаграждения врачей, работающих в учреждениях здравоохранения, осуществляемого НИУ ВШЭ. Мониторинг включает анкетные опросы медицинских работников, проведенные Центром Юрия Левады по заказу Независимого института социальной политики в 2007 г., НИУ ВШЭ и Центром Юрия Левады в 2009, 2014 гг., НИУ ВШЭ и ВЦИОМ в 2011 г., НИУ ВШЭ при поддержке Министерства здравоохранения РФ в 2013 г., НИУ ВШЭ и «S-медиа» в 2016 г.

Опросы в 2014, 2016 и 2018 гг. проходили одних и тех же трех регионах, но опрос 2014 г. охватывал еще один регион – Калужскую область. Проведение трех опросов в одних тех же регионах обеспечивает сравнимость данных и повышение достоверности получаемых оценок (см. прил.).

# **1. Соответствие изменений в условиях оплаты труда медицинских работников целям введения эффективного контракта**

## ***1.1. Концепция эффективного контракта***

Содержание понятия эффективного контракта претерпело определенную эволюцию в процессе постановки целей и разработки Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда. Его первоначальный замысел связывался с новым подходом к оплате труда бюджетников, согласно которому уровень их оплаты должен быть достаточным для того, чтобы не искать заработков на стороне, при этом соотноситься с конкретными условиями регионального рынка труда и полнее учитывать квалификацию и профессиональные достижения работника [Путин, 2012; Кузьминов, Попова, Якобсон, 2017].

В принятой Правительством РФ программе действий по переходу к эффективному контракту он определяется более инструментально и более узко: это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки [Правительство Российской Федерации, 2012].

Отправным моментом для теоретического обоснования эффективного контракта стала концепция «эффективного контракта вуза с преподавателем», автором которой является Я.И. Кузьминов [Юдкевич, 2011, с. 12]. В ней учитывается специфика российских реалий, основным проявлением которых является низкий уровень заработной платы профессионалов (преподавателей вузов, учителей школ, врачей) в сравнении со средней зарплатой в экономике. Сохранение этого разрыва в годы постсоциалистической трансформации привело к тому, что из всех возможных параметров контракта (по продолжительности, уровню и условиям оплаты труда, возможностей для развития человеческого капитала и т. п.) акцент был сделан на достижении целевых показателей размеров оплаты труда.

Несмотря на обильную критику и возражения по поводу содержания эффективного контракта для медицинских работников его идея была положительно воспринята экспертами и самими медиками. Исследователями отмечается целый ряд правовых и организационных предпосылок для внедрения эффективного контракта. Это введение новой систе-



мы оплаты труда с 2008 г., опыт реализации региональных программ модернизации здравоохранения в 2011–2013 гг. и увеличение объемов приносящей доход деятельности [Стародубов, Кадыров, 2013, с. 9]. Онлайн-опрос работников медицинских организаций, проведенный в конце 2015 г., показал, что независимо от степени информированности об особенностях эффективного контракта медицинские работники достаточно высоко оценивали потенциал его влияния на различные показатели медицинской помощи и работы медицинского учреждения [Золотовицкая, Попович, Светличная, 2015].

Основные проблемы внедрения эффективного контракта связывались с риском «одномоментного» жесткого внедрения новых правил оплаты труда, с попытками его отождествления с простым повышением заработной платы медицинских работников без установления зависимости выплаты стимулирующего характера от результатов труда и без учета трудностей измерения последних в работе медиков [Филатов, Кадыров, Югай, 2014].

Одним из ожидаемых результатов внедрения эффективного контракта было увеличение дифференциации оплаты труда медицинских работников. Стимулирующая часть оплаты труда должна была стать инструментом повышения результативности их деятельности. Еще один ожидаемый результат — это замещение эффективным контрактом неформальных платежей за оказываемые медицинские услуги [Калабина, 2016, с. 121].

В публикациях, посвященных внедрению эффективного контракта, значительное внимание уделяется разработке его организационно-методического обеспечения, выделению этапов его проектирования [Лапина, Зательмаер, 2015, с. 144], расчету и распределению стимулирующих выплат с учетом качественных и количественных показателей деятельности [Романчук, 2014], а также развенчанию сложившихся вокруг него мифов [Кадыров, 2015]. В работе [Шишкин, Темницкий, Чирикова, 2013] обосновывается целесообразность использования разных стратегий перехода к эффективному контракту для регионов с разным уровнем социально-экономического развития.

Некоторые авторы высказывали серьезные сомнения в результативности внедрения эффективного контракта. Отношение к своему труду как к государственной службе и отношение к врачам со стороны государственных служб как к бюджетникам, обслуживающим выполнение государственных социальных обязательств, приводит в конечном счете к отстраненности от результатов труда [Сибурина, 2016, с. 9].

Исследователями отмечалась непродуманность роли внедряемого эффективного контракта в системе мотивации труда медиков и его взаимодействия с другими мотивационными механизмами [Брынза, Грозная, 2016, с. 9]. Так, по мнению некоторых авторов, адекватный учет специфики трудовой мотивации медицинских работников требует создания жесткого механизма дифференцированной оплаты их труда на основе балльных оценок, строго адекватных конечному результату, включающему объем работы, качество и своевременность медицинской помощи, исход заболевания [Донцов, 2014, с. 184].

## ***1.2. Практическое понимание содержания эффективного контракта медицинскими работниками***

Как сами медицинские работники понимают содержание эффективного контракта? Менялось ли оно в процессе его внедрения? Проведенные опросы медицинских работников в 2013–2018 гг. позволяют ответить на этот вопрос. В анкеты, используемые в указанных опросах, была включена схема подсказок ответов на вопрос о содержании эффективного контракта, которая включала ответы трех типов. Во-первых, ответы *инструментального* характера: «конкретизация в трудовом договоре с работником его должностных обязанностей, условий оплаты труда», «показателей и критериев оценки эффективности его деятельности для назначения стимулирующих выплат», «установление четких дифференцирующих критериев в оплате труда различных категорий медицинских работников». Во-вторых, ответы, характеризующие ожидаемый *нормативный тип* поведения медицинских работников: «создание условий для того, чтобы было возможно сосредоточиться на выполнении своих профессиональных обязанностей на одной полной ставке, не искать заработков на стороне, «возможность заработать столько, сколько сможешь по основному месту работы». В-третьих, ответы, имеющие отвлеченный от сути эффективного контракта характер и связанные с *общим технологическим контекстом* его внедрения: «обеспечение современным оборудованием, компьютеризация рабочих мест».

Поскольку единственно правильного ответа на этот вопрос не существует, респондентам предлагалось выбрать несколько вариантов ответа. Результаты анализа показали, что в динамике исследований 2014–2018 гг. респонденты выбирали все меньшее число ответов: от 3 в 2014 г. до 2,1 –

в 2018 г. Уменьшение числа выбираемых респондентами ответов может свидетельствовать о более выверенном понимании ими содержания эффективного контракта (табл. 1.1).

*Таблица 1.1.* Понимание медработниками содержания эффективного контракта (% от числа ответивших)

Считают, что эффективный контракт – это:	Годы опроса		
	2014	2016	2018
Такой уровень оплаты, при котором не надо было бы искать заработков на стороне	77	63	56
Создание условий для того, чтобы было возможно сосредоточиться на выполнении своих профессиональных обязанностей на одной полной ставке	58	44	44
Конкретизация в трудовом договоре с работником его должностных обязанностей, условий оплаты труда	40	25	26
Включение в трудовой договор с работником показателей и критериев оценки эффективности его деятельности для назначения стимулирующих выплат	33	25	31
Создание организационных условий, при которых предоставляется возможность заработать столько, сколько сможешь	32	21	17
Установление четких дифференцирующих критериев в оплате труда различных категорий медицинских работников	27	18	22
Обеспечение современным оборудованием, компьютеризация рабочих мест	27	15	15
<i>Количество ответивших</i>	<i>1268</i>	<i>1344</i>	<i>1996</i>

*Примечание.* Сумма процентов превышает 100%, так как можно было выбрать несколько вариантов ответа.

Модальными ответами во все годы опроса являлись представления об эффективном контракте, которые бы позволили обеспечить при их воплощении в реальность комфортные условия труда: стабильный и высокий заработок по основному месту работы, возможность сосредоточиться на выполнении своих профессиональных обязанностей на одной полной ставке. Все это вместе вкладывается в то направление ответов, которые мы предварительно назвали показателем ожидаемого *нормативного* типа поведения работника. Вторыми по степени распространенности стали ответы, по которым определяющим является *инстру-*

*ментальное понимание* эффективного контракта. Возможно, оно не получило преобладающего значения потому, что в нем не указываются ожидаемые результаты по контракту, а делается акцент на детализацию условий его выполнения. При этом выявлено, что ответы главврачей принципиально отличаются от ответов всех остальных должностных категорий медицинских работников (табл. 1.2).

*Таблица 1.2.* Понимание содержания эффективного контракта различными категориями сотрудников медицинских организаций (%), данные 2018 г.

<b>Считают, что эффективный контракт – это:</b>	<b>В целом</b>	<b>Главврачи</b>	<b>Врачи</b>	<b>СМП</b>	<b>ММП</b>
Такой уровень оплаты, при котором не надо было бы искать заработков на стороне	56	15	51	65	68
Создание организационных условий, при которых предоставляется возможность заработать столько, сколько сможешь	17	21	18	14	21
Создание условий для того, чтобы было возможно сосредоточиться на выполнении своих профессиональных обязанностей на одной полной ставке	43	26	46	47	28
Установление четких дифференцирующих критериев в оплате труда различных категорий медицинских работников	22	53	23	21	12
Конкретизация в трудовом договоре с работником его должностных обязанностей, условий оплаты труда	26	48	27	25	21
Включение в трудовой договор с работником показателей и критериев оценки эффективности его деятельности для назначения стимулирующих выплат	31	75	33	25	22
Обеспечение современным оборудованием, компьютеризация рабочих мест	15	2	17	16	7
Другое	1	0	1	1	1
<i>Количество ответивших</i>	<i>2362</i>	<i>61</i>	<i>1105</i>	<i>611</i>	<i>254</i>

Три четверти главврачей в 2018 г. и 60% в 2016 г. ставят на первое место включение в трудовой договор с работником показателей и критериев оценки эффективности для назначения стимулирующих выплат, то есть связывают свое понимание эффективного контракта с детализацией его содержания для последующего использования инструментов эффективного стимулирования по ключевым показателям. Вторым отличительным признаком ответов главврачей является акцент на установление четких дифференцирующих критериев в оплате труда различных категорий медицинских работников (53% в 2018 г. и 52% в 2016 г.). Только незначительная часть (15%) главных врачей придерживается модального мнения всех остальных категорий медработников (иметь такой уровень оплаты, при котором не надо было бы искать заработков на стороне). Вместе с тем не выявлено заметных различий в ответах медицинских работников в различных типах медицинских учреждений, в разных регионах, в зависимости от стажа, пола, квалификационной категории.

Выявленные различия в понимании эффективного контракта между главврачами и всеми остальными должностными категориями могут рассматриваться как принципиальные еще и потому, что большинство главврачей в качестве главной трудности, с которой они столкнулись при его внедрении, видит непонимание сотрудниками идеи «эффективного контракта» (рис. 1.1). Дополняют по содержанию такой ответ указания на сложности в формализации критериев эффективности труда.



*Рис. 1.1.* Оценка главврачами трудностей при внедрении эффективного контракта (%)

### ***1.3. Региональные различия в понимании медиками содержания эффективного контракта***

Согласно данным табл. 1.1, в среднем по трем рассматриваемым регионам с годами снижается частота упоминания всех характеристик эффективного контракта. Это происходит в результате того, что респонденты все менее подробно описывают свои представления об эффективном контракте, то есть выбирают меньшее число ответов из предложенного списка. Количество ответов, которые выбирает респондент из предложенного списка, как правило (при прочих равных условиях), отражает уровень заинтересованности в проблеме и глубину/разносторонность/разнообразие ее понимания. В 2014 г. респонденты отмечали в среднем три характеристики эффективного контракта, в 2018 г. — уже только две. Причем если в 2014 г. регионы различались по этому показателю — в Москве в среднем респонденты выбирали 3 ответа, в Воронеже — 2,6 и в Вологде — 3,3 ответа, то в 2018 г. различия исчезают, и во всех трех регионах среднее число ответов оказывается одинаковым. Поэтому, несмотря на тенденцию к снижению с годами частоты ответов (доли выбирающих ту или иную позицию), с учетом фактора снижения интенсивности ответов, оказывается, что в период с 2014 по 2018 г. в целом не произошло изменений в структуре понимания сути эффективного контракта.

Но региональные различия присутствуют, что хорошо видно на примере ответов 2018 г. (рис. 1.2). Среди московских медиков менее всего заметна концентрация на размере зарплаток и больше внимания уделяется установлению в эффективном контракте критериев оценки труда и различий в оплате, четкому установлению должностных обязанностей. Кроме того, в Москве эффективный контракт связывают с обеспеченностью современным оборудованием вдвое реже, чем в двух других регионах.

### ***1.4. Масштабы внедрения эффективного контракта***

Согласно отчетным данным Минздрава России, в 2016 г. эффективный контракт был заключен с 82,8% медицинских работников, а в 2018 г. — со 100% во всех субъектах РФ [Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2019, с. 66]. Данные проведенных опросов заметно отличаются от официальных значений. Если в Москве контракт заклю-

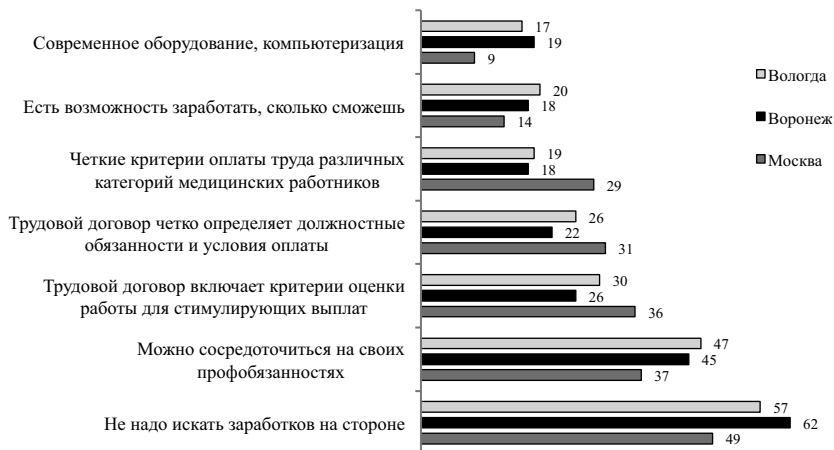


Рис. 1.2. Региональные различия представлений об эффективном контракте, данные 2018 г.<sup>2</sup>

чен с большинством всех категорий медицинских работников (среди врачей с двумя третями), то в Воронеже только с 38% ММП, с чуть более половиной врачей, а в Вологде только с половиной врачей и с менее половиной СМП и ММП. Наибольшее отставание по числу заключенных контрактов наблюдается в районных больницах и станциях скорой помощи, в которых с более чем половиной медицинских работников контракт не заключался. При этом в 2018 г. по сравнению с 2016 г. не было существенного прироста числа случаев заключения эффективного контракта (табл. 1.4).

Обращает на себя внимание, что значительная часть медицинских работников (25–36%) затрудняется дать ответ, заключали ли с ними эффективный контракт.

Сравнение данных этих опросов с официальными данными позволяет предположить, что заключение эффективного контракта со значительной частью медицинских работников было либо формальным актом, который они не заметили, либо вообще не имело места.

Чаще всего в содержании заключенных эффективных контрактов конкретизируется перечень должностных обязанностей (57%) и показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения

<sup>2</sup> Здесь и далее, если не указано иначе, в рисунках и таблицах приводятся данные опросов медицинских работников, проведенных в 2014, 2016, 2018 гг.

стимулирующих выплат (54%), намного реже – меры социальной поддержки. Формы детализации по-разному представлены в регионах (табл. 1.5). Если в Москве и Воронеже у медицинских работников заметно расширение использования разных форм детализации условий эффективного контракта в 2018 г. по сравнению с 2016 г., то в Вологде, напротив, сокращение, за исключением мер социальной поддержки.

*Таблица 1.4.* Факт заключения эффективного контракта в зависимости от региона среди всех категорий медицинских работников (%)

Ответы	Годы опроса					
	2016			2018		
	Москва	Воронеж	Вологда	Москва	Воронеж	Вологда
Да	55	48	48	61	51	48
Нет	20	25	25	12	13	21
Затруднились ответить	25	27	27	27	36	31
<i>Всего</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

*Таблица 1.5.* Формы детализации условий эффективного контракта в трудовом договоре в зависимости от региона (% ответов «да» от числа всех категорий медработников)

	Годы опроса					
	2016			2018		
	Москва	Воронеж	Вологда	Москва	Воронеж	Вологда
Уточнены и конкретизированы должностные обязанности	55	52	64	61	55	55
Указаны показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат	47	45	70	58	53	54
Конкретизированы меры социальной поддержки	23	22	20	36	24	23



Важность внесения и конкретизации показателей эффективного контракта обусловлена их положительной связью с результирующими показателями трудовой деятельности – размером зарплаты и удовлетворенностью ею (табл. 1.6). При их конкретизации заметно увеличивается и размер заработной платы, и удовлетворенность ею. Установлено, что наибольшие различия в размерах и удовлетворенности зарплатой обнаруживаются в зависимости от внесения или невнесения в трудовой договор мер социальной поддержки.

*Таблица 1.6.* Размеры зарплаты врачей и удовлетворенность получаемой зарплатой в зависимости от показателей, внесенных в трудовой договор (средние значения, тыс. руб. и индексы (1 – минимум, 5 – максимум))

Показатели	2016		2018	
	Размер зарплаты (тыс. руб.)	Удовлетворенность размером зарплаты	Размер зарплаты (тыс. руб.)	Удовлетворенность размером зарплаты
Уточнены и конкретизированы должностные обязанности				
Да	38,8	2,5	61,8	3,6
Нет	33,9	2,1	55,1	2,9
Указаны показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат				
Да	39,6	2,6	62,6	3,6
Нет	33,5	2,1	53,3	2,9
Конкретизированы меры социальной поддержки				
Да	45,1	3,1	67,4	3,9
Нет	33,6	2,0	55,6	2,0

Вместе с тем о заметных позитивных результатах внедрения эффективного контракта можно говорить преимущественно применительно к медицинским работникам Москвы. Разделение всех медицинских работников на тех, кому в трудовой договор вносились и не вносились показатели для назначения стимулирующих выплат, показало, что в 2018 г. разница в размерах зарплаты у этих двух групп работников в Москве составила в среднем 16 тыс. руб., а в Воронеже и Вологде около 5 тыс. руб. в пользу первых.

### 1.5. Размеры заработной платы медицинских работников и ее дифференциация

В опросе респондентам был задан вопрос о размерах их среднемесячной заработной платы в текущем году по основному месту работы. Средние и медианные значения полученных ответов от респондентов, принадлежащих к разным категориям медицинского персонала, приведены в табл. 1.7. А на рис. 1.3 представлены средние значения заработной платы респондентов, скорректированные на размер налога на доходы физических лиц (+13%), в сравнении с данными Росстата о размерах средней заработной платы соответствующих категорий медицинского персонала в обследованных регионах.

Таблица 1.7. Размеры среднемесячной заработной платы по основному месту работы за вычетом подоходного налога у различных категорий медицинских работников обследованных регионов, данные 2018 г.

Регионы/категории	Статистики					
	Среднее <sup>3</sup> (тыс. руб.)	Медиана (тыс. руб.)	Коэффициент вариации <sup>4</sup> (%)	Децильный коэф- фициент <sup>5</sup>	Отношение к средней <sup>6</sup> зарплате по региону (%)	Доля с пре- вышением средней зарплаты по региону (%) <sup>7</sup>
<b>Москва</b>						
Врачи (301) <sup>8</sup>	100,3	100	32	2,5	168	25
СМП (176)	53,7	50	31	2,2	90	29
ММП (70)	40,3	33	51	3,5	68	11

<sup>3</sup> Указывается средний размер зарплаты, получаемой на руки. Формулировка вопроса: «Какова в текущем году Ваша среднемесячная зарплата по основному месту работы, полученная Вами после удержания налогов?»

<sup>4</sup> Коэффициент вариации выявляет степень однородности изучаемого признака, вычисляется по формуле:  $V = (\sigma / x \text{ ср.}) \times 100\%$ .

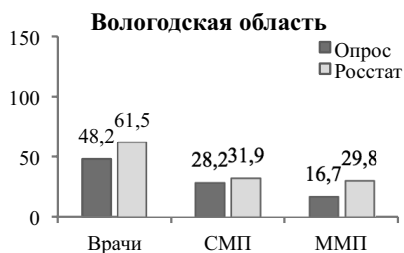
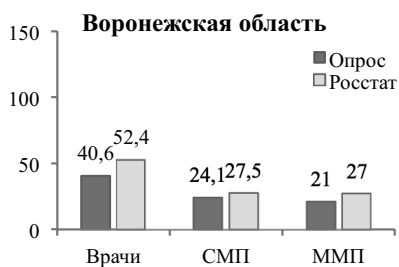
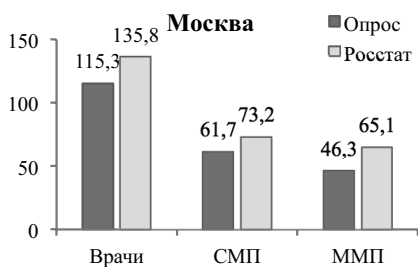
<sup>5</sup> Децильные коэффициенты указывают на соотношение 10% наиболее оплачиваемых медицинских работников данного учреждения к 10% наименее оплачиваемых.

<sup>6</sup> Определяется отношение к размеру среднемесячной начисленной заработной плате за январь – сентябрь 2018 г. наемных работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц, уменьшенной на размер налога на доходы физических лиц (13%).

<sup>7</sup> Указываются доли врачей, СМП и ММП, которые имели зарплату (в среднем) выше соответственно 200% и 100% от средней зарплаты по региону, уменьшенной на размер налога на доходы физических лиц (13%).

<sup>8</sup> В скобках указывается количество валидных ответов.

Регионы/категории	Статистики					
	Среднее (тыс. руб.)	Медиана (тыс. руб.)	Коэффициент вариации (%)	Децильный коэф- фициент	Отношение к средней зарплате по региону (%)	Доля с пре- вышением средней зарплаты по региону (%)
Врачи (310)	35,3	35	32	2,1	152	14
СМП (171)	21,0	20	31	2,1	90	33
ММП (64)	18,3	18,5	28	2,1	78	12
<b>Вологодская обл.</b>						
Врачи (325)	41,9	40	32	2,1	157	16
СМП (172)	24,5	23,5	39	1,8	92	28
ММП (57)	14,5	13,0	32	1,8	54	5



*Рис. 1.3.* Среднемесячная заработная плата медицинских работников по данным опроса (сентябрь 2018 г.) и Росстата (за январь – сентябрь 2018 г.)

Как видно, полученные в опросе данные заметно меньше официальных данных, опубликованных Росстатом. Следует заметить, что выборка медицинских работников, участвующих в опросе, несколько смещена в пользу более квалифицированных врачей: доля врачей первой категории в выборке (22%) больше, чем в целом по стране по данным Росстата (11%), доли врачей высшей категории и второй категории примерно такие же, а доля врачей, не имеющих категории, — меньше (38 и 53% соответственно)<sup>9</sup>. Поэтому можно полагать, что полученные в опросе средние оценки не занижены за счет непропорционального представительства малооплачиваемых медиков.

Выявленные различия данных опроса и Росстата могут быть объяснены наличием элементов манипуляции с расчетом средних значений заработной платы, например, путем формального перевода работников на неполную занятость при сохранении фактического времени работы с соответствующим виртуальным пересчетом зарплаты на полную ставку и т.п. Но инструментарий и результаты проведенного исследования не позволяют проверить это предположение. Поэтому мы ограничимся лишь констатацией факта наличия существенных расхождений между оценками средней зарплаты, рассчитанными по данным, сообщенным участниками опроса, и официальными отчетными показателями о средних размерах зарплаты медиков в обследованных регионах.

По данным проведенного опроса, средние заработные платы врачей, работающих в одном регионе в разных типах медицинских организаций, не сильно отличаются друг от друга. Исключение составляют различия между средней зарплатой врачей в Воронежской области, работающих в областной и городской больницах, и врачей, занятых в поликлиниках и районных больницах (табл. 1.8).

Одной из целей введения эффективного контракта является обеспечение соответствия оплаты труда работников качеству оказания ими государственных (муниципальных) услуг. При этом декларировалась задача обеспечить дифференциацию оплаты труда работников, выполняющих работы различной сложности. По данным опроса, децильные коэффициенты размеров заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала, работающих в однотипных медицинских учреждениях, составляют в каждом из обследованных регионов 2–3 раза.

---

<sup>9</sup> Приложение. Здравоохранение в России. 2017: стат. сб. / Росстат. М., 2017. С. 113.

При сравнении этих значений с децильными коэффициентами, рассчитанными по данным опроса 2014 г., выясняется, что дифференциация размеров оплаты труда врачей сократилась к концу периода введения эффективного контракта в большей части обследованных организаций (табл. 1.9).

*Таблица 1.8.* Размеры заработной платы врачей различных типов медицинских организаций обследованных регионов (средние и медианные значения), данные 2018 г.

Регионы/категории	Статистики		Коэффициент вариации <sup>11</sup> (%)
	Среднее <sup>10</sup> (тыс. руб.)	Медиана (тыс. руб.)	
<b>Москва</b>			
Городская больница (153) <sup>12</sup>	94,7	90	34
Поликлиника (135)	107,4	102,0	27
<b>Воронежская обл.</b>			
Областная больница (54)	46,0	45	26
Городская больница (33)	36,7	40	38
Поликлиника (173)	31,7	30	26
Районная больница (42)	33,4	34	31
<b>Вологодская обл.</b>			
Областная больница (50)	41,3	38,5	43
Городская больница (50)	42,1	40	33
Поликлиника (176)	42,1	40	25
Районная больница (99)	40,0	35	43

<sup>10</sup> Указывается средний размер зарплаты, получаемой на руки. Формулировка вопроса: «Какова в текущем году Ваша среднемесячная зарплата по основному месту работы, полученная Вами после удержания налогов?»

<sup>11</sup> Коэффициент вариации выявляет степень однородности изучаемого признака, вычисляется по формуле:  $V = (\sigma / x \text{ ср.}) \times 100\%$ .

<sup>12</sup> В скобках указывается количество валидных ответов.

Таблица 1.9. Соотношение размеров зарплат врачей по децильным коэффициентам<sup>13</sup>

Регионы / типы медицинских организаций	Год проведения опроса	
	2014	2018
<b>Москва</b>		
Городская больница (117) <sup>14</sup>	3,0	2,3
Поликлиника (120)	2,4	2,1
<b>Воронежская обл.</b>		
Областная больница (65)	2,3	1,7
Городская больница (46)	2,8	2,8
Поликлиника (44)	1,6	1,7
Районная больница (76)	1,9	2,8
<b>Вологодская обл.</b>		
Областная больница (38)	3,1	3,2
Городская больница (44)	3,1	2,5
Поликлиника (89)	2,3	2,0
Районная больница (56)	3,3	3,3

Таким образом, данные опроса не подтверждают получившего распространение в СМИ мнения о том, что за средними показателями заработной платы медиков скрываются очень большие различия в размерах получаемой зарплаты. Эффективный контракт обеспечивает умеренную по размерам дифференциацию оплаты труда медиков, работающих в однотипных организациях. А поскольку эта дифференциация даже сократилась, то можно сделать вывод об отсутствии прогресса в решении задачи дифференциации оплаты труда работников, выполняющих работы различной сложности.

<sup>13</sup> Децильные коэффициенты указывают на соотношение 10% наиболее оплачиваемых медицинских работников данного учреждения к 10% наименее оплачиваемых.

<sup>14</sup> В скобках указывается количество валидных ответов.

## 1.6. Изменения в определяющих факторах размера заработной платы

Из всего многообразия факторов, оказывающих влияние на размер заработной платы, были выделены и диагностированы те, которые могут быть непосредственно связаны с выполняемой работой, зависеть от личных усилий (достигнутая квалификация, качество работы, количество принятых пациентов или объем выполняемой работы, оценка личного трудового вклада в целом). Их можно назвать факторами зарплаты посредством личных достижений в труде. В противовес первым можно выделить внешние по отношению к личным усилиям факторы зарплаты, они не являются управляемыми со стороны работника (результаты работы подразделения, учреждения в целом, отношение руководителя). Рассмотрим соотношение указанных факторов в динамике по оценкам врачей (рис. 1.4).

### Размер зарплаты зависит от:

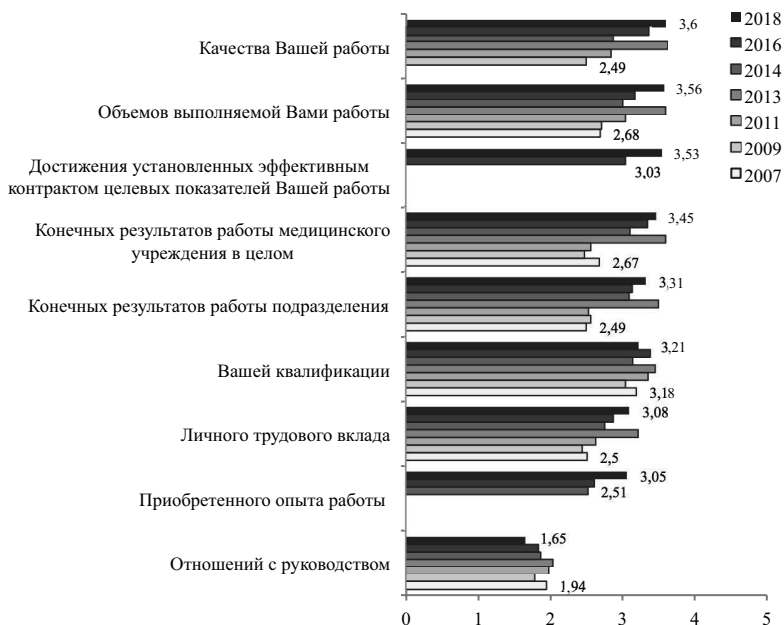


Рис. 1.4. Динамика оценок врачами зависимости размера заработной платы от различных факторов трудовой ситуации (индексы), 5 – максимум зависимости, 1 – минимум

Определяющая до 2016 г. роль квалификации стала уступать по влиянию на размер зарплаты таким факторам, как качество работы, а к 2018 г. – объемам и установленным эффективным контрактом показателям. Это позволяет сделать предварительный вывод о замещении в процессе внедрения эффективного контракта консервативных по содержанию факторов зарплаты новыми, динамичными по содержанию факторами. При этом положения эффективного контракта не повышают, как ожидалось, а, напротив, снижают роль отношений с руководством в формировании размера зарплаты, влияние которых, по оценкам врачей, в 2018 г. оказалось минимальным за все время наблюдений.

Какова динамика получаемых размеров заработной платы? Растут ли ожидания по поводу размеров оплаты при заметном повышении размеров зарплаты в 2018 г.?

Эти вопросы требуют обращения к соотношению разных частей зарплаты.

### ***1.7. Фактическое и желаемое соотношение частей зарплаты***

Размеры зарплаты опрашиваемых врачей увеличивались в течение всего периода проведения опросов. С 2013 по 2016 г. его рост замедлился, а в 2018 г. вырос сразу в среднем на 20 тыс. руб. по сравнению с 2016 г. и составил 58,5 тыс. руб. При этом динамика децильных коэффициентов соотношения зарплаты у 10% самых высоко- и низкооплачиваемых врачей была неоднозначной (табл. 1.10).

*Таблица 1.10.* Динамика размеров получаемой оплаты труда врачей по основному месту работы (тыс. руб.)

Статистики	Годы опроса						
	2007	2009	2011	2013	2014	2016	2018
Среднее	7,3	12,6	26,2	33,4	30,6	37,5	58,5
Медиана	6,5	12,0	22,0	30,0	26	30,0	45
Децильный коэффициент	3,4	3,6	5,0	4,0	3,4	4,7	4,4
<i>Количество ответивших</i>	<i>256</i>	<i>780</i>	<i>2310</i>	<i>1359</i>	<i>673</i>	<i>671</i>	<i>936</i>



За годы наблюдений фиксировались различающиеся оценки доли базового оклада в получаемой зарплате врачей в целом (табл. 1.11). По-видимому, эти колебания отражают не столько реальные соотношения, сколько различия в информированности респондентов в разные годы наблюдений об изменениях в размерах составляющих частей их заработной платы.

*Таблица 1.11.* Динамика распределения врачей по долям фактической и желаемой базовой части в получаемой зарплате (статистики среднего и медианного значения, %)

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2018</b>
	<b>Доля базового оклада в получаемой зарплате</b>			
Среднее	49	43	59	41
Стандартное отклонение	22,6	22,5	29,4	25,1
Медиана	50	35	50	36
<i>Количество ответивших</i>	992	737	772	811
	<b>Желаемая доля базового оклада в зарплате</b>			
Среднее	63	70	70	65
Стандартное отклонение	17,9	20,8	19,9	17,3
Медиана	67	70	70	70
<i>Количество ответивших</i>	992	615	499	625

Более надежными являются оценки желаемой доли базового оклада. Она выросла в 2014 г. (70%) по сравнению с 2013 г. (63%), осталась на том же уровне в 2016 г. (70%) и несколько снизилась в 2018 г. (65%).

С учетом факта существенного повышения размера получаемой зарплаты можно утверждать, что при благоприятных условиях ориентации работников на закрепление размера базовой части в оплате труда снижаются, поскольку возрастает роль стимулирующих надбавок, позволяющих зарабатывать больше.

Долевой размер желаемой базовой части в оплате труда врачей не имеет существенных различий в зависимости от факта получения стимулирующих надбавок за интенсивность, качество и результаты выполняемой работы.

### 1.8. Изменения в соотношении основной зарплаты и дополнительных доходов

Очень важно сопоставить ориентации медицинских работников на вторичную занятость и их реальную дополнительную занятость. Больше половины медицинских работников по всем годам исследований вообще не хотели бы где-либо дополнительно работать. Те же, кто ориентирован на такую занятость, предполагают возможность таковой прежде всего в своей организации по условиям внутреннего совместительства (примерно четверть). Ориентация на занятость в частных медицинских организациях, характерная примерно для каждого десятого в 2014 г., постепенно снижается. Остальные места для дополнительной работы не вызывают у медицинских работников особого пиетета (рис. 1.5).

#### Хотели бы Вы работать по совместительству?

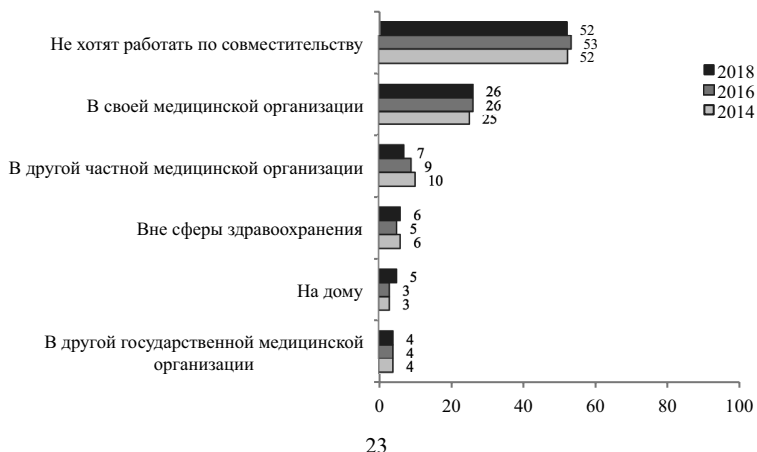


Рис. 1.5. Ориентация медицинских работников на вторичную занятость (% от числа ответов)

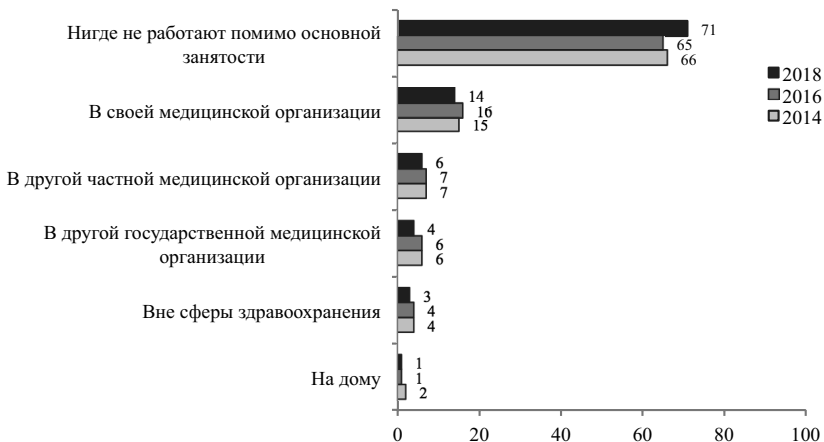
Следует отметить, что среди врачей ориентация на занятость в частных клиниках всегда была несколько выше, чем среди других категорий. Так, по данным 2018 г., она составила 11%.

Анализ реального участия медицинских работников в дополнительной оплачиваемой работе показал, что по данным 2014 и 2016 гг. при-

мерно 2/3 из них были заняты только на своей основной работе, а в 2018 г. их доля возросла до 71%. Те же, кто вовлечен в дополнительную работу, чаще всего работают в своей медицинской организации (рис. 1.6).

Несомненно, что ведущим фактором участия в дополнительной оплачиваемой работе медицинских работников является материальный интерес, связываемый с неудовлетворенностью размерами и возможностями для повышения заработка по месту основной работы.

### *Работают по совместительству*



*Рис. 1.6.* Вторичная занятость медицинских работников в зависимости от года опроса (% от числа ответов)

Рассмотрим, насколько медицинским работникам удастся благодаря вторичной занятости повысить свой материальный достаток, каково его отношение к размеру получаемой зарплаты по основному месту работы. Анализ проводился только в отношении тех групп медицинских работников, кто указал на размеры приработков, получаемых в различных местах вторичной занятости. Результаты анализа данных показали, что по сравнению с 2014 и 2016 гг. почти вдвое возросли дополнительные заработки в других медицинских организациях и примерно на 50% — в частных медицинских организациях. Вместе с тем произошло снижение заработков на дому (табл. 1.12).

Таблица 1.12. Размеры заработка медицинских работников на дополнительной оплачиваемой работе (средние значения, тыс. руб. в месяц)

Место дополнительной оплачиваемой работы	Годы опроса		
	2014	2016	2018
В другой государственной медицинской организации	10,9	10,4	20,9
В другой частной медицинской организации	15,5	15,6	21,6
На дому	10,3	16,4	11,2
Вне сферы здравоохранения	13,6	15,4	15,5

Выявлено по данным 2018 г., что у тех медицинских работников, кто имел дополнительную занятость в другой государственной медицинской организации, размер дополнительного заработка составил в среднем 48% от размера основной зарплаты, а у тех, кто имел дополнительную занятость в другой частной медицинской организации, — 44% от основной зарплаты (табл. 1.13).

Таблица 1.13. Средние размеры заработка и приработка от дополнительной оплачиваемой работы у медицинских работников, имевших вторичную занятость (тыс. руб. в месяц), данные 2016 и 2018 гг.

Место дополнительной оплачиваемой работы	Статистики			
	Средний размер приработка 2016/2018	Средний размер получаемой зарплаты по основному месту работы	Доля (%) приработка к размеру зарплаты	Количество ответивших (чел.)
В другой государственной медицинской организации	10,4 (20,9)	37,0 (46,4)	28 (45)	93 (82)
В другой частной медицинской организации	15,6 (21,6)	29,7 (46,8)	53 (46)	109 (135)
На дому	16,4 (11,2)	24,1 (33,0)	68 (33)	13 (25)
Вне сферы здравоохранения	15,4 (15,5)	32,4 (38,4)	48 (39)	63 (60)

*Примечание.* В скобках указаны данные по 2018 г.

По сравнению с 2016 г. существенно повысилась (почти в 2 раза) доля приработка от занятости в других государственных организациях и, на-

против, снизилась от занятости на дому. Доли приработка в частных организациях и вне сферы здравоохранения снизились незначительно.

По-прежнему размеры приработка существенно превышают размеры прибавок по результатам официального повышения основной заработной платы, которые в среднем по всем категориям медицинских работников составили в 2018 г. 22% от величины имевшейся зарплаты. Однако, учитывая незначительную долю медицинских работников, имеющих дополнительную оплачиваемую работу вне своей организации, утверждать о ее значимой роли и помехах на пути реализации эффективного контракта было бы безосновательным. Тем более, что не удалось обнаружить значимых связей между ориентацией и наличием дополнительной оплачиваемой работы и включением в договор показателей по эффективному контракту.

## **2. Изменения в условиях труда медицинских работников в период введения эффективного контракта**

### **2.1. Фактическая продолжительность рабочего времени**

Для медицинских работников установлена сокращенная продолжительность рабочего времени не более 39 часов в неделю (ст. 350 Трудового кодекса РФ). Фактическая продолжительность рабочего времени включает не только время по основной работе, но и дежурства, задержки по работе, внутреннее совместительство, замещение и т.п. Рассмотрим динамику изменений в продолжительности рабочего времени на примере врачей (табл. 2.1).

*Таблица 2.1. Фактическая продолжительность рабочего времени врачей, часов в неделю (%)*

Годы опроса	В среднем (ч)	Группы по продолжительности рабочего времени		
		До 35 ч	36–41 ч	42 ч и более
2009	51,9	9	33	58
2013	46,8	8	33	59
2014	47,8	9	30	61
2016	45,9	9	38	53
2018	47,0	6	41	53

По средним значениям различия в продолжительности рабочего времени в разные годы наблюдений не являются существенными, так же как и нет различий в занятости до 35 часов в неделю. С определенной осторожностью можно говорить о позитивной динамике снижения времени переработок (более 41 часа). Все же модальной остается категория занятых с продолжительностью рабочего времени более 42 часов в неделю.

Каковы в динамике проводимых наблюдений различия в продолжительности рабочего времени у различных должностных категорий медицинских работников?

Наиболее продолжительна рабочая неделя у главных врачей, по сравнению с 2013 г. она увеличилась на 3 часа. У врачей она несколько ниже и имеет тенденцию к снижению. Устойчивую и практически неизменную продолжительность рабочей недели с высокой степенью однородности имеют прочие категории работников здравоохранения. По фактической продолжительности рабочего времени 2018 г. можно назвать более благоприятным в сравнении с другими годами обследований. Произошло снижение средней нагрузки, увеличилась доля врачей, работающих в пределах нормальной (36–41 час) продолжительности рабочего времени (табл. 2.2). Установлено, что именно при данном диапазоне продолжительности рабочего времени наблюдаются самые высокие показатели удовлетворенности всеми сторонами труда в организации.

*Таблица 2.2. Средняя фактическая продолжительность рабочей недели у различных категорий медицинских работников (в среднем часов в неделю)*

Категории	2013		2014		2016		2018	
	Среднее	Станд. откл.	Среднее	Станд. откл.	Среднее	Станд. откл.	Среднее	Станд. откл.
Главврачи	49,4	10,49	52,0	9,13	49,7	9,31	52,6	12,9
Врачи	50,2	19,87	49,4	16,21	46,0	12,05	47,03	11,8
СМП	46,9	18,88	48,4	18,18	46,5	11,62	46,8	11,4
ММП	43,6	11,06	44,3	12,62	45,8	11,12	47,5	11,8
Прочие	42,2	8,02	42,2	9,09	42,0	5,69	42,2	5,5
В целом	46,8	16,8	47,8	15,80	45,9	11,25	47,0	11,2
<i>Количество ответивших</i>	<i>5448</i>		<i>1962</i>		<i>1530</i>		<i>2141</i>	

Ограничением выявленной тенденции является то, что она характерна для врачей и СМП и нехарактерна для главврачей и ММП. У них более высокий уровень удовлетворенности чаще наблюдается при меньшей продолжительности рабочего времени (до 35 часов).

Рассмотрим подробнее группы перерабатывающих медицинских работников. За основу для их разделения возьмем медианное значение продолжительности рабочей недели – 41 час (табл. 2.3).

*Таблица 2.3.* Группы медицинских работников по фактической продолжительности перерабатываемого рабочего времени (% от числа перерабатывающих)

Годы опроса	Продолжительность рабочей недели (ч)			
	41 ч и менее	42–50 ч	51–60 ч	Более 60 ч
2013	52	26	13	10
2014	44	28	12	15
2016	51	30	10	10
2018	50	29	9	11

Наиболее негативными для уровня социального самочувствия являются переработки времени, превышающие 60 часов в неделю. Об этом свидетельствуют заниженные показатели удовлетворенности различными сторонами труда данной группы по сравнению со всеми остальными.

Способствуют ли переработки большей получаемой зарплате медицинских работников? Выявлено, что средний размер получаемой зарплаты оказался наиболее высоким среди тех, кто работает в диапазоне 51–60 часов в неделю. В 2016 г. она оказалась на 10 тыс. руб., а в 2018 г. – на 12 тыс. руб. выше, чем в среднем по выборке. Данная закономерность характерна для всех должностных категорий. Это еще раз указывает на то, что занятость свыше 60 часов в неделю является не только негативной для социального самочувствия медицинских работников, но и нерезультативной для них.

С увеличением продолжительности рабочей недели снижаются оценки уровня соответствия получаемой зарплаты затрачиваемым усилиям. Так, среди тех, кто работает более 60 часов, только 10% (по данным 2016 г.) и 11% – в 2018 г. считают их соответствующими друг другу, что почти в 2 раза ниже, чем в среднем по выборке. Вместе с тем медицинским работникам с повышенной нагрузкой (работающим более 60 часов

в неделю) в большей мере свойственна установка на трудовую отдачу. Почти половина из них (46% в 2016 г. и 41% в 2018 г.) могли бы работать несколько либо гораздо лучше, чем сейчас, тогда как в среднем по выборке таковых 36 и 31% соответственно.

Замечено, что при включении в трудовой договор показателей для установления стимулирующих надбавок и мер социальной поддержки продолжительность рабочей недели ниже в среднем на 6 часов по сравнению с теми, кому такие показатели не устанавливались, но это касается только медицинских работников Москвы, как правило, занятых в городских больницах.

## ***2.2. Оценки уровня загруженности рабочего дня***

Как сами медицинские работники оценивают уровень загруженности своего рабочего дня? Распределение таких оценок в период введения эффективного контракта оставалось примерно одинаковым: четверть медицинских работников считают себя предельно перегруженными, а почти половина – очень загруженными на все 100% (табл. 2.4).

Постоянно перегруженными себя считают главврачи (84% по данным 2018 г.) и врачи (76%). Более свободны в своей занятости представители ММП, среди которых только 5% жалуются на перегрузку, а у половины рабочий день не настолько загружен, чтобы не было возможности передохнуть. Из разных типов лечебных учреждений о более высоких уровнях загрузки можно говорить только применительно к городским больницам (74%). На более высокий уровень нагрузки чаще указывают медицинские работники Воронежской области (77%). Также на более высокий уровень загрузки чаще жалуются медицинские работники, имеющие высшую категорию, они же, как правило, относятся к старшей возрастной группе (76%).

В определении изменений объемов выполняемой работы очень важно соотносить их с изменениями в заработной плате. Указание на заметный рост объема работы при незначительном увеличении размера зарплаты являлось модальным ответом на всем протяжении исследований. Однако в 2018 г., впервые с того момента, когда стал задаваться такой вопрос, был зафиксирован слом устоявшейся тенденции. В 2 раза возросло число тех, кто отмечает одновременный рост и объема работы, и размера зарплаты (рис. 2.1).



Таблица 2.4. Оценки уровня загруженности рабочего дня на основной работе (% от общего числа опрошенных медицинских работников)

Уровни загруженности	Годы опросов		
	2014	2016	2018
Мой рабочий день не только загружен, а перегружен, часто приходится задерживаться, чтобы выполнить весь объем работы	26	26	23
Очень загружен (буквально на все 100%)	44	46	47
Загружен, но не настолько, чтобы не передохнуть	30	28	30
Всего	100	100	100



Рис. 2.1. Оценки изменений в соотношении объема работы и размера зарплаты (% от общего числа опрошенных медицинских работников)

Характерно, что этот рост по сравнению с 2016 г. отмечают все должностные категории медицинских работников, в наибольшей мере врачи (27%), занятые в городских больницах (24%) и поликлиниках (23%), медицинские работники не только высшей (26%), но и второй категории (27%). Однако ощутимая разница в размерах зарплаты оказалась заметной только у врачей. Среди тех из них, кто указал на заметное увеличение и объема работы, и размера зарплаты, она составила в среднем 73 тыс. руб., что более чем на 20 тыс. руб. больше, чем у врачей, иначе оценивших изменения в объемах работы и зарплате. Соответственно,

значимой оказалась разница и в показателях удовлетворенности объемами работы и размером заработной платы в пользу тех, кто отметил заметное увеличение и объема работы, и размера зарплаты.

При внесении в трудовой договор показателей для стимулирующих выплат оценки заметного увеличения объема работы и размера зарплаты существенно возрастают до 36% по всей выборке медицинских работников. Наиболее заметно в Москве — 37%, ниже в Воронеже — 30%, минимально в Вологде — 12%.

### **2.3. Организация рабочего дня**

Структура рабочего дня медицинских работников связана с выполнением самых различных видов деятельности. Результаты наблюдений показали, что к числу наиболее затратных по времени относятся общение с пациентами и оформление документов. Они являются бимодальными как для врачей, так и СМП, носят устойчивый характер по годам исследований и составляют примерно по 40% времени рабочего дня. Другие виды деятельности (рабочие совещания и общение с коллегами) составляют по отдельности менее 10% времени рабочего дня (табл. 2.5). Наблюдается тенденция увеличения затрат времени у врачей на общение с пациентами и снижения на оформление документов. В наибольшей степени это характерно для врачей поликлиник, где затраты на общение с пациентами составили 54%, против 34% на оформление документов (по данным 2018 г.) (табл. 2.6).

При ответах на вопросы об условиях организации труда чаще всего медицинские работники жалуются на большие и непроизводительные затраты времени, связанные с оформлением документов. Основным способом повышения эффективности работы с документами является переход на электронные формы работы. За период наблюдений с 2014 г. по 2016 г. доля документов, оформляемых с помощью компьютера, существенно возросла, в среднем на 20%, как у врачей, так и у СМП (табл. 2.7).

Было выявлено, что в большей мере электронное оформление документов распространено в городских больницах, как взрослых, так и детских (74 и 77% соответственно), в лечебных учреждениях Москвы (73%) по сравнению с Воронежем (66%) и Вологдой (56%).

Однако, по данным 2018 г., произошло снижение доли времени на оформление документов в электронном виде: у врачей — до 57%, у СМП — до 56%. Остается высокой степень неоднородности в ответах на этот

Таблица 2.5. Распределение рабочего дня на различные виды деятельности в зависимости от принадлежности к должностной категории (% , в среднем)

Виды деятельности	Годы опроса							
	2016				2018			
	Врачи		СМП		Врачи		СМП	
	Средн.	Станд. откл.	Средн.	Станд. откл.	Средн.	Станд. откл.	Средн.	Станд. откл.
Общение с пациентами	42,2	23,63	41,4	25,39	46,5	23,18	40,6	25,01
Оформление документов	40,4	21,09	40,2	21,95	37,3	19,73	37,9	21,53
Рабочие совещания	8,9	6,83	8,4	6,83	7,4	6,66	7,8	9,22
Общение с коллегами	8,5	8,59	9,8	9,49	6,3	7,74	8,5	9,71
<i>Всего</i>	<i>100</i>		<i>100</i>		<i>100</i>		<i>100</i>	

*Примечание.* Респонденту предлагалось распределить затраты на все виды деятельности при условии, что вся продолжительность рабочего дня берется за 100%.

Таблица 2.6. Распределение рабочего дня на различные виды деятельности в зависимости от принадлежности к должностной категории и типу лечебного учреждения (% , в среднем), данные 2018 г.

Тип медицинского учреждения	Статус	Общение с пациентами	Оформление документов	Рабочие совещания, консультации	Общение с коллегами	Другое
Областная больница	Врач	37,58	38,26	9,62	7,06	11,25
	СМП	37,07	38,58	11,03	9,95	5,43
Городская больница	Врач	36,63	41,47	8,93	8,15	12,67
	СМП	40,10	34,88	8,05	10,19	17,28
Поликлиника	Врач	53,85	34,57	6,30	4,90	2,44
	СМП	42,06	42,64	7,43	6,64	3,16
Районная больница	Врач	42,87	41,64	6,56	5,90	6,13
	СМП	43,81	37,46	6,08	7,47	10,63
Станция скорой помощи	Врач	36,61	37,00	8,27	14,54	13,21
	СМП	37,22	43,20	6,55	8,20	12,00

вопрос. При этом затраты времени на оформление документов в электронном виде снизились у врачей в Воронежской и Вологодской областях, но сохранились у врачей в Москве. Так, в Вологодской области 16% среди врачей и 18% среди СМП тратят на оформление документов в электронном виде не более 10% времени.

Таблица 2.7. Доля документов, оформляемых в электронном виде в 2014–2018 гг. (%)<sup>15</sup>

Доля (%)	2014		2016		2018	
	Врачи	СМП	Врачи	СМП	Врачи	СМП
В среднем	42,8	63,0	68,2	68,2	58,6	56,2
Коэффициент вариации	78	71	58	53	58	56

Выявлено, что при возрастании доли документов, оформляемых с помощью компьютеров, превышающей медианное значение (в Воронежской и Вологодской областях – 50%, в Москве – 80%), возрастает удовлетворенность объемом выполняемой работы (примерно на 10%), организацией труда и рабочего места (на 8%), содержанием работы (на 6%), повышается готовность работать с большей трудовой отдачей (примерно на 6%). Таким образом, информатизация оформления документов приносит первые зримые результаты, проявляющиеся в росте удовлетворенности и готовности работать лучше.

В отличие от работы с документами, затраты на которую следует уменьшать, рост затрат времени на общение с пациентами способствует большей продуктивности и удовлетворенности в профессиональной деятельности медицинских работников. Удовлетворенность отношениями с пациентами повышается при росте затрат времени на общение с ними.

Выявлено также, что увеличение затрат времени на рабочие совещания и общение с коллегами в процессе рабочего дня в целом положительно сказывается на удовлетворенности врачей различными сторонами труда, прежде всего отношениями с руководством и коллегами по работе.

<sup>15</sup> Формулировка вопроса: «Если взять в среднем объем документов, которые Вам приходится оформлять, за 100%, то сколько процентов Вы оформляете в электронном виде?»

## 2.4. Изменения в оснащенности рабочих мест

Согласно оценкам медиков, имеет место позитивная динамика изменений в оснащенности рабочих мест медицинским оборудованием. Наиболее заметный рост таких оценок произошел у врачей и у представителей прочего персонала медицинских учреждений. Уровни компьютерного обеспечения и подключения к Интернету изменились не столь значительно. Однако при сравнении 2018 и 2014 гг. можно заметить существенное изменение к лучшему в оснащении рабочего места у всех категорий за исключением ММП (табл. 2.8).

Таблица 2.8. Оценка разными категориями медицинского персонала оснащенности рабочего места (ответы «да», %, данные опросов 2014, 2016, 2018 гг.)

Категории	2014			2016			2018		
	Как бы Вы охарактеризовали оснащение Вашего рабочего места?								
	Оснащено новым оборудованием	Имеет хорошее компьютерное обеспечение	Подключено к Интернету	Оснащено новым оборудованием	Имеет хорошее компьютерное обеспечение	Подключено к Интернету	Оснащено новым оборудованием	Имеет хорошее компьютерное обеспечение	Подключено к Интернету
Глав-врачи	77	85	94	66	83	96	74	93	100
Врачи	49	55	56	52	56	58	58	65	69
СМП	41	46	36	49	47	45	54	54	52
ММП	34	22	20	40	25	25	28	18	19
Прочие	39	46	47	62	68	87	63	72	91
В целом	45	49	47	52	53	57	55	59	62

## 2.5. Удовлетворенность медицинских работников условиями труда

За последние пять лет произошло последовательное увеличение удовлетворенности медиков всеми сторонами работы за исключением удовлетворенности отношениями с пациентами. Наиболее заметным является скачкообразный рост удовлетворенности размером заработной платы, произошедший в 2018 г. (табл. 2.9).

*Таблица 2.9.* Иерархия удовлетворенности различными сторонами труда и жизни у медицинских работников в зависимости от года опроса, среднее значение (минимум – 1, максимум – 5)

Стороны труда	Годы опроса			
	2013	2014	2016	2018
Отношения с коллегами по работе	4,53	4,55	4,60	4,63
Отношения с руководством	4,28	4,25	4,30	4,38
Отношения с пациентами	4,00	4,10	4,09	4,02
Содержание работы	3,84	3,92	3,99	4,05
Условия для повышения квалификации	3,76	3,70	3,84	3,95
Организация труда и рабочего места	3,64	3,52	3,61	3,85
Объем выполняемой работы	3,44	3,47	3,45	3,86
Размер заработка	2,74	2,16	2,45	3,26

Выявленная иерархия удовлетворенности показывает, что «отношенческие» стороны труда (отношения с коллегами, руководством, пациентами) намного больше устраивают медицинских работников, чем стороны непосредственной трудовой деятельности на рабочем месте (размер заработка, объем выполняемой работы, организация труда). Более высокая удовлетворенность «отношенческими» сторонами работы является устойчивой вне зависимости от должностного статуса и типа лечебного учреждения.

Более всего различаются ответы разных должностных категорий медицинских работников об удовлетворенности условиями для повышения квалификации, которые крайне низко оцениваются представителями ММП и прочего персонала. Размер заработка, занявший последнюю строчку по уровню удовлетворенности в целом у всех категорий медицинских работников, выше оценивается главврачами и существенно ниже, чем в среднем по выборке, СМП и ММП. В наибольшей мере сближает всех медицинских работников оценка удовлетворенности отношениями с коллегами по работе.

Несмотря на существенный рост удовлетворенности медицинских работников в 2018 г. размером заработка, на протяжении всего периода исследований большинство респондентов указывали на несоответствие заработка объему выполняемой работы (трудовому вкладу). В иерархии факторов неудовлетворенности медицинскими работниками организа-

цией оплаты труда это несоответствие всегда оказывалась на первом месте, наиболее зримо это проявлялось у врачей (табл. 2.10).

*Таблица 2.10.* Иерархия факторов неудовлетворенности врачей организацией оплаты труда (%)

Что не устраивает в организации оплаты труда помимо размера основного заработка	Годы опроса						
	2007	2009	2011	2013	2014	2016	2018
Несоответствие заработка трудовому вкладу <sup>1</sup>	63	73	68	65	54	62	53
Размер премий	38	33	34	— <sup>2</sup>	— <sup>2</sup>	— <sup>2</sup>	— <sup>2</sup>
Невысокий уровень дифференциации в оплате врачей	32	27	30	27	17	24	20
Большая разница в оплате рядовых врачей и руководства	25	34	22	30	27	28	25
Отсутствие возможностей для дополнительного заработка	28	17	9	12	11	11	13
Непрозрачность определения размеров оплаты	— <sup>2</sup>	16	14	15	15	19	22
Зависимость размера заработка от отношений с руководством	5	4	6	6	8	10	9
<i>Количество ответивших</i>	<i>571</i>	<i>788</i>	<i>2023</i>	<i>1327</i>	<i>949</i>	<i>628</i>	<i>728</i>

*Примечания.*

<sup>1</sup> В 2013, 2014 и 2016 гг. использовалась формулировка «несоответствие заработка объему выполняемой работы».

<sup>2</sup> Вопрос не задавался.

Вместе с тем следует отметить, что в 2018 г. доля медицинских работников, указавших на несоответствие размеров заработка трудовому вкладу, уменьшилась. Снижение неудовлетворенности имело место и в отношении других характеристик организации оплаты труда, за исключением указаний на непрозрачность определения размеров оплаты труда и на отсутствие возможностей для дополнительного заработка.

Среди врачей и СМП, отметивших, что размер их зарплаты значительно зависит от достижения установленных эффективным контрактом целевых показателей их работы, уровень неудовлетворенности несоответствием заработка объему выполняемой работы оказался меньше примерно на 20%.

### **3. Изменения в трудовой мотивации медицинских работников под влиянием введения эффективного контракта**

#### ***3.1. Структура трудовой мотивации медицинских работников***

При изучении мотивации трудовой деятельности медицинских работников мы изначально выбрали следующую методологическую позицию: среди различных исследовательских подходов более продуктивными представляются те из них, которые ориентируют на раскрытие актуальных побуждений, стремлений и готовности к качественному выполнению своей работы в повседневной трудовой деятельности, а не обращены к выявлению идеальных представлений о хорошей работе, позитивных стимулов к труду, факторов идентификации с организацией или оценок удовлетворенности трудом. Это объясняется прежде всего преобладающим влиянием на отношение медицинских работников к трудовой деятельности реалий сегодняшнего дня, их фактического положения в обществе, сфере здравоохранения, медицинской организации и возможностей его улучшения не в отдаленной перспективе, а в ближайшие годы.

Предложение медицинским работникам посредством анкетного вопроса «Какие мотивы труда, на Ваш взгляд, сегодня являются определяющими для работников системы здравоохранения» дать свои оценки действующим побудителям к труду рассматривается нами как надежный инструмент косвенного измерения реальной мотивации к труду. Для ответа респондентам предлагался список из 11 подсказок, а также возможность самостоятельно сформулировать свой вариант ответа.

Под мотивационной структурой трудовой деятельности медицинских работников будем понимать выявленную в результате эмпирического исследования иерархию их мотивов к труду. Такая иерархия мотивов определялась для разных категорий медицинского персонала (врачи, СМП, ММП) по данным каждого из проведенных опросов в 2007–2018 гг.



Сравнение полученных оценок (респонденты выбирали три наиболее значимых мотива из предложенного им перечня) свидетельствует о достаточно устойчивой иерархии мотивов медицинских работников к трудовой деятельности. Наиболее наглядно она воспроизводится по ответам врачей (табл. 3.1).

*Таблица 3.1. Иерархия мотивов врачей к трудовой деятельности в динамике, 2007–2018 гг. (приведены ранги значимости на основе модальных ответов врачей; 1 соответствует максимальной значимости, 11 – минимальной)*

Определяющие мотивы	Годы опроса					
	2007	2009	2011	2014	2016	2018
Возможность заработать деньги на жизнь	1	1	3	3	2	2
Профессиональный интерес	2	2	1	1	1	1
Сострадание и помощь больному	3	3	2	2	3	4
Возможность при необходимости помочь близким, друзьям, себе в сохранении здоровья	4	4	4	4	4	5
Гарантия занятости	5	5	6	5	5	3
Профессиональный рост	6	6	5	6	6	6
Невозможность устроиться в регионе на другую оплачиваемую работу по медицинской специальности	9	7	9	8	7	9
Уважение, поддержка семьи и близких друзей	7	8	7	7	8	8
Возможность сделать карьеру	8	9	10	9	9	7
Возможность завоевать уважение коллег	10	10	8	10	11	11
Расширение возможностей для общения с людьми	11	11	11	11	10	10
<i>Количество ответивших</i>	<i>621</i>	<i>791</i>	<i>2399</i>	<i>945</i>	<i>772</i>	<i>1097</i>

Тройку наиболее значимых определяющих мотивов к труду образовали: деньги, возможность их заработать в данных сложившихся условиях; профессионализм (профессиональный интерес к работе) и альтруизм (сострадание и помощь больному). Во все годы исследований их значения были близкими друг другу, и замечаемая в разные годы исследований смена мест не имеет решающего значения, так как различия между ними не являются статистически значимыми. Выбор трех указан-

ных мотивов был всегда характерен для более чем половины респондентов. Следующий по значимости мотив «возможность при необходимости помочь близким, друзьям, себе в сохранении здоровья» набирал во все годы исследований не более одной трети ответов. Третий по значимости устойчиво воспроизводимый мотив — сострадание и помощь больному, определяемый нами как индикатор альтруизма.

По сравнению с предыдущими годами в 2018 г. существенно возросла роль мотива гарантированной занятости, который занял третье место в иерархии значимости. Его возвышение может быть связано как с возросшим страхом потерять работу, так и с повышением ее ценности при условии более высокой оплаты и комфортности условий труда. В результате анализа выяснилось, что средний размер зарплаты медицинских работников, указавших на актуальность гарантий занятости, существенно ниже, чем у тех, для кого он незначим (в среднем на 6 тыс. руб.), а по уровню удовлетворенности условиями труда они не различаются. Боятся потерять работу чаще других категорий представители ММП (среди них этот мотив выделили 46%), прочего персонала (48%) при средней для всех респондентов частоте его выбора 34%. Из числа различных лечебных учреждений чаще других высказываются за гарантии занятости медицинские работники скорой помощи (45%). Все это указывает на то, что повышение значимости мотива гарантированной занятости связано с более низким ресурсным потенциалом работника, ростом его неуверенности в занятости.

При рассмотрении структуры реально действующих мотивов выяснилось, что мотивы, связанные с коллегами по работе (достижение их уважения и возможностями для общения), заняли периферийное положение. Получается, что они не обладают достаточной побудительной силой и незначимы в повседневной трудовой деятельности. По всей видимости, такого рода мотивы способствуют созданию весьма желательной для работы благоприятной социально-психологической атмосферы, но не могут выполнять инструментальную роль мотиватора.

Выявленная иерархия определяющих мотивов к труду является достаточно устойчивой по отношению к региону занятости, типу лечебных учреждений, в которых заняты медицинские работники. Исключением являются работники станций скорой помощи, которые на первые места ставят возможность заработать деньги на жизнь и гарантии занятости и только потом профессиональный интерес. Некоторые различия

в выявленной иерархии мотивов имеют место для разных категорий медицинского персонала. Мотив профессионального интереса у СМП почти в 2 раза уступает по значимости не только возможности заработать деньги на жизнь и гарантии занятости, но и мотиву сострадания и помощи больному. Представители СМП, в отличие от других категорий, в большей мере возвышают мотив возможности при необходимости помочь близким и друзьям.

Обладают ли определяющие мотивы своей автономной силой? Автономность мотивов в данном случае понимается в статистическом смысле слова, как способность образовывать отдельные факторы или кластеры, способность к дифференциации ответов респондентов на другие вопросы.

### 3.2. Кластеры определяющих мотивов

Кластерный анализ, проводимый по данным каждого опроса методом иерархической кластеризации с использованием межгруппового среднего связывания и метрики Евклида, приводит к выявлению устойчивых кластеров (табл. 3.2). Значимые отличия имеют место лишь между данными опросов 2011–2018 гг. по сравнению с 2009 г.

Таблица 3.2. Кластеры врачей по определяющим мотивам трудовой деятельности (%)

Кластеры: определяющие мотивы; название	Годы опроса				
	2009	2011	2014	2016	2018
1. Возможность при необходимости помочь близким, друзьям, себе в сохранении здоровья. «Социальные капиталисты»	35	26	27	28	25
2. Профессиональный интерес, сострадание и помощь больным, возможность заработать деньги на жизнь. «Разносторонние»	62	64	71	69	66
3. Уважение, поддержка семьи и близких друзей. «Признание и поддержка близких»	–	7	–	–	5
4. Расширение возможностей общения с другими людьми. «Общине»	3	3	2	3	4
Всего	100	100	100	100	100
Количество ответивших	791	2450	950	758	1098

Самый большой кластер характеризуется сочетанием трех дополняющих друг друга определяющих мотивов трудовой деятельности: профессионального интереса, денежного интереса, мотива сострадания и помощи больным. Поэтому попавших в него врачей можно назвать «разносторонними» в смысле сильной выраженности у них одновременно материальных, профессиональных и духовных мотивов. Доля врачей, образующих данный кластер, составляла в разные годы исследований от 61 до 71%. Среди оставшейся части респондентов выделяется кластер тех, кто ориентирован на максимизацию своего социального капитала: обеспечения возможности при необходимости помочь близким, друзьям, себе в сохранении здоровья. Его доля, зафиксированная в разные годы исследований, колеблется от одной четверти до одной трети. Данный кластер получил название «социальные капиталисты» как имеющий явно выраженную прагматическую направленность, предположительно связанную с ориентацией на ближний круг сетевого взаимодействия. В 2011 и в 2018 гг. образовывался незначительный по наполненности кластер, указывающий на роль признания и поддержки семьи и близких друзей. По своему смысловому содержанию он близок к кластеру «социальных капиталистов». Как маргинальный, явно незначительный по объему для статистического анализа, но устойчиво образующийся кластер «общения» подчеркивает фоновую роль в действующей мотивации к труду этой необходимой для человека ценности. Выявленные кластеры характерны для всех должностных категорий медицинских работников.

По результатам кластерного анализа два кластера по определяющим мотивам труда можно считать перспективными для разработки политик стимулирования: «разносторонних» и «социальных капиталистов».

Рассмотрим более подробно их отличительные характеристики. Прежде всего попытаемся раскрыть особенность основных социально-демографических характеристик респондентов, образующих данные кластеры (табл. 3.3).

По трем последним исследованиям устойчивым различающим демографическим фактором оказался лишь пол. Во все годы доля мужчин в кластере «социальные капиталисты» уступала по уровню представленности в сравнении с кластером «разносторонние». Выделив категорию наиболее активного для профессиональной деятельности возраста (36–49 лет), мы видим заметное преобладание таковых среди «социальных капиталистов» в 2014 г., однако по данным 2016 и 2018 гг. Этого уже нельзя утверждать. Доля состоящих в браке не имеет существенных различий в зависимости от принадлежности к кластеру.

Таблица 3.3. Представительность различных социально-демографических групп врачей в зависимости от принадлежности к кластеру (%)

Кластер	Годы опросов								
	2014			2016			2018		
	Доля муж- чин	В возрасте 36–49 лет	Состоящие в браке	Доля муж- чин	В возрасте 36–49 лет	Состоящие в браке	Доля муж- чин	В возрасте 36–49 лет	Состоящие в браке
Социальные капиталисты	31	39	66	25	36	72	20	34	70
Разносторонние	38	33	73	31	38	70	29	38	72
<i>В целом по выборке</i>	<i>36</i>	<i>35</i>	<i>71</i>	<i>30</i>	<i>38</i>	<i>72</i>	<i>27</i>	<i>37</i>	<i>71</i>

Выявленные характеристики позволяют предположить, что в кластере «социальных капиталистов» врачей задают тон женщины, ориентированные на создание сетевых связей и отношений ближнего круга общения из друзей, знакомых, коллег, групп пациентов.

По показателям трудовой отдачи (готовности работать лучше) и по оценкам изменений в отношении к труду, удовлетворенности различными сторонами труда, связям с осуществляемыми мерами и планами изменений по внедрению эффективного контракта каких-либо значимых различий между указанными кластерами обнаружить не удалось.

### **3.3. Факторы гигиены и мотиваторы в структуре трудовой мотивации**

В анализе мотивов труда российских медиков нами был использован также альтернативный подход к выделению мотивов к труду, который опирается на теорию Ф. Герцберга и выявляет гигиенические факторы труда<sup>16</sup> и мотиваторы к труду в оценках позитивных<sup>17</sup> и негативных сторон вы-

<sup>16</sup> Согласно двухфакторной теории мотивации труда Ф. Герцберга, факторы гигиены – те, которые сами по себе не вызывают удовлетворенности, но при их ухудшении порождают неудовлетворенность работой (отношения с коллегами, начальством, вознаграждение, условия труда, стабильность занятости). Напротив, факторы-мотиваторы – те, которые непосредственно вызывают удовлетворенность работой, высокий уровень мотивации (самостоятельность, ответственность, личностная самореализация).

<sup>17</sup> Формулировка вопроса: «Что Вам нравится в Вашей работе?»

полняемой работы<sup>18</sup> с их последующим тестированием применительно к различным аспектам работы. Этот подход использовался только в исследовании 2018 г. (табл. 3.4).

Сначала рассмотрим выявленную иерархию факторов удовлетворенности и неудовлетворенности работой (рис. 3.1).

Первые два места, характерные для выбора большей части медицинских работников, вне зависимости от занимаемых служебных позиций, типа лечебного учреждения, уровня квалификации и стажа работы, заняли один фактор из блока «мотиваторов» – возможность благодаря работе использовать имеющиеся компетенции – и один из блока «гигиены» – стабильный заработок. Между ними нет корреляции, что позволяет предположить возможность образования на их основе самостоятельных кластеров.

*Таблица 3.4.* Выделение факторов гигиены (Г) и мотиваторов (М) в формулировках вопроса<sup>19</sup>

<b>Что Вам нравится в Вашей работе?</b>	<b>Что Вам не нравится в Вашей работе?</b>
1. Г. Работа без больших напряжений и стрессов	1. Г. Работа требует большого напряжения, часто сопровождается стрессами
2. М. Работа способствует личностной самореализации	2. М. Однообразная работа
3. Г. Близость работы к месту жительства	3. Г. На дорогу к работе приходится затрачивать много времени
4. М. Работа позволяет использовать имеющиеся знания, умения и опыт	4. М. Работа требует постоянного повышения квалификации
5. Г. Работа с людьми, которые нравятся	5. Г. Коллеги думают только о себе, надеяться на их советы и помощь в работе не приходится
6. М. Работа дает хорошие шансы для продвижения по службе	6. М. Для того чтобы продвинуться по службе, надо много и долго работать

<sup>18</sup> Формулировка вопроса: «Что Вам не нравится в Вашей работе?»

<sup>19</sup> Предполагается, что вне зависимости от того, отмечает ли респондент эти согласованные факторы в левой или правой колонке, он будет позиционировать себя либо как преимущественно ориентирующий на гигиенические факторы мотивации, либо на собственно мотивационные. Во втором случае – «Что не нравится в работе», – об ориентациях на факторы гигиены будут свидетельствовать выборы индикаторов мотиваторов, и наоборот, то есть используется «зеркальный» подход.

Что Вам нравится в Вашей работе?	Что Вам не нравится в Вашей работе?
7. Г. Хорошие отношения с непосредственным руководством	7. Г. Невнимательное отношение руководства к проблемам в труде и личной жизни подчиненных
8. М. Сложная, трудная, но интересная работа	8. М. Работа заставляет думать и действовать самостоятельно
9. Г. Стабильный заработок	9. Г. Чтобы получить достойную зарплату, надо много и упорно трудиться
10. М. Признание и одобрение хорошо выполненной работы	10. М. Высокая степень ответственности за результаты выполненной работы
11. Г. Гибкое рабочее время и гибкий темп работы	11. Г. Жесткий график работы, нет возможности отвлечься на дела, напрямую не связанные с работой
12. М. Работа требует творческого подхода	12. М. Работа заставляет развивать свои способности, требует большого умственного напряжения

*Примечание.* Г – факторы гигиены, М – мотиваторы.



*Рис. 3.1.* Иерархия факторов удовлетворенности работой медицинских работников (% выбравших соответствующий вариант ответа от числа всех опрошенных)

*Примечание.* Сумма процентов превышает 100, так как можно было выбрать до 6 вариантов ответа.



*Рис. 3.2. Иерархия факторов неудовлетворенности работой медицинских работников (% от числа всех опрошенных)*

*Примечание.* Сумма процентов превышает 100, так как можно было выбрать до 6 вариантов ответа.

Выявлено, что положительная корреляция (при  $p \leq 0,01$ ) в большинстве случаев наблюдается между факторами-мотиваторами (в наибольшей мере между интересной работой и творческой работой) и очень редко между факторами гигиены (в наибольшей мере между отношениями с руководством и отношениями с коллегами). В целом по выявленной иерархии нельзя говорить о явном преобладании одной группы факторов над другой, поскольку они последовательно чередуются, и на этом основании можно было бы сделать вывод об их взаимодополняемости. Однако наша задача — выявить мотивационный эффект этих групп факторов. Для этого рассмотрим иерархию факторов неудовлетворенности работой (рис. 3.2).

Лидером в формировании состояния неудовлетворенности работой является высокий уровень напряжения и стрессов на работе. Эта проблема актуальна для двух третей медицинских работников, в равной мере для всех типов медицинских учреждений. Чаще всего на нее указывают



главврачи, врачи и СМП, реже представители ММП. Все остальные факторы неудовлетворенности уступают ей на порядок. Второй по значимости фактор неудовлетворенности – «высокая степень ответственности за результаты выполненной работы, отнесенный нами к факторам-мотиваторам, в равной мере присущ медикам, работающим во всех рассматриваемых типах медицинских учреждений. Однако значимость этого фактора последовательно снижается для респондентов по мере перехода от верхней к нижней занимаемой служебной позиции (так, для главврачей – 33%, а для ММП – 7%).

Для более выверенного рассмотрения роли указанных факторов был проведен кластерный анализ. В результате иерархической кластеризации с использованием связывания посредством метода «дальнего соседа» как более осторожного были выявлены три кластера по каждому перечню факторов удовлетворенности и неудовлетворенности работой (табл. 3.5).

Как и следовало ожидать, самый большой по размеру кластер в обоих случаях оказался *смешанным*: в нем сочетаются как факторы-мотиваторы, так и факторы гигиены. Доля медицинских работников, образующих данный кластер, составила по факторам удовлетворенности («что нравится в работе») 80 %, по факторам неудовлетворенности («что не нравится в работе») – 84%. Два последующих кластера образовались на основе 100%-й представленности ведущей компоненты. Один из них был назван кластером «*мотиваторов*» потому, что его образовали все 100% медицинских работников, которым нравится то, что работа требует творческого подхода, а также то, что она позволяет использовать имеющиеся знания, умения и опыт (75%), является сложной, трудной, но интересной (66%). Все остальные характеристики оказались менее значимыми. Доля кластера «мотиваторов» составила 13%. Кластер, который был назван «*гигиенисты*» (его доля – 7%), образовали все 100% медицинских работников, указавших на положительное влияние гибкого рабочего времени и гибкого темпа работы, а также стабильного заработка – 64%. Все остальные стороны, вызывающие удовлетворенность, составили менее 50%.

Аналогичным образом были образованы зеркальные по отношению к первому кластеры, вызывающие неудовлетворенность работой. Кластер «*гигиенистов*» образован на 100%-м уровне неудовлетворенности тем, что работа заставляет развивать свои способности, требует большого умственного напряжения, а также ее напряженностью и стрессами

(69%) и высокой степенью ответственности за результаты выполненной работы (49%). Доля этого кластера составила 5%. Доля кластера «мотиваторов» – 11%. Образовавшая его компонента (100%) – неудовлетворенность жестким графиком работы, отсутствием возможности отвлечься на дела, напрямую не связанные с работой, дополняется неудовлетворенностью напряженностью и стрессами на работе (72%) при нулевом уровне неудовлетворенности тем, что работа заставляет развивать свои способности, требует большого умственного напряжения.

Таблица 3.5. Представительность различных категорий медицинского персонала в кластерах по факторам удовлетворенности и неудовлетворенности работой (%)

Категории	Кластеры по факторам удовлетворенности работой			Кластеры по факторам неудовлетворенности работой		
	Мотиваторы	Смешанный	Гигиенисты	Мотиваторы	Смешанный	Гигиенисты
Главврачи	9	2	0	2	3	4
Врачи	63	46	38	64	45	48
СМП	14	28	35	17	27	25
ММП	2	11	22	9	11	9
Прочие	12	13	6	7	13	13
Всего	100	100	100	100	100	100
<i>Количество респондентов</i>	<i>300</i>	<i>1873</i>	<i>153</i>	<i>247</i>	<i>1949</i>	<i>130</i>

В обнаруженных кластерах в неравной мере представлены медицинские работники, занимающие разные служебные позиции. Главврачи и врачи в существенно большей мере представлены в кластере «мотиваторов», а среди «гигиенистов» преобладают представители СМП и ММП.

Кластеры, образованные на факторах удовлетворенности работой, оказались более информативными и будут использованы в дальнейшем анализе. Прежде всего следует выявить особенности взаимосвязей кластеров «мотиваторов» и «гигиенистов» с результирующими показателями трудового поведения. К таковым могут быть отнесены проявления зависимости размера оплаты труда от различных факторов. Выявлено, что «мотиваторы» в 2 раза чаще считают, что размер их заработной платы значительно зависит от личного трудового вклада по сравнению

с кластером «гигиенистов» (41 и 21%), от квалификации (33 и 15%), почти в 2 раза — от приобретенного опыта работы (38 и 21%), от установленных эффективным контрактом целевых показателей (57 и 37%). Вместе с тем, вопреки нашим ожиданиям, не установлено влияния принадлежности к «мотиваторам» на готовность работать больше и лучше. Напротив, «мотиваторы» чаще по сравнению с «гигиенистами» утверждают, что работают в полную меру сил и способностей (67 и 53%) и реже, что могут работать гораздо лучше, чем сейчас (10 и 13%). Это вполне объяснимо, учитывая, что кластер «гигиенистов» в большей мере делает акцент на роли заработной платы, а кластер «мотиваторов» — на «содержательных сторонах труда» вне явной привязки к заработной плате. Таким образом, кластер «мотиваторов» демонстрирует достигнутые результаты и признаки лояльности к проводимым инновациям, но не готовность повышать свою трудовую отдачу в дальнейшем.

Рассмотрим, какова динамика и роль сложившихся стимулов к труду, какие из них имеют больший мотивационный эффект.

### ***3.4. Иерархия стимулов к работе***

Контролируемые в исследованиях стимулы к труду медицинских работников обладают высокой степенью устойчивости, их структура не претерпела существенных изменений за все годы наблюдений (табл. 3.6).

Справедливая оплата труда является однозначно определяющим стимулом у всех категорий медицинского персонала на всем протяжении наблюдений. Все остальные возможные стимулы существенно менее значимы. Второй по значимости стимул — «наличие хорошего современного оборудования» — является одним из определяющих факторов лучшей работы, устойчиво отмечается не менее чем половиной медицинских работников.

Два первых наиболее значимых стимула отражают требования к условиям труда, направленные к государству. Третий стимул — создание возможностей для профессионального роста, повышения квалификации — адресуется к менеджменту организаций. Эти три стимула по своей значимости не имеют различий у представителей разных категорий медицинского персонала.

Еще два других стимула, вошедших в пятерку наиболее значимых (предоставление социальных льгот и забота о сотрудниках), имеют очевидное патерналистское содержание. Следующие по значимости два сти-

Таблица 3.6. Иерархия стимулов к лучшей работе медицинских работников в зависимости от года опроса (% от общего числа ответивших)

Стимулы	Годы опросов			
	2013	2014	2016	2018
Справедливая оплата труда	90	92	89	84
Наличие хорошего современного оборудования	51	50	50	50
Создание возможностей для профессионального роста, повышения квалификации	33	31	35	34
Предоставление врачам социальных льгот (социального пакета)	30	29	31	32
Забота о сотрудниках и похвала со стороны руководства	28	26	26	25
Предоставление возможности зарабатывать столько, сколько сможешь	24	23	25	19
Улучшение возможности для получения дополнительного заработка	19	17	17	16
Признание со стороны коллег, профессионального сообщества	16	15	15	15
Повышение ответственности перед пациентами и их родственниками при выполнении работы	12	17	14	11
Публичное признание заслуг (звания, награды, освещение в СМИ)	10	13	14	15
Реальная угроза потери рабочего места	8	10	9	11
Расширение самостоятельности в решении профессиональных задач	7	9	9	9
Взыскательная переаттестация	5	4	3	5
Легализация неформальных платежей (оплата услуг в «конвертах»)	4	4	2	3
<i>Количество ответивших</i>	<i>3113</i>	<i>1467</i>	<i>1204</i>	<i>1719</i>

*Примечание.* Суммы по столбцам превышают 100%, так как можно было выбрать до 5 вариантов ответа.

мула — предоставление возможности зарабатывать столько, сколько можешь, и улучшение возможности для получения дополнительного заработка — предполагают предоставление больших возможностей для

активизации внутренних ресурсов. Показательно, что ранее эти стимулы отмечались примерно пятой частью опрошенных медиков, но постепенно их значимость уменьшается. Возможно, что незначительная роль этих стимулов объясняется большими объемами работ, перегруженностью, на которые чаще всего ссылаются медицинские работники при характеристике факторов неудовлетворенности организацией труда. При этом, однако, представители СМП отмечали значимость улучшения возможности для получения дополнительного заработка в 2 раза чаще, чем другие категории медицинского персонала. По-видимому, это обусловлено их большей неудовлетворенностью размером заработка. Кроме того, СМП почти в 2 раза чаще указывали на значимость стимула работы о сотрудниках и похвалы со стороны руководства.

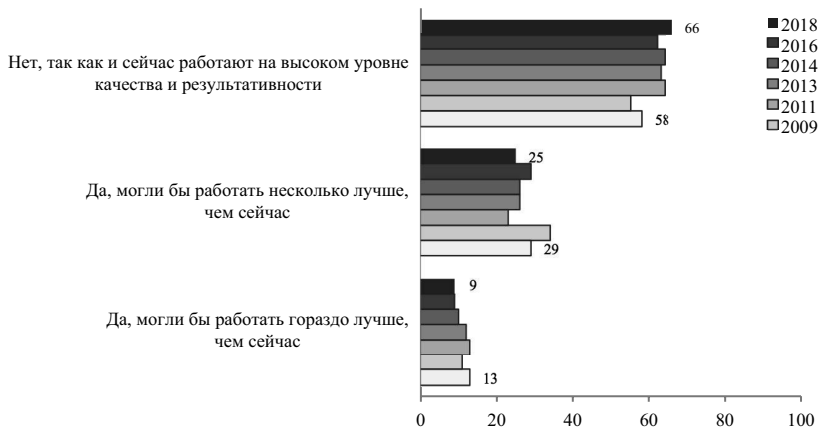
Не в почете среди возможных стимулов факторы ближайшей и внешней среды окружения (признание коллег, ответственность перед пациентами, признание в обществе, СМИ). Роль стимула публичного признания заслуг возрастает, что, возможно, связано с проводимой в последние годы в СМИ политикой негативного освещения работы медиков.

На периферии возможных стимулирующих факторов к лучшему труду оказались стимулы-угрозы: потери рабочего места и взыскательной переаттестации. Крайне низкое значение медики, и врачи в частности, придают стимулу расширения самостоятельности в решении профессиональных задач. И на последнем месте у всех категорий оказался стимул легализации неформальных платежей.

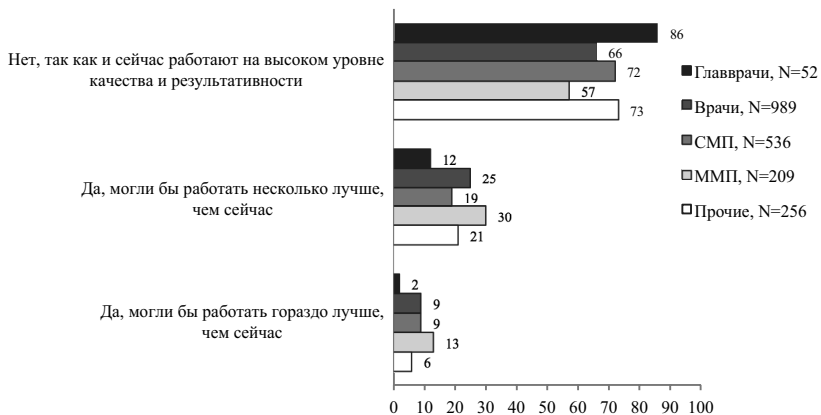
### ***3.5. Готовность работать лучше***

У медицинских работников явно акцентирован денежный фактор мотивации к труду. Насколько это соотносится с готовностью повысить интенсивность и качество труда при условии увязки оплаты труда с личным трудовым вкладом?

Многолетние наблюдения за ответами на данный вопрос показали, что доля готовых работать гораздо лучше, чем сейчас, среди медицинских работников невысока. Только примерно каждый десятый среди врачей выражал такую готовность, и еще от четверти до трети врачей, по данным разных годов исследований, могли бы работать несколько лучше, чем сейчас. Большинство же считает, что они не могут работать больше и лучше, потому что сейчас работают на высоком уровне качества и результативности (рис. 3.3).



*Рис. 3.3.* Готовность врачей работать больше и лучше при условии увязки оплаты труда с личным трудовым вкладом (%)



*Рис. 3.4.* Готовность работать больше и лучше при условии увязки оплаты труда с личным трудовым вкладом в зависимости от занимаемой должностной позиции (% от числа ответивших, данные 2018 г.)

Готовность повысить интенсивность своего труда при условии увязки оплаты труда с личным трудовым вкладом различается для разных категорий медицинского персонала. Не выявлено существенных различий в готовности работать лучше и больше у врачей и СМП, но вот глав-

врачи отличаются максимальным уровнем уверенности, что они уже сейчас работают на высоком уровне качества и результативности (87%), а представители ММП – максимальным уровнем работать гораздо лучше, чем они это делают сейчас (рис. 3.4).

Такие различия ответов могут быть связаны с неравными объемами загрузки в течение рабочего дня. Если среди главврачей каждый третий отмечает, что его день не только загружен, но и перегружен, то среди ММП таких только 5%. Однако прямой связи между уровнем загрузки и готовностью работать больше и лучше нет. Более весомым фактором повышенной готовности работать лучше являются различные проявления неудовлетворенности, прежде всего отношениями с руководством, размером заработка, а также низкая оценка престижности профессии медика. Эти обобщения характерны в наибольшей мере для СМП и отчасти для врачей. Полученные данные позволяют утверждать, что более высокий уровень готовности работать лучше является следствием более высокого уровня неудовлетворенности разными сторонами труда, прежде всего отношенческими, а также неудовлетворенностью престижем профессии, неуверенностью в занятости. Декларируемая в таком случае готовность работать лучше может интерпретироваться как дополнительное проявление неудовлетворенности, а не реальная установка на большую отдачу в труде.

#### **4. Изменения в отношениях врачей с пациентами**

По оценкам самих врачей, общение с пациентами занимает примерно половину их рабочего времени. Ответы на серию вопросов об оценках различных сторон организации труда и своей профессиональной деятельности показывают в целом весьма высокий уровень удовлетворенности медработников человеческими отношениями, складывающимися в процессе выполнения своей работы. В среднем не менее половины опрошенных медицинских работников ставят наивысшую оценку своим отношениям с руководством, коллегами по работе и пациентами. Однако в этой триаде реже всего медицинские работники положительно оценивают отношения с пациентами.

Приведенные в табл. 4.1 данные показывают, что, когда речь заходит о человеческих взаимоотношениях, субъективные оценки удовлетворенности отношениями с пациентами оказываются ниже, чем оценки

внутрикорпоративного общения во всех категориях персонала и во всех типах учреждений.

Таблица 4.1. Удовлетворенность человеческими отношениями по группам опрошенных (доля (%) оценок «полностью удовлетворены»), данные 2014, 2016, 2018 гг.

Группы	Годы опроса								
	2014			2016			2018		
	Полностью удовлетворены отношениями с:								
	руководством	коллегами	пациентами	руководством	коллегами	пациентами	руководством	коллегами	пациентами
Врачи	51	68	42	55	66	36	59	67	31
Средний медперсонал	58	72	51	64	74	46	58	76	41
Младший медперсонал	61	70	51	60	68	45	70	78	56
<i>Типы медучреждений</i>									
Областная больница	48	64	43	52	70	51	62	76	43
Городская больница	58	75	48	61	70	53	61	75	40
Поликлиника	61	73	49	63	73	40	60	66	34
Районная больница	49	60	39	61	68	47	69	76	50
Скорая помощь	53	74	26	61	63	34	50	70	19

В динамике 2014–2018 гг. заметен последовательный процесс происходящего снижения удовлетворенности отношениями с пациентами у врачей и среднего медицинского персонала, среди медицинских работников поликлиник, районных больниц и станций скорой помощи. Меньше всех удовлетворены отношениями с пациентами медики, занятые на станциях скорой помощи.

Выявлено заметное повышение удовлетворенности отношениями с руководством при включении в договор показателей по эффективному контракту, которое остается устойчиво значимым и при учете факторов региона занятости, должностной позиции за исключением ММП, занятости в поликлиниках.



Ухудшение оценок отношений с пациентами в определенной мере связано с представлениями медицинских работников о причинах возросшей требовательности пациентов к качеству медицинской помощи. Выявлено, что при рассмотрении в качестве таковых возросшей критики и нападок на медиков в СМИ, а также повышенной напряженности и неудовлетворенности жизнью в обществе снижаются оценки удовлетворенности отношениями с пациентами. Указанные медиками причины являются, согласно их собственным представлениям, преобладающими и устойчивыми факторами возросшей требовательности пациентов к качеству медицинской помощи (табл. 4.2).

*Таблица 4.2.* Представления медицинских работников о причинах роста требовательности пациентов к качеству медицинской помощи в зависимости от года опроса (%)

Причины	Годы опроса			
	2013	2014	2016	2018
Возросшая критика и нападки на медиков в средствах массовой информации	63	67	61	62
Повышенная напряженность и неудовлетворенность жизнью в обществе	53	46	67	56
Под влиянием Интернета. В Интернете каждый может найти любую информацию	45	47	54	59
Пациенты думают, что медики стали более обеспеченными людьми	39	41	28	27
Люди в условиях рынка стали больше дорожить своим здоровьем	20	29	20	22
<i>Количество ответивших</i>	<i>4190</i>	<i>1433</i>	<i>1168</i>	<i>1690</i>

То, что большая часть медиков связывает повышение требовательности пациентов к качеству медицинской помощи с агрессивностью СМИ и напряженностью в обществе, а не с самими пациентами, их стремлением укреплять свое здоровье, не может не вызывать тревоги. За такими представлениями может скрываться желание переложить ношу ответственности за здоровье человека на внешние контекстуальные факторы. Чтобы более детально разобраться с данной проблемной ситуацией, рассмотрим данный вопрос более детально посредством обращения к ответам различных категорий медицинского персонала в динамике (табл. 4.3).

В целом иерархия причин возросшей требовательности пациентов к качеству медицинской помощи не имеет существенных различий у разных категорий медиков. Некоторые отличия выявлены только в ответах ММП, которые чаще, чем врачи и СМП, указывают на большую ценность здоровья людей как фактор возросшей требовательности. Врачи чаще других указывают на роль внешних контекстуальных факторов (напряженность в обществе и неудовлетворенность жизнью, агрессивность СМИ и роль Интернета).

*Таблица 4.3. Причины возросшей требовательности пациентов к качеству медицинской помощи в оценках различных категорий сотрудников медицинских организаций (%)\**

С чем прежде всего связана возросшая требовательность пациентов к качеству медицинской помощи?	Годы опроса					
	2016			2018		
	Врачи	СМП	ММП	Врачи	СМП	ММП
Это связано с повышенной напряженностью и неудовлетворенностью жизнью в обществе	70	65	54	57	56	49
Это происходит под влиянием возросшей критики и нападок на медиков в средствах массовой информации	68	58	29	69	56	42
Это происходит под влиянием Интернета, где каждый может найти любую информацию	55	55	37	59	62	47
Пациенты думают, что медики стали более обеспеченными людьми	24	35	26	26	31	26
Люди стали больше дорожить своим здоровьем	15	22	42	18	24	31
Другое	1	1	1	1	1	1

Еще в меньшей степени различаются мнения по поводу причин возросшей требовательности пациентов в зависимости от того, в каких медучреждениях работают респонденты. Работники всех учреждений на первое место ставят негативное отношение общества в целом, находящее свое выражение в агрессивной риторике средств массовой информации. Среди работников скорой помощи это общее мнение дополняется особенно часто распространенным убеждением в том, что фактором роста претензий пациентов является их убежденность в высоких

заработках работников скорой помощи (это мнение здесь встречается в 1,5 раза чаще, чем в среднем, по данным 2014 и 2016 гг.). В 2018 г. различия не оказались существенно значимыми.

Таким образом, агрессивность СМИ в нападках на медицину, легкость получения информации о процессах лечения и медицинских препаратах в Интернете, а также повышенная напряженность и неудовлетворенность жизнью в обществе составляют, по мнению медиков, основные причины роста требовательности пациентов.

Оценки врачами отношений с пациентами показывают, что к основным факторам неудовлетворенности ими относятся хамство и грубость пациентов, невыполнение предписанных рекомендаций, безответственное отношение к своему здоровью (табл. 4.4).

*Таблица 4.4.* Факторы неудовлетворенности врачей отношениями с пациентами (%)

	<b>2016</b>	<b>2018</b>
Хамство и грубость в отношении к медицинским работникам	80	71
Невыполнение предписанных рекомендаций	66	54
Безответственное отношение к своему здоровью	55	48
Недоверие к бюджетной медицине	33	31
Бравада информированностью по поводу своего заболевания	19	23
Завышенные ожидания к возможностям врача	19	21
Неготовность к совместным усилиям по выработке согласованных решений по лечению	25	19
Неготовность покупать более дорогостоящие, но эффективные лекарства	12	14
Неготовность оплатить хорошее обследование	4	8
Сверхтрепетное отношение к своему здоровью	7	7
Неготовность оплатить врачу оказанные дополнительные услуги	2	2

При отсутствии существенных различий между врачами из разного типа лечебных учреждений следует отметить более частые указания (по данным 2018 г.) на хамство и грубость пациентов врачами, работающими в городских больницах (75%), и указания на невыполнение пациентами предписанных рекомендаций (66%) врачами, работающими в областных больницах.

Факторный анализ позволил более тщательно посмотреть на роль проявлений неудовлетворенности. Проведенный факторный анализ по методу главных компонент с вращением Варимакс по данным 2016 и 2018 гг. позволил выявить три воспроизводимых фактора. Первый фактор, основанный на высоком уровне корреляции с признаками хамства и невыполнения предписанных рекомендаций, можно назвать фактором *пациента* — «недисциплинированного хама». Второй фактор образован на основе сильных связей с признаками: «неготовность оплатить хорошее обследование» и «неготовность покупать более дорогостоящие, но эффективные лекарства», «неготовность оплатить врачу оказанные дополнительные услуги». Он может быть назван фактором *пациента* «*бесплатника*» (ориентированного только на бесплатные услуги). Третий фактор, основанный на сильных связях с признаками: «Сверхтрепетное отношение к своему здоровью», «Завышенные ожидания к возможностям врача», можно назвать фактором «*притязательного пациента*» (табл. 4.5).

*Таблица 4.5.* Концентрированные образы пациентов в оценках врачей по результатам факторного анализа проявлений неудовлетворенности отношений с ними после вращенного по методу Варимакс (информационная емкость факторов, %)

<b>Образы пациентов</b>	<b>2016</b>	<b>2018</b>
Недисциплинированный хам	23,9	21,2
Бесплатник	12,6	12,9
Притязательный	11,3	12,3
Совокупная объясненная дисперсия	47,8	46,4

Выявлено, что сложившиеся образы пациентов не зависят от уровня квалификации врачей, их стажа работы в здравоохранении. В большей мере они связаны с занятостью в разного типа медицинских учреждениях. На проявления недисциплинированности и хамства чаще указывают врачи областных больниц и городских поликлиник, реже врачи детских больниц и поликлиник, а также центральных районных больниц. На проявления ориентации пациентов исключительно на бесплатные услуги и лекарства чаще указывают врачи центральных районных больниц, на притязательность — врачи городских детских поликлиник.

## **5. Оценки медицинскими работниками положения дел в сфере здравоохранения и результатов внедрения эффективного контракта**

### **5.1. Сокращение персонала**

Одним из наиболее заметных процессов, связанных с изменениями в оплате труда, стало сокращение медицинского персонала, получившее в ряде случаев, например в Москве в 2014 г., резонансный характер. Как сами медики оценивают происходящие процессы сокращения, какое влияние состоявшиеся сокращения оказали на трудовую мотивацию медиков? Рассмотрим эти и другие вопросы на материалах исследований 2014, 2016 и 2018 гг.

В 2014 г. 16% респондентов указали, что в их медицинских учреждениях в течение последнего года происходило сокращение персонала с целью нахождения средств для повышения оплаты труда. В 2016 г. их доля выросла до 20%, но в 2018 г. снизилась до 13%. При этом значительная часть респондентов (27–30%) затруднялась ответить на этот вопрос. Преобладающая часть медицинских работников по-прежнему указывает, что никаких сокращений не было. Таким образом, сокращение персонала как источник средств для требуемого повышения зарплаты медицинским работникам применялось на практике в меньшей части медицинских учреждений. При этом данный процесс был нелинейным для разных типов медицинских учреждений.

В 2014 г., судя по оценкам респондентов, чаще всего о сокращении персонала говорили работники областных и городских больниц для взрослых (30 и 20% соответственно), а реже всего — поликлиник и станций скорой медицинской помощи (табл. 5.1). В 2016 г. на сокращения персонала намного чаще указывали уже работники центральных районных больниц и районных больниц (60 и 40% соответственно). В 2018 г. произошло заметное снижение указаний на сокращение персонала в ЦРБ и районных больницах (до 23 и 15% соответственно), и процессы сокращения медицинского персонала в разных типах медицинских учреждений стали выравниваться.

Динамика произошедших сокращений различалась в региональном разрезе (табл. 5.2). В Москве в 2014 г. и 2016 г. примерно одинаковые доли респондентов отметили сокращения персонала, а в 2018 г. их число заметно сократилось (с 23% в 2016 г. до 13%). В Воронежской области

доля респондентов, указавших на сокращения, за 2014–2016 гг. увеличилась в 4 раза, а в 2018 г. снизилась в 2 раза (с 21 до 10%). В отличие от этих двух регионов, в Вологодской области доля отметивших сокращение персонала постепенно увеличивалась (с 11% в 2014 г. до 16% в 2018 г.).

*Таблица 5.1.* Произошедшее, по оценкам медицинских работников, сокращение персонала в зависимости от типа лечебного учреждения (%)

Типы ЛПУ	Происходило ли в течение последнего года в Вашей организации сокращение персонала?								
	2014			2016			2018		
	да	нет	з/о <sup>1</sup>	да	нет	з/о	да	нет	з/о
Областная взрослая больница	30	48	22	17	48	35	18	60	22
Областная детская больница	3	71	26	— <sup>2</sup>	— <sup>2</sup>	— <sup>2</sup>	15	68	17
Городская взрослая больница	20	57	23	23	41	36	16	57	27
Городская детская больница	32	44	24	22	59	19	15	57	28
Городская взрослая поликлиника	9	55	36	16	51	33	11	59	30
Городская детская поликлиника	5	53	42	10	66	24	7	64	29
Центральная районная больница	17	64	19	60	14	26	23	45	32
Районная больница	0	61	39	40	30	30	15	59	26
Станция (отделение) скорой медицинской помощи	1	78	21	10	64	26	8	66	26
<i>В целом</i>	<i>16</i>	<i>57</i>	<i>27</i>	<i>20</i>	<i>50</i>	<i>30</i>	<i>13</i>	<i>59</i>	<i>28</i>

*Примечания.*

<sup>1</sup> з/о – затруднились ответить.

<sup>2</sup> Не участвовали в опросе в 2016 г.

Ожидаемыми последствиями сокращения медицинского персонала являются изменения в размерах заработной платы и объемах работы (табл. 5.3). Можно ли утверждать, что замеченные медиками процессы сокращения стали здесь весомым фактором изменений в заработной плате?

По данным 2014 и 2016 гг., наиболее заметным следствием состоявшихся сокращений стало увеличение объемов работы при незначительном увеличении размера зарплаты. Медицинские работники, отмечавшие факт сокращений, указывали на это значимо чаще, чем остальные (затруднившиеся с ответом либо сказавшие, что сокращений не было). В 2018 г. заметно меньшие доли медиков указали на незначительный рост

*Таблица 5.2.* Доля медицинских работников, указавших на имевшее место сокращение персонала в их медицинских учреждениях в зависимости от региональной принадлежности (% по каждому обследованному региону)

Регионы	Происходило ли в течение последнего года в Вашей организации сокращение персонала?								
	2014			2016			2018		
	да	нет	з/о	да	нет	з/о	да	нет	з/о
Москва	25	41	34	23	40	37	15	58	27
Воронежская обл.	5	72	23	21	55	24	10	65	25
Вологодская обл.	11	63	26	15	55	30	16	53	31

*Таблица 5.3.* Оценки медицинскими работниками изменений в размерах заработной платы и объемах выполняемой работы в зависимости от происшедшего сокращения персонала (%)

Оценки изменений	Происходило ли в течение последнего года в Вашей организации сокращение персонала?								
	2014			2016			2018		
	да	нет	з/о	да	нет	з/о	да	нет	з/о
Заметно увеличились и объем работы, и размер зарплаты	8	10	8	8	16	10	19	27	14
Объем работы заметно вырос, а размер зарплаты увеличился незначительно	78	66	72	84	68	76	64	47	63
Объем работы не изменился, зарплата несколько выросла независимо от него	12	24	20	8	16	14	17	26	33
<i>Всего</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

зарплаты при заметном увеличении объема работы, но таких по-прежнему было существенно больше среди респондентов, отметивших сокращения медицинского персонала. А вот на увеличение и объемов работы, и размера зарплаты чаще других, как и в прошлые годы исследований, указывали те медицинские работники, которые не заметили процесса сокращения (27 и 19%). Таким образом, сокращение медицинского персонала не способствовало позитивным (в оценках медиков) изменениям в соотношении размеров зарплаты и объемов работы.

Негативная взаимосвязь зафиксирована между оценками изменений в личном отношении к труду и оценками процесса сокращений. На его улучшение указывает существенно меньше, а на ухудшение — в 2 раза больше медицинских работников, заметивших процесс сокращения персонала в своей медицинской организации (табл. 5.4).

Таблица 5.4. Оценки медицинскими работниками изменений в личном отношении к труду в зависимости от происходившего сокращения персонала (%)

Оценки изменений в личном отношении к труду	Годы опроса								
	2014			2016			2018		
	Происходило ли в течение последнего года в Вашей организации сокращение персонала?								
	да	нет	з/о	да	нет	з/о	да	нет	з/о
Улучшилось	17	27	25	18	26	17	24	40	26
Не изменилось	59	64	61	55	61	66	54	52	60
Ухудшилось	24	9	14	27	13	17	22	8	14
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Нельзя утверждать, что более низкие оценки изменений в личном отношении к труду сложились непосредственно под влиянием произошедших процессов сокращения, но последние играют здесь весомую роль. Это подтверждается устойчивостью данных по годам исследований, особенно заметных применительно к врачам, среди которых на ухудшение в личном отношении к труду указывают почти в 2 раза, а по данным 2018 г. уже почти в 3 раза чаще при замеченном факте сокращения медицинского персонала.

По данным 2018 г., как и по ранее проводимым исследованиям (2014, 2016 гг.), не выявлены признаки позитивного воздействия проведенных сокращений на рост трудовой отдачи и улучшение отношения к труду медицинских работников. О различиях можно говорить лишь применительно к ММП. Среди тех представителей ММП, кто отмечал факты сокращения персонала в организации, в 3 раза чаще выражается готовность работать гораздо лучше (15 и 5%). Впрочем, у тех, кто затруднился с ответом, она еще выше — 26% (табл. 5.5). Врачи и СМП, очевидно, оказались под более сильным воздействием условий эффективного кон-



тракта, стали работать с большей отдачей и уже реже могут работать еще лучше под влиянием сокращений персонала.

Таблица 5.5. Оценка готовности работать лучше в зависимости от происшедшего сокращения персонала (%), данные 2018 г.

Станете Вы работать больше и лучше, если Вам повысят оплату труда, увязав ее с личным трудовым вкладом?	Должностная категория								
	Врачи			СМП			ММП		
	Происходило ли в течение последнего года в Вашей организации сокращение персонала?								
	да	нет	з/о	да	нет	з/о	да	нет	з/о
Нет, так как сейчас работаю на высоком уровне качества и результативности	62	70	61	66	75	68	52	64	47
Да, мог бы работать несколько лучше, чем сейчас	28	22	29	25	15	23	33	31	28
Да, мог бы работать гораздо лучше, чем сейчас	10	8	10	9	10	9	15	5	26
<i>Всего</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Более выраженная связь установлена между отмечаемыми фактами сокращений и оценками перспективы быть уволенным. Замеченная ситуация с сокращениями персонала в организации приводит к росту неуверенности в собственной занятости. Это характерно как для врачей, так и для СМП (табл. 5.6).

Доля врачей и представителей СМП, для которых, по их оценкам, реален риск потери работы, среди отметивших факты сокращения персонала, почти в 2 раза выше по сравнению с теми, кто указал на отсутствие сокращений. Соответственно, по врачам – 18% и 10%, по СМП – 32% и 17% (по данным 2016 г.). Возможно, что, столкнувшись с ситуацией сокращения коллег по работе, медицинские работники испытывали больший страх по отношению к занятости. По данным 2018 г., подобные различия характерны только для СМП. У врачей эти различия оказались незначимыми. Только лишь по отрицательным ответам (не боятся потерять работу) можно утверждать о том, что врачи, заметившие сокращение персонала в организации, реже говорят о своей уверенности в занятости по сравнению с теми, кто не отметил фактов сокращения (21 и 37%).

Таблица 5.6. Оценка риска потери работы врачами и СМП в зависимости от происшедшего сокращения персонала (%), данные 2016 и 2018 гг.

Реален риск потери работы?	2016						2018					
	Врачи			СМП			Врачи			СМП		
	Происходило ли в течение последнего года в Вашей организации сокращение персонала?											
	да	нет	з/о	да	нет	з/о	да	нет	з/о	да	нет	з/о
Да	18	10	8	32	17	12	9	8	11	27	12	14
Скорее да	29	11	17	17	14	10	14	8	11	13	12	12
Скорее нет	31	37	38	21	28	40	44	37	36	20	23	34
Нет	11	31	20	14	31	22	21	37	21	26	39	20
Затруднились ответить	10	11	17	15	10	16	12	10	21	14	14	20
<i>Всего</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
Коэффициент Крамера	0,179			0,196			0,146			0,162		

Следует добавить, что врачи, указавшие на риск потери работы, имеют более высокий уровень квалификации и более высокую оплату труда, чем те, кто не рискует, по их оценкам, потерять работу. То есть положительная связь между происходящими сокращениями и оценками риска потери работы свойственна врачам с более высоким ресурсным потенциалом. При этом здесь отсутствует влияние возрастного фактора.

Итак, произошедшие сокращения стали реальным стрессовым фактором для всех категорий медицинских работников, особенно для врачей, но не стали фактором ни роста зарплаты, ни большей мотивированности к труду по сравнению с теми, кто не заметил сокращения либо затруднился ответить на вопрос о сокращениях.

## 5.2. Оценки положения дел в сфере здравоохранения

Становится заметным положительное влияние ситуации с внедрением эффективного контракта на оценки положения в сфере здравоохранения. По данным 2018 г., в сравнении с предыдущими годами исследований существенно снизилась доля врачей, оценивающих его как кри-

тическое (с 46% в 2016 г. до 27% в 2018 г.). В 2 раза увеличились его оценки как стабильного и вселяющего оптимизм (рис. 5.1).

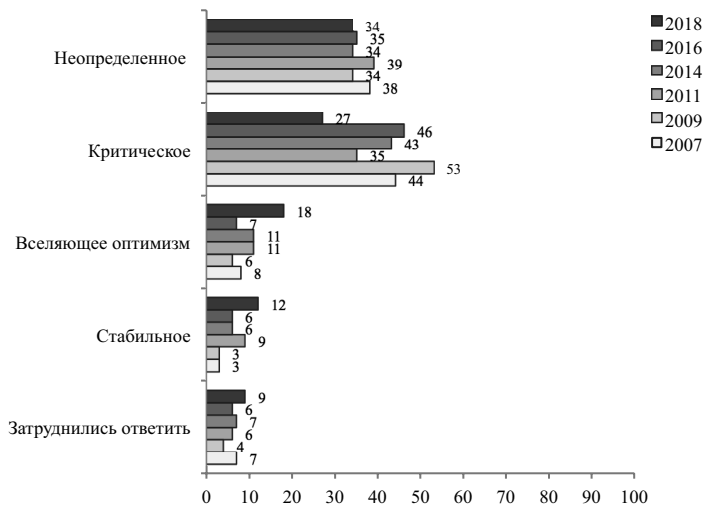


Рис. 5.1. Динамика оценок врачами текущего положения в сфере здравоохранения в России (%)

Выявленные тенденции характерны для всех категорий медицинского персонала за исключением главных врачей, которые во все годы давали более оптимистические оценки положению в здравоохранении. Однако оценка положения как неопределенного не только являлась стабильной для примерно одной трети медицинских работников, но и неразличимой у главврачей и остальных категорий. В оценках положения в зависимости от типа лечебного учреждения отличную от других позицию всегда занимали медицинские работники из станций скорой помощи. Они чаще других давали критические оценки. Даже в 2018 г., когда доля критических оценок существенно снизилась (до 27%), более половины респондентов, занятых на станциях скорой помощи, оценивали текущее положение в сфере здравоохранения как критическое.

На изменения оценок положения в сфере здравоохранения влияет размер получаемой зарплаты. Более высокая величина заработной платы способствует росту оптимистических оценок ситуации в здравоохранении. Эта зависимость проявляется у всех категорий медицинских работников, причем наиболее заметно у врачей (табл. 5.7).

Наиболее существенная связь оценок с размерами зарплаты наблюдается у врачей. Размер зарплаты оптимистически настроенных врачей оказался выше при критических оценках на 22 тыс. руб. Менее значимыми оказались различия у прочего персонала (16 тыс. руб.), малозначимыми у СМП (4,2 тыс. руб.). У представителей ММП самый высокий заработок наблюдается у тех, кто оценивает текущее положение как стабильное; превышение по сравнению с зарплатой респондентов с критическими оценками составило 7 тыс. руб.

*Таблица 5.7.* Размеры получаемой зарплаты при разных оценках текущего положения в сфере здравоохранения в России в 2018 г. (в среднем, тыс. руб.)

Категории медицинского персонала <sup>1</sup>	Оценки положения дел в сфере здравоохранения				
	Критическое	Стабильное	Вселяющее оптимизм	Неопределенное	Затр. отв.
Врачи (933) <sup>2</sup>	50,6	58,0	72,6	57,5	61,6
СМП (519)	34,2	35,2	38,6	30,9	32,1
ММП (191)	26,0	33,4	25,1	22,0	25,6
Прочие (351)	29,7	43,6	45,5	33,3	33,2

*Примечания.*

<sup>1</sup> Не указывается категория главврачей из-за ее малой численности.

<sup>2</sup> В скобках указывается количество ответивших.

Существенно повышает позитивные и снижает негативные оценки текущего положения в сфере здравоохранения факт заключения эффективного контракта и включение в трудовой договор критериев оценки эффективности деятельности работника (табл. 5.8).

По данным 2016 и 2018 гг., доля медицинских работников, придерживающихся оптимистического подхода к оценкам положения в здравоохранении, была всегда выше при факте заключения с ними эффективного контракта по сравнению с теми, кто не отмечал данный факт. В 2018 г. разница между ними возросла. При этом снижалась доля критических оценок. К еще более четким различиям в оценках приводит прописывание в трудовом договоре предусмотренных эффективным контрактом целевых показателей работы. Данная тенденция является устойчивой в отношении всех регионов, включенных в исследование.

Таблица 5.8. Оценки медицинскими работниками текущего положения в сфере здравоохранения в России в зависимости от факта заключения эффективного контракта и от уровня зависимости размера заработной платы от критериев оценки эффективности деятельности, включенных в контракт (%), данные 2016 и 2018 гг.

Оценки	2016					
	Заклучался ли с Вами в течение 2013–2016 гг. трудовой договор, о котором Вам говорили, что это и есть эффективный контракт?			Размер зарплаты зависит от достижения установленных эффективным контрактом целевых показателей Вашей работы?		
	Да	Нет	Затрудн. отв.	Значительно	Незначительно	Не зависит
Критическое	41	49	39	28	38	52
Стабильное	9	5	6	14	4	6
Вселяющее оптимизм	9	4	5	16	8	4
Неопределенное	34	39	33	37	40	41
Затрудн. ответить	6	3	17	6	9	7
<i>Всего</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
Оценки	2018					
	Заклучался ли с Вами в течение 2013–2018 гг. трудовой договор, о котором Вам говорили, что это и есть эффективный контракт?			Размер зарплаты зависит от достижения установленных эффективным контрактом целевых показателей Вашей работы?		
	Да	Нет	Затрудн. отв.	Значительно	Незначительно	Не зависит
Критическое	21	37	26	16	26	33
Стабильное	14	8	9	16	16	12
Вселяющее оптимизм	22	9	11	27	17	10
Неопределенное	31	36	32	30	32	34
Затрудн. ответить	12	10	21	11	9	11
<i>Всего</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

### **5.3. *Оценки результатов введения эффективного контракта***

Предложение респондентам оценить результаты введения эффективного контракта позволило выявить иерархию достигнутых результатов, значимых для каждой категории медицинских работников. На первые места вышли результаты, связанные с достижением прозрачности правил оплаты труда, укреплением трудовой дисциплины, повышением справедливости оплаты труда и заработной платы (табл. 5.15).

Самые высокие оценки результатов введения эффективного контракта дали главные врачи. Их понимание эффективного контракта как системы показателей и критериев оценки эффективности деятельности работника для назначения стимулирующих выплат нашло соответствующее воплощение в наибольшей оценке достигнутой прозрачности правил оплаты труда (3,92 балла по 5-балльной шкале). Врачи также присвоили самый высокий балл установленным благодаря эффективному контракту прозрачным правилам оплаты труда. Представители СМП и ММП на первое место поставили результаты укрепления трудовой дисциплины. И то и другое указывает на достижение результатов инструментального характера.

Повышение заработной платы и эффективности работы каждого медицинского работника оказались на четвертом и пятом местах в иерархии достигнутых результатов. Еще ниже оказались показатели, связанные с повышением качества медицинской помощи населению. Таким образом, терминально значимые характеристики результатов уступают инструментальным, что указывает на незавершенность внедрения эффективного контракта в медицинских организациях. На последних местах оказались результаты, связанные с оптимизацией кадровой ситуации в здравоохранении.

Установлено, что по всем учитываемым характеристикам результативности самые высокие оценки дали медицинские работники поликлиник, а самые низкие – станций скорой помощи.

Вместе с тем не выявлено каких-либо различий в оценках разными категориями медицинских работников фактов заметного повышения зарплаты в результате внедрения эффективного контракта. Только примерно каждый пятый из числа опрошенных в каждой категории отметил, что среди их коллег есть те, кто стал получать заметно больше в результате внедрения эффективного контракта; остальные либо затруднились с ответом (больше половины), либо сказали «нет» (табл. 5.9).

## Удалось повысить:

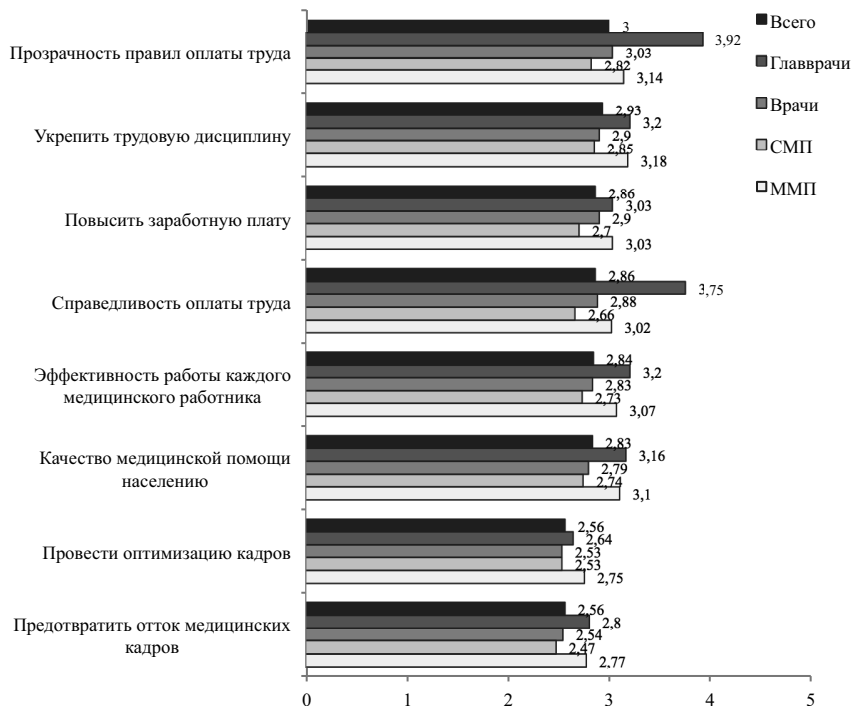


Рис. 5.2. Иерархия оценок результатов введения эффективного контракта в зависимости от принадлежности к категории медицинского персонала (индексы, минимум – 1, максимум – 5), 2018 г.

Выявлено, что среди тех медицинских работников, с которыми заключался эффективный контракт, доля утвердительных ответов существенно возрастает (28%). Выявленная тенденция в примерно равной мере характерна для всех должностных категорий и типов лечебных учреждений.

Все категории медицинских работников в преобладающем большинстве (70%) позитивно относятся к возросшей в результате внедрения эффективного контракта зарплате своих коллег. В наибольшей мере это характерно для ММП (84%), в меньшей степени для врачей (68%) – табл. 5.10.

Таблица 5.9. Оценки фактов заметного повышения зарплаты в результате внедрения эффективного контракта в зависимости от категории медицинского персонала, 2018 г. (%)

Есть ли среди Ваших коллег те, кто стал заметно больше получать в результате внедрения эффективного контракта?	Категории персонала			Всего
	Врачи	СМП	ММП	
Да	22	19	19	20
Нет	19	23	22	21
Трудно сказать	59	58	59	59
<i>Всего</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Таблица 5.10. Отношение к заметно возросшей зарплате Ваших коллег после внедрения эффективного контракта в зависимости от категории медицинского персонала, 2018 г. (% от числа отметивших повышение зарплаты коллег)

Как Вы относитесь к заметно возросшей зарплате Ваших коллег после внедрения эффективного контракта?	Категории персонала			Всего
	Врачи	СМП	ММП	
Считаю ее заслуженной	68	74	84	70
Это, скорее, результат успехов в «бумажной отчетности», чем в качестве работы	32	26	16	30
<i>Всего</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
<i>Количество ответивших</i>	<i>490</i>	<i>103</i>	<i>44</i>	<i>637</i>

Менее заметными оказались различия в зависимости от принадлежности к типу лечебного учреждения. Только медицинские работники станций скорой помощи более скептически относятся к суждениям о заслуженности зарплаты в результате введения эффективного контракта.

Доля считающих возросшую зарплату заслуженной возрастает при подтверждении факта заключения эффективного контракта (в среднем на 8%). Еще более заметной является разница в зарплате, в среднем на 15 тыс. руб. по сравнению с теми медицинскими работниками, которые придерживаются мнения, что это скорее результат успеха в бумажной отчетности (54%).

Насколько высока готовность медицинских работников к возможному неравенству в оплате труда в результате внедрения эффективного контракта? За снятие каких-либо ограничений в росте заработной пла-



ты выступает устойчивая, но небольшая по численности (28%) группа медицинских работников (табл. 5.11). Их равномерное распределение среди всех категорий медицинского персонала дополняется относительной равномерностью распределения и среди различных типов лечебных учреждений.

*Таблица 5.11.* Отношение к увеличению разницы в оплате труда медицинских работников при внедрении эффективного контракта в зависимости от категории медицинского персонала, 2018 г. (% от числа ответивших)

<b>Как Вы относитесь к увеличению разницы в оплате труда медицинских работников при внедрении эффективного контракта</b>	<b>Категории персонала</b>			<b>Всего</b>
	<b>Врачи</b>	<b>СМП</b>	<b>ММП</b>	
Разница в оплате труда достигла опасных пределов и должна быть остановлена	6	12	8	8
Разница должна расти, но чтобы оплата самых высокооплачиваемых не превышала размер зарплаты наименее оплачиваемых более чем в 3 раза	33	41	32	36
Можно допустить и пятикратный перевес заработной платы. Настоящие профессионалы должны получать хорошие деньги	33	19	31	28
Нельзя устанавливать никаких количественных ограничений в заработной плате	28	28	29	28
<i>Всего</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

За пятикратный перевес заработной платы чаще выступают врачи (33%), тогда как модальные группы СМП (41%), так же как и ММП (32%) допускают только трехкратный разрыв.

Характерно, что факт заключения эффективного контракта, так же как и включение в трудовой договор показателей эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат, не способствует преодолению ограничений в предполагаемом росте заработной платы. Тем не менее большая часть медицинских работников демонстрируют адекватное представление о содержании произошедшего повышения заработной платы работников при внедрении «эффективного контракта, то есть рассматривает его как попытку разработать эффективный инструмент повышения трудовой отдачи и качества работы (табл. 5.12).

Таблица 5.12. Содержательная оценка произошедшего повышения заработной платы медицинских работников при внедрении эффективного контракта, 2018 г. (% от числа ответивших)

По Вашему мнению, произошедшее повышение заработной платы медицинских работников при внедрении эффективного контракта – это:	Категории персонала			Всего
	Врачи	СМП	ММП	
Возврат долгов со стороны государства, которые оно накопило за годы либеральных реформ	7	5	10	7
Попытка разработать эффективный инструмент повышения трудовой отдачи и качества работы	60	48	48	55
Желание не отстать от общемировых тенденций повышения качества медицинского обслуживания	14	18	16	16
Желание руководства медицинских организаций успешно отчитаться перед вышестоящими органами	19	29	26	23
<i>Всего</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

В наибольшей мере адекватное и нормативно ожидаемое представление о произошедшем повышении заработной платы показывают врачи (60%), в меньшей степени СМП и ММП (по 48%). От последних чаще исходит представление, что это всего лишь желание руководства медицинских организаций успешно отчитаться перед вышестоящими органами (29 и 26% соответственно), тогда как среди врачей так считают 19%. С учетом занятости в разного типа организациях адекватное представление чаще других демонстрируют медицинские работники поликлиник (56%) и существенно реже – станций скорой помощи (29%).

В целом большинство медицинских работников (52%) положительно оценивают изменения, которые произошли с внедрением «эффективного контракта». Об изменениях в лучшую сторону чаще других говорят главврачи (74%), реже – СМП (43%) (табл. 5.13).

В зависимости от занятости в различных типах лечебных учреждений только работники станций скорой помощи в своем большинстве (62%) отмечают, что ничего не изменилось, а о позитивных изменениях сказали менее одной трети (31%). При заключении эффективного контракта положительные оценки произошедшим изменениям давались в 2 раза чаще в сравнении с теми медицинскими работниками, кто такой контракт не заключал (63 и 31%). Положительные оценки произошедших изменений сопровождаются высоким уровнем удовлетворен-

ности различными сторонами труда. У тех, кто дает положительные оценки произошедшим изменениям, существенно выше размер получаемой зарплаты (в среднем 58 тыс. руб. против 40 тыс. руб. среди тех медицинских работников, которые указывали, что ничего не изменилось либо — произошли изменения в худшую сторону).

Таблица 5.13. Оценки изменений в результате внедрения эффективного контракта в зависимости от принадлежности к категории медицинского персонала, 2018 г. (%)

Изменения	Категории персонала				
	Всего	Главврачи	Врачи	СМП	ММП
В лучшую сторону	52	74	57	43	48
В худшую сторону	6	0	6	8	6
Ничего не изменилось	42	26	37	9	46
<i>Всего</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Таким образом, большая часть врачей и примерно половина СМП и ММП положительно оценивают результативность введения эффективного контракта в целом.

В ходе опросов, проведенных в 2016 и 2018 гг., респондентов просили оценить результативность внедрения эффективного контракта не только с точки зрения условий труда медицинских работников, но и более широко — оценить возможности улучшения обслуживания населения в связи с происходящими преобразованиями.

С этой целью респондентам была задана серия вопросов об оценках отдельных достижений реформ — от повышения зарплаток медицинских работников до роста качества медицинской помощи населению (табл. 5.14). В исследовании 2016 г. формулировка вопроса была направлена на выявление позитивных ожиданий медицинских работников по отношению к возможным результатам<sup>20</sup>. В 2018 г. респондентам было предложено оценить уже достигнутые результаты<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> Формулировка вопроса в 2016 г.: «Насколько Вы согласны, что в результате внедрения эффективного контракта для медицинских работников *удастся* повысить качество медицинской помощи населению... и т.д. по всем оцениваемым параметрам?»

<sup>21</sup> Формулировка вопроса в 2018 г.: «Насколько Вы согласны, что в результате внедрения эффективного контракта для медицинских работников *удалось* повысить качество медицинской помощи населению... и т.д. по всем оцениваемым параметрам?»

Таблица 5.14. Соотношение ожиданий и результатов внедрения эффективного контракта в оценках медицинских работников (% ответов – полностью согласны)

В результате внедрения эффективного контракта	2016	2018	Разница в ответах
	удастся	удалось	
Повысить качество медицинской помощи населению	36	14	22
Повысить эффективность работы каждого медицинского работника	44	14	30
Укрепить трудовую дисциплину в медицинской организации	45	19	26
Повысить прозрачность правил оплаты труда медицинским работникам	47	23	24
Повысить справедливость оплаты труда медицинским работникам	49	18	31
Предотвратить отток медицинских кадров в другие медицинские организации	43	13	30
Провести оптимизацию кадров медицинской организации	29	11	18
Повысить заработную плату медицинским работникам	52	17	35

В предложенном списке возможных результатов внедрения эффективного контракта присутствуют весьма различные характеристики, отражающие и «внешние» эффекты (качество медицинской помощи), и «внутренние» эффекты, причем как на уровне конкретного учреждения (трудовая дисциплина), так и на уровне отрасли в целом (прозрачность оплаты труда).

Менее всего оправдались ожидания, связанные с повышением заработной платы, ее справедливости, а также с повышением эффективности работы каждого медицинского работника. В большей мере оправдались ожидания в отношении внешних эффектов (качество медицинской помощи, оптимизация кадров).

Можно было бы предположить, что медицинские работники поразному оценивают отдельные стороны реформы и что могут существовать различия в субъективных оценках отдельных результатов внедрения эффективного контракта. Однако эта гипотеза не подтвердилась. Факторный анализ ответов на вопросы об оценке результативности внедрения эффективного контракта в обоих исследованиях (2016 и 2018 гг.) показал, что все восемь выделенных характеристик группируются в один

фактор, который объясняет существенную долю вариации признаков (табл. 5.15).

*Таблица 5.15.* Результаты факторного анализа оценок результативности внедрения эффективного контракта (факторные нагрузки)

	<b>2016</b>	<b>2018</b>
Доля объясненной дисперсии	57%	63%
Повысить качество медицинской помощи населению	,778	,792
Повысить эффективность работы каждого медицинского работника	,773	,840
Укрепить трудовую дисциплину в медицинской организации	,729	,805
Повысить прозрачность правил оплаты труда медицинским работникам	,754	,784
Повысить справедливость оплаты труда медицинским работникам	,809	,826
Предотвратить отток медицинских кадров в другие медицинские организации	,749	,775
Провести оптимизацию кадров медицинской организации	,680	,718
Повысить заработную плату медицинским работникам	,784	,790

Таким образом, попытка структурирования оценок медицинскими работниками результатов внедрения эффективного контракта показала, что у медиков не сформировалась разносторонняя и многоплановая картина изменений, вызванных этой реформой. С одной стороны, это, очевидно, свидетельствует о плохой информированности работников здравоохранения о проводимых реформах, их незаинтересованности и отстраненности от происходящих перемен. С другой стороны, попытка конкретизации результатов внедрения эффективного контракта, а не просто общая оценка изменений «в лучшую/ худшую сторону» делает ответы респондентов более обоснованными.

#### ***5.4. Региональные различия в оценке результатов введения эффективного контракта***

Уже было отмечено, что анализ общих для всех регионов данных показывает более сдержанные оценки конкретных результатов внедрения эффективного контракта в 2018 г. по сравнению с 2016 г. (табл. 5.14). По-

сколько факторный анализ указал на наличие единого общего признака, который описывает изменение всей совокупности субъективных оценок респондентами изменений в результате введения эффективного контракта, для подробного анализа региональных различий был построен соответствующий обобщающий показатель – «комплексная оценка результатов введения эффективного контракта»<sup>22</sup>. Как видно на рис. 5.3, ухудшение оценок результатов внедрения эффективного контракта наблюдается во всех регионах обследования, но особенно сильно – в Вологде. Отметим при этом, что в 2018 г. субъективные мнения московских и воронежских медиков практически не различаются, хотя Москва по многим параметрам реформирования здравоохранения заметно опережает остальные регионы.

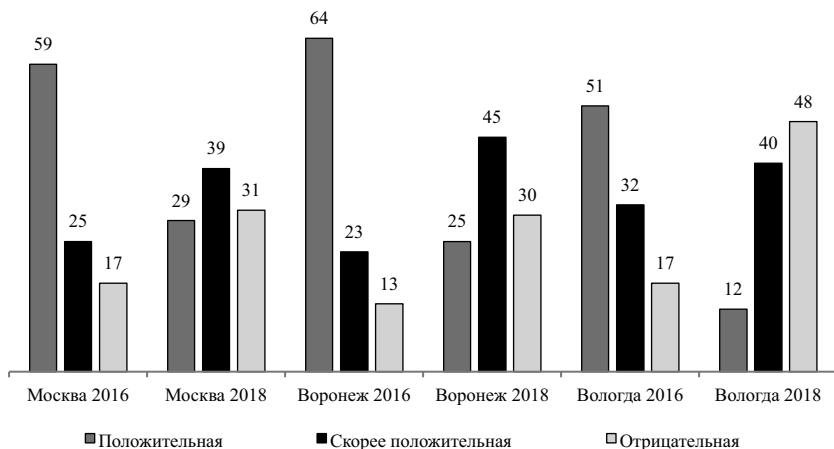


Рис. 5.3. Комплексная оценка результатов внедрения эффективного контракта

<sup>22</sup> Показатель «комплексная оценка внедрения эффективного контракта» рассчитывается как сумма ответов на 8 вопросов анкеты (список высказываний см. в табл. 5.14), затем перекодируется в три категории. Положительная оценка ставится в случае, если респондент, отвечая на 8 исходных вопросов, высказал согласие с приведенными высказываниями не менее 7 раз. Отрицательная оценка – ставится в случае, если не менее 7 раз респондент выразил несогласие с исходными высказываниями. В остальных случаях комплексная оценка кодируется как «скорее положительная» – отражает ситуацию, когда в большинстве случаев респондент выбрал позицию «частично согласен».

Шкала ответов на вопросы о результатах внедрения эффективного контракта «скошена» в положительную сторону, поскольку срединный ответ предполагает не нейтральную, а сдержанно положительную оценку. Поэтому именно заметное увеличение отрицательных ответов («совершенно не согласен» с наличием различных успехов внедрения эффективного контракта) подтверждает вывод об ухудшении восприятия результатов реформы в среде медицинских работников.

Полученные оценки, основанные на более подробном обсуждении с респондентами результатов внедрения эффективного контракта, ставят под сомнение выявленные положительные тенденции в общих оценках (рост доли ответов о том, что «ситуация развивается в лучшую сторону», снижение оценок текущего положения в отрасли как «критического»).

Конкретная реализация мероприятий по внедрению эффективного контракта, похоже, не вступает в конфликт со сложившимися ценностно-нормативными представлениями, но и не приводит к значимым положительным сдвигам, на которые все же были надежды. Наблюдаемое отсутствие значимых региональных различий комплексных оценок результатов внедрения эффективного контракта (при наличии экспертных оценок о существенно разных темпах изменений в организации оплаты труда медицинских работников в исследуемых регионах позволяет сделать вывод о том, что влияние перехода к эффективному контракту с медицинскими работниками на результативность работы медицинских организаций и региональных систем здравоохранения пока остается слабым.

## **Заключение**

Проведенное исследование позволяет сделать следующие главные выводы:

1. Произошедшие изменения в условиях оплаты труда медицинских работников в целом соответствуют целям введения эффективного контракта. Вместе с тем внедрение эффективного контракта затронуло лишь часть медиков: заключение эффективного контракта замечено половиной респондентов.

2. Результаты опроса 2018 г. показывают наличие существенных расхождений между оценками средней зарплаты медицинских работников, рассчитанными по данным, сообщенным его участниками, и офици-

альными отчетными показателями о средних размерах зарплаты медиков в обследованных регионах.

Данные опроса не подтверждают получившего распространение в СМИ мнения о том, что за средними показателями заработной платы медиков скрываются очень большие различия в размерах получаемой зарплаты. Выявлена умеренная по размерам дифференциация оплаты труда врачей, работающих в одготипных организациях в одном и том же регионе, — от 1,7 до 3,2 раза.

3. Эффективный контракт изменил роль факторов, определяющих размер зарплаты медиков: роль квалификации стала меньше, чем роль объема выполняемой работы и оценочных показателей; роль отношений с руководством в формировании размера зарплаты уменьшилась. Это позволяет сделать предварительный вывод о замещении в процессе внедрения эффективного контракта традиционных, статичных по характеру факторов, определявших уровень зарплаты, новыми, динамичными факторами.

4. Выявлена существенная разница (в среднем 19%) в размерах получаемой зарплаты у врачей, которые ощущают и не ощущают зависимость размера заработной платы от установленных эффективным контрактом показателей. Это указывает на значимую роль достигнутой связи заработной платы и показателей эффективного контракта.

5. Удовлетворенность медицинских работников размерами оплаты труда и правилами вознаграждения в 2018 г. существенно возросла по сравнению с 2016 г. Но результаты влияния факта заключения эффективного контракта на характеристики удовлетворенности трудом остаются пока менее значимыми в сравнении с влиянием на удовлетворенность трудом субъективных оценок связи размера заработной платы с целевыми показателями эффективного контракта. Из этого следует, что важнейшим объектом управления является уровень прозрачности правил определения размера заработной платы на основе показателей и критериев эффективного контракта.

6. По данным исследований 2013–2018 гг., врачи стабильно высказываются за существенное повышение доли базовой части в получаемой зарплате до уровня 65–70%. Это выше, чем предлагаемое Минздравом России минимальное значение гарантированной части зарплаты медицинских работников — 55% [Президент Российской Федерации, 2019]. При этом желаемая доля базовой части немного снизилась в 2018 г., что



может свидетельствовать о возрастании роли стимулирующих надбавок, позволяющих зарабатывать больше.

7. Заключение с медицинскими работниками эффективного контракта (прежде всего с врачами и СМП) и в еще большей мере установление связи целевых показателей эффективного контракта с размерами заработной платы способствуют:

- получению более высокой заработной платы;
- повышению удовлетворенности определяющими сторонами труда (размером заработной платы, условиями для повышения квалификации, правилами вознаграждения за высокие результаты труда);
- изменению оценок положения в сфере здравоохранения в пользу более позитивных.

8. Анализ реального участия медицинских работников в дополнительной оплачиваемой работе показал, что по данным 2014 и 2016 гг., примерно 2/3 из них нигде не работали помимо занятости по месту основной работы, а в 2018 г. их доля возросла до 71%. Те же, кто вовлечен в дополнительную работу, чаще всего работают в своей медицинской организации. Для большинства опрошенных медицинских работников характерна занятость на одну полную ставку. Вторичная занятость медицинских работников уменьшилась.

9. Модальной остается категория занятых с продолжительностью рабочего времени более 42 часов в неделю. Но с определенной осторожностью можно утверждать о динамике снижения времени переработок (более 41 часа).

Оценки медицинскими работниками степени их загрузки остаются примерно на одном и том же уровне: четверть медицинских работников считает себя предельно перегруженными, а еще почти половина очень перегруженными, на все 100%.

10. Указание на заметный рост объема работы при незначительном увеличении размера зарплаты являлось модальным ответом во всех опросах до 2018 г. Однако в 2018 г., впервые с того момента, когда стал задаваться такой вопрос, был зафиксирован слом устоявшейся тенденции. В 2 раза возросло число тех, кто отмечает одновременный рост и объема работы, и размера зарплаты.

11. Наблюдается позитивная тенденция увеличения затрат времени у врачей на общение с пациентами и снижения на оформление документов. В наибольшей степени это характерно для врачей поликлиник. Тенденция к снижению затрат на работу с документами посредством их

перевода в электронные формы приносит первые зримые результаты, проявляемые в росте удовлетворенности и готовности работать лучше.

12. Исследование 2018 г., как и проведенные ранее, в период с 2007 по 2014 г., исследования трудовой мотивации медицинских работников свидетельствуют об устойчивом эффекте полимотивации у медиков. Тройку наиболее значимых определяющих мотивов к труду образуют деньги (возможности их заработать в данных сложившихся условиях), профессионализм (профессиональный интерес к работе) и альтруизм (сострадание и помощь больному). По сравнению с предыдущими годами, в 2018 г. существенно возросла роль мотива гарантированной занятости, который занял третье место в иерархии значимости. Его возвышение может быть связано как с возросшим страхом потерять работу, так и с повышением ее ценности при условии более высокой оплаты и комфортности условий труда.

13. Готовность повысить интенсивность своего труда при условии увязки оплаты труда с личным трудовым вкладом различается для разных категорий медицинского персонала. Не выявлено существенных различий в готовности работать лучше и больше у врачей и СМП, но вот главврачи отличаются максимальным уровнем уверенности, что они уже сейчас работают на высоком уровне качества и результативности (87%), а представители ММП – максимальным уровнем работать гораздо лучше, чем они это делают сейчас.

14. В период 2014–2018 гг. замечен последовательный процесс снижения удовлетворенности отношениями с пациентами у врачей и среднего медицинского персонала среди медицинских работников поликлиник, районных больниц и станций скорой помощи. Менее всех удовлетворены отношениями с пациентами медики, занятые на станциях скорой помощи. Это не может не вызывать тревоги.

Агрессивность СМИ в нападениях на медицину, легкость получения информации о процессах лечения и медицинских препаратах в Интернете, а также повышенная напряженность и неудовлетворенность жизнью в обществе составляют, по мнению медиков, основные причины роста требовательности пациентов.

Сложившиеся образы пациентов не зависят от уровня квалификации врачей, их стажа работы в здравоохранении. В большей мере они связаны с занятостью в разного типа медицинских организациях. На проявления недисциплинированности и хамства чаще указывают врачи областных больниц и поликлиник, реже врачи детских больниц и поли-

клиник, а также центральных районных больниц. На притязательность пациентов чаще указывают врачи городских детских поликлиник.

15. Одним из наиболее заметных процессов, связанных с внедрением эффективного контракта, стало сокращение медицинского персонала с целью нахождения средств для повышения оплаты труда. Но оно применялось в меньшей части медицинских учреждений. При этом не выявлены признаки позитивного воздействия проведенных сокращений на рост трудовой отдачи и улучшение отношения к труду медицинских работников. О различиях можно говорить лишь применительно к ММП. Среди тех представителей ММП, кто отмечал факты сокращения персонала в организации, в 3 раза чаще выражается готовность работать гораздо лучше.

16. Становится заметным положительное влияние ситуации с внедрением эффективного контракта на оценки положения в сфере здравоохранения. По данным 2018 г., в сравнении с предыдущими годами исследований существенно снизилась доля врачей, оценивающих его как критическое (с 46% в 2016 г. до 27% в 2018 г.). В 2 раза увеличились его оценки как стабильного и вселяющего оптимизм. По данным 2016 и 2018 г., доля медицинских работников, придерживающихся оптимистического подхода к оценкам положения в здравоохранении, была всегда выше при факте заключения с ними эффективного контракта по сравнению с теми, кто не отмечал данный факт.

17. В оценке результатов введения эффективного контракта врачи на первое место ставят установленные благодаря эффективному контракту прозрачные правила оплаты труда. Представители СМП и ММП на первое место поставили укрепление трудовой дисциплины. И то и другое указывает на достижение результатов инструментального характера. Повышение заработной платы и эффективности работы каждого медицинского работника оказались на четвертом и пятом местах в иерархии достигнутых результатов. Еще ниже оказалось повышение качества медицинской помощи населению. Таким образом, терминально значимые характеристики результативности уступают инструментальным, что указывает на незавершенность внедрения эффективного контракта в медицинских организациях.

18. Отмечая позитивные результаты внедрения эффективного контракта, медицинские работники в 2018 г. намного более сдержанно оценивают их по сравнению с позитивными ожиданиями в 2016 г. Доля полностью согласных *с наличием* достижений в реализации разных со-

ставляющих реформы в 2 и более раза уступает доле предполагавших в 2016 г *возможность* их достижения. Это свидетельствует о незавершенности начатых преобразований в системе оплаты труда и организации труда медицинских работников.

## Источники

*Брынза Н.С., Грозная А.Р.* Исследование системы трудовой мотивации врачей и среднего медицинского персонала ООО «Поликлиника консультативно-диагностическая имени Е.М. Нигинского // Университетская медицина Урала. 2016. № 2. С. 8–11.

*Донцов В.Г.* Дифференциация заработной платы медицинских работников для формирования мотиваций к полезному труду // Научные ведомости. Сер. «Медицина, фармация». 2014. № 11 (182). Вып. 26. С. 181–185.

*Золотовицкая Н.Г., Попович Л.Д., Светличная С.В.* Оценки эффективного контракта в здравоохранении глазами медицинских работников. Итоги социологического опроса. 2016. <<https://health-economics.hse.ru/data/2016/07/27/1118870677/опрос%20по%20эффективному%20контракту.pdf>>

*Калабина Е.Г.* Политика стимулирующей оплаты труда в бюджетных медицинских учреждениях // Вестник Омского университета. Сер. «Экономика». 2016. № 1. С. 120–128.

*Кадыров Ф.Н.* Мифы эффективного контракта // Менеджер здравоохранения. 2016. № 5. С. 57–88.

*Кузьминов Я.И., Попова С.А., Якобсон Л.И.* (отв. ред.) Эффективный контракт для профессионалов социальной сферы: тренды, потенциал, решения: экспертный доклад. М.: Изд. дом НИУ ВШЭ, 2017.

*Лапина Т.А., Зательмаер Е.И.* Организационно-методические основы внедрения эффективного контракта в бюджетных учреждениях здравоохранения // Вестник Омского университета. Сер. «Экономика». 2015. № 4. С. 143–148.

*Николаев В.Г.* Реформа российского здравоохранения и ценностные конфликты профессионализма // Журнал исследований социальной политики. Т. 13. № 4. С. 611–626.

*Министерство здравоохранения Российской Федерации.* Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2018 году и задачах на 2019 год. М., 2019.

*Правительство Российской Федерации.* Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждении-

ях на 2012–2018 годы. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р.

*Президент Российской Федерации.* Совещание по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения. 20 августа 2019 г. <<http://kremlin.ru/events/president/news/61340>>

*Путин В.В.* Строительство справедливости. Социальная политика для России // Комсомольская правда. 2012. 13 февраля.

*Романчук И.Г.* Оплата труда и мотивация медицинского персонала в условиях перехода на эффективный контракт // Управленческое консультирование. 2014. № 10. С. 95–101.

*Росстат.* Величина прожиточного минимума. <[http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/urov/vpm/proj-min.html](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/urov/vpm/proj-min.html)>

*Росстат.* Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за январь – сентябрь 2018 года. <[http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/trud/itog\\_monitor/itog-monitor05-18.html](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/itog_monitor/itog-monitor05-18.html)>

*Сибурин Т.А.* Мобилизация творческого потенциала врачебных кадров – стратегическое направление кадровой политики в здравоохранении // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный научный журнал. 2016. <<http://vestnik.mednet.ru>>

*Темницкий А.Л.* Изменения в мотивации труда врачей в условиях внедрения эффективного контракта // Социологические исследования. 2018. № 4. С. 90–102.

*Филатов В.Н., Кадыров Ф.Н., Югай М.Т.* Проблемы введения эффективного контракта в сфере здравоохранения: возможности и риски // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2014. Т. 6. № 1. С. 87–97.

*Шишкин С.В., Темницкий А.Л., Чирикова А.Е.* Стратегия перехода к эффективному контракту и особенности трудовой мотивации медицинских работников // Экономическая политика. 2013. № 4.

*Юдкевич М.* Контракты в академическом мире. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011.

## Приложение

*Таблица П1.* Характеристика реализованной выборки врачей  
обследованных медицинских учреждений по годам опроса (%)

	Годы опроса		
	2014	2016	2018
<b>Тип медицинского учреждения</b>			
Областная больница	21	6	10
Городская больница	28	27	24
Городская поликлиника	30	47	54
Районная больница	16	11	9
Станция скорой помощи	5	9	3
<b>Пол</b>			
Мужчины	36	30	27
Женщины	64	70	73
<b>Возраст</b>			
19–35 лет	24	22	29
36–49 лет	35	38	36
50 лет и старше	41	40	35
<b>Профессиональная категория</b>			
Высшая	34	33	33
Первая	26	30	22
Вторая	8	8	7
Нет категории	32	29	38
<b>Стаж работы в здравоохранении</b>			
До 15 лет	34	30	37
16–25 лет	25	30	26
26 лет и больше	41	40	37
Число опрошенных	673	671	936

*Препринт WP8/2019/02*  
*Серия WP8*  
*Государственное и муниципальное управление*

Шишкин Сергей Владимирович,  
Темницкий Александр Лазаревич

**Результативность введения эффективного контракта  
с медицинскими работниками**

Зав. редакцией оперативного выпуска *А.В. Заиченко*  
Технический редактор *Ю.Н. Петрина*

Отпечатано в типографии  
Национального исследовательского университета  
«Высшая школа экономики» с представленного оригинал-макета  
Формат  $60 \times 84 \frac{1}{16}$ . Тираж 106 экз. Уч.-изд. л. 5,3  
Усл. печ. л. 5,2. Заказ № . Изд. № 2317