

Динамика профессионального статуса врачей поликлиник в 2000-х годах

Дарья Присяжнюк

Среди социально-значимых профессий, традиционно привлекающих широкое общественное внимание, находится профессия врача: изменения в системе профессиональных отношений медиков все чаще становятся предметом не только политических и медийных дискуссий, но и академических исследований. Необходимость осмысления динамики профессиональной группы врачей наиболее остро проявляется с середины 2000-х годов, когда в России начинает реализовываться приоритетный национальный проект «Здоровье» (2006–2011), направленный на повышение качества и доступности первичной медицинской помощи. Концепция реформирования системы отечественного здравоохранения отталкивалась от предположения, что качественная модернизация отрасли становится возможна за счет таких факторов, как оптимизация управления в сфере, оснащение учреждений высокотехнологическим оборудованием и повышение престижа профессии врача [Направления, основные мероприятия... 2007]. Авторы государственной концепции

При подготовке статьи были использованы результаты, полученные в ходе проекта «Идеологии профессионализма в социальном государстве», выполненного в рамках Программы «Научный фонд НИУ ВШЭ» в 2012 году, грант № 12-05-0007.

предполагали, что дополнительные экономические стимулы для персонала смогут решить основные проблемы в сфере охраны здоровья, включая недостаточную укомплектованность поликлиник кадрами, распространение неформальных платежей – все то, что негативно влияет на доступность качественной медицинской помощи для пациентов.

К настоящему времени эффективность реформы здравоохранения 2000-х годов в России недостаточно рефлексирована на государственном уровне. В публикуемых российским правительством отчетах о результатах реализации национального проекта «Здоровье» фокус приходится на расходы по реформированию: объемы закупленного оборудования и потраченные финансовые средства [Катренко, 2012], при этом изменения социально-экономического положения ключевого персонала и престиж профессии врача остаются без должного анализа. Подобный подход к оценке комплексных процессов реформирования сферы здравоохранения скрывает ряд значимых для общества проблем трансформации профессиональной деятельности.

Важно помнить, что попытки государства улучшить условия труда медиков в 2000-х годах вызвали серьезный общественный резонанс. В СМИ появляются противоречивые сообщения, с одной стороны, о бедственном положении врачей, снижении престижа профессии, и о значительном повышении зарплат и росте квалификации медиков, с другой. В данной статье автор пытается понять процессы, происходящие в медицинском сообществе, и определить направления трансформации профессионального статуса врачей поликлиник – этого переднего края борьбы за здоровье граждан.

Профессиональный статус врачей рассматривается в нашем исследовании при помощи анализа его компонентов, концептуализированных в рамках неовеберинской традиции социологии профессий, то есть в терминах экономического, властного и культурного ресурсов [Романов, Ярская-Смирнова, 2008]. Экономический ресурс профессионального статуса выражается в показателях дохода и степени социальной защищенности, культурный – в социальном престиже профессии, властный – в уровне социального закрытия, автономии и саморегуляции профессиональных групп. Таким образом, в статье речь идет о том, насколько врачебному сообществу удалось укрепить свое материальное положение, независимость от внешних форм контроля и социальный престиж в условиях реформирования системы здравоохранения.

Для выявления динамики оплаты труда, удовлетворенности ее размером, показателей престижа профессии врача были использо-

ваны результаты массовых опросов медиков, проведенных в 2000-е годы в Москве, Саратове и ряде других регионов России¹, а также государственная статистика о реформировании здравоохранения. Рассмотрение стратегий коллективной мобилизации профессионального сообщества врачей, тактик укрепления профессиональных позиций и их социальных смыслов, формирующихся в повседневности врачей, стали возможными благодаря серии полуструктурированных интервью с медицинским персоналом поликлиник Саратова, а также представителями врачебных ассоциаций в Саратове и Москве (в 2008–2012 годах было проведено 47 интервью).

Теоретические перспективы исследования профессиональной группы врачей

Одним из наиболее перспективных подходов к исследованию профессиональных групп в последние десятилетия становится неевебрианская парадигма социологии профессий [Saks, 1999]. Она раскрывает профессионалов как агентов групповых и социальных изменений, которые, обладая экспертным знанием, стремятся удерживать монополистическую позицию на рынке труда и высокий статус группы, стараясь отгородиться от любого внешнего контроля, в том числе со стороны государства, бизнеса и гражданского общества. Процесс профессионализации в этой парадигме понимается как борьба за повышение трех компонентов статуса: экономического, властного и культурного ресурсов. Работая в рамках данного подхода, авторы фокусируются на проблеме трансформации медицинской власти и автономии профессиональных групп в результате политики менеджериализма [Сакс, Олсоп], процесса перераспределения властных отношений между представителями медицинской профессии [Castel, 2000], стратегиях укрепления позиций профессионалов [Кульман, 2007].

В условиях возрастающей нестабильности российского общества все больше отечественных исследователей обращаются к объяснительной модели профессионализма, разработанной в этой традиции социологии профессий. В настоящее время российское государство отдает часть своих полномочий другим агентам: рынку и инсти-

¹ Опросы врачей: «Медицинские учреждения и проблемы страхования» (Саратов, ЦСПГИ, 2004, N = 200; Опрос 1); «Особенности трудовой мотивации врачей и влияние на нее национального проекта “Здоровье”» (Саратов, НИСП, 2007, N = 320; Опрос 2), «Престиж профессии врача в российском обществе» (Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск, НИУ ВШЭ, 2011, N = 120; Опрос 3).

туда гражданского общества, а политическая риторика и процессы развития профессиональных отношений все больше ориентируются на западную деловую этику. Отечественные социологи, работающие в этой проблематике, рассматривают социальный статус врачей [Мансуров, Юрченко, 2011], социальную интеграцию и самоорганизацию профессионалов [Мерсиянова, Чешкова, Краснополянская, 2011; Халий, 2008], а также профессионализацию новых видов занятости [Iarskaia-Smirnova, Romanov, 2008].

В данной статье мы применяем неовеберрианскую парадигму социологии профессий к оценке профессионального статуса врачей поликлиник. Изначально мы обращаемся к процессам мезоуровня, отражаем объем каждого из ресурсов, которые имеются в распоряжении у врачей поликлиник, а также направления их изменений за годы реализации национального проекта «Здоровье». Далее анализ дополняется данными о микроуровневых практиках, к которым прибегает врачебное сообщество для укрепления своих позиций. Пристальное внимание к этим процессам позволяет в дальнейшем перейти на уровень более широких обобщений и оценить макроуровневые явления, в том числе трансформацию отношений между государством, профессионалами и обществом.

Экономический ресурс: углубление неоднородности врачебного сообщества

В условиях реформирования российской системы здравоохранения 2000-х годов наблюдается усиление дифференциации профессиональной группы врачей по социально-экономическому положению, проявившееся наиболее очевидно на уровне различных медицинских специализаций, типов лечебных учреждений и регионов России. Несмотря на государственную риторику об увеличении дохода врачей в результате реформы здравоохранения 2000-х годов, анализ межотраслевых различий в оплате труда свидетельствует о низкой заработной плате работников системы здравоохранения по сравнению с заработными платами представителей других профессиональных отраслей [Щербакова, 2008]. Согласно данным за 2007 год, среднемесячная начисленная зарплата в сфере охраны здоровья оказалась ниже соответствующего показателя по всем основным видам экономической деятельности [Российский статистический ежегодник... 2011].

Данные негосударственного лонгитюдного обследования домохозяйств «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» свидетельствуют о подобной тенденции.

За годы реализации национального проекта «Здоровье» сокращается число врачей, зарплата которых оказывается ниже прожиточного минимума с 21,8% в 2006 году до 15,25% в 2011 году. Наравне с этой позитивной динамикой усиливается дифференциация между средней зарплатой врачей и населения страны в целом: если в 2006 году среднемесячная заработная плата врачебного персонала составляла 61,3% от общероссийского показателя, то в 2011 году этот показатель снижается до 48,5% (см. табл. 1). Таким образом, реализация национального проекта «Здоровье» привела к некоторому увеличению экономического ресурса профессиональной группы врачей, при этом увеличивается доля врачебного персонала, чья зарплата остается ниже среднего показателя по стране.

Таблица 1

Соотношение средней зарплаты врачей и среднемесячной заработной платы по стране, 2006–2011 годы

Показатели средней зарплаты врачей	2006	2011
Средняя зарплата по стране по всем видам экономической деятельности (руб.)	10 633,9	28 020
Средняя зарплата врачей (руб.)	6516	13 603
В процентах к средней зарплате по стране	61,3%	48,5%
Количество респондентов	119	177

Среднемесячная зарплата работников здравоохранения, по данным Росстата, значительно выросла: с 2000-го (1371 руб.) по 2010 год (15 724 руб.). Однако ее рост неравномерен в разных секторах здравоохранения. Наиболее высокий показатель средней зарплаты характерен для государственных учреждений (18 407 руб. в месяц в 2010 году) и рыночного сектора здравоохранения (18 252 руб. в месяц в 2010 году) [Здравоохранение в России... 2011]. Заработная плата работников муниципальных медицинских учреждений растет значительно более слабыми темпами по сравнению с ростом зарплаты занятых в организациях других форм собственности. Относительный показатель заработной платы в муниципальных учреждениях снижается с 90,6% в 2000 году до 81,2% в 2010 году, хотя соответствующий показатель у работников других типов учреждений растет [Здравоохранение в России... 2011]. Таким образом, несмотря на усиление государственной риторики об экономическом стимулировании медицинского персонала муниципальных поликлиник, ре-

альные зарплаты работников в этих организациях в 2000-х годах остаются невысокими по сравнению с другими секторами занятости (см. табл. 2). Большинство сельских врачей, зарплата которых ниже соответствующего показателя у городских медиков, занято в муниципальном здравоохранении, что также является немаловажной причиной слабого роста заработной платы работников в этих учреждениях.

Таблица 2

Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников здравоохранения в организациях по формам собственности, РФ, %

	Годы			
	2000	2005	2009	2010
По формам собственности	В процентах к среднемесячной заработной плате в целом по здравоохранению			
Всего	100	100	100	100
Государственная	104,3	111,8	116,6	117,1
Муниципальная	90,6	87,6	83,0	81,2
Частная	111,8	115,9	104,7	116,1

Размер зарплаты работников здравоохранения неравномерно распределен и в региональном разрезе. В субъектах РФ с наименьшими показателями начисленной зарплаты работникам здравоохранения, степень относительной обеспеченности населения врачами оказывается наименьшей (например, в большинстве городов Уральского федерального округа). Характерна и обратная закономерность: в регионах с наибольшими показателями начисленной зарплаты относительная степень обеспеченности населения врачами – выше (например, в Санкт-Петербурге).

Рост зарплат в муниципальном секторе здравоохранения неоднороден и связан со специализацией врача. Различия в зарплате устанавливаются в тарифах на амбулаторно-поликлинические услуги фонда ОМС. Например, амбулаторный прием у терапевта в г. Саратове в 2012 году оплачивался в размере 127,8 руб. за пациента, что значительно ниже цены соответствующей услуги у эндокринолога (244,9 руб.) [Генеральное тарифное соглашение... 2011]. Изменения тарифной сетки на оказание медицинской помощи за годы реализации национального проекта «Здоровье» оказываются неравномерными для врачей разных специальностей. Например, тариф на прием у терапевта вырос с 2008 года по 2012 год на 34,2%, а цена соот-

ветствующей услуги врача-хирурга – на 48%¹ [Генеральное тарифное соглашение... 2007; То же, 2011] (см. табл. 3).

Таблица 3

Тарифы на амбулаторно-поликлинические услуги фонда ОМС Саратовской области

Название медицинской специальности	Тариф в 2008 году (руб.)	Тариф в 2011 году (руб.)	Рост цены, %
Терапевт	95,2	127,8	34,2
Эндокринолог	178,3	244,9	37,3
Невролог	108,7	149,2	37,2
Хирург	91,9	136,1	48,0
Уролог	79,4	109,2	37,5
Отоларинголог	76,6	105,0	37,0
Офтальмолог	61,1	83,7	36,9

Проведенное исследование позволяет подвергнуть критике транслируемое в СМИ мнение, что терапевты оказались в более привилегированном положении в условиях реформы здравоохранения 2000-х годов по сравнению с врачами-специалистами. Данные анкетного опроса 2007 года (опрос 2) свидетельствуют о более слабых возможностях терапевтов найти дополнительную или альтернативную занятость: 35,9% респондентов-специалистов и лишь 16,4% терапевтов подрабатывают в других медучреждениях. При этом терапевты значительно чаще (55,5% респондентов), чем врачи-специалисты (35,2% респондентов) заинтересованы в поиске дополнительного места работы.

Кроме того, реализация национального проекта «Здоровье» расширила арсенал неформальных практик повышения экономического ресурса в первую очередь для врачей-специалистов. В ходе реформы происходит оснащение муниципальных поликлиник высокотехнологическим оборудованием, обследование на котором формально бесплатно. В реальности пациенту нередко предлагается перечень «дополнительных услуг» для более точной постановки диагноза, а также предоставляется возможность пройти диагностику вне очереди за отдельную плату.

Терапевты оказываются исключенными из наиболее выгодных экономических стратегий, хотя у них есть некоторый типичный репертуар приемов, при помощи которых можно повысить свои дохо-

¹ При одинаковом затраченном времени на прием – в 12 мин.

ды на рабочем месте, не слишком рискуя. В основном они связаны с манипуляцией системой учета пациентов, например, один из наших собеседников сообщил: *«бывают приписки, но приходится стараться, чтобы как-то было похоже на правду»* (терапевт, муж., 70 лет). Подобная практика становится возможной, поскольку в процессе реформирования здравоохранения 2000-х годов установилась зависимость между размером зарплаты врачей и количеством принятых пациентов. Таким образом, врачам становится экономически выгодно прибегать к стратегии искусственного увеличения объемов работы.

Реализация национального проекта «Здоровье» незначительно увеличила экономический ресурс российских врачей. С одной стороны, уменьшилось количество медиков, зарплата которых была ниже величины прожиточного минимума, с другой – усилились диспропорции в социально-экономическом положении разных групп врачей. Расширение арсенала неформальных практик, направленных на повышение экономического ресурса, у врачей поликлиник выступает в качестве индикатора, свидетельствующего о неудовлетворенности их социально-экономическим положением. В ситуации реформы здравоохранения врачи поликлиник не обладают экономической монополией, позволяющей устанавливать цену на услуги, наличие которой является неотъемлемым атрибутом профессионализации в неовеберийской традиции социологии профессий.

Властный ресурс: усиление контроля над профессией врача со стороны государства и рынка

Врачебное сообщество в России остается агентом, который осуществляет то, что в неовеберийской перспективе обозначается как социальное закрытие профессии, то есть ограничение доступа к ней со стороны профанов и чужаков, поскольку контролирует содержание и программу обучения по медицинским специальностям, обеспечивая допуск к профессиональной деятельности. Несмотря на то, что государство устанавливает порядок присвоения врачам квалификационных категорий [Приказ Министерства здравоохранения... 2011], этот процесс осуществляется и контролируется профессиональной группой врачей. В последние годы государство пытается активно внедрить дополнительные меры контроля над деятельностью профессиональной группы врачей. В публичной сфере активно обсуждается одна из этих государственных стратегий – активное участие пациентских организаций в процессе принятия решения о медицинском профессионализме [Татьяна Голикова: пациентские

организации... 2011]. В 2000-е годы наблюдаются процессы трансформации представлений о пациентах, которые начинают восприниматься не как «больные», а как потребители медицинских услуг, «клиенты»: 43,5% респондентов-врачей заявляют о повышении требований к качеству медицинской помощи со стороны пациентов (опрос 1).

Внедрение специальных проверяющих комиссий для контроля над процессом прохождения квалификационных курсов обсуждается по нескольким причинам. На практике, как заявляют информанты, курсы повышения квалификации нередко оказываются формальными, так как зачастую их программа может быть сокращена до одного дня и сертификат может выдаваться автоматически. Врачи поликлиники могут вообще не проходить курсы повышения квалификации без риска быть уволенным: «*А кто тебя уволит? Ну уволит, а кто на твое место придет?*» (кардиолог, жен., 65 лет). Зарплата врача поликлиники, несмотря на реформирование системы здравоохранения, остается невысокой. В связи с этим увольнение врача сопряжено с рисками увеличения неукомплектованности медицинского учреждения.

Кодексы медицинской этики в РФ принимаются и формально контролируются медицинским сообществом. В России кодекс этики традиционно ассоциируется с клятвой Гиппократата, которая не имеет юридического статуса. На практике каждая медицинская ассоциация утверждает свой свод правил поведения. Этот факт усложняет процесс оценки деятельности медика, которая подвергается контролю не со стороны профессионального сообщества, как это происходит, например, в Западной Европе и США, а со стороны государства и только при нарушении врачом законов РФ.

Однако на микроуровне наблюдаются другие явления. Речь идет о наличии медицинского этоса, понимаемого как стиль жизни профессиональной группы, принятая в ней структура ценностей [Werner, 1992]. Это нечто большее, чем формальный свод правил и норм поведения. Это неформальные законы внутри медицинских учреждений, не описанные в нормативных документах, по которым врача оценивают как «настоящего профессионала» или «не самого лучшего врача». Работа до последнего пациента, умение выстраивать доверительные отношения и отсутствие передачи пациента другому специалисту при возможности лечения его самостоятельно отвечают требованиям неформальных профессиональных правил. Нарушение этих норм не влечет реального исключения из сообщества, но в крайних случаях приводит к символическому исключению.

Реформы в системе здравоохранения приводят к увеличению числа стандартов медицинской деятельности, находящей свое выражение в повышении отчетности перед государственными и негосударственными контролирующими органами. Первый приказ Министерства здравоохранения и социального развития о стандартах оказания медицинской помощи от 12 апреля 2008 года носил рекомендательный характер¹, тогда как новый нормативный акт, введенный в 2010 году², становится обязательным. К приказу прилагаются четыре таблицы регламентов. Изменение постановлений этого документа было установлено 1 апреля 2011 года, когда увеличилась и усложнилась система отчетности медицинских учреждений, формы для которой были опубликованы в восьми приложениях к приказу³. В исследовании последствий реформ, проведенном в 2007 году в Саратовской области, 82% респондентов-врачей отмечают повышение бюрократического контроля в процессе модернизации системы здравоохранения.

Возрастающее число проверяющих комиссий и рассогласование формальных правил и требований практики свидетельствуют о снижении степени автономии профессиональной деятельности. Однако данные полуструктурированных интервью показывают, что стандарты скорее связаны с отчетностью, нежели с реальной медицинской практикой, в рамках которой врачи чувствуют себя относительно свободно: *«Они мою работу проверить непосредственно никак не могут. Естественно, проверяется только документация»* (терапевт, жен., 65 лет). Таким образом, медицинская автономия смещается с макро- на микроуровень и реализуется в повседневной медицинской деятельности в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях. Почему российскому медицинскому сообществу не удастся поддерживать профессиональную автономию в результате реформ? Мы полагаем, что это обусловлено рядом причин. Во-первых, в ходе реализации национального проекта «Здоровье» наблюдается снижение доверия к врачебному сообществу. Согласно данным массового опроса 2011 года, 48% респондентов когда-либо сомневались в по-

¹ См.: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 128н от 15.04.2008 // Консультант // <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=76364>.

² См.: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 570н от 28.06.2010 // Российская газета. 06.10.2010 // <http://www.rg.ru/2010/10/06/medicina-dok.html>.

³ См. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 260н от 1.04.2011 // Российская газета. 18.05.2011 // www.rg.ru/2011/05/18/utratil-silu-dok.html.

ставленном им диагнозе [Врачом быть не модно?.. 2011]. Снижение доверия к врачебной профессии отмечается также в публикациях российских газет. В ходе нашего исследования было выявлено, что наблюдается трехкратное увеличение числа публикаций о врачебных ошибках в период реформирования системы здравоохранения 2000-х годов по сравнению с количеством соответствующих публикаций в дореформенные годы. Таким образом, врачебному сообществу слабо удастся реализовывать профессиональный проект, предполагающий поддержание позитивного образа своей группы в СМИ.

Во-вторых, российское врачебное сообщество слабо консолидировано по вопросу о формах и способах контроля над своей деятельностью. Во многом это связано с тем, что российские медицинские ассоциации недостаточно влиятельны и имеют ограниченные возможности защиты профессиональных интересов врачей. Медицинское сообщество не выработало единого мнения о способах регулирования в сфере охраны здоровья. На данных качественного контент-анализа и полуструктурированных интервью с представителями медицинских ассоциаций были выявлены три типа мнений о способах контроля над профессиональной деятельностью. Согласно первому из них, врачебное сообщество готово взять на себя функции по саморегуляции деятельности, которая оценивается как неотъемлемый атрибут дальнейшего реформирования здравоохранения. Вторая точка зрения предполагает необходимость ограничить саморегуляцию защитой врачебного сообщества от медицинских ошибок и исков. Третий тип мнений выступает за сохранение государственного контроля в сфере. Отсутствие единства внутри врачебного сообщества существенно ограничивает потенциал повышения властного ресурса профессиональной группы.

Культурный ресурс: снижение престижа или рост привлекательности профессии?

Растущая публичность профессионалов и распространение знаний, бывших ранее достоянием узкого круга экспертов, среди широких масс населения приводит к трансформации имиджа многих видов занятости: трудовая деятельность становится более открытой для внешнего контроля и критики со стороны общественности [Романов, Ярская-Смирнова, 2012. С. 12]. В связи с этим даже те профессиональные группы, которые в советский период являлись высокостатусными, вынуждены в настоящее время искать механизмы поддержания своего позитивного образа. В начале реализации национального проекта «Здоровье» врачам удавалось сохранить высокий показатель престижа профессии: по данным ВЦИОМ, в 2007–

2009 годах она занимает первое место в рейтинге видов занятости [Определены самые престижные профессии... 2007; Материалы опроса «Рейтинг удовлетворенности профессией»... 2009].

Массовые опросы, проведенные после 2009 года, отмечают падение престижа профессии врача. Согласно количественным данным 2011 года (опрос 3), повышение престижа профессиональной группы отмечает только 4,1% респондентов. 46,7% врачей, принявших участие в опросе, считают, что престиж профессиональной деятельности не изменился, а 48,4% указывают на его падение. Результаты опроса¹, предоставленного Комиссией Общественной палаты по охране здоровья в ноябре 2011 года, также свидетельствуют о снижении престижа профессиональной деятельности врачей [Врачом быть не модно?.. 2011], которое отметили 43% опрошенных граждан². Причины его падения объясняются в первую очередь недостаточной профессиональной подготовкой врачей (50%) и отрицательными человеческими качествами медиков (48%). Представители медицинского сообщества считают (опрос 3), что падение престижа профессиональной деятельности напрямую связано с низким уровнем зарплаты (73%) и негативным отношением к врачам, транслируемым в СМИ (49%). Таким образом, врачебному сообществу не удалось выработать эффективных механизмов поддержания позитивного публичного образа профессиональной группы.

Несмотря на снижение престижа медицинской деятельности, количество абитуриентов в медицинских вузах возрастает в последние годы. В 2010 году было подано 209 583 заявления от поступающих на медицинские специальности, а в 2011 году российские медицинские вузы получили 253 533 заявления, что на 21% выше показателей предыдущего года. Наиболее привлекательным для абитуриентов стал факультет «Лечебное дело», на который было подано более 82 тыс. заявлений [В России повысился... 2011]. Однако степень привлекательности различных специальностей высшего медицинского образования неодинакова. Стоматологическая практика становится более престижной для абитуриентов: процентное соотношение принятых студентов на этот факультет от общего числа принятых в год растет от 10,5% в 1995–1996 году до 13,5% в 2010–2011. Процентное соотношение числа принятых студентов на лечебный факультет к общему количеству принятых в год снижалось до 2005–2006 года, а в последующие годы начинает расти. Предполагаем, что

¹ Опрос населения, 2000 респондентов, общероссийская репрезентативная выборка.

² 19% респондентов отмечают сохранение высокого престижа профессии врача.

увеличение привлекательности отдельных медицинских специализаций связано с началом реализации национального проекта «Здоровье» и транслируемой государственной риторикой о повышении зарплат ряду врачебных специальностей.

Несоответствие между снижением престижа профессиональной деятельности врачей и увеличением количества абитуриентов в медицинских вузах позволяет предположить, что степень привлекательности врачебной практики неоднородна для разных групп медперсонала. Гипотеза подтверждается мнениями экспертов, согласно которым внутри профессиональной группы врачей выделяются медицинские специальности, которые обладают особо высоким уровнем престижа: хирургия (в особенности нейрохирургия), урология и гинекология. Наметившееся на сегодняшний день социальное расслоение в медицинском сообществе может привести к дальнейшей дезинтеграции медицинского персонала муниципальных поликлиник, что подрывает функционирование института государственной медицины и, как следствие, затрудняет оказание качественной и доступной медицинской помощи.

Таблица 4

Динамика численности студентов учреждений высшего профессионального (медицинского) образования РФ, 1995–2011 годы (на начало учебного года; тыс. чел.)¹

Число принятых студентов	Годы				
	1995/96	2000/01	2005/06	2009/10	2010/11
Принято студентов, всего	24,7	35,0	38,6	41,6	41,6
В том числе по специальностям:					
Лечебное дело	13,1	16,4	16,7	18,0	19,3
в процентах от общего числа студентов	53%	46,9%	42,3%	43,3%	46,4%
Педиатрия	4,8	6,0	5,7	6,3	6,5
в процентах от общего числа студентов	19,4%	17,1%	14,8%	15,1%	15,6%
Стоматология	2,6	3,7	4,9	5,6	5,6
в процентах от общего числа студентов	10,5%	10,6%	12,7%	13,5%	13,5%

¹ Здравоохранение в России – 2011: стат. сб. М.: Росстат, 2011. С. 207.

Трансформация отношений государство – профессионалы – общество

Неравномерность распределения экономического ресурса внутри врачебного сообщества ведет к сохранению привлекательности некоторых врачебных специальностей на фоне общего снижения престижа профессии врача. В условиях реализации национального проекта «Здоровье» государство усиливает внешний контроль над системой здравоохранения, выраженный в создании специальных проверяющих комиссий и внедрении обязательных стандартов оказания медицинской помощи. Проведенный анализ доказывает, что врачам поликлиник удастся сохранить контроль над реализацией практики социального закрытия, но ввиду усиления стандартизации деятельности и бюрократического контроля ограничиваются автономия и саморегуляция профессиональной группы.

Перспектива профессионализации «снизу» усложняется разобщенностью профессионального медицинского сообщества, которое не выработало единую позицию о способах регулирования в системе здравоохранения. В ходе исследования было выявлено как минимум три типа отношений относительно практики саморегуляции, сложившиеся в медицинской профессии. Согласно первой точке зрения, необходимо сохранить государственную регуляцию в отрасли. Вторая поддерживает идею о саморегуляции как неотъемлемом элементе дальнейшего реформирования здравоохранения. Согласно третьей позиции, следует установить смешанный тип контроля над профессиональной деятельностью врача, в рамках которого саморегуляция должна быть ограничена созданием комиссий по защите медицинского сообщества и внедрением практики страхования врачей от ошибок. Отсутствие единства внутри профессиональной группы врачей свидетельствует о слабом потенциале внедрения практики саморегуляции врачебной деятельности.

В ходе реформирования системы здравоохранения 2000-х годов выстраивается новый общественный договор между государством, профессионалами и потребителями медицинских услуг. Когда государство не инвестировало достаточное количество средств в систему здравоохранения, оно закрывало глаза на ряд ее внутренних проблем. С увеличением финансирования отрасли и снижением общественного доверия к российским врачам усиливается государственный контроль над сферой охраны здоровья. В эти же годы наблюдается усиление консьюмеризма в здравоохранении, выраженного в первых государственных шагах в сторону наделения граждан большими правами и полномочиями в процессе лечения. В настоящее время пациент постепенно лишается стигмы «больного», становится

«клиентом» или «потребителем» медицинских услуг и вступает в диалог с представителями медицинской профессии. Профессиональные медицинские ассоциации на сегодняшний день не обладают достаточной степенью консолидации и влияния для защиты интересов профессионалов, в связи с чем врачи поликлиник вынуждены прибегать к ситуативным и микроуровневым практикам укрепления своих позиций.

Список источников

В России повысился престиж профессии врача. 04.08.2011 // http://www.jobsmarket.ru/?get_page=239&content_id=15396404.

Врачом быть не модно? // Общественная палата Российской Федерации. 30.11.2011 // <http://www.oprf.ru/press/news/2011/newsitem/16079>.

Генеральное тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Саратовской области. Саратов, 2011 // <http://www.sartfoms.ru/normativ/gentarif2012.pdf>.

Генеральное тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Саратовской области. Саратов, 2007 // <http://www.sartfoms.ru/normativ/461.pdf>.

Здравоохранение в России: стат. сб. М.: Росстат, 2011.

Катренко В.С. Отчет о результатах контрольных мероприятий «Мониторинг финансирования расходов на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье» и «Проверка целевого и эффективного использования средств федерального бюджета, выделенных в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» // Бюллетень Счетной палаты Российской Федерации. 2012. № 8 // <http://www.ach.gov.ru/ru/bulletin/952>.

Кульман Э. Разновидности профессионализма поздней современности: на примере немецкой системы здравоохранения // *Профессии. дос. Социальные трансформации профессионализма: взгляды снаружи, взгляды изнутри* / под ред. Е. Ярской-Смирновой, П. Романова. М.: ООО «Вариант»; ЦСПГИ, 2007. С. 41–57.

Мансуров В., Юрченко О. Российские врачи: профессионализация «сверху» или саморегулирование профессии // *Антропология профессий, или Посторонним вход разрешен* / под ред. П. Романова и Е. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант»; ЦСПГИ, 2011. С. 171–188.

Материалы опроса ВЦИОМ «Рейтинг удовлетворенностью профессией» от 31.01–01.02.2009 // <http://wciom.ru/index.php?id=268&uid=11327>.

Мерсиянова И.В., Чешкова А.Ф., Краснополяская И.И. Самоорганизация и проблемы формирования профессиональных сообществ в России. М.: НИУ ВШЭ, 2011.

Направления, основные мероприятия и параметры приоритетных национальных проектов на 2007 год. Протокол № 16 от 21 февраля 2007 г. // rost.ru/education_doc_1_2007.doc.

Определены самые престижные профессии // Взгляд. 22.09.2007 // <http://vz.ru/society/2007/9/22/110521.html>.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 128н от 15.04.2008 // Консультант // <http://base.consultant.ru/ons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=76364>.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 570н от 28.06.2010 // Российская газета. 06.10.2010 // <http://www.rg.ru/2010/10/06/medicina-dok.html>.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 260н от 1.04.2011 // Российская газета. 18.05.2011 // www.rg.ru/2011/05/8/tratil-silu-dok.html.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) № 808н от 25.07.2011 // Российская газета. 27.12.2012 // <http://www.rg.ru/2012/01/27/polozhenie-dok.html>.

Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Три типа знания в социологии профессий // Социальная динамика и трансформация профессиональных групп в современном обществе / под. ред. В.А. Мансурова. М.: Изд-во Института социологии РАН, 2007. С. 12–32.

Российский статистический ежегодник – 2011 // Федеральная служба государственной статистики // http://www.gks.ru/bgd/regl/b11_13/ssWWW.exe/Stg/d1/06-09.htm.

Сакс М., Олсон Дж. Социология профессий: государство, медицина и рынок в Великобритании (в печати) // <http://ecsocman.hse.ru/text/18171705>.

Татьяна Голикова: пациентские организации должны принимать активное участие в разработке документов // Ремедиум. 28.06.2011 // www.remedium-journal.ru/news/arithv/detail.php?ID=45408.

*Щербак*ова Е. Межотраслевые и межрегиональные различия в заработной плате – около 5,5 раза // Демоскоп Weekly. 2008. № 321–322 // <http://demoscope.ru/weekly/2008/0321/barom04.php>.

Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Те самые профессии: шкалы престижа и рамки публичности // Антропология профессий: границы занятости в эпоху нестабильности / под ред. П. Романова, Е. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант»; ЦСПГИ, 2012. С. 7–29.

Castel R. The Roads to Disaffiliation: Insecure Work and Vulnerable Relationships // International Journal of Urban and Regional Research. 2000. Vol. 24, Issue 3. P. 519–535.

Iarskaia-Smirnova E., Romanov P. Culture Matters: Integration of Folk Medicine into Healthcare in Russia // Rethinking Professional Governance. International Directions in Healthcare / ed. by E. Kuhlmann, M. Saks. Bodmin: MPG Books, 2008. P. 141–155.

Saks M. The Wheel Turns? // Professionalisation and Alternative Medicine in Britain // Journal of Interprofessional Care. 1999. № 13 (2). P. 129–138.

Werner M. Towards a Phenomenological Ethics: Ethos and the Life-World. NY: State University of New York Press, 1992.