

**I.V. Gamova, D.I. Prisyazhnyuk  
The Professional Group  
of Doctors in the Context  
of the Changing Public  
Healthcare System**

Socio-demographical, socio-economical and other characteristics of medical doctors as a professional group in the context of Russian healthcare reforms are evaluated. The study analyzes the deepening of heterogeneity within the professional group of medical doctors, which is manifested in changes in the relative number of physicians, as well as in the increasing regional differentiation in the income between doctors of various specialties and healthcare sectors.

*Key words and word-combinations:* healthcare reform, professional group of medical doctors, Russian regions.

Оцениваются социально-демографические, социально-экономические и другие характеристики профессиональной группы врачей в условиях реформирования здравоохранения. Анализируется углубление неоднородности внутри профессиональной группы врачей, проявляющейся в изменениях относительной численности врачей, а также в усиливающейся региональной дифференциации по оплате труда между врачами разных специализаций и секторов здравоохранения.

*Ключевые слова и словосочетания:* реформирование здравоохранения, профессиональная группа врачей, регионы России.

УДК 316.334.2  
ББК 60.561.2

**И.В. Гамова, Д.И. Присяжнюк**

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГРУППА ВРАЧЕЙ В МЕНЯЮЩЕЙСЯ СИСТЕМЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**С**тратегия развития здравоохранения большинства экономически развитых государств в настоящее время направлена на укрепление первичной медико-санитарной помощи как наиболее эффективного способа поддержания здоровья широких слоев населения этих стран. Такая модель, с точки зрения экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более всего отвечает демократическим принципам всеобщей доступности медицинской помощи при сохранении качества, является наиболее экономически эффективной и повышающей удовлетворенность населения медицинскими услугами [1]. Основными приоритетами модернизации отечественного здравоохранения, начавшейся с 2000-х годов, были провозглашены профилактическая направленность отрасли с укреплением первичного звена здравоохранения [2], а также целая система мероприятий по обеспечению населения качественной и доступной медицинской помощью.

В 2000-х годов осуществлена серия реформ российской сферы охраны здоровья. Предполагалось, что укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, информатизация здравоохранения, внедрение медико-экономических стандартов и дополнительные экономические стимулы для медицинских работников будут способствовать выполнению поставленных государством задач. Результативность прово-

димых реформ на настоящий момент не достаточно полноценно определена: оценка сводится в основном к описанию объемов затраченных финансовых средств и закупленного оборудования [3]; значительно меньшее внимание в государственных отчетах отводится мониторингу изменений внутри профессиональной группы врачей.

В связи с изложенным представляется необходимым оценить динамику социально-экономических, социально-демографических и других характеристик профессиональной группы врачей за период реформирования здравоохранения, в том числе изменений численности, половозрастного состава, дохода, уровня квалификации врачей разных медицинских специальностей и географических регионов России.

Содержание и способы презентации государственных статистических данных в некоторых случаях значительно сокращают перспективы анализа отечественной системы здравоохранения. Во-первых, некоторые исследователи отмечают недостаток открытой информации по некоторым ее сферам. Так, И.В. Корхова обосновано обращает внимание на непрозрачность финансовых потоков, поступающих в здравоохранение, и, как следствие, на отсутствие статистической информации относительно материального состояния отрасли. Из данных официально опубликованной статистики не ясно, откуда поступают средства и каковы направления их использования [4]. Во-вторых, государственная статистика о системе здравоохранения нередко приведена таким образом, что характеризует всех работников сферы, не выделяя данных о практикующих врачах. В-третьих, статистические данные, полученные из разных источников, в ряде случаев оказываются крайне противоречивыми. Поскольку далеко не всегда даны описания способов получения материала и моделей расчета, невозможно дать однозначный ответ о причинах расхождения показателей, опубликованных разными статистическими органами.

Осуществление задачи по эффективному реформированию системы здравоохранения усложняется сохранившимся недофинансированием отрасли. Общие расходы на здравоохранение в 2010 г. составили 4% от ВВП [5, с. 83], что оказалось ниже рекомендованного ВОЗ шестью годами ранее минимального показателя затраченных средств на сферу охраны здоровья – 5% от ВВП [6].

Несмотря на поставленную задачу по укреплению первичной медико-санитарной помощи населению, в последние годы наблюдается сокращение числа амбулаторно-поликлинических учреждений. Общее количество поликлиник снизилось более чем на четверть с 2000 г. (21 254) до 2012 г. (16 537) [7]. Детальный анализ статистических данных показывает, что число поликлиник, а также их мощность в городских поселениях незначительно растет, а их количество в сельской местности, наоборот, снижается более чем в три раза с 2000 по 2012 г. [7]. Таким образом, наблюдается сокращение числа и мощности амбулаторно-поликлинических учреждений на территориях с наименьшими показателями доступности медицинской помощи населению [8], что существенно ухудшает раннюю диагностику заболеваний и их профилактику. На практике это выражается в том, что пациенты из сельской местности в 1,2–1,5 раза реже посещают амбулаторно-поликлинические учреждения, чем жители городов [9, с. 130].

В процессе реализации национального проекта «Здоровье» рост числа амбулаторно-поликлинических учреждений происходит за счет негосударственного сектора здравоохранения. Так, в 2000-е годы происходит сокращение количества государственных муниципальных поликлиник с 19 044 в 2000 г. до 12 029 в 2012 г., и наблюдается стремительный рост числа амбулаторно-поликлинических учреждений негосударственного сектора (с 1724 в 2000 г. до 3748 в 2012 г.) [7]. С другой стороны, мощность поликлиник государственного сектора не снижается: в этом случае, очевидно, происходит укрупнение существующих учреждений. Значительный рост числа негосударственных поликлиник связан с рядом государственных шагов в сторону развития рыночного сектора здравоохранения. Так, согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ «О Порядке выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности» [10] частные медицинские клиники с 2007 г. получили возможность оформлять больничные листы, что сделало их более привлекательными для платежеспособных пациентов. Значительный рост числа, а также мощности негосударственных лечебных учреждений в последние годы свидетельствует о готовности населения инвестировать личные средства в собственное здоровье.

Вопросы качества оказания медицинских услуг напрямую связаны не только с наличием современного материально-технического оснащения учреждения, но и с доступностью получения квалифицированной медицинской помощи.

За последнее десятилетие в России отмечался некоторый рост числа врачей на 10 тыс. человек населения, но с 2011–2012 гг. наблюдается определенное снижение этого показателя: с 51,2 тыс. до 49,1 тыс. на 10 тыс. человек населения [7]. Статистические данные ВОЗ также демонстрируют снижение показателя относительной численности врачей в России, при этом относительная численность врачей в странах Европейского Союза за последние годы, напротив, растет. Так, по данным 2012 г., количество врачей на 100 тыс. человек населения в России сохранялось более высоким, чем в европейских странах (431 против 346) [11].

Обеспеченность медицинским персоналом несколько варьируется в различных регионах страны. В большинстве субъектов РФ наблюдается снижение относительной численности врачей, и лишь для единичных территорий характерен рост этого показателя (например, в Ямало-Ненецком автономном округе: с 34,2 на 10 тыс. населения в 2000 г. до 49,5 в 2011 г.) [7]. Однако для всех субъектов РФ типична ситуация: сосредоточенность врачебного персонала в областных центрах или крупных городах и отток медицинских кадров из сельских населенных пунктов.

Динамика относительной численности врачей разных специальностей также неравномерна. С 2005 г. в целом наблюдается некоторое увеличение доли врачей-терапевтов и педиатров в общей структуре врачебных кадров лечебных учреждений. Вероятно, процесс государственного реформирования здравоохранения с акцентом на первичную медико-социальную помощь и принятие мер дополнительного материального стимулирования медицинских работников первичного звена (с 2005 г.) позволил вернуть в эту сферу некоторое количество

участковых терапевтов, повысив показатель обеспеченности населения этой категорией врачей по стране в целом с 11,2 до 11,7 (из расчета на 10 тыс. населения), а также сохранить квалифицированных педиатров. Так, в Саратовской области число врачей-педиатров в 2011 г. оказалось несколько выше (22,54) соответствующего среднего показателя по стране в целом (20,68). Однако в Северо-Кавказском федеральном округе этот показатель (12,66) существенно ниже общероссийского [7].

В ряде стран СНГ наблюдается обратная тенденция – сокращение численности врачей-педиатров и терапевтов (в расчете на 10 тыс. населения) [12]. Зарубежные исследователи указывают, что терапевтам по сравнению с врачами – «узкими» специалистами сложнее устроиться в коммерческий сектор здравоохранения.

Количество «узких» специалистов (на 10 тыс. населения) не претерпело существенных изменений за последние 10–11 лет [7]. Существенные различия наблюдаются в относительной численности врачей престижных медицинских специальностей в субъектах РФ с разными экономическими возможностями. Так, обеспеченность нейрохирургами в Москве в два раза выше соответствующего показателя по стране в целом, а в Республике Ингушетия – в тридцать раз ниже среднероссийского значения [7]. Подобные статистические данные свидетельствуют о недостаточном развитии отдельных направлений медицинской помощи в отдаленных от столицы и экономически менее развитых регионах России.

Заработная плата медицинских работников является одной из самых низких по стране в целом, несмотря на заявленные целевые показатели. Так, по результатам 2010 г. соотношение оплаты труда медицинских работников и средней заработной платы в Дальневосточном федеральном округе составило 0,75, в более благополучных регионах, каким считается Центральный, – 0,82 [13].

Согласно данным за 2011 г. среднемесячная начисленная зарплата в сфере здравоохранения оказалась одной из самых низких из всех видов экономической деятельности [14]. Тем не менее, по данным Росстата, среднемесячная заработная плата работников здравоохранения значительно выросла с 2000 г. (1371 руб.) по 2012 г. (20 641 руб.), однако ее рост неравномерен в разных секторах здравоохранения. Наиболее высокий уровень оплаты труда характерен для государственных учреждений (21 724 руб. в месяц в 2012 г.). В учреждениях рыночного сектора здравоохранения средняя заработная плата в 2012 г. оказалась несколько ниже и составила 20 564 руб. в месяц [7]. С другой стороны, статистические данные лишь отчасти могут быть экстраполированы на профессиональную группу врачей, поскольку характеризуют всех работников учреждений, а также приведены в соответствии с номинальной начисленной заработной платой, а не реальным доходом. Материалы интервью с врачами поликлиник свидетельствуют о том, что в сфере частной медицинской практики номинальные зарплаты небольшие или отсутствуют вообще. Врач получает дополнительные финансовые средства в виде определенного процента от стоимости проведенных медицинских процедур или оказанных услуг. Таким образом, реальный доход врачей негосударственной сферы оказывается выше.

Заработная плата работников муниципальных медицинских учреждений

растет значительно более низкими темпами по сравнению с ростом зарплаты занятых в организациях других форм собственности. Показатель среднемесячной заработной платы в муниципальных учреждениях снизился с 91% в 2000 г. до 86% в 2012 г., хотя соответствующий показатель у работников других типов учреждений растет [7]. Таким образом, несмотря на усилия государства по экономическому стимулированию медицинского персонала муниципальных поликлиник, реальные доходы работников в этих организациях с 2000-х годов остаются невысокими. Большинство сельских врачей, зарплата которых ниже соответствующего показателя городских медиков, заняты в муниципальном здравоохранении, что также является немаловажной причиной низкого уровня доходов работников этого сектора здравоохранения (табл. 1).

Таблица 1

**Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников здравоохранения в организациях разных форм собственности в Российской Федерации**

Форма собственности	2000	2005	2010	2011	2012
	В рублях				
Государственная	1431	6603	18407	19615	21724
Муниципальная	1243	5172	12761	14717	17727
Частная	1532	6844	18252	18409	20564
<i>Всего</i>	<i>1371</i>	<i>5906</i>	<i>15724</i>	<i>17545</i>	<i>20641</i>
	В % к среднемесячной заработной плате в целом по здравоохранению				
Государственная	104	112	117	112	105
Муниципальная	91	88	81	84	86
Частная	112	116	116	105	99,6
<i>Всего</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Проведенный анализ данных негосударственного лонгитюдного обследования домохозяйств «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» свидетельствует, что за годы реализации национального проекта «Здоровье» сокращается число врачей, зарплата которых оказывается ниже прожиточного минимума, – с 21,8% в 2006 г. до 15,25% в 2011 г. Наряду с этой позитивной динамикой усиливается дифференциация между средней зарплатой врачей и населения страны в целом. Так, в 2006 г. среднемесячная заработная плата врачебного персонала составляла 61,3% от общероссийского показателя, а в 2011 г. – 48,5%. Таким образом, реализация национального проекта «Здоровье» привела к некоторому подъему экономического ресурса профессиональной группы врачей, но при этом возрастает доля врачей, доход которых оказывается ниже соответствующего среднего показателя по стране.

Низкий уровень заработной платы специалистов практического здравоохранения заставляет врачей оставлять рабочие места в государственных лечебных учреждениях, что снижает обеспеченность населения доступной и качествен-

ной медицинской помощью. Кроме того, недостаточная оплата труда медицинских работников существенно снижает престиж профессии и ограничивает вливания в отрасль молодых специалистов.

По данным 2011 г., Россия занимает лидирующее место по числу женщин-врачей, занятых в сфере здравоохранения: 66% против 34% мужчин [15]. Иная ситуация наблюдается в европейских странах: от 49% женщин и 51% мужчин в Финляндии до 28% женщин и 72% мужчин в Норвегии [16]. Причиной данной диспропорции большинство исследователей называют более низкий, чем в европейских странах, доход врача, что делает профессию менее привлекательной для мужчины. Кроме того, мужчины значительно чаще женщин занимают руководящие посты, замещая практическую деятельность на административную. Сохраняющие свою профессиональную активность мужчины предпочитают работать в привилегированных медицинских специальностях (хирургия, урология, гинекология).

Таблица 2

**Динамика распределения врачей по квалификационным категориям в Российской Федерации, %**

	1995	2010	2011	2012
Квалификационная категория				
Высшая	26	29	29	30
Первая	21	18	17	16
Вторая	7	5	5	5
Сертификат специалиста	80	89	90	95

Увеличение доли врачей, получивших в последние годы сертификаты и квалификационные категории, отвечает современным организационным требованиям к медицинским работникам. Снижение же числа медиков с первой и второй квалификационной категорией может быть объяснено и возросшей долей врачей пенсионного возраста, что отмечают многие исследователи [17].

Согласно данным выборочного исследования, проведенного в восьми субъектах РФ, средний возраст врача в стране составляет 46,13 года, при этом 40% медицинских работников – лица пенсионного и предпенсионного возраста. Средний возраст врача напрямую зависит от его медицинского профиля. Статистические данные показывают, что к наиболее «молодым» медицинским специальностям относятся врачи-генетики (34 года), челюстно-лицевые хирурги (40,12 года), торакальные хирурги (42,27 года), а наиболее высокий средний возраст наблюдается у врачей по гигиеническому воспитанию (59,30 года), терапевтов подростковых кабинетов (53,17 года), физиотерапевтов (52,14 года) [18]. Такой разрыв в показателе среднего возраста свидетельствует о неравном престиже различных специализаций, когда одни (например, хирургия) оказываются более привлекательными для молодых специалистов, чем другие (например, терапия).

Несмотря на предварительные подтверждения о выходе российской системы здравоохранения из кризиса, статистический анализ отчетной документа-

ции позволяет свидетельствовать о наличии ряда нерешенных проблем в этой отрасли. Выявлено сохранение гендерного неравенства в сфере охраны здоровья: женщины продолжают занимать самые низкодоходные профессиональные позиции. Кроме того, наблюдается тенденция старения кадров, начавшийся приток в отрасль молодых специалистов значительно сократился. Значимые различия в характеристиках врачей отмечаются на межрегиональном уровне. Показатели степени укомплектованности медицинских учреждений кадрами, в том числе по различным специальностям, значительно отличаются в отдельных регионах России. В ходе реформирования здравоохранения в 2000-х годах произошло углубление межрегиональной дифференциации по уровню заработной платы врачей.

Средняя зарплата российского врача значительно ниже, чем доход работников, занятых в других отраслях экономической деятельности. Динамика уровня дохода, укомплектованности медицинских учреждений кадрами, численности врачей в рамках отдельных специализаций и разных субъектов РФ за 2000–2011 гг. свидетельствует о противоречиях в привлекательности врачебной профессии в России. Иными словами, современное российское медицинское сообщество неоднородно: в нем выделяются группы с разным уровнем дохода и престижа.

#### Библиографический список

1. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния // Всемирная организация здравоохранения: [сайт]. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/88612/E91438R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf)
2. Скворцова В. Здравоохранение: в поисках работающей модели // Экономическая политика. 2010. № 2. 2012, С. 57–60.
3. Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения, 2012 // Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/docs/mzsr/stat/117>
4. Корхова И.В. О статистике здоровья и здравоохранения в России // Управление здравоохранением. 2009. № 23. С. 27–40.
5. Ермакова С.Е. Российское здравоохранение до и после кризиса: состояние и проблемы // Экономика и управление. 2010. № 11 (72).
6. Рожаницына Л.С. Национальные проекты, их влияние на решение социальных и гендерных проблем в России // О перераспределении полномочий по уровням власти: Обсуждение по проекту ЮНИФЕМ «Гендерные бюджеты в России», 2006. URL: [http://www.owl.ru/rights/discussion2004/7\\_01.htm](http://www.owl.ru/rights/discussion2004/7_01.htm)
7. Здравоохранение в России – 2013 // Федеральная служба государственной статистики: [сайт]. URL: [http://www.gks.ru/bgd/regl/b13\\_34/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_34/Main.htm)
8. Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления / отв. ред. С.В. Шишкин. М., 2006.
9. Черкашина Т.Ю. Дифференциация населения России по потреблению медицинских услуг: масштабы и факторы // SPERO. 2012. № 17.
10. О порядке выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности: приказ Минздравсоцразвития России от 1 авг. 2007 г. № 514 // Рос. газ. URL: <http://www.rg.ru/2007/11/17/a189409.html>
11. Trends in health systems in the former Soviet countries: observation studies series / ed. by B. Rechel, E. Richardson, M. McKee. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/261271](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/261271)

12. *Хачатрян Т.С.* Кадровые ресурсы здравоохранения Республики Армения в современных условиях // Управление здравоохранением. 2009. № 23. С. 56–63.
13. Регионы России: социально-экономические показатели // Федеральная служба государственной статистики: [сайт]. URL: [http://www.gks.ru/bgd/regl/b13\\_14p/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_14p/Main.htm)
14. Уровень оплаты труда в экономике России // Проблемы социальной политики. 2012. Вып. 4. URL: <http://www.ecfor.ru/pdf.php?id=sp3>
15. Здравоохранение в России, 2011: стат. сб. М., 2011.
16. The world health report 2006: working together for health // World Health Organization. URL: <http://www.who.int/whr/2006/en/>
17. *Бочаров В.Ю., Васькина Ю.В.* Сравнительный анализ уровня жизни медицинских и педагогических работников в ходе реализации национальных проектов // Журнал исследований социальной политики. 2008. Т. 6, № 3. С. 339–356.
18. Характеристика врачебных кадров разного профиля в субъектах Российской Федерации / С.А. Леонов, Э.Н. Матвеев, В.Г. Акишкин [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения, электронный научный журнал. 2010. № 1.

**V.V. Yershov**  
**Methodological Basis of Research of the Organization Cultural Capital Transformation**

The shortcomings in the sociology of the functional-structural and historical-evolutionary approaches to the analysis of organization cultural capital are revealed. Integrative methods of research and the comprehensive application of elements of “protogenesis”, the analysis of “generative situations”, and the assessment of the socio-cultural accumulation are proposed.

*Key words and word-combinations:* social transformations, cultural capital, methodology, organization.

Раскрываются недостатки применяемых в социологии функционально-структурного, а также историко-эволюционного подходов анализа культурного капитала организации. Предлагаются интегрирующие методики исследования, комплексное применение элементов «протогенеза», анализа «генеративных ситуаций», оценки социокультурного накопления.

*Ключевые слова и словосочетания:* социальные трансформации, культурный капитал, методология, организация.

УДК 316.354  
ББК 60.55

**В.В. Ершов**

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ  
ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ  
ТРАНСФОРМАЦИИ  
КУЛЬТУРНОГО КАПИТАЛА  
ОРГАНИЗАЦИИ**

**В** современных условиях основным фактором инновационного развития организации является ее культурный капитал. Динамичное обновление культурного капитала влечет за собой необходимость развития методологии и инструментария исследования трансформаций культурного капитала организаций. Вместе с тем современная практика исследования трансформации культурного капитала на микроуровне не имеет комплексной методологической базы. Проблема методологического обоснования исследования микротрансформационного контекста культурного капитала ставит перед современными социологами ряд задач, требующих ре-