
МАНСУРОВ Валерий Андреевич – доктор философских наук, профессор, главный научный сотрудник ИС РАН. ЮРЧЕНКО Олеся Викторовна – кандидат социологических наук, старший научный сотрудник этого же института.

Статья посвящена презентации российско–британского проекта «Российские врачи: социальные установки и стратегии адаптации», осуществляемого сектором проблем интеллигенции Института социологии РАН (Москва) и факультетом здоровья и социальных исследований университета де Монтфорт (Лестер). Основная цель исследования – анализ динамики социального положения российских врачей, их социальных установок и ценностей, а также изучения перспектив и стратегий повышения социального статуса врачебной профессии в России. Особое внимание здесь уделяется проблемам властных полномочий врачей, их экономическому положению и перспективам профессионализации. Работая в рамках неовеберианской парадигмы, авторы понимают под профессионализацией процесс увеличения объема властного, экономического и культурного ресурсов профессиональной группы с целью приобретения властной монополии на рынке труда или в государственном секторе [1; 2; 3].

В соответствии с поставленными задачами в статье представлены первые результаты исследования по ряду направлений¹. Во–первых, приведен анализ полученных данных об объеме автономии профессиональной группы врачей, – степени ее свободы в принятии решений по регулированию собственной деятельности, а также об уровне активности профессиональных организаций по защите прав врачей. В англо–американской социологии автономия считается главным индикатором властных полномочий профессиональной группы и неотъемлемым атрибутом врачебной профессии [1; 2]. Во–вторых, в статье представлены результаты исследования экономических ресурсов врачей, формируемых на основе разнообразных источников дохода. Как показывает российский опыт, число частнопрактикующих врачей в России в ходе экономических и политических реформ 1990–х гг. увеличилось [4]. Кроме того, мы постараемся ответить на вопрос о том, как врачи расценивают отношение к ним со стороны государства и широкой общественности.

Предыстория вопроса

В России, как и в других развитых индустриальных странах, медицина относится к числу высококвалифицированных занятий. Врачи проходят длительное обучение в специализированных университетах и включены в социальный слой

¹ Данный проект находится на стадии обработки полученных данных.

интеллектуальной – профессионалов интеллектуального труда. В то же время российские врачи были и по-прежнему остаются группой, подчиненной контролю государства; рыночному воздействию они подверглись лишь в незначительной мере. М. Моран [5] в статье, посвященной изучению взаимоотношения государства с профессиональными группами² в Великобритании, Соединенных Штатах и Германии, утверждает, что в разных странах рынок и государство оказали различное влияние на интеллектуальные профессии.

В последней четверти XIX в. различия между российскими и западными профессионалами были не столь существенны: профессиональные ассоциации врачей, самостоятельно регулирующие деятельность своих членов, были широко распространены и в России [6]. Процессы профессионализации были прерваны Октябрьской революцией 1917 г., в результате которой профессиональные институты оказались включенными в институт государства. И далее государство постоянно контролировало процесс подготовки специалистов, организацию практики и каждодневную работу врачей; в то время как профессиональные врачебные организации потеряли свой вес [7]. Хотя были и исключения: некоторые врачебные группы иногда составляли оппозицию государству, например психиатры. Подобные действия расценивались как политическое диссидентство, а не как законные этические требования врачей по защите прав пациентов.

Для советской медицины характерен ряд других специфических факторов [8]. Например, возник очень широкий слой медработников со средним образованием, между различными категориями которых не существует жесткого разграничения, и их функциональные обязанности зачастую пересекаются. Другое отличие – высокий процент женщин–врачей, многие из которых заняты неполный рабочий день.

В начале 1990–х гг. наметилась либерализация системы здравоохранения, была изменена система финансирования отрасли. Введение системы общего медицинского страхования подразумевало увеличение самостоятельности регионов: региональная власть – выступать в качестве «держателя» фонда, медицинские институты должны были стать поставщиками медицинских услуг. Данные преобразования столкнулись с большими сложностями, связанными со сбором средств и поддержанием на должном уровне перечислений. Усугубил ситуацию экономический кризис и девальвация рубля в 1998 г. Результатом медицинских реформ (в совокупности с экономическим кризисом) можно считать ухудшение здоровья россиян, особенно мужчин, что стало предметом внимания многих западных и российских социологов [9; 10]. Справедливости ради, необходимо отметить, что в части регионов, например, в Москве, Санкт–Петербурге, врачам удалось отчасти адаптироваться к реформам и даже повысить свой социальный статус [11].

Методология исследования

Привнесение в современное российское общество «логики рынка» делает закономерным сопоставление опыта исследований «интеллектуальной» в СССР и России с изучением «профессионалов» в англо–американской социологии. Объектом в этих научных направлениях служат работники высококвалифицированного умственного труда, имеющие дипломы о высшем образовании. В то же время теоретико–методологические подходы российских и западных социологов различны.

В советской социологии включение профессии в категорию интеллектуальной указывало на внутренние характеристики группы: сложность труда, его творческий характер, призвание индивидов, их особую социокультурную миссию [13]. По объективным

² Здесь и далее в статье речь идет только о высококвалифицированных профессиональных группах интеллектуального труда.

**Специфика подходов российских исследований интеллигенции
и англо–американской социологии профессий**

	Интеллигенция	Профессионалы
Определение	Более широкий термин, который охватывает массовые профессии, требующие среднего специального образования	Относится исключительно к элитным высококвалифицированным группам работников умственного труда с высшим образованием
Теоретические подходы	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Неомарксистский ▪ Социально–психологический ▪ Структурный функционализм ▪ Стратификационный подход 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Теория черт ▪ Функционалистский ▪ Интеракционистский ▪ Неомарксистский ▪ Неовеберийский ▪ Постмодернистский
Объект исследования (микроуровень)	Профессионалы как отдельные индивиды (социальные установки, мотивация)	Профессиональная группа как корпоративный актер (работа профессиональных сообществ)
	Социальный статус профессиональной группы (с 1990–х гг.)	Социальный статус профессиональной группы
Объект исследования (макроуровень)	Соответствие интересам государства и осуществление определенной социально значимой функции	Взаимозависимость и противоречия между профессиональной группой и государством
	Изучение профессиональной структуры как иерархии престижа	Изучение социальной структуры общества на основе профессиональной структуры

причинам два значимых измерения социального статуса практически полностью выпали из социологического анализа: речь идет о властных и экономических ресурсах профессиональных групп интеллигенции [14]. Российским и западным социологам отчасти удалось компенсировать «пробелы» в изучении экономического положения профессионалов [15], в то время как понятие «власти» по–прежнему остается неоперационализированным.

В то же время в англо–американской социологии группы профессионалов, в первую очередь, рассматриваются как корпоративные акторы, которым удалось добиться статуса «свободных профессий» и сохранить относительно высокую власть и административную независимость даже под давлением государственной бюрократии и организованного капитала. Включение того или иного вида деятельности в группу «профессионалов» подразумевает успешность этой группы, ее принадлежность к высшим ступеням социальной иерархии.

Для понимания многомерной социальной реальности современной России мы рассматриваем различные теоретические подходы как взаимодополняющие. Работа на стыке двух теоретических направлений ориентирована на популяризацию специфики отечественных исследований интеллигенции в международном социологическом сообществе и апробацию англо–американских теоретических схем анализа в России. Обзор научной литературы по тематике исследования позволил выявить специфику каждого направления.

а. Работа в России и на Западе велась в рамках различных теоретических парадигм. В нашей стране преобладал социально–психологический подход, в западных странах – социологический и управленческий (теории организации и менеджмента).

б. Фокус исследования отечественных и западных исследований также различается. Для советско–российских социологов интерес представляли индивидуальные профессионалы. Напротив, англо–американские исследователи в основном изучали профессионалов

как корпоративных акторов, сосредоточившись на исследованиях профессиональных сообществ.

в. Различия в интерпретации роли и функций профессионалов. В российских исследованиях профессионалы рассматривались как группа, которая служит интересам общества и государства. В западных исследованиях профессионалы оценивались как группа, которая закрывает доступ посторонним (другим низкостатусным профессиональным группам) к определенным рыночным преимуществам и социальным благам, а также на равных с государством включается в процесс управления, в частности, отраслью здравоохранения, если речь идет о врачах и юристах. Разница подходов представлена в графической форме в таблице 1.

Методика исследования

Сравнительное исследование было проведено в трех регионах России: Москве, Кировской области и Республике Коми. Выбор локализации исследования не случаен. Мы постарались провести сопоставительный анализ социального положения врачей в столице, где концентрируется финансовый капитал и высококвалифицированная врачебная помощь, со статусом врачей в двух типичных «среднестатистических» российских регионах (средний доход населения; близкое к общероссийским показателям количество врачей на душу населения). Включение Республики Коми и Кировской области позволило также охватить врачей сельской местности.

Данные собраны в два этапа. Первый этап исследования начался в 1999 г. и основывался на включенном наблюдении и глубинных интервью с представителями администраций медицинских учреждений. Результаты качественной методики были использованы для подготовки анкетного опроса. Разработка анкеты, ставшей основным инструментарием исследования, осуществлялась совместно российской и британской стороной. После пилотажного исследования осенью 2000 г. в университете де Монтфорт был принят окончательный вариант анкеты. Опрос респондентов был осуществлен в период между январем и маем 2001 г. В результате в соответствии с рассчитанной выборкой собрано 604 анкеты (Москва – 302, Республика Коми – 149 и Кировская область – 153). Кодировка и обработка данных осуществлялась в программе SPSS³. Часть предварительных результатов будет приведена далее.

Разработка анкеты и последующий анализ данных во многом основываются на теоретической базе англо–американской социологии профессий, а также на теориях социальной стратификации. Социальный статус является латентной переменной, наиболее полного раскрытия которой мы попытались добиться посредством учета как можно большего числа формирующих ее индикаторов [16]. Под *статусом* мы понимаем определенный набор ресурсов, который открывает для индивида ряд возможностей в системе власти, распределения материальных благ и престижа. Подобное определение статуса соотносится с рассмотрением П. Бурдьё социальной позиции индивида как производной от того типа капитала (экономического, культурного или символического), которым он обладает [17].

Властные полномочия профессиональной группы врачей рассматриваются нами как первостепенно значимые, так как они определяют способность группы формировать собственную социальную позицию в различных измерениях. Именно объем власти определяет степень доступа индивида или группы к искомым ресурсам (таким, как деньги, плодотворная работа, свободное время и пр.), а также возможность распоряжаться ими. Неотъемлемым индикатором властных полномочий профессиональной группы врачей является, во-первых, автономия в принятии решений по

³ Кодировка и обработка данных была проведена научными сотрудниками Института социологии РАН Ю. Епихиной и Е. Зобиной.

выполнению главной функции, т.е. по определению процесса диагностики и лечения. Важными аспектами автономии также являются возможность планировать процесс работы, определять собственную рабочую ситуацию: условия труда, темп работы, количество вспомогательного персонала, объем используемых лекарственных препаратов [1, 18].

Вторым значимым индикатором профессиональной автономии является возможность группы оказывать влияние на результат собственного труда, а именно на объем социально-экономического вознаграждения. В исследовании мы постарались выявить, каким образом частнопрактикующие врачи и врачи, занятые в государственных учреждениях, влияют на уровень своего вознаграждения, участвуют ли врачи в разработке и утверждении положений об оплате труда, выделении материальной помощи, премий. Отдельно проанализирован вопрос о том, каким образом в медицинских учреждениях принимаются решения об оказании тех или иных услуг за плату, каким образом устанавливается цена на них.

Контроль входа в профессиональную группу и выхода из нее является третьим, выделенным нами индикатором. Контроль допуска в группу находит свое отражение в конструировании фильтров, регулирующих доступ в группу. Данная социальная практика получила название социального закрытия [2], и многие англо-американские социологи активно использовали этот концепт для описания коллективных действий профессионалов [19]. Социальное закрытие группы осуществляется на уровне рынка труда – монополизация рынка услуг и образовательной системы – ограничение доступа к образованию. Западные профессиональные ассоциации обычно получают от государства право выдавать специалистам лицензии, принимая решение, кто достоин включения в группу. Лицензирование частной врачебной практики также находится в руках профессиональных организаций. Сертификационные комиссии чаще всего заполнены членами профессиональной группы или людьми, одобренными профессией. Таким образом, получается, что регулирование деятельности группы осуществляется самой профессиональной группой. Профессиональные ассоциации учреждают формальный и неформальный контроль за деятельностью членов группы, с целью защищать пациентов от врачебных ошибок. В случае необходимости ассоциация обладает правом исключения врача из сообщества [18]. Другим механизмом осуществления профессионального контроля является создание профессионального этического кода группы. Ассоциация должна гарантировать то, что врачи будут придерживаться этических требований в своей ежедневной практике.

Кроме того, профессиональные ассоциации обладают высоким контролем над созданием и распространением экспертного знания, что позволяет им вести наблюдение за «производством производителей» [2]. Традиционно высокостатусные западные профессиональные группы⁴ самостоятельно определяют: содержание вступительных и выпускных экзаменов; сроки, условия и цели обучения; допустимое количество «новобранцев» [1]. При этом важно отметить, что на практике в государственных учреждениях образовательный процесс профессионалы контролируют совместно с государством.

Следующим индикатором, во многом определяющим наполняемость всех предыдущих, является наличие сильной профессиональной организации или, точнее, организаций. Очевидно, что автономия профессионалов подразумевает их самоосознание как общности, коллектива. Рядовые члены профессиональной группы должны признавать определенных лидеров, руководство, а те, в свою очередь, должны оправдывать доверие рядовых врачей, адекватно представляя их интересы. В соответствии с классификацией М. Буража, существуют следующие «идеальные типы» профессиональных ассоциаций: научное сообщество, работающее над стандартизацией и распространением знания; представительная ассоциация, ориентированная на взаимодействие

⁴ Речь в первую очередь идет о врачах, юристах и преподавателях вузов.

с государством; профсоюзная организация, борющаяся за права членов профессиональной группы; а также квалификационная организация, регулирующая сертификацию знаний профессионалов [20].

На рис. представлена вышеизложенная операционализация понятия «властный ресурс профессиональной группы».

ВЛАСТНЫЙ РЕСУРС ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГРУППЫ						
Свобода принятии решений выполнению главной функции	в по	Возможность влиять формирование социально– экономических вознаграждений	на	Контроль входа в профессию: социальное закрытие на рынке труда и в системе образования	Контроль выхода из профессии: механизм исключения	Наличие из профессиональной организации

Что касается *экономического ресурса* профессиональной группы, его анализ был осуществлен по двум направлениям: оценка экономического положения лечебно–профилактических учреждений (ЛПУ), а также материального статуса самой профессиональной группы в частном и государственном секторах. Анализ финансового положения медучреждений потребовал ответа на ряд вопросов. Во–первых, особое внимание было уделено процессу коммерциализации системы здравоохранения: какие платные услуги ЛПУ оказывает, как оно использует выручку от платных услуг. Постарались также проследить динамику изменения положения дел в медучреждениях с момента начала реформирования отрасли: снабжение оборудованием, медицинскими препаратами, состояние самого ЛПУ (ремонт, приобретение медикаментов).

Изучение материального положения профессиональной группы осуществлялось на основе следующих индикаторов: объем и характер доходов; качество жизни; субъективная удовлетворенность собственным материальным положением. В категории «объем и характер доходов профессиональной группы» было рассмотрено соотношение основного заработка врача с его дополнительным доходом, связанным и не связанным с профессиональной деятельностью. Внимание уделено значимости внепрофессиональных источников дохода для профессионалов: различных социальных выплат, материальной помощи близких, сбережений и пр. Данный анализ проведен на основе анкетного опроса, а также статистических данных Минздрава РФ и Госкомстата РФ.

Кроме того, в соответствии с неовеберинским подходом мы проанализировали *культурный ресурс* профессиональной группы, заключенный в обладании экспертным знанием, рассмотрели проблему того, как, по мнению врачей, общество оценивает их знание. Является ли оно источником респектабельности группы? Считают ли врачи, что у их профессии позитивный имидж? Можно ли рассматривать медицинскую помощь как социальное благо, которое может аккумулировать ресурсы и привлекать бизнес? Обладают ли врачи достаточным авторитетом, чтобы оказывать влияние на отдельных пациентов и на широкую общественность?

В своем исследовании мы попытались также ответить на вопрос, считают ли себя частнопрактикующие врачи обладателями более высокого статуса, а также насколько значимы для них внешние проявления респектабельности?

Социальный статус профессии врача

Властный ресурс. В Советском Союзе врачи не являлись независимыми профессионалами. Структурные изменения системы здравоохранения, ее коммерциализация создали условия для изменения их социального статуса. В качестве гипотезы мы предположили, что объем автономии врачебной профессии увеличился. Для того чтобы проверить, насколько она верна, оценили степень участия рядовых врачей в регу-

лировании собственной деятельности посредством их влияния на работу администрации медицинского учреждения, членства в профсоюзе или медицинской ассоциации.

Исследование показало, что властно–силовое поле системы российского здравоохранения осталось практически неизменным, яркой иллюстрацией чего является воспроизводство советской модели управления на основе единоначалия. В соответствии с указом Минздрава РФ, «[все] приказы и указания министра, инструкции Минздрава Российской Федерации по вопросам диагностики, лечения и профилактики заболеваний... обязательны для всех предприятий, учреждений, организаций и объединений независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности»⁵. Министр здравоохранения может назначать на должность и освобождать от нее не только работников аппарата министерства, но и всех руководителей лечебно–профилактических учреждений. В целом отношения администрации лечебно–профилактических учреждений и руководства Минздрава РФ можно определить как достаточно жесткую иерархию, в которой администрация ЛПУ ничего не может сделать без помощи Минздрава или вопреки его указаниям. Недаром врачи–эксперты чаще всего говорят о том, что они могут «ходатайствовать» перед министерством, «входить в него с предложениями», а не «согласовывать» или «требовать». Вся система здравоохранения по–прежнему централизована, и объем власти нижестоящего работника определяется непосредственно вышестоящим руководителем. Один из главврачей следующим образом прокомментировал ситуацию: *«Мне кажется, что вопрос об автономии учреждения неправильно задан: система у нас одна, отрывать ЛПУ от Минздрава нельзя: они как муж с женой. Насколько независимую политику можно проводить в одной семье? Как муж может быть независим от жены? У нас единые средства, единый бюджет»*⁶. Концентрация финансовых ресурсов в руках министерства не оставляет свободы выбора представителям профессиональной группы. Даже цены на платные услуги хозрасчетных отделений в государственных учреждениях устанавливает Минздрав.

В анкетном опросе каждый респондент попытался оценить уровень собственного участия в принимаемых на уровне медучреждения решениях. Примерно две трети опрошенных врачей отметили, что они обеспокоены собственным бесправием (63,2%). При этом наблюдаются значимые региональные различия. Только чуть больше половины московских врачей (55%) выказали недовольство по поводу того, что они не влияют на жизнь собственного медучреждения и медицины в целом. Гораздо больше собственное бесправное положение беспокоит врачей Республики Коми (69,7%) и Кировской области (71,3%).

Свобода врачей в принятии решений, связанных с выполнением их главной функции, т.е. лечения, профилактики, реабилитации и пр., значительно ограничена. Реформа финансирования отрасли ознаменовалась декларированием введения сдельной оплаты труда, основанной на принципе платы врачу по количеству принятых пациентов. Но при этом на каждого специалиста спускается жесткий план, перевыполнение которого не влечет за собой увеличения материального вознаграждения: если участковому терапевту положено принять тридцать человек, а он принимает шестьдесят, зарплата будет начислена только за «положенных» ему тридцать. Негативными последствиями данного нововведения является как увеличение очередей к ряду специалистов, так и плановые «недоработки» других врачей, которым выработать норму сложно. Тем не менее систему нормативов, установленную государством, изменить, по мнению врачей, крайне трудно. В табл. 2 представлены оценки респондентами – рядовыми врачами и представителями администрации ЛПУ – влияния различных групп профессионального сообщества на решение ряда вопросов управления.

Рядовые врачи считают, что они не в силах изменить уровень оплаты труда и систему выплаты премий и пособий, хотя большинство из них (Москва – 69,7%, Коми – 89,7%, Киров – 97,7%) недовольны своим материальным положением. Изначально предполагалось,

⁵ Указ Министерства здравоохранения № 659 от 3 июня 1997 г.

⁶ В статье приводится цитаты из глубинных интервью.

Таблица 2

Степень влияния администрации медицинского учреждения, профсоюза и рядовых врачей			
Вопросы управления	Руководство медучреждения	Профсоюз	Рядовые врачи
Прием на работу новых врачей	4,35	1,25	1,46
Увольнение врачей	4,12	1,4	1,4
Составление планов работы	3,8	1,32	2,26
Темп работы	3,47	1,28	2,63
Уровень оплаты труда	3,57	1,28	1,45
Выплата премий, пособий	3,85	1,47	1,43
Финансы предприятия: прибыль, кредит и т.д.	3,81	1,17	1,33
Контроль за качеством работы врачей	3,97	1,28	1,89
Изменение условий труда	3,38	1,43	1,71

Примечание: В таблице приведен индекс оценки степени влияния по шкале от 5 (очень большое влияние) до 1 (нет влияния).

Таблица 3

К кому обращаются врачи за поддержкой и защитой (в %)	
Адресат	Кол-во
Коллеги	37,3
Администрация медицинского учреждения	36,5
Никуда не обращаются, так как врачами никто не занимается	32,9
Профсоюз	10,1
Медицинская ассоциация	6,3
Министерство здравоохранения	4,8
Органы правосудия	2,6
Международные организации	1,2
Другое	2,7

Примечание: Респонденты могли выбрать несколько вариантов ответа

Рядовые врачи считают, что они не в силах изменить уровень оплаты труда и систему выплаты премий и пособий, хотя большинство из них (Москва – 69,7%, Коми – 89,7%, Киров – 97,7%) недовольны своим материальным положением. Изначально предполагалось, что защита финансовых интересов врачей в первую очередь будет связана с деятельностью профсоюзов, которые не прекратили своего функционирования. Именно эти организации создавались с целью улучшения оплаты и условий труда. Однако, как следует из анализа, профсоюзы не справляются со своими функциями. Хотя вес профсоюзных организаций различается от учреждения к учреждению. Некоторые профсоюзные лидеры по-прежнему пользуются большим влиянием. Главврачи в ходе опроса отмечали, что иногда лидеры профсоюзов подают в суд на главврачей за несвоевременную выплату зарплаты. Иногда они активно обсуждают вопросы улучшения условий труда и выделения жилья даже на уровне министерства. Кроме того, как и в советское время, профсоюзные организации сглаживают «шероховатости» низкого социального положения работников за счет организации праздников, раздачи подарков, материальной помощи социально незащищенным работникам.

Как показал опрос, медицинские ассоциации также не воспринимаются как влиятельные (табл. 3). В основном, работа врачебных ассоциаций ведется в двух направлениях: участие президента ассоциации или члена ее правления в комиссиях по присуждению врачу квалификации или выдачи лицензии для занятий частной практикой; материальная и юридическая помощь члену ассоциации, обвиненному в совершении медицинской ошибки. Главврачи в интервью отметили, что всё, что решается медицинс-

кими ассоциациями, носит *рекомендательный* характер, ассоциация же не является реальным защитником прав врача.

В интервью главврачи объяснили причину отсутствия сильных ассоциаций слабостью амбиций у рядовых врачей. Виной тому неудовлетворенность базовых потребностей (зарплата на уровне прожиточного минимума), что заставляет людей в первую очередь реализовывать индивидуальные стратегии выживания: работа в нескольких учреждениях, на собственных дачных участках и пр. Один главврач так прокомментировал ситуацию: *«Народу не дают зарплату по 4–5 месяцев. Как я могу с ними говорить об ассоциации? Сейчас даже в командировку врачу не выехать»*.

В целом анкетный опрос показал, что объем властных полномочий руководства (главврачи, заведующие отделениями) превосходит властный ресурс врачебных ассоциаций и профсоюзов. В то же время сами представители администрации медучреждений не считают себя «влиятельными», утверждая, что ограниченное финансирование и подотчетность Министерству здравоохранения сужают спектр их возможностей, превращая в «исполнителей».

В интервью отмечалось, что пассивность врачей во многом инерционна, является пережитком советской системы здравоохранения. Большинство врачей свыклось с существующей ситуацией, когда государственные служащие контролируют допуск в профессию. Уровень квалификации членов профессиональной группы и стандарты качества определяет в первую очередь бюрократический аппарат отрасли, а не само профессиональное сообщество. Медицинское образование в основном курируется государственными служащими и научными сотрудниками. Бесспорно, часть служащих Министерства здравоохранения – специалисты достаточно высокого уровня. Однако их нельзя назвать врачами экстракласса. Например, в штате Министерства здравоохранения Республики Коми из двадцати трех врачей только пятеро имеют квалификационную категорию и девять – сертификат специалиста.

Частнопрактикующим врачам не удалось радикально переопределить объем властных ресурсов: все инструкции Министерства здравоохранения имеют равное отношение к коммерческому сектору [21]. Контроль деятельности частного врача осуществляется государственными инстанциями не менее, если не более интенсивно, чем контроль врача государственной медицины. В то же время важные аспекты, в которых врач-частник уже сегодня выигрывает, – увеличение свободы в принятии решений по выполнению главной функции, улучшение условий труда и рост дохода. Кроме того, несмотря на размытый правовой и экономический статус, увеличивается культурный ресурс частнопрактикующих специалистов, понимаемый нами как возможность использовать собственное экспертное знание в целях создания позитивного имиджа группы или отдельного специалиста для реализации влияния на сознание и действия пациентов. Некоторым частным врачам, в основном стоматологам и офтальмологам, уже удалось отчасти трансформировать собственную работу в статусную профессию. Определенный управляемый образ групп уже создан, и профессионалы стремятся соответствовать установленным стандартам репутации и респектабельности. Не исключена вероятность того, что именно врачам-частникам удастся создать сильные профессиональные организации для защиты собственных интересов.

Экономический ресурс. Реформа финансирования государственных медучреждений, начатая с введения системы обязательного медицинского страхования в 1994 г., оказалась краеугольным камнем всей реформы здравоохранения. Система страхования не решила общих вопросов развития отрасли и изменения ее структуры и в основном функционирует как финансово-кредитный институт, который основывается на независимом отчислении 3,6% заработанных предприятием средств в страховой фонд и выполняет распределительные функции. В исследовании мы попытались оценить, как реформа финансирования сказалась на бюджете медицинского учреждения, а также на условиях его работы.

По данным Госкомстата, в 2003 г. средняя заработная плата работников здравоохранения составила 3707 рублей, что лишь в полтора раза превышает прожиточный минимум.

Таблица 4

Оценка респондентами материального положения семьи (%)				
Уровень благосостояния	Москва	Коми	Киров	Всего
Денег не хватает даже на продукты питания	1,3	9,3	14,2	6,3
На питание денег хватает, но уже покупка одежды вызывает затруднения	15,6	54,4	50,7	33,6
Доходов хватает на питание и одежду. Но покупка дорогих вещей длительного пользования, таких, как телевизор или холодильник, проблема	47,8	28,9	31,3	39,2
Без труда приобретают вещи длительного пользования, но вот покупка действительно дорогих вещей, таких, как автомобиль или дача, связана с большими проблемами	31,6	6,7	3,7	18,8
В настоящее время могут позволить себе многое – машину, дачу, зарубежное путешествие, – словом, ни в чем себе не отказывать	3,7	0,7	0	2,1

Тогда как задолженность государства по зарплате перед медиками в том же году составила 565 млн. рублей [22]. В анкетном опросе только московские врачи отметили позитивные результаты реформы отрасли. Больше половины их отмечают, что улучшилось снабжение их медицинских учреждений оборудованием, его состояние, а также снабжение ЛПУ медицинскими препаратами. Врачи Республики Коми и Кировской области, напротив, считают, что реформы только ухудшили положение дел в их медучреждениях. Радикально сократились поставки оборудования, равно как и снабжение медицинскими препаратами. Другим негативным «привнесением» реформ, по мнению провинциальных врачей, стало сокращение возможностей повысить врачебную квалификацию. Врачей Коми и Кировской области беспокоит сокращение финансирования, выделяемого на профилактические меры и пропаганду здорового образа жизни.

В целом респонденты демонстрируют разочарование медицинскими реформами. Основные нужды врачей по-прежнему игнорируются. Былая относительная социальная стабильность врачебной позиции потеряна. Государство более не предоставляет врачам квартир, а также не гарантирует выплаты социальных пособий. Многие опрошенные оценили свой материальный достаток как достаточно низкий. Как следует из табл. 4, большинству врачей хватает денег на еду и одежду, в то время как покупка товаров длительного пользования стала для них недоступной.

Финансовое положение московских врачей гораздо более благополучное. Однако между ними не существует консенсуса относительно того, улучшилось оно, ухудшилось или осталось неизменным. Треть склоняется к мысли, что их совокупный доход увеличился, остальные считают, что он остался неизменным. Причина этого, скорее всего, заключается в возникшем многообразии источников дохода специалистов.

Т. Заславская утверждает, что срастание частного бизнеса с работой по найму в государственном секторе является особенностью постсоциалистических стран. Данное явление неоднократно отмечалось зарубежными социологами и привело к возникновению в зарубежной социологической литературе термина «part-time businessman» или полупредприниматель [23]. Российские частнопрактикующие врачи подпадают под это определение. Большинство из них не оставляет своей работы в государственном медучреждении, совмещая предпринимательскую деятельность с основной работой. Причина у каждого своя. Чаще всего врачи сохраняют рабочее место в госсекторе с целью застраховать себя на случай банкротства коммерческого центра или неудачи в индивидуальной трудовой деятельности. Работа по найму по-прежнему гарантирует врачу определенные социальные блага – оплату больничного, выплату детского

Значимость для семьи врача различных источников дохода

Источники дохода	Москва	Коми	Киров	Всего
Заработная плата врача	4,43	4,7	4,67	4,5
Заработная плата других членов семьи	4,27	4,43	4,55	4,37
Дополнительный заработок, связанный с профессиональной деятельностью	3,48	3,76	4,12	3,69
Дополнительный заработок, не связанный с профессиональной деятельностью	1,8	2,69	3,05	2,26
Пенсии, социальные выплаты	2,51	2,98	2,85	2,7
Сдача в наем квартиры, дачи	1,29	1,53	1,61	1,41
Проценты со сбережений (вкладов в банк)	1,63	2	1,74	1,74
Сбережения	1,98	2,45	2,2	2,13
Помощь родных, близких	1,79	2,81	3,17	2,22
Другое	1,17	2,29	3,35	1,77

Примечание: В таблице приведен индекс оценки источников дохода по шкале от 5 (очень важен) до 1 (совсем неважен).

пособия, от которых у него нет желания отказываться. Кроме того, частнопрактикующие специалисты, оставившие работу в государственном секторе, до сих пор отчасти воспринимаются как профессионалы, отказавшиеся от профессиональных ценностей ради наживы. Многие врачи–частники по–прежнему называют платные услуги «подработкой», несмотря на то, что частная практика становится для них основным источником дохода. Как видно из табл. 5, для большинства респондентов дополнительный заработок, связанный с профессиональной деятельностью, имеет такое же значение, как и заработок по основному месту работы.

Как показало исследование, внедрение рыночных механизмов в российскую медицину не способствовало увеличению властных ресурсов врачебной профессии. Англо–американский профессионализм, понимаемый как властная монополия профессионалов на рынке труда или в государственном секторе, по–прежнему несвойственен российским врачам. Можно предположить, что в современном российском обществе существуют две возможности повышения социального статуса врачей. С одной стороны, дальнейшее государственное реформирование отрасли может повысить властные ресурсы этой профессиональной группы, увеличив их участие в принятии решений, касающихся регулирования их деятельности, по принципу «профессионализации сверху». Сегодня Министерство здравоохранения и социального развития планирует повысить социальный статус врачей, занятых в государственном секторе, за счет сокращения их числа вдвое. Данная мера, по мнению Минздрава, позволит повысить экономический статус тех профессионалов, кому удастся сохранить свое рабочее место. Однако Российская медицинская ассоциация, самое крупное профессионально объединение российских врачей, утверждает, что предложенная реформа не приведет к росту социального статуса врачебной профессии. Лидеры ассоциации считают, что решение проблем отрасли возможно только за счет включения профессиональных организаций, представляющих интересы врачей, в работу Фонда обязательного медицинского страхования, а также за счет расширения врачебного влияния на решения, принимаемые Минздравом [24].

В отличие от лидеров крупных профессиональных ассоциаций, социальные установки рядовых врачей государственного сектора на профессионализацию еще не сформированы. В настоящий момент они не стремятся к увеличению собственных

властных полномочий и переопределению объема прав и обязанностей. Большинство из них рассчитывает только на собственные силы и ориентировано на индивидуальную профессиональную мобильность посредством частной официальной и неофициальной практики. Они не стремятся лоббировать собственные интересы, участвуя в работе профессиональных организаций. Хотя некоторые частнопрактикующие врачи уже пришли к пониманию того, что им необходимо «отвоевывать» свои права у государства. На наш взгляд, только изменение социальных установок врачей, занятых в государственном секторе, их стремление увеличить собственный властный ресурс, может привести к возникновению определенной профессиональной идеологии, коллегиальной культуры, которая, в последующем, приведет к трансформации социального статуса группы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Freidson E.* Professionalism Reborn. Cambridge: Polity Press, 1994.
2. *Macdonald K.* The Sociology of the Professions. L.: Sage, 1995.
3. *Larson M.* The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis. Berkeley: University of California Press, 1977.
4. *Allsop J., Mansourov V., Saks M.* Working Conditions and Earning Options of Physicians in the Russian Federation: A Comparative Case Study // *Russia Today: Sociological Outlook* / Ed. by V. Mansourov. M.: Russian Society of Sociologists, 1999.
5. *Moran M.* Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany. Manchester: Manchester University Press, 1999.
6. *Schechter K.* The politics of Health Care in Russia, in *Field M. & Twigg J.* (Eds.) *Russia's Torn Safety Nets: Health and Social Welfare During the Transition*, New York: St Martin's Press, 2000.
7. *Field M.* Doctor and Patient in Soviet Russia. Cambridge: Harvard University Press, 1957.
8. *Raffel M.* Health Services in the Union of Soviet Socialist Republics // *Comparative Health Systems* / Ed. by M. Raffel. University Park: Pennsylvania State University Press, 1984.
9. *Журавлева И.В.* Социальные факторы ухудшения здоровья населения // Россия: трансформирующееся общество. М.: Издательство «КАНОН–Пресс–Ц», 2001.
10. *McKee M.* The Health Consequences of the Collapse of the Soviet Union // *Poverty, Inequality and Health* / Ed. by D. Leon, G. Walt. Oxford: Oxford University Press, 2001.
11. *Twigg J.* Health Care Reform in Russia: a Survey of Head Doctors and Insurance Administrators // *Social Science and Medicine*. 2002. № 55: 2253–4.
12. *Согомонов А. Ю.* Успех «в картине мира» постсоветских профессионалов // Россия: трансформирующееся общество. М.: Издательство «КАНОН–Пресс–Ц», 2001.
13. *Кораблева Г.* Профессия и образование: социологический аспект взаимосвязи. Екатеринбург: Изд-во Уральского ун-та, 1999.
14. *Мансуров В.А.* Исследование профессиональных групп российской интеллигенции: ситуация, методология, методика // *Профессиональные группы интеллигенции*, М.: Издательство института социологии РАН, 2003.
15. *Manning N., Shkaratan O., & Tikhonova N.* Work and Welfare in the New Russia, Aldershot: Ashgate, 2000.
16. *Девятко И.Ф.* Методы социологических исследований. Екатеринбург: Изд-во Уральского ун-та, 1996.
17. *Бурдые П.* Начала. М.: Socio-Logos, 1994.
18. *Allsop J. & Saks M.* Regulating the Health Professions. London: Sage, 2002.
19. *Parkin F.* Strategies of Social Closure in Class Formation // *The Social Analysis of the Class Structure* / Ed. by F. Parkin. L.: Tavistock Publications, 1974.
20. *Burridge M. et al.* Actor-based Framework for the Study of the Professions // *Professions in Theory and History* / Ed. by M. Burridge, R. Torstendahl. L.: Sage, 1990.
21. *Лукина О.В.* Провинциальная медицина на распутье // *Рубеж: Альманах социологических исследований*. 1998. № 13–14.
22. *Мустафина Н.* Системе здравоохранения поставили диагноз половину врачей уволят // *Коммерсант*. 23 апреля. 2004.
23. *Заславская Т.И.* Бизнес–слой российского общества: сущность, структура, статус // *Социологические исследования*. 1995. № 3.
24. *Врачебная газета*. 2004. № 3 (54). Март.