

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

**УСЛОВИЯ ТРУДА И МОТИВАЦИЯ  
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ  
(по материалам мониторинга экономических  
процессов в здравоохранении)**

Препринт WP8/2011/12  
Серия WP8

Государственное и муниципальное  
управление

Москва  
2011

УДК 331:616-051

ББК 65.495

У 75

Редакторы серии WP8  
«Государственное и муниципальное управление»  
*А.Г. Барабашев, А.В. Клименко*

У 75 **Условия труда и мотивация медицинских работников (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении)** : препринт WP8/2011/12 [Текст] / М. Г. Колосницына, Е. Г. Потапчик, Е. В. Селезнева, А. Л. Темницкий, И. М. Шейман, С. В. Шишкин ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. — 80 с. — 150 экз.

В работе представлены результаты анализа состояния и происходящих изменений в условиях занятости медицинских работников, в их отношении к труду, в структуре трудовой мотивации в организации оплаты труда, выполненного по данным опросов медицинских работников в 2007 и 2009 гг. Особое внимание уделяется первым результатам перехода на новую отраслевую систему оплаты труда. Представлены оценки медицинскими работниками ключевых проблем российского здравоохранения и приоритетов в его развитии. Рассматриваются также актуальные вопросы организации оказания медицинской помощи: внедрения медицинских стандартов и взаимодействия врачей на разных этапах оказания медицинской помощи пациентам.

УДК 331:616-051

ББК 65.495

*Колосницына Марина Григорьевна* — к.э.н., доцент, заместитель заведующего кафедрой государственного управления и экономики общественного сектора НИУ ВШЭ.

*Потапчик Елена Георгиевна* — к.э.н., ведущий научный сотрудник Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ.

*Селезнева Елена Владимировна* — аспирант кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ.

*Темницкий Александр Лазаревич* — к.с.н., доцент, доцент кафедры социологии Московского государственного института международных отношений МИД РФ, старший научный сотрудник Института социологии РАН.

*Шейман Игорь Михайлович* — к.э.н., профессор кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ.

*Шишкин Сергей Владимирович* — д.э.н., научный руководитель Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ.

**Препринты Высшей школы экономики**  
размещаются по адресу: <http://new.hse.ru/org/hse/wp>

© Колосницына М. Г., 2011

© Потапчик Е. Г., 2011

© Селезнева Е. В., 2011

© Темницкий А. Л., 2011

© Шейман И. М., 2011

© Шишкин С. В., 2011

© Оформление. Издательский дом  
Высшей школы экономики, 2011

# Содержание

1. Введение .....	5
2. Условия занятости медицинских работников .....	8
3. Оплата труда .....	11
3.1. Дифференциация оплаты труда медицинских работников ...	11
3.2. Составные части оплаты труда медицинских работников ...	14
3.3. Факторы, определяющие размеры оплаты труда .....	16
3.4. Оценки справедливости в оплате труда .....	17
3.5. Дополнительный заработок и совокупные доходы .....	19
3.6. Оценка удовлетворенности работой .....	23
4. Введение новой системы оплаты труда и ее результативность .....	24
5. Трудовая мотивация медицинских работников .....	38
5.1. Отношение медицинских работников к труду .....	38
5.2. Структура трудовой мотивации медицинских работников .....	42
6. Ключевые проблемы организации оказания медицинской помощи .....	50
6.1. Использование медицинских стандартов в практической деятельности медицинских работников .....	50
6.2. Взаимодействие врачей на разных этапах оказания медицинской помощи .....	55
6.2.1. Взаимодействие врачей первичного звена с узкими специалистами поликлиник .....	56
6.2.2. Информированность участковых врачей об оказании их пациентам скорой и стационарной помощи .....	58
6.2.3. Качество амбулаторной медицинской помощи в оценках врачей стационаров .....	59
7. Оценка медицинскими работниками проблем российского здравоохранения и перспектив его развития .....	62
7.1. Общая оценка состояния здравоохранения .....	62
7.2. Ключевые проблемы российского здравоохранения .....	64
7.3. Приоритеты государственной политики: инвестиции в медицинское оборудование vs инвестиции в человеческий капитал .....	67
7.4. Альтернативные направления кадровой политики .....	68
7.5. Предпочтительные формы участия населения в оплате медицинских услуг .....	71
8. Заключение .....	74

### **Основные сокращения, используемые в тексте:**

ЕТС – единая тарифная сетка

НСОТ – новая система оплаты труда

СМП – средний медицинский персонал

ЦРБ – центральная районная больница

# 1. Введение

Условия деятельности и мотивация медицинских работников являются важнейшими характеристиками состояния системы здравоохранения и ключевыми факторами, определяющими ее результативность. Эта проблематика выступает предметом многих исследований, но до последнего времени отсутствовали попытки ее анализа в динамике. Для восполнения этого пробела в Высшей школе экономики с 2009 г. в рамках Программы фундаментальных исследований реализуется проект «Мониторинг экономических процессов в здравоохранении»<sup>1</sup>, в число задач которого входят анализ состояния и динамики изменений в условиях работы, оплаты труда, мотивации медицинских работников, а также в их оценках состояния и перспектив развития отрасли.

В данной публикации представлены результаты анализа указанной проблематики, полученные в рамках этого мониторингового исследования.

*Задачами* исследования в рассматриваемой области выступали:

- анализ состояния и происходящих изменений:
  - в условиях занятости медицинских работников;
  - в отношении медицинских работников к труду;
  - в организации оплаты труда;
- анализ процесса перехода на новую отраслевую систему оплаты труда;
- выявление структуры трудовой мотивации медицинских работников и происходящих в ней изменений;
- выявление отношения медицинских работников к ключевым проблемам российского здравоохранения и перспективам его развития.

В рамках данного исследования решалась также задача анализа наиболее актуальных вопросов организации оказания медицинской помощи, среди которых были выделены:

- анализ процесса внедрения стандартов оказания медицинской помощи;
- анализ сложившегося взаимодействия врачей на разных этапах оказания медицинской помощи пациентам.

---

<sup>1</sup> URL: <http://www.hse.ru/org/hse/monitoring/med>.

*Информационную базу исследования* составили:

- данные опроса медицинских работников об экономических условиях деятельности учреждений здравоохранения и условиях оплаты их труда, проведенного Центром Левады по заказу ГУ ВШЭ в конце 2009 г.;
- данные опроса врачей, проведенного в 2007 г. Независимым институтом социальной политики (НИСП) в рамках исследования «Повышение оплаты труда в бюджетном секторе экономики: социально-экономические ограничения и возможности», в выполнении которого приняли участие двое из авторов данной публикации<sup>2</sup>.

Исследование ГУ ВШЭ включало опрос 791 врача, 761 медицинской сестры и 46 главных врачей, проведенный в трех субъектах РФ в октябре 2009 г. Полученные данные сравнивались с данными опроса 620 врачей, проведенного в двух субъектах Российской Федерации в июле — августе 2007 г. в рамках исследования НИСП.

В качестве пилотных регионов выбирались субъекты РФ, представляющие собой регионы с разным уровнем социально-экономического развития. При этом использовалась типология регионов, разработанная НИСП<sup>3</sup>. Исследование НИСП 2007 г. проводилось в Ярославской и Саратовской областях. Первый регион относился к группе относительно развитых регионов в освоенной зоне, второй — к группе регионов со средним уровнем развития в освоенной зоне. В исследовании ГУ ВШЭ 2009 г. были выбраны по одному другому представителю этих же групп — соответственно Вологодская и Калужская области, к которым был добавлен один регион из группы депрессивных в освоенной зоне — Ивановская область.

В качестве критериев формирования выборки по каждому региону в обоих исследованиях выступали следующие:

- охват основных видов медицинских учреждений (стационарных и поликлинических по основным типам: областная клиника, городская больница, городская поликлиника для взрослых и

---

<sup>2</sup> Шишкин С.В., Темницкий А.Л., Чирикова Е.Е. Трудовая мотивация российских врачей и влияние на нее Национального проекта // Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / отв. ред. С.В. Шишкин. М.: Независимый институт социальной политики, 2008. С. 69–228. URL: <http://www.socpol.ru/publications/#socpol2008>.

<sup>3</sup> URL: <http://www.socpol.ru/atlas/typology/index.shtml>.

городская детская поликлиника, центральная районная больница, в исследовании 2007 г. 10% респондентов работали в частных клиниках);

- распределение выборки внутри каждого региона по типам медицинских учреждений осуществлялось пропорционально численности врачей, работающих в соответствующих типах учреждений;

- при проведении опроса в амбулаторном учреждении должны быть представлены врачи участковой службы (участковые терапевты и педиатры) и врачи-узкие специалисты.

В опросе 2009 г. использовались дополнительные критерии:

- выборка в каждом медицинском учреждении должна охватывать равное число врачей и медицинских сестер;

- при проведении опроса в стационарных учреждениях должны опрашиваться только врачи и медицинские сестры стационарных отделений. При этом должны быть одинаково представлены врачи и медицинские сестры отделений хирургического и терапевтического профилей.

В рамках исследования 2009 г. была предпринята попытка изучить мнение отдельной категории медицинских работников — руководителей медицинских учреждений — о протекающих процессах преобразований в экономической сфере, как их учреждений, так и системы здравоохранения в целом. С учетом более общего видения проблем опрос проводился по специально разработанной для этой категории персонала анкете, отличной от анкеты врачей и медицинских сестер. Однако малочисленность выборки по данной категории (всего 3% от общей выборки) не позволяет делать однозначные заключения об отличии мнений главврачей от других категорий медицинских работников. В данном случае результаты анализа могут рассматриваться лишь как ориентиры.

Вопросы анкет для врачей и медицинских сестер в исследованиях, проведенных в 2007 и 2009 гг., во многом пересекались, что позволило определить изменения в отношении медицинских работников к происходящим в секторе здравоохранения изменениям. Вместе с тем в анкеты 2009 г. были внесены дополнительные вопросы, позволившие оценить другие, ранее не рассматривавшиеся организационно-экономические аспекты функционирования отрасли.

## 2. Условия занятости медицинских работников

Абсолютное большинство медицинских работников (95–98%) обследованных медицинских учреждений как в 2007, так и в 2009 г. являются штатными сотрудниками. По данным исследования 2009 г., средний стаж работы в здравоохранении составил 21 год как у врачей, так и у медсестер. Стаж работы в конкретном лечебном учреждении немного ниже — 15 и 17 лет соответственно. По данным исследования 2007 г., средний стаж работы в конкретном лечебном учреждении был несколько ниже — 10 лет. Максимально высокий стаж работы в учреждении среди обследованных в 2009 г. медицинских работников зафиксирован у главных врачей (в среднем — 21 год, в том числе 10 лет в должности главного врача). Таким образом, обследованные медицинские работники — это укорененные в своей профессии люди, много лет работающие в одном и том же медицинском учреждении.

Занятость российских медицинских работников отличает высокая степень загруженности работой. Во временном измерении фактическая продолжительность рабочей недели с учетом сверхурочных часов, внутреннего и внешнего совместительства существенно превышает установленную продолжительность рабочего времени. Наиболее высокой она оказалась у врачей лечебных учреждений в 2009 г. (табл. 2.1).

Таблица 2.1. Фактическая продолжительность рабочей недели медицинских работников (%)

Группы по фактической продолжительности рабочей недели	Годы опроса		
	2007	2009	
	Врачи	Врачи	Медсестры
До 35 часов	18	9	7
36–41 час	34	33	43
42 и более часов	48	58	50
Среднее количество часов	46,1	52,1	46,8
Стандартное отклонение	16,4	20,1	14,5
Количество опрошенных	621	791	756

Источник: данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Наиболее высока фактическая продолжительность рабочей недели в ЦРБ (62% медицинских работников там работают не менее 42 часов в неделю), наименьшая – в городских взрослых больницах (соответственно 39%). Эта тенденция не различается в зависимости от типа региона.

Высокая степень фактической продолжительности рабочей недели соотносится с не менее высокими показателями интенсивности труда и объемов выполняемой работы медицинских работников. Только явное меньшинство медицинских работников оценивает интенсивность своего труда и объемы выполняемой работы как норму. Преобладающая часть оценивает их как выходящие за пределы нормы, причем четверть врачей в 2009 г. указала на то, что интенсивность и объем выполняемой работы часто превышает их возможности (табл. 2.2).

Таблица 2.2. Оценки медицинскими работниками интенсивности работы и объема выполняемой работы (%)

Оценки	Годы опроса		
	2007	2009	
	Врачи	Врачи	Медсестры
<i>Интенсивности работы:</i>			
Все в норме	42	28	34
Иногда превышает возможности	44	47	44
Часто превышает возможности	14	25	21
<i>Объема выполняемой работы:</i>			
Все в норме	40	29	32
Иногда превышает возможности	44	45	44
Часто превышает возможности	16	26	24

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Чаще других на превышение нормы по интенсивности и объемов выполняемой работы указывают медицинские работники городских детских поликлиник, реже — городских больниц для взрослых. Эта тенденция сохраняется вне зависимости от региональной и профессиональной принадлежности. Также на превышение норм интенсивности и объемов выполняемой работы чаще указывают врачи в воз-

расте 36–49 лет. Между оценками интенсивности и объема выполняемой работы существует сильная положительная корреляция ( $r$  Пирсона = 0, 772).

Вовлеченность врачей в дополнительную оплачиваемую работу помимо основной — это реальный факт занятости, закрепившийся в 1990-е годы, адаптации к нестабильным условиям жизни, и продолжающий сохраняться в сегодняшний более устойчивый период. Если в исследовании 2007 г. было выявлено, что среди опрошенных врачей только примерно пятая часть имела регулярную дополнительную оплачиваемую работу, то в 2009 г. таких оказалось намного больше (48% среди врачей и 34% среди медицинских сестер). Устойчивыми оказались лишь доли врачей, не имеющих и не желающих иметь дополнительную работу (примерно каждый четвертый) — табл. 2.3.

Таблица 2.3. Наличие дополнительной оплачиваемой работы (%)

Отношение к дополнительной оплачиваемой работе	Годы опроса		
	2007	2009	
	Врачи	Врачи	Медсестры
Нет, и не хочу иметь такую работу	27	24	27
Нет, но я хочу найти такую работу	37	14	18
Есть, я подрабатываю, но нерегулярно	18	14	20
Есть, имею регулярную дополнительную работу	18	48	34

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Наибольший уровень вовлеченности в дополнительную занятость на регулярной основе характерен для врачей хирургического профиля (55%), специалистов (50%), в наименьшей — для участковых врачей и педиатров (26%) и сестер участковых врачей и педиатров (22%).

Следует отметить, что основным местом дополнительной занятости врачей и медицинских сестер является их же медицинское учреждение (табл. 2.4).

Таблица 2.4. Места дополнительной занятости врачей и медицинских сестер (%)

Имеют места дополнительной занятости	Врачи		Медсестры
	2007	2009	2009
В своем медицинском учреждении	46	58	61
В другом государственном медицинском учреждении	15	18	4
В другом частном медицинском учреждении	29	16	3
В медицинских учреждениях, не связанных напрямую с лечением людей (в фармацевтических, страховых компаниях и др.)	*	4	1
На дому	10	2	4
Вне сферы здравоохранения	23	4	6
Другое	*	2	1

*Примечание.* \*В 2007 г. данный вариант ответа респондентам не предлагался.

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

### 3. Оплата труда

#### 3.1. Дифференциация оплаты труда медицинских работников

Средний размер заработной платы врачей, обследованных в 2009 г., по сравнению с заработной платой врачей, обследованных в 2007 г., оказался выше почти на 50%. Размер заработной платы работников среднего медицинского персонала явно уступает оплате труда врачей (табл. 3.1).

Выделенные в 2007 г. для сравнения зарплатные группы уже не являются адекватными для опрошенных врачей в 2009 г., поскольку модальная часть врачей (42%) оказалась в самой высокооплачиваемой по меркам 2007 г. группе. Однако для медицинских сестер это еще по-прежнему малодоступная категория (6%).

Таблица 3.1. Распределение медицинских работников по размерам получаемой зарплаты (%)

Группы по оплате труда	Годы опроса		
	2007	2009	
	Врачи	Врачи	Медсестры
До 5500 руб.	28	11	27
От 5600 до 8000 руб.	27	19	42
От 8000 до 12000 руб.	30	28	25
Свыше 12000 руб.	15	42	6
Средний размер	8600	12600	7725

Источник: данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Зарплата наиболее высокооплачиваемой децильной группы врачей, как и в 2007 г., превышает наименее оплачиваемую группу примерно в 4 раза. Среди медицинских сестер дифференциация по данному показателю еще ниже — 2,5 раза. В целом можно говорить об умеренной дифференциации в заработных платах врачей и медицинских сестер.

В 2007 г. к числу факторов, наиболее сильно дифференцирующих размер заработной платы врачей, были отнесены различия в возрасте и уровнях профессиональной категории врачей. Причем по силе дифференциации зарплат уровень профессиональной категории врачей уступал роли возраста. Средняя зарплата молодых врачей (до 35 лет) в среднем на 2500 рублей была ниже, чем у врачей старшего возраста (50–70 лет). В группах высокооплачиваемых врачей молодых оказалось в 5 раз меньше, чем врачей старшего возраста, а в группах низкооплачиваемых, наоборот, молодых врачей в 2 раза больше, чем их коллег старшего возраста.

В 2009 г. влияние различий в возрасте и профессиональной категории как факторах дифференциации размера заработной платы сохранились (по коэффициенту  $F$ -статистика Фишера<sup>4</sup>, используемому при однофакторном дисперсионном анализе, их влияние тождественно:  $F = 11$ ). Но еще более высокой дифференцирующей спо-

<sup>4</sup>  $F$ -статистика Фишера указывает на степень изменчивости между группами по сравнению с изменчивостью внутри групп.

способностью обладают: принадлежность к регионам ( $F = 50$  у врачей и  $F = 20$  у медицинских сестер), должность ( $F = 24$  и  $F = 18$  соответственно), фактическая продолжительность рабочего времени в неделю ( $F = 24$  у врачей и незначимо у медсестер), пол ( $F = 14$ ), тип медицинского учреждения ( $F = 4$ ).

Рассмотрим различия в размерах оплаты труда в зависимости от региона и типа лечебного учреждения (табл. 3.2).

Таблица 3.2. Размер заработной платы врачей в зависимости от вида медицинского учреждения и региона (среднее значение в рублях) по данным 2009 г.

	Регионы*		
	<i>A</i> (высокий уровень развития)	<i>B</i> (средний уровень развития)	<i>C</i> (депрессивный)
Городская взрослая поликлиника	12065	9550	8330
Городская детская поликлиника	12390	13970	10330
Областная больница	9550	14555	8990
Городская взрослая больница	12290	9415	8020
Центральная районная больница	12900	10350	8340
В среднем	11200	10680	8490

\* Здесь и далее регион *A* — Вологодская область, регион *B* — Калужская область, регион *C* — Ивановская область.

Источник: данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г).

В выделенных регионах размер заработной платы врачей в целом соответствует уровням экономического развития. Размеры заработных плат врачей и медицинских сестер городских детских поликлиник в целом оказались выше, чем у медицинских работников других лечебных учреждений.

Среди врачей — представителей разных должностей лидируют по уровню заработной платы участковые врачи и педиатры, получающие в среднем 15730 рублей, врачи хирургического профиля — 13730 рублей. На их фоне врачи-специалисты с размером зарплаты в среднем 9230 рублей выглядят как аутсайдеры. Такие же различия

существуют между медицинскими сестрами. Сестры участковых терапевтов и педиатров оплачиваются существенно выше (в среднем 9730 рублей), чем сестры хирургического профиля (6815 рублей). Получаемая заработная плата не очень отчетливо рефлексирована модальной группой медицинских работников с позиций ее изменений за последние годы. Так, почти половина врачей и медсестер (41 и 46% соответственно) не смогли указать, когда в последний раз им официально повышали заработную плату. Все же примерно пятая часть врачей и медицинских сестер отметила, что такое повышение произошло в течение последнего года. Наиболее заметным оно было в регионе с низким уровнем развития экономики, где 42% медицинских работников отметили факт официального повышения заработной платы в течение последнего года. Оно коснулось врачей и медсестер всех должностей во всех типах лечебных учреждений. По этому показателю регион *С* существенно отличается от всех остальных (в регионе *А* отметили этот факт 14%, в регионе *В* — 11%). Однако размер официальной прибавки для 60% медицинских работников, отметивших данный факт, не составил более чем 10% по отношению к имевшейся на данный момент заработной плате. Только немногим более 10% медицинских работников отметили, что повышение зарплаты составило 50% и более. Таковых меньше всего среди медицинских работников региона *С* (4%) и больше в регионе *А* — 12%.

### **3.2. Составные части оплаты труда медицинских работников**

Из чего складывается зарплата медицинских работников? Насколько распространена практика установления надбавок к должностному окладу? Каково соотношение постоянной и переменной частей оплаты труда?

В целом 40% опрошенных имеют премии или надбавки за счет оказания платных услуг; 62% — другие премии или надбавки к основной зарплате. Надбавки за предоставление платных услуг получала значительная часть как врачей, так и медицинских сестер (табл. 3.3). Их чаще получают врачи-мужчины, чем врачи-женщины; медицинские работники, занятые в городских взрослых поликлиниках; врачи-специалисты и медсестры специалистов, чем другие должностные

категории медицинских работников; врачи и сестры, имеющие высшую профессиональную категорию.

Таблица 3.3. Доля медицинских работников, имеющих надбавки и премии к основной зарплате (%)

Надбавки	Годы опроса		
	2007	2009	
	Врачи	Врачи	Медсестры
За предоставление платных услуг	47	43	37
Другие виды надбавок*	31	63	60

*Примечание.* \*В 2007 г. — за качество и результативность.

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

В 2007 г. для модальной группы врачей (43%) оказалось сложным определить долю премии в составе зарплаты. В 2009 г. таких оказалось существенно меньше (26% среди врачей и 45% — среди медицинских сестер).

В структуре заработной платы врачей, по их оценкам, 76% составляет постоянная часть, 24% — переменная; для медсестер это соотношение почти такое же — 78% и 22%. Не наблюдается здесь и существенных различий между типами медицинских учреждений. Оценки главврачей практически совпадают с оценками самих медицинских работников. Только у незначительного числа врачей (4% в 2007 г. и 12% в 2009 г.) постоянная часть зарплаты меньше ее переменной части.

Желаемое для медицинских работников соотношение постоянной и переменной частей в оплате труда составляет в среднем 76% : 24%, и оно почти одинаковое для врачей и медсестер (75% : 25% и 77% : 23% соответственно). Показательно, что желаемое соотношение двух частей мало отличается от фактического. Примерно для 3/4 врачей и медицинских сестер важно, чтобы постоянная часть превышала переменную в оплате труда. Но есть и группа врачей (13%) и медицинских сестер (18%), которые хотели бы, чтобы постоянная часть в оплате труда составляла 90–100%.

Таким образом, абсолютное большинство опрошенных медицинских работников придерживается консервативной позиции в отношении политики в оплате труда, подчеркивая первоочередное значение для себя гарантированной оплаты. В пользу такого вывода свидетельствуют и ответы об акторах, устанавливающих на практике размеры премиальных. Почти в половине случаев — это главный врач и заведующий отделением. Коллегиально, на уровне учреждений, это отмечается лишь 1/4 частью респондентов, внутри отделения — примерно 1/10. Оценки врачей и медицинских сестер здесь существенно не расходятся.

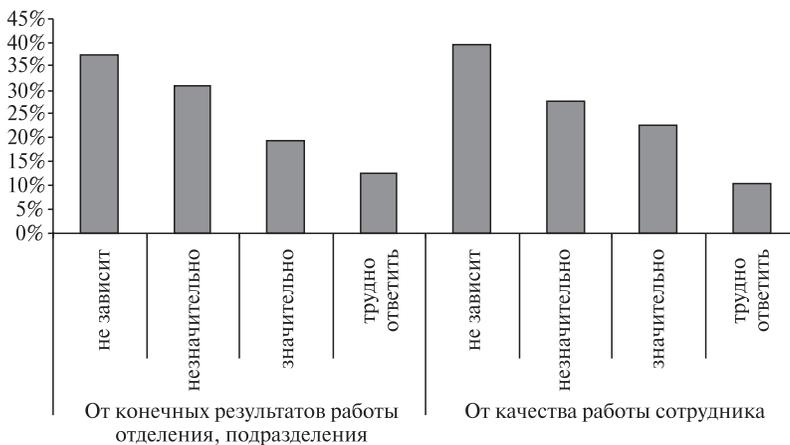
### 3.3. Факторы, определяющие размеры оплаты труда

Подавляющее большинство (65–75%) медицинских работников убеждены, что размер их заработной платы вовсе не зависит или зависит незначительно от таких факторов, как квалификация, личный трудовой вклад, конечные результаты работы (самого сотрудника и его подразделения), объем и качество работы. Правда, по оценкам большинства опрошенных (78%), оплата их труда не зависит также и от отношений с руководством (табл. 3.4, рис. 3.1).

Таблица 3.4. Зависимость размера заработной платы от различных факторов (% от числа ответивших)

	Квалификация	Личный вклад	Результаты работы отделения	Результаты работы всего учреждения	Отношения с руководством	Объем работы	Качество работы
Не зависит	15	47	37	38	65	38	39
Незначительно	55	28	31	25	13	31	28
Значительно	23	16	20	18	8	23	23
Трудно ответить	6	9	12	19	14	8	11

Источник: данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г).



**Рис. 3.1.** Мнение медицинских работников о факторах, определяющих размер их заработной платы (*В какой степени размер Вашей зарплаты зависит от: конечных результатов работы подразделения, качества Вашей работы?*)

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Таким образом, несмотря на фактическое наличие премий и надбавок, можно сделать вывод, что распределяются они скорее механически и уравнилельно, а потому не играют ощутимой стимулирующей роли.

### 3.4. Оценки справедливости в оплате труда

С оценками роли личного трудового вклада в определении размера заработной платы в наибольшей мере связаны оценки справедливости в оплате труда врачей. Этот факт был зафиксирован в исследовании 2007 г. и остался значимым в 2009 г. Среди врачей, которые отметили, что их труд оплачивается справедливо, абсолютное большинство (70%) указало, что размер их зарплаты значительно зависит от личного трудового вклада.

По сравнению с 2007 г. доля врачей, считающих справедливой оплату своего труда, существенно снизилась (с 15 до 6%). Столько же (6%) считающих справедливой оплату своего труда и среди меди-

цинских сестер. Еще 15% среди врачей и медицинских сестер считают, что иногда их труд оплачивается справедливо. Все же 3/4 указывают на явную несправедливость в оплате труда. В 2007 г. таких было 57%. Максимально высоко оценивают оплату своего труда как справедливую участковые врачи и педиатры, занятые в городских детских поликлиниках — 19%. Оценки справедливости оплаты труда более высоки среди медицинских работников региона С (9%), а также повышаются с увеличением возраста — до 9% среди 50–70-летних.

Из факторов, которые, как предполагается, могут существенно способствовать повышению справедливости оплаты труда, на первое место выдвигается ее размер. Действительно, с ростом размера заработка плавно повышается и чувство справедливости оплаты труда. Максимально положительную оценку справедливости оплаты труда, как и в 2007 г., дают врачи с зарплатой, превышающей 12000 рублей. Положительная связь чувства справедливости в оплате труда зафиксирована по каждому из регионов обследования (табл. 3.5).

*Таблица 3.5.* Взаимосвязь оценок справедливости оплаты труда и размера получаемой заработной платы

Считают оплату труда справедливой	Заработная плата по регионам (средние значения, руб.)		
	<i>А</i>	<i>В</i>	<i>С</i>
Да	15875	16640	10680
Иногда да, иногда нет	15370	10810	9470
Нет	11350	10520	7960
В среднем	11200	10680	8490

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Несоответствие заработка трудовому вкладу больше всего не устраивало врачей в 2007 г. (63%). В 2009 г. уровень неудовлетворенности данной стороной труда стал еще выше. Уже примерно 3/4 как врачей, так и медицинских сестер указывают на явный недоучет их личного трудового вклада при определении заработка. Массовые нарекания врачей вызывает маленький размер премий (38% в 2007 г. и 33% в 2009 г.). Для медсестер эта проблема еще острее (48%). Треть врачей не устраивает большая разница в оплате труда рядовых вра-

чей и руководства. Для медсестер этот факт менее актуален (20%). На невысокий уровень дифференциации в оплате труда медицинских работников врачи указывают намного чаще, чем медицинские сестры (около трети врачей и только 4% медицинских сестер). Наименее значимой как для врачей, так и медицинских сестер является проблема зависимости размера зарплаты от отношений с руководством (около 5%).

В сравнении оплаты своего труда с коллегами своего медицинского учреждения большинство (57%) врачей и медицинских сестер указывает на примерное равенство оплаты труда. Все же около одной пятой части как врачей, так и медицинских сестер указали на то, что оплата их труда ниже, чем у коллег по учреждению, и только 3% тех и других — выше. Чаще других факт меньшего размера оплаты труда в сравнении с коллегами своего учреждения подчеркивают специалисты городских взрослых поликлиник — 35%.

Сравнение получаемой зарплаты с зарплатой коллег, выполняющих аналогичную работу в других государственных медицинских учреждениях, свидетельствует, что большинство врачей (52% в 2007 г. и 57% врачей и медицинских сестер в 2009 г.) оценивает свою оплату труда как примерно равную оплате труда других врачей-коллег, а 7% в 2007 г. и 3% в 2009 г. считали ее более высокой, чем у других. В 2007 г. только каждый пятый из числа опрошенных врачей считал, что оплата его труда ниже, чем у коллег по региону, а в 2009 г. таких оказалось уже больше: 31% среди врачей и 42% среди медицинских сестер. В большей мере факт возвышения заработка других по отношению к своему характерен для врачей-специалистов в поликлиниках — 38%, врачей терапевтического профиля в больницах — 34%, сестер терапевтического профиля в больницах — 48%. В наименьшей мере — для участковых врачей и педиатров — 13%.

### **3.5. Дополнительный заработок и совокупные доходы**

В 2007 г. дополнительный заработок врачей составил в среднем 2800 рублей, то есть примерно чуть более четверти от среднего основного заработка. В 2008 г. предлагалось указать не абсолютное значение, а его место в предложенной шкале. Для двух третей врачей дополнительная работа приносила меньше 50% от заработка по основ-

ному месту работу. Только каждый четвертый врач и примерно пятая часть медицинских сестер отметили, что дополнительный заработок находился в диапазоне от 50 до 100%. Все же почти каждый десятый врач зарабатывал на дополнительной работе больше, чем по основному месту занятости. Среди них выделяются врачи хирургического профиля — 12% и специалисты — 11%.

Несмотря на заметное увеличение размера заработка врачей по сравнению с их коллегами, опрошенными в 2007 г., субъективные оценки величины денежных доходов существенно не изменились, а у медицинских сестер они выглядят весьма удручающе (табл. 3.6).

Таблица 3.6. Оценки денежных доходов семьи (%)

Оценки денежных доходов	Врачи		Медсестры
	2007	2009	2009
Денег не хватает на самое необходимое, иногда даже на питание	8	8	21
Денег хватает только на самое необходимое	46	48	64
Доходы позволяют нормально питаться и одеваться, но не позволяют купить бытовую технику	34	36	12
Не ощущают недостатка в средствах, но доходы не позволяют купить новый автомобиль	11	9	3
При необходимости могут купить себе новую квартиру	1	0	0

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Размеры получаемого заработка оказывают существенное влияние на субъективные оценки денежных доходов. Между теми, кто оценивает доход по минимальной и максимальной позициям по предложенной шкале, разрыв в получаемом заработке составляет 2 раза. Более высоко оценивают свой денежный доход врачи хирургического профиля, участковые врачи-терапевты и педиатры, врачи, имеющие высшую профессиональную категорию.

Что могли бы себе позволить, на что направили бы материальные средства российские медики в проективной ситуации? Для этого использовался уточняющий методический инструмент в форме вопро-

са проективного характера, позволяющий с большей четкостью выявить соотношение тактического, актуального для удовлетворения насущных проблем жизни, и стратегического, актуального для удовлетворения проблем, более отдаленных от повседневности<sup>5</sup>.

В результате анализа ответов на поставленный вопрос была выявлена иерархия направлений затрат предполагаемой крупной суммы денег (табл. 3.7).

Таблица 3.7. Иерархия направлений затрат предполагаемой крупной суммы денег (%)

Направления затрат	Годы опроса		
	2007	2009	
	Врачи	Врачи	Медсестры
Обеспечение будущего детей	44	50	43
Улучшение жилищных условий	40	45	49
Ремонт квартиры	33	27	28
На поправку здоровья, лечение	26	27	44
На развлечения, отдых, путешествия	23	19	14
Покупку мебели	15	10	9
На улучшение питания семьи	13	12	21
Покупку нового авто	13	13	5
На приобретение обуви и одежды	10	9	20
Открытие собственного дела	8	7	4
Покупку электробытовой техники	6	3	3
Покупку компьютерной техники	5	3	3
Приобретение дачи	4	6	3
На благотворительство	1	2	1
Не стал бы тратить, делал бы сбережения	*	11	9
Количество ответивших	621	780	753

*Примечание.* \*Вопрос не задавался.

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

<sup>5</sup> Вопрос звучал так: «Если бы у Вас сейчас появилась крупная сумма денег, на что бы Вы ее потратили в первую очередь?».

Перераспределение приоритетов в пользу будущего детей является традиционной ценностью всех россиян, а не только врачей. Жить для детей, их лучшего будущего — эта устойчивая мифологема многих десятилетий советского времени воспроизводится и в постсоветский период. Лишь у медицинских сестер, а также у молодых врачей (до 30 лет) эта ценность вышла на второй план, уступив по значимости улучшению жилищных условий. Однако и в данном случае выявлено, как только жилищные условия становятся сносными (проживание в отдельной квартире), так ценность обеспечения будущего детей у молодых врачей возрастает в 2 раза по сравнению со своими сверстниками, не проживающими в отдельной квартире.

Улучшение жилищных условий действительно приоритетная и насущная, а не отложенная проблема российских врачей, хотя и абсолютное большинство врачей (85%), как было установлено в исследовании 2007 г., проживает в отдельной квартире. Неслучайно третьей по значимости оказалась проблема ремонта квартир, что подчеркивает рост неудовлетворенности имеющимся жильем, желание придать месту проживания более современный вид.

Характерно, что явные проблемы насущной жизни, весьма актуальные для адаптационной ситуации — улучшение питания, приобретение одежды и обуви — уже не выходят у врачей на первый план, однако остаются таковыми для медицинских сестер. У врачей эти проблемы уступают по значимости таким современным и престижным целям, как покупка нового автомобиля и путешествия, развлечения и отдых. Это позволяет с некоторой осторожностью выдвигать оптимистические утверждения в пользу состоявшейся социальной адаптации профессиональных групп российских врачей. То, что ответы врачей о возможных направлениях траты крупной суммы денег, окажись она в их руках, отражают не мечты, а реальность, подтверждают и распределения ответов в зависимости от суммы получаемой зарплаты. Чем меньше размер получаемой зарплаты, тем чаще в качестве первоочередных направлений распределения крупной суммы денег указываются первоочередные проблемы (траты на питание и на приобретение обуви и одежды). Так, среди врачей с размером зарплаты от 5600 до 8000 рублей хотели бы, прежде всего, улучшить качество своего питания примерно пятая часть, а при сумме зарплаты, превышающей 12000 рублей, только лишь примерно каждый десятый.

### 3.6. Оценка удовлетворенности работой

В качестве обобщающего показателя сбалансированности притязаний работников и их удовлетворения с учетом ситуации на локальном рынке труда можно рассматривать оценки удовлетворенности работой в учреждении в целом. Доля положительных оценок удовлетворенности (скорее и полностью удовлетворенных) в несколько раз (более чем в 4 раза в 2007 г., и 3 раза в 2009 г.) превышает долю отрицательных оценок (скорее и совершенно неудовлетворенных) — табл. 3.8. Как и в 2007 г., было установлено, что размер получаемой заработной платы не имеет значимой связи со степенью удовлетворенности работой в лечебном учреждении. Относительно высокий уровень общей удовлетворенности работой медиков обуславливается, по всей видимости, не столько материальными факторами, сколько моральными: уверенностью в выбранной профессии врача, высокой степенью укорененности в ней, ощущением пользы для общества от выполняемой работы.

Таблица 3.8. Удовлетворенность работой в медицинском учреждении (%)

Удовлетворены работой в учреждении в целом:	Годы опроса		
	2007	2009	
	Врачи	Врачи	Медсестры
Не удовлетворены	12	14	11
Частично да, частично нет	36	42	51
Удовлетворены	52	44	38

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Все же по сравнению с 2007 г. произошло заметное снижение уровня удовлетворенности. Наиболее заметным оно оказалось в ЦРБ, где каждый пятый не удовлетворен своей работой, в городских взрослых больницах — 15% неудовлетворенных, у врачей хирургического профиля — 20%.

Уровень общей удовлетворенности работой в учреждении тесно связан с желанием уволиться либо остаться работать в нем. Данные обоих опросов свидетельствуют, что чем ниже уровень удовлетворенности, тем выше уровень потенциальной текучести. Более половины

врачей, как в 2007 г., так и в 2009 г., никуда не хотели бы уходить из данного учреждения. Среди медицинских сестре таких еще больше — 64%. Среди тех, кто думает об уходе, наиболее желаемыми местами предполагаемого ухода, как для врачей по обоим годам опроса, так и для медицинских сестер, являются частные медицинские учреждения (от 1/3 среди врачей до половины среди медсестер). На уход в другие государственные медицинские учреждения рассчитывают примерно около 1/3 врачей и медсестер. Каждый пятый врач и каждая десятая медсестра хотели организовать свою частную практику.

#### **4. Введение новой системы оплаты труда и ее результативность**

В 2008 г. в РФ официально начался переход бюджетных учреждений на так называемую *новую систему оплаты труда* (НСОТ). Идея реформы состояла в отказе от изжившей себя ЕТС и введении более гибкой системы оплаты, которая давала бы возможность в значительной степени привязать заработок к результатам труда конкретного работника, дифференцируя таким образом зарплату внутри отдельных квалификационных категорий. НСОТ дает возможность руководителям учреждений сокращать избыточную численность персонала, перераспределяя высвободившиеся средства фонда оплаты труда в пользу оставшихся работников. При этом предполагалось увеличение ФОТ бюджетных учреждений в 2008 г. на 30% и было рекомендовано учреждениям, переходящим на НСОТ, не менее 30% заработной платы выплачивать в форме стимулирующих надбавок, которые не гарантированы работнику, а зависят от его результативности.

На практике переход учреждений здравоохранения на новую систему оплаты проходил не так гладко в силу ряда причин: во-первых, в условиях кризиса не все регионы смогли выделить необходимые дополнительные суммы из своих бюджетов, так что реального повышения зарплаты во многих случаях не происходило; во-вторых, с 1 января 2009 г. был кардинально повышен минимальный размер оплаты труда (до 4330 рублей в месяц), в результате чего произошло перераспределение фонда оплаты труда в сторону низкоквалифици-

рованного персонала, и вместо дифференциации в оплате труда во многих учреждениях наблюдалось, наоборот, выравнивание зарплат. Кроме того, методическая необеспеченность реформы сделала этот переход во многих учреждениях формальным, не все сумели разработать критерии и процедуры оценки персонала, которые и должны лежать в основе НСОТ.

Процесс перехода начался в 2008 г. во всех трех обследованных регионах, однако проходил неравномерно (см. табл. 4.1). Всего из 46 обследованных учреждений за 2008–2009 гг. перешли на новую систему оплаты 34.

*Таблица 4.1.* Число медицинских учреждений, введивших и не введивших НСОТ (по ответам главных врачей)

	Регион А	Регион В	Регион С	Общий итог
Ввели с 2008 г.	4	2	1	7
Ввели с 2009 г.	8		19	27
Не вводили	0	12	0	12
Общий итог	12	14	20	46

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Главным врачам, чьи учреждения перешли на новую систему оплаты, задавали ряд вопросов с целью выяснить, как выглядит внедренная система оплаты, насколько фактическое состояние дел согласуется с основными принципами, заложенными в ее нормативных документах. Как выясняется из ответов главных врачей, в большинстве случаев решение о размере стимулирующих и компенсирующих надбавок работникам принимают руководители разного уровня (главный врач — 38% опрошенных, руководитель отделения — 53%) (табл. 4.2). Однако 66% отметили также и участие в этом решении других сторон: назывались экспертный совет, экономический совет, клиничко-экономическая комиссия, совет бригады, двусторонняя комиссия и т.п. (респонденты могли выбрать несколько ответов на вопрос). На прямой вопрос о том, участвует ли какой-либо коллегиальный орган в принятии решений о порядке распределения надбавок, подавляющее число опрошенных главврачей (97%) дали положительный ответ.

Таблица 4.2. Ответы главных врачей на вопрос «Как сказались введение НСОТ на результатах деятельности Вашего учреждения?»

	Негативно	Никак не сказались	Позитивно
Учреждения, перешедшие на НСОТ с 2008 г.	2	3	2
Учреждения, перешедшие на НСОТ с 2009 г.	2	7	<b>16</b>
Общий итог	4	10	18

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

По поводу соотношения постоянной и переменной части в общей сумме оплаты труда главные врачи не отметили разницы в структуре заработка врачей и медицинских сестер, по их мнению, это соотношение составляет сегодня примерно 75 : 25 для обеих категорий медперсонала. Однако сложившаяся пропорция не вполне устраивает руководителей, желаемое соотношение они видят как примерно 65 : 35, очевидно ожидая большей отдачи от стимулирующей компоненты оплаты труда.

Важно отметить, что в целом введение НСОТ с точки зрения влияния на результаты деятельности учреждения оценили положительно 56% опрошенных, еще 31% не видят пока никаких изменений, и лишь 13% (4 человека) однозначно высказываются отрицательно.

Большинство опрошенных (67%), тем не менее, считают необходимым дальнейшее совершенствование системы оплаты труда за счет уточнения критериев назначения надбавок, повышения их доли; 30% считают, что систему оплаты нужно формировать на принципиально других подходах. Вместе с тем ни один руководитель медицинского учреждения не согласился с вариантом возврата к прежней системе ЕТС и все согласны с тем, что систему совершенствовать в принципе нужно.

Результаты введения новой системы оплаты труда можно попытаться косвенно оценить по ответам главных врачей на вопрос: «Как бы Вы оценили изменения в отношении к труду, произошедшие за два последних года?». Причем респондентам предлагалось оценить изменения как в их собственном отношении к труду, так и в отношении их коллег. Разделив группу главных врачей на три подгруппы —

тех, кто вводил НСОТ с 2008 г., с 2009 г. и не вводил вовсе — мы получили следующее распределение ответов (табл. 4.3. и 4.4).

*Таблица 4.3.* Изменения в отношении к труду главных врачей (число ответов)

	<b>Затрудняюсь ответить</b>	<b>Не изменилось</b>	<b>Улучшилось</b>	<b>Ухудшилось</b>	<b>Общий итог</b>
Учреждения, перешедшие на НСОТ с 2008 г.		3	3	1	7
Учреждения, перешедшие на НСОТ с 2009 г.	1	15	10	1	27
Учреждения, не вводившие НСОТ		7	4	1	12
Общий итог	1	25	17	3	46

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

*Таблица 4.4.* Изменения в отношении к труду их коллег по работе (число ответов)

	<b>Затрудняюсь ответить</b>	<b>Не изменилось</b>	<b>Улучшилось</b>	<b>Ухудшилось</b>	<b>Общий итог</b>
Учреждения, перешедшие на НСОТ с 2008 г.	2	1	2	2	7
Учреждения, перешедшие на НСОТ с 2009 г.	1	9	11	6	27
Учреждения, не вводившие НСОТ	2	1	3	6	12
Общий итог	5	11	16	14	46

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Из таблиц, в частности, видно, что отношение самих главных врачей к труду за прошедшие два года в целом или не изменилось, или улучшилось, и практически не зависело от введения новой системы оплаты труда. А вот оценки, которые они дают изменениям в отно-

шении к труду своих коллег, действительно, различаются. Из 12 главврачей, в чьих учреждениях не вводилась НСОТ, 10 дали однозначный ответ на этот вопрос: 4 человека ответили, что отношение к труду не изменилось или улучшилось, 6 человек — что оно ухудшилось. Среди главврачей, введших НСОТ, всего на вопрос ответил 31 человек, из них 23 заявили об улучшении отношения к труду или отсутствии изменений и 8 — об ухудшении. Таким образом, среди учреждений, введших новую систему оплаты, в целом прослеживается тенденция улучшения отношения к труду, в отличие от тех, кто не вводил такую систему.

Что касается тех главных врачей, в чьих учреждениях пока не введена новая система оплаты труда, лишь двое из них отметили в качестве проблемы неразработанность критериев оплаты, но все 12 дружно назвали основным препятствием отсутствие необходимого финансирования и неготовность коллектива к подобным нововведениям. Вместе с тем доля фонда оплаты труда, которая финансируется за счет платных услуг, в этих учреждениях в среднем оказывается выше, чем среди тех, кто уже ввел новую систему. Кроме того, главные врачи, чьи учреждения не меняли систему оплаты, значимо чаще отмечают рост доли платных услуг в фонде оплаты труда за последний год перед опросом. Лишь в одном учреждении, не введшем НСОТ, эта доля снизилась, тогда как среди введших НСОТ снижение отметили 11 главных врачей. Почти половина учреждений, не введших НСОТ, имеют специальную систему надбавок за оказание платных услуг, в то время как в учреждениях, перешедших на НСОТ, таких лишь четверть. Можно предположить, что некоторые больницы и поликлиники, не введшие до сих пор новую систему оплаты труда, делают это намеренно, у них нет такой острой потребности в серьезных изменениях, они сумели уже по-своему приспособиться к рыночным отношениям и стремятся сохранить эту ситуацию, опасаясь изменений к худшему.

Характеризуя в целом введение НСОТ, можно обратиться и к ответам рядовых медицинских работников на вопросы анкеты. Например, работников спрашивали о том, переведены ли они на новую систему оплаты труда. В целом по выборке 52% опрошенных ответили на этот вопрос положительно, 19% — отрицательно, 29% затруднились с ответом. Ответы по регионам распределились следующим образом (табл. 4.5).

*Таблица 4.5.* Распределение ответов медицинских работников на вопрос «Переведены ли Вы на новую систему оплаты труда?» (%)

Ответы	Регион А	Регион В	Регион С	Итого
Да	81,8	5,6	65,7	51,9
Не знаю	15,1	45,4	26,3	28,9
Нет	3,1	49,0	8,0	19,2
Общее число респондентов, ответивших на вопрос	450	478	624	1552

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Интересно отметить при этом, что в регионах А и С, где, судя по ответам главврачей, 100% обследуемых учреждений перешли на НСОТ, значительная часть рядовых медработников либо ничего не знают об этом, либо даже утверждают, что такого перехода не было (в сумме «неправильные» ответы дали 18% работников в регионе А и 34% в регионе С).

Для проверки мы разделили всех медицинских работников на три группы: работавших в учреждениях, введивших НСОТ с 2008 г., с 2009 г. и не введивших вовсе. При этом мы основывались на информации, полученной из анкет главных врачей, которая однозначно характеризует статус учреждения. Как видно из табл. 4.6, работники распределены следующим образом.

*Таблица 4.6.* Численность работников учреждений, переведенных и не переведенных на новую систему оплаты труда (в соответствии с ответами главных врачей)

Категория персонала	Учреждения, введившие и не введившие НСОТ			
	Да, с 2008	Да, с 2009	Нет	Итого
Врач	118	444	229	791
Медсестра	113	430	218	761
Общий итог	231	874	447	1552
Итого в % от общего числа ответивших	71,2%		28,8%	100%

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Оказывается, на самом деле на новую систему оплаты переведены 1105 работников, или 71,2% всех опрошенных, тогда как положительный ответ на соответствующий вопрос анкеты дали лишь 52% респондентов. Таким образом, информированы о факте перехода фактически немногим более 70% работников, которых коснулись эти нововведения. Любопытно отметить, что «совпадения» ответов рядовых медицинских работников и главных врачей на вопрос о введении НСОТ неодинаково распределились по регионам (см. табл. 4.7), причем в регионе В, где НСОТ практически еще не вводилась, медицинские работники более реалистично оценивают фактическую ситуацию, тогда как в регионах А и С, где все обследуемые учреждения перешли на НСОТ, об этом знают немногим более половины работников.

Эти данные говорят о недостаточной информационной обеспеченности реформы оплаты труда, что никак не может способствовать ее успеху. В частности, так называемые стимулирующие надбавки вряд ли могут стать таковыми, если сами работники даже не знают об их существовании.

*Таблица 4.7.* Совпадение ответов медицинских работников с ответами главных врачей о введении НСОТ (в % от числа ответивших, по регионам)

	Регион А	Регион В	Регион С
Врачи	56,40	94,12	69,64
Средний медперсонал	60,71	70,00	67,20
В среднем	58,70	85,19	68,54

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Медицинским работникам, как и главным врачам, задавался вопрос об изменениях в отношении к труду их самих и их коллег за прошедшие два года. Ответы, полученные в ходе опроса, показывают, что рядовые медицинские работники настроены не так оптимистично, как главные врачи (табл. 4.8. и 4.9). Принципиальных различий в распределении ответов на этот вопрос между работниками разных групп учреждений (вводивших НСОТ с 2008 г., с 2009 г. и не вводивших) не наблюдается. Точно так же, с поправкой на значительную долю «воздержавшихся», распределены и ответы на вопрос

об отношении к труду коллег. Полученные результаты не позволяют утверждать, таким образом, что введение новой системы оплаты сказалось значимо на отношении медицинских работников к труду (по крайней мере, по их собственным ощущениям). Возможно, для того, чтобы произошли подобные перемены, и чтобы они были осознаны, требуется больше времени: ведь новая система оплаты в большинстве рассматриваемых учреждений вводилась в течение 2009 г.

*Таблица 4.8.* Ответы медицинских работников на вопрос об изменениях их собственного отношения к труду за последние два года (число ответов, доли ответивших, %)

	Группы медицинских учреждений					
	Ввели НСОТ с 2008 г.		Ввели НСОТ с 2009 г.		Не вводили НСОТ	
Затрудняюсь ответить	14	5%	69	8%	33	8%
Не изменилось	147	55%	472	54%	225	55%
Улучшилось	39	15%	158	18%	68	17%
Ухудшилось	68	25%	175	20%	84	20%
В целом по группе учреждений	268	100%	874	100%	410	100%

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

*Таблица 4.9.* Ответы медицинских работников на вопрос об изменениях отношения к труду их коллег за последние два года (число ответов, доли ответивших, %)

	Группы медицинских учреждений					
	Ввели НСОТ с 2008 г.		Ввели НСОТ с 2009 г.		Не вводили НСОТ	
Затрудняюсь ответить	49	18%	200	23%	106	26%
Не изменилось	116	43%	328	38%	171	42%
Улучшилось	24	9%	124	14%	45	11%
Ухудшилось	79	30%	222	25%	88	21%
В целом по группе учреждений	268	100%	874	100%	410	100%

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Медицинских работников спрашивали также, удовлетворены ли они в целом своей работой, с учетом всех ее положительных и отрицательных сторон. Табл. 4.10. показывает большую долю полностью или скорее удовлетворенных работой в группе работников тех учреждений, которые перешли на новую систему оплаты труда еще в 2008 г. (48%). Среди перешедших на НСОТ недавно эта доля ниже — 39%, среди тех, кто еще не вводил НСОТ, — 35%. И наоборот, доля тех, кого работа скорее не удовлетворяет или совершенно не удовлетворяет, меньше всех в первой группе (всего 6%) и выше всего — в третьей (13%). Это может быть косвенной характеристикой результатов введения новой системы оплаты, хотя работники при ответе на этот вопрос должны были принимать во внимание все характеристики работы.

*Таблица 4.10.* Распределение ответов медицинских работников на вопрос об удовлетворенности работой в целом, по группам учреждений, введших и не введших НСОТ (число ответов, доли в %)

	Группы медицинских учреждений					
	Ввели НСОТ с 2008 г.		Ввели НСОТ с 2009 г.		Не вводили НСОТ	
Затрудняюсь ответить	20	9%	41	5%	19	4%
Полностью удовлетворяет, скорее удовлетворяет	111	48%	341	39%	156	35%
Частично удовлетворяет, частично нет	86	37%	383	44%	213	48%
Скорее не удовлетворяет, чем удовлетворяет; совершенно не удовлетворяет	14	6%	109	12%	59	13%
Общий итог	231	100%	874	100%	447	100%

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Более показательными представляются ответы на вопрос «Считаете ли Вы справедливой оплату Вашего труда?». Ответы медицинских работников позволяют оценить разницу по группам учреждений, введших и не введших новую систему оплаты, которая, по идее, должна способствовать дифференциации зарплаток в зависимости от индивидуального вклада работника. Как видно из табл. 4.11,

есть отчетливые различия в ответах как врачей, так и среднего медицинского персонала на этот вопрос: чаще считают свою зарплату справедливой в тех учреждениях, где введена новая система оплаты труда, чаще считают зарплату несправедливой там, где НСОТ не вводили.

*Таблица 4.11.* Распределение ответов медицинских работников на вопрос «Считаете ли Вы справедливой оплату Вашего труда?», по группам учреждений, введивших и не введивших НСОТ (число ответов, доли в %)

	Группы медицинских учреждений			
	Ввели НСОТ		Не вводили НСОТ	
<i>Врачи</i>				
Затрудняюсь ответить	29	5%	12	6%
Да	40	7%	5	2%
Иногда да, иногда нет	85	15%	32	15%
Нет	429	73%	159	77%
Общий итог	583	100%	208	100%
<i>Средний медперсонал</i>				
Затрудняюсь ответить	45	8%	12	6%
Да	35	6%	5	3%
Иногда да, иногда нет	79	14%	23	11%
Нет	400	72%	162	80%
Общий итог	559	100%	202	100%

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Полученные данные позволяют также оценить дифференциацию в оплате труда медработников внутри одного учреждения. Для того чтобы выявить влияние НСОТ, мы выбрали однотипные учреждения в каждой из трех групп — введивших НСОТ с 2008 г., с 2009 г. и не введивших. На примере Центральной районной больницы (а этот тип учреждения представлен во всех трех группах и характеризуется значительной численностью сотрудников) мы оценили показатели минимальной и максимальной зарплаты для врачей и медсестер по отдельности. Отношение максимума к минимуму для обеих категорий сотрудников выше в ЦРБ, перешедшей на новую систему оплаты труда в 2009 г. Для медицинских сестер наиболее уравнивающая

политика зарплаты наблюдается в больнице, не введившей НСОТ. Но наиболее показательным в этом отношении оказывается так называемый 10%-й коэффициент фондов, который рассчитывается путем деления суммарной заработной платы, полученной 10% наиболее высокооплачиваемых работников, к суммарной заработной плате 10% самых низкооплачиваемых. Этот показатель широко используется в статистической практике именно для сопоставительных исследований. Как видно из табл. 4.12, в рассматриваемых нами центральных районных больницах коэффициенты фондов, рассчитанные для заработной платы медицинских сестер и врачей, оказываются максимальными там, где новая система оплаты труда введена в 2009 г. Очевидно, это учреждение уже лучше подготовилось к введению НСОТ и было обеспечено примерными методиками учета вклада отдельного работника, дифференциация заработков в результате повысилась, причем в первую очередь для тех категорий работников, для которых ранее система была более уравнительной.

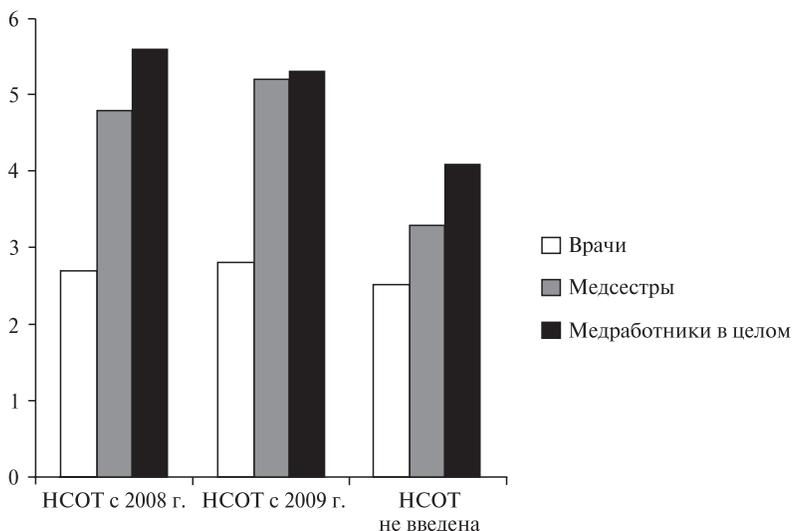
*Таблица 4.12.* Показатели дифференциации оплаты труда врачей и среднего медицинского персонала в группах учреждений, введивших и не введивших НСОТ, на примере центральных районных больниц

	Центральные районные больницы		
	НСОТ введена с 2008 г.	НСОТ введена с 2009 г.	НСОТ не введена
<i>Врачи</i>			
Максимальное значение заработной платы, руб.	30000	30000	25000
Минимальное значение заработной платы, руб.	6000	4600	4000
max/min	5,0	6,5	6,2
<i>Средний медицинский персонал</i>			
Максимальное значение заработной платы, руб.	16000	20000	12000
Минимальное значение заработной платы, руб.	4700	4330	4000
max/min	3,4	4,6	3,0
10%-й коэффициент фондов для зарплаты врачей	2,7	2,8	2,5
10%-й коэффициент фондов для зарплаты медсестер	4,8	5,2	3,3
10%-й коэффициент фондов для зарплаты всех медицинских работников	5,6	5,3	4,1

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Несколько ниже коэффициенты фондов для врачей и среднего медицинского персонала ЦРБ, где новая система оплаты введена в 2008 г. Можно предположить, что в этом учреждении еще не окончательно сформировались механизмы оценки результатов труда отдельного работника и учета их при установлении надбавок. Известно, что многие бюджетные учреждения, первыми введившие НСОТ, распределяли надбавки равномерно между всеми работниками, и лишь потом постепенно разрабатывали свои подходы и процедуры дифференциации надбавок.

И, наконец, самые низкие коэффициенты фондов наблюдаются в ЦРБ, не введившей новую систему оплаты труда. Причем нужно отметить, что подобное соотношение в значениях коэффициентов характерно в равной мере как для врачей, так и для среднего медицинского персонала.



**Рис. 4.1.** Дифференциация заработной платы работников центральных районных больниц (10%-е коэффициенты фондов)

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

На рис. 4.1 представлено соотношение коэффициентов фондов, рассчитанных отдельно для зарплаты врачей, медсестер и в целом для всех медицинских работников. Видно, что коэффициенты для всей совокупности работников во всех трех больницах значительно выше, чем для каждой из категорий, взятых в отдельности. Это отражение неравенства в оплате труда между категориями врачей и медсестер. Итоговое неравенство включает в себя, таким образом, дифференциацию внутри групп и между группами. Тем не менее по-прежнему прослеживается наблюдаемое соотношение: в учреждениях, введших НСОТ, дифференциация в целом выше, чем там, где НСОТ не вводили.

И, наконец, данные, полученные для региона *B*, позволяют непосредственно сравнить средние заработные платы работников учреждений, введших и не введших НСОТ (это единственный из трех регионов, где представлены одновременно две группы учреждений). Сравнивая заработные платы работников в одном регионе, мы избегаем влияния значительных межрегиональных различий в оплате труда, которая наблюдается в среднем по экономике рассматриваемых регионов. Для сравнения зарплат мы выбираем работников одной и той же профессионально-квалификационной группы и узкой специализации. В качестве примера анализировались заработки врачей-хирургов, которые были представлены в учреждениях обеих групп региона *B* — введших и не введших новую систему оплаты. Среднее арифметическое значение заработной платы для врачей-хирургов в медицинских учреждениях, введших НСОТ, составило 22890 рублей, медианное значение — 19000 рублей; для врачей-хирургов в учреждениях, не переходивших на новую систему оплаты — 11595 рублей и 12000 рублей соответственно. Таким образом, в одном и том же регионе заработки врачей одинаковой специализации существенно различаются в зависимости от такого фактора, как используемая система оплаты труда.

Характеризуя в целом процесс перехода на новую систему оплаты труда медицинских учреждений рассматриваемых трех регионов, можно сделать *следующие выводы*:

1. Введение НСОТ проходило в 2008–2009 гг. достаточно интенсивно, почти три четверти учреждений завершили этот процесс, однако в региональном аспекте наблюдались существенные различия в динамике.
2. Основные формальные принципы, заложенные в основу НСОТ, в целом выдерживаются в тех учреждениях, где прошла реформа: сти-

мулирующие надбавки устанавливаются совместно руководством и коллегиальным органом (или руководителем с учетом мнения коллегиального органа), пропорция постоянной и переменной части оплаты труда примерно соответствует той, что заложена в рекомендациях Минздравсоцразвития (70 : 30).

3. Большинство главных врачей, чьи учреждения переведены на новую систему оплаты, отмечают ее позитивное влияние на результаты деятельности учреждения, а также оценивают изменения в отношении к труду своих коллег скорее позитивно, чем негативно.

4. Главные врачи, которые пока не ввели новую систему оплаты труда, называют основным препятствием отсутствие необходимого финансирования и неготовность коллектива к подобным нововведениям. Вместе с тем именно в этих учреждениях доля фонда оплаты труда, которая финансируется за счет платных услуг, выше и растет быстрее, чем в тех учреждениях, кто уже ввел новую систему. Можно предположить, что у них нет такой острой потребности в серьезных изменениях, они сумели уже по-своему приспособиться к рыночным отношениям и стремятся сохранить эту ситуацию, опасаясь изменений к худшему.

5. Рядовые медицинские работники недостаточно информированы о факте перехода их учреждений на новую систему оплаты труда: фактически немногим более 70% работников, которых коснулись нововведения, знают об этом. Эти данные говорят о недостаточной информационной обеспеченности реформы оплаты труда, что вряд ли может способствовать ее успеху. В частности, подавляющее большинство (65–75%) медицинских работников убеждены, что размер их заработной платы вовсе не зависит или зависит незначительно от таких факторов, как квалификация, личный трудовой вклад, конечные результаты работы (самого сотрудника и его подразделения), объем и качество работы.

6. Полученные результаты не позволяют пока утверждать, что введение новой системы оплаты сказалось значимо на отношении медицинских работников к труду (по крайней мере, по их собственным ощущениям). Вместе с тем удовлетворенность работой оказывается выше у тех работников, в чьих учреждениях введена НСОТ.

7. Дифференциация заработной платы работников однотипных учреждений, введивших и не введивших новую систему оплаты труда, существенно различается. Отношения максимальной зарплаты работника к минимальной и 10%-е коэффициенты фондов оказываются выше всего в учреждениях, где реформа прошла в 2009 г., и ниже

всего — там, где она еще не проводилась. Средние значения заработной платы работников одной и той же профессионально-квалификационной группы и специализации оказываются существенно выше в учреждениях, введших НСОТ (в рамках одного региона).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что эффективность реформы еще недостаточно высока: мы можем говорить лишь о введении определенных (более или менее демократичных) механизмов и процедур, определяющих и дифференцирующих заработки медицинского персонала. Говорить же о реальной привязке заработков к результатам труда и о стимулирующей роли надбавок, судя по ответам самих работников, пока не приходится.

## **5. Трудовая мотивация медицинских работников**

### **5.1. Отношение медицинских работников к труду**

Большинство медицинских работников подчеркивают неизменность своего личного отношения к труду (рис. 5.1). В 2009 г. более критично оценили изменения личного отношения к труду врачи, менее критично — главные врачи. Оценки изменения отношения главврачей к труду в лучшую сторону более чем в 2 раза превосходят оценки рядовых врачей (37 и 15%) — табл. 5.1.

Более критично все категории медицинских работников оценивают изменения в отношении к труду своих коллег. Максимальную критичность здесь проявляют главные врачи, которые почти в 4 раза чаще оценивают изменения в отношении к труду своих коллег-врачей как ухудшившееся по сравнению со своим (30 и 7%). Между личными и групповыми оценками в изменениях отношения к труду существует положительная связь ( $r$  Пирсона = 0,417). Если изменения в личном отношении к труду оцениваются в лучшую сторону, то и коллег по работе также, если респонденты не отмечают изменений в своем отношении к труду, то также поступают и по отношению к коллегам. Отрицательным оценкам в изменении отношения к труду в свою очередь способствуют оценки интенсивности и объемов выполняемой работы как превышающие возможности. Этот факт закономерен как для врачей, так и для медицинских сестер.



**Рис. 5.1.** Изменения отношения медицинских работников к труду, произошедшие в течение последних двух лет (оценки опрошенных врачей и медсестер)  
(Как бы Вы оценили в целом изменения в отношении к труду, произошедшие за последние два года, Ваших коллег по работе?)

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

**Таблица 5.1.** Оценки изменений в отношении к труду медицинских работников, произошедших за последние два года (%)

Оценки изменений в отношении к труду	Годы опроса			
	2007	2009		
	Врачи	Врачи	Главврачи	Медсестры
<i>Считают, что личное отношение к труду:</i>				
Улучшилось	29	15	37	19
Не изменилось	54	55	54	54
Ухудшилось	11	24	7	18
Затруднились ответить	6	6	2	9
<i>Считают, что отношение к труду коллег по работе:</i>				
Улучшилось	22	13	35	12
Не изменилось	45	39	24	40
Ухудшилось	12	29	30	21
Затруднились ответить	21	20	11	26
Количество ответивших	621	791	46	756

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Все категории медицинских работников, независимо от года опроса, региона и типа лечебного учреждения демонстрируют максимально высокие самооценки таких показателей отношения к труду, как степень самоотдачи в труде (работа в полную меру сил и способностей), степень интереса к работе, стремления работать еще лучше (табл. 5.2).

Таблица 5.2. Самооценки медицинскими работниками отношения к труду (%)

Считают, что работают	Годы опроса		
	2007	2009	
	Врачи	Врачи	Медсестры
<i>В полную меру сил и способностей</i>			
Почти всегда	87	90	94
Иногда	12	9	5
Почти никогда	1	1	1
<i>С увлечением и интересом</i>			
Почти всегда	72	70	66
Иногда	26	29	32
Почти никогда	2	1	2
<i>Стремятся работать еще лучше</i>			
Почти всегда	71	74	79
Иногда	26	24	19
Почти никогда	3	2	2

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Такие ответы могут свидетельствовать как о повышенной трудоцентричности и трудоголизме медицинских работников, так и о повышенной готовности давать социально одобряемые ответы. Анализ показывает более высокую вероятность второго суждения. Так, более высокая степень самоотдачи никак не связана с большей фактической продолжительностью рабочей недели, превышением норм интенсивности труда.

Более инструментальным вопросом на выявление готовности работать лучше оказался вопрос о готовности работать больше и лучше при условии увязки оплаты труда с личным трудовым вкладом (табл. 5.3).

*Таблица 5.3.* Готовность медицинских работников работать больше и лучше при условии увязки оплаты труда с личным трудовым вкладом (%)

Готовность работать больше и лучше	Годы опроса		
	2007	2009	
	Врачи	Врачи	Медсестры
Нет, так как и сейчас работают на высоком уровне качества и результативности	58	55	62
Да, могли бы работать несколько лучше, чем сейчас	29	34	27
Да, могли бы работать гораздо лучше, чем сейчас	13	11	11

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Между ответами на вопрос о стремлении работать лучше вообще и упомянутым выше вопросом выявлена обратная содержательная связь, которая нашла отражение как в 2007 г., так и в 2009 г. Выявлено, что те медицинские работники, кто иногда либо почти никогда не стремятся работать лучше по ответам на общий вопрос, в существенно большей мере готовы работать гораздо лучше, чем сейчас, по ответу на вопрос, в котором задается условие увязки оплаты труда с личным трудовым вкладом. То есть те примерно 10% медицинских работников, которые считают, что могли бы работать гораздо лучше, чем сейчас, при условии увязки оплаты труда с личным трудовым вкладом, следует рассматривать как реальных достигательных ориентированных работников, тогда как первых (которые отмечают, что сейчас работают на высоком уровне качества и результативности) как избегателей достигательной мотивации к труду, дающих преимущественно социально одобряемые ответы.

## 5.2. Структура трудовой мотивации медицинских работников

Исходя из предположения, что профессиональная деятельность российских врачей, несмотря на ее полимотивированный характер, содержит основания, подчеркивающие большую силу одних мотивов и меньшую – других, возможность их аналитического «разведения» друг от друга, был предпринят анализ содержания, распространности и устойчивости мотивации труда врачей.

На первом этапе выявлялась структура иерархии представлений врачей о хорошей работе в идеальном смысле слова, ее содержательных характеристиках. Возможности такого вопроса позволили раскрыть ценностный срез проблемы мотивации труда (табл. 5.4).

Таблица 5.4. Иерархия представлений медицинских работников о хорошей работе (%)\*

Считают, что хорошая работа — это	Годы опроса		
	2007	2009	
	Врачи	Врачи	Медсестры
Хорошие отношения с коллегами	64	59	71
Ощущение приносимой пользы людям, обществу	50	52	56
Адекватная профессии заработная плата	50	62	41
Интересный, содержательный труд	41	42	26
Возможность профессионального роста	40	43	25
Хорошее отношение со стороны главного врача	31	24	29
Близость к дому	31	16	32
Наличие удобного графика	29	25	46
Справедливое распределение зарплаты	23	30	34
Надежное место работы	23	27	30
Отсутствие уравниловки	20	22	19
Общественное признание и уважение к представителям моей профессии	18	24	19
Возможности для самореализации и творчества	14	11	5
Перспективы карьерного роста	12	9	9
Количество ответивших	621	791	761

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

*Источник:* данные опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Представления врачей о хорошей работе ассоциируются, прежде всего, с хорошими отношениями с коллегами. Эта ценность вышла на первый план у всех профессиональных и социально-демографических групп медицинских работников вне зависимости от региона занятости. Несколько меньшее значение данная ценность имеет для хорошо оплачиваемых групп врачей (получающих более 12000 рублей). Второе и третье место по значимости получили ценности «приносить больше пользы людям, обществу» и «получать при этом зарплату, адекватную профессии врача». Предполагается, что три указанные ценности гармонично дополняют друг друга, раскрывая ценностные приоритеты в работе большинства российских врачей. Высокая роль хороших отношений с коллегами указывает на устойчивость культурной традиции коллективистских ценностных ориентаций в труде, на то, что профессиональная деятельность абсолютного большинства врачей осуществляется по-прежнему в коллективе, на придание высокой значимости оценкам коллег по работе в индивидуальной профессиональной деятельности. Вторая по значимости ценность хорошей работы, на которую указала половина опрошенных врачей, «ощущение приносимой пользы людям, обществу», подчеркивает альтруистический характер профессии врача, высокую значимость служения людям. Ее можно рассматривать как терминальную и универсально значимую ценность, отражающую содержание профессиональной деятельности врача в любом обществе. Замыкает тройку наиболее значимых ценностей «адекватная профессии врача заработная плата», которая по значимости, так же как предыдущая, отражает ценностные приоритеты половины врачей. Для медицинских сестер в тройку ценностного ядра представлений о хорошей работе вошла ценность рабочего графика. Это вполне объяснимо с учетом почти 100%-го женского состава данной профессии. За ответами врачей кроется смысл не просто указать на роль материального вознаграждения, справедливости его распределения, а, скорее, подчеркивается значимость профессионального статуса врачей в обществе и его материальной оценки. Итак, коллеги по работе, польза людям (больным) и заработная плата — ведущие компоненты ценностных предпочтений врачей, выявленные по иерархии ответов на прямой вопрос.

Вместе с тем предполагается, что тот факт, что именно эти три ценности вышли на первые места, во многом обусловлен желанием врачей, прежде всего, дать социально одобряемые, господствующие в общественной морали ответы. И, может быть, поэтому на перифе-

рии значимости оказались ценности, связанные с перспективами для карьеры, возможностями для самореализации и творчества, а также получение общественного (морального) признания и уважения к представителям профессии врача.

Для большего приближения к определению роли и структуры мотивов в реальной повседневной деятельности медиков обратимся к результатам анализа ответов респондентов на вопрос о сравнительной важности различных возможных мотивов, определяющих работу врача (табл. 5.5).

*Таблица 5.5.* Иерархия мотивов, определяющих работу врача (по оценкам врачей, ранги значимости, 1 – имеет максимальное значение, 11 – минимальное)<sup>6</sup>

Определяющие мотивы	Годы опроса			
	2007	2009		
	Врачи	Врачи	Глав-врачи	Мед-сестры
Возможность заработать деньги на жизнь	1	1	1	1
Профессиональный интерес	2	2	2	3
Сострадание и помощь больному	3	3	3	2
Возможность при необходимости помочь близким, друзьям, себе в сохранении здоровья	4	4	4	4
Гарантия занятости	5	5	5	6
Профессиональный рост	6	6	6	5
Невозможность устроиться в регионе на другую оплачиваемую работу по медицинской специальности	9	7	7	7
Уважение, поддержка семьи и близких друзей	7	8	8	9
Возможность сделать карьеру	8	9	10	8
Возможность завоевать уважение коллег	10	10	11	10
Расширение возможностей для общения с людьми	11	11	9	11
Количество ответивших	621	791	46	756

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

<sup>6</sup> Вопрос звучал так: «Какие из перечисленных мотивов, на Ваш взгляд, являются определяющими в работе врача сегодня?».

В отличие от оценок приоритетности тех или иных ценностей, связываемых с образом хорошей работы, оценки значимых мотивов уже освобождены от первостепенной роли хороших отношений с коллегами по работе. Мотив «заслужить уважение коллег» занял место ближе к периферии, чем к центру значимости. На первое место вышла роль денег, возможность их заработать в данных сложившихся условиях. Однако и профессионализм (профессиональный интерес к работе), и альтруизм (сострадание и помощь больному) сохранили свою значимость и вошли в тройку наиболее значимых для врачей мотиваторов. Характерно, что, как и в представлениях о хорошей работе, мотив карьеры занял одно из последних мест.

Как выяснилось, наибольшее значение роли денег в профессиональной деятельности врачей придают главные врачи (85%). Тогда как сами врачи указывают на них существенно реже — 68% в 2007 г. и 60% в 2009 г. Главные врачи также в большей мере, чем рядовые врачи, подчеркивают и роль профессионального интереса (63% против 50% по ответам врачей).

Итак, по согласованным оценкам врачей, опрошенных в разные годы, главных врачей и медицинских сестер, именно деньги, профессиональный интерес и альтруизм являются определяющими мотивами деятельности российских врачей.

Для выявления латентной структуры мотивации труда врачей был проведен повторный факторный анализ<sup>7</sup>. Цель такого факторного анализа: определить степень устойчивости полученного в 2007 г. факторного решения. В 2007 г. были выявлены четыре фактора:

1) Первый фактор, наивысшие нагрузки которого приходились на мотивы «возможность при необходимости помочь близким, друзьям, себе в сохранении здоровья» и «уважение, поддержка семьи и близких друзей», был назван «Социальные капиталисты».

2) Второй фактор, указывающий на первостепенное значение мотивов «сострадание и помощь больному» и «профессиональный интерес», был назван «Ценностно-ориентированные профессионалы».

---

<sup>7</sup> В исследовании 2007 г. факторный анализ, проведенный по методу главных компонент с использованием метода вращения «Варимакс», позволил выявить четыре фактора, объяснившие в целом 61% разброса значений дисперсии значений 11 тестируемых переменных.

3) Третий фактор с максимальными нагрузками на мотивы «возможность сделать карьеру» и «профессиональный рост», был назван «Утилитаристы».

4) Четвертый фактор, максимально коррелирующий с мотивами «возможность заработать деньги на жизнь» и «гарантии занятости», был назван «Консерваторы».

Результаты факторного анализа в 2009 г. проведенного отдельно по группам врачей и медсестер, подтвердил правомерность выделенных факторов. Однако в 2009 г. они получили некоторую модификацию, поменялись местами по значимости, оказались менее информативными (табл. 5.6).

Таблица 5.6. Группы факторов, определяющих мотивы трудовой деятельности врачей и медсестер (информационная емкость фактора, %)

Категориальные типы медицинских работников	Годы опроса		
	2007	2009	
	Врачи	Врачи	Медсестры
«Социальные капиталисты» («возможность при необходимости помочь близким, друзьям, себе в сохранении здоровья» и «уважение, поддержка семьи и близких друзей»)*	18	10**	10
Ценностно-ориентированные профессионалы («сострадание и помощь больному» и «профессиональный интерес»)	16	11	11
Утилитаристы («возможность сделать карьеру» и «профессиональный рост»)	14	12	11***
Консерваторы («возможность заработать деньги на жизнь» и «гарантии занятости»)	13	13	12

\* В скобках указываются главные компоненты фактора, на основе которых дано их название.

\*\* В 2009 г. врачей лишь условно можно назвать социальными капиталистами, поскольку перестал быть значимым мотив «возможность при необходимости помочь близким, друзьям, себе в сохранении здоровья», но появился мотив «расширения возможности общения с другими людьми».

\*\*\* Фактор образует мотив профессионального роста на фоне обратной корреляции с мотивом «сострадания и помощи больному». Мотив «возможность сделать карьеру» оказался незначимым в ответах медсестер для образования данного фактора.

Источник: данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

На первые места, как у врачей, так и у медсестер, по информационной емкости вышли факторы, подчеркивающие укрепление кон-

серватизма в мотивации труда врачей, а на последнее — фактор, который в 2009 г. был первым — «социальные капиталисты», содержание которого уже не стало таким явным, как в 2007 г.

Завершающим вопросом, касавшимся структуры мотивации врачей, был вопрос, касающийся стимулов к мотивации труда, в управленческом ключе, адресованный в будущее<sup>8</sup>.

Таблица 5.7. Иерархия стимулов к лучшей работе по оценкам врачей и медицинских сестер (%)

Стимулы	Годы опроса			
	2009			2007
	Врачи	Главврачи	Медсестры	Врачи
Справедливая оплата труда	88	94	89	86
Федеральные надбавки для всех категорий врачей	54	39	45	57
Наличие хорошего, современного медицинского оборудования	51	61	52	*
Создание комфортных условий труда	35	44	41	*
Справедливое применение различных форм поощрения и наказания (например, отгулы, бесплатные путевки, бесплатное доп. обучение)	34	37	41	*
Предоставление врачам социальных льгот (социального пакета)	30	35	17	*
Создание возможностей для профессионального роста, повышения квалификации	28	28	19	47
Расширение возможностей для получения дополнительного заработка	22	28	21	38
Расширение перечня медицинских услуг, которые медучреждение может оказывать на платной основе	18	20	12	*
Забота о сотрудниках и похвала со стороны руководства	9	20	18	25
Публичное признание заслуг (звания, награды, освещение в СМИ)	9	26	6	11

<sup>8</sup> Формулировка вопроса: «Как Вы считаете, что могло бы более действенно стимулировать врачей к лучшей работе?».

Стимулы	Годы опроса			
	2009			2007
	Врачи	Главврачи	Медсестры	Врачи
Укрепление гарантий в занятости	8	2	8	18
Более удобный график рабочего времени	7	2	14	*
Расширение самостоятельности в решении профессиональных задач	6	4	3	10
Реальная угроза потери рабочего места	5	24	5	3
Легализация неформальных платежей (оплаты услуг в «конвертах»)	5	7	3	7
Принудительная ротация кадров в пользу более молодых врачей	3	0	1	4
<i>Количество ответивших</i>	<i>789</i>	<i>46</i>	<i>760</i>	<i>620</i>

*Примечание.* \*Вопрос не задавался.

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

По оценкам всех групп респондентов, роль ведущего стимула к труду медицинских работников отводится справедливой оплате труда, опережающей почти на порядок все другие стимулы (табл. 5.7). Ранее в анализе нами неоднократно подчеркивалась дифференцирующая и факторная сила справедливости в оплате труда, которая связывается врачами не со стереотипами советского прошлого (уравнительности в распределении зарплаты), а с надежными инструментами оценки связи личного трудового вклада с размером заработной платы. Выявленная структура стимулов к труду врачей свидетельствует о нерешенных до сих пор вопросах преимущественно материально-организационного характера (проблемы федеральных надбавок, качества медицинского оборудования, комфортности в условиях труда, социального пакета). Меньшее значение придается стимулам, способствующим профессиональному росту, повышению квалификации, расширению самостоятельности в решении профессиональных задач, то есть творчески содержательного характера. Меньше всего получили поддержку идеи о принудительной ротации кадров в пользу более молодых врачей, что еще раз свидетельствует о господстве консервативных ценностей в трудовой деятельности российских медицинских работников.

Проведенный анализ трудовой мотивации врачей позволяет сделать следующие выводы.

Определяющей содержательной характеристикой, пронизывающей все стороны труда, трудового поведения, ценностей и мотивации труда медицинских работников, является *консерватизм*.

Консерватизм врачей и медсестер в характеристиках условий занятости проявляется в высокой степени укорененности в профессии, сопровождаемой низким уровнем трудовой мобильности (средний стаж в здравоохранении чуть больше 20 лет, а стаж в лечебном учреждении — несколько менее 20 лет).

При высокой степени загрузки работой, существенно превышающей нормативную величину продолжительности рабочей недели, при высоком уровне интенсивности труда и больших объемах выполняемой работы медицинские работники следуют принципам сохранительного поведения, демонстрируя высокий уровень общей удовлетворенности работой в учреждении и низкий уровень потенциальной текучести (в целом доля положительных оценок удовлетворенности работой в учреждении более чем 4 раза в 2007 г. и 3 раза в 2009 г. превышала долю отрицательных оценок).

Консерватизм медицинских работников в оценках политики оплаты труда проявляется, прежде всего, в придании первоочередного значения гарантированной оплате труда (примерно для 3/4 врачей и медицинских сестер важно, чтобы постоянная часть превышала переменную в оплате труда. Причем модальная группа врачей (42%) и примерно такая же среди медицинских сестер (39%) считает желаемым превышение базовой части оплаты труда над переменной в диапазоне от 40 до 60%).

Медицинские работники в абсолютном большинстве придерживаются консервативной позиции в отношении достигенческих факторов роста интенсивности и качества работы, подчеркивая факт высокого, по их мнению, наличного уровня результативности и качества и демонстрируя неготовность работать гораздо лучше, чем сейчас, при условии увязки оплаты труда с личным трудовым вкладом (только примерно десятую часть врачей и медсестер можно отнести к реальным достигателям в труде).

Консерватизм медицинских работников отражается в практиках дополнительной оплачиваемой работы, потому как основным местом дополнительной занятости врачей и сестер является их же медицинское учреждение, а размер таких подработок у абсолютного большинства не превышает 50% от основного заработка.

Выявленные три определяющие ценности хорошей работы (хорошие отношения с коллегами, общественная польза труда и его адек-

ватная оплата) носят консервативный характер не только сами по себе, но в том числе и потому, что на периферии значимости оказались явно не консервативные ценности (перспективы карьерного роста и возможности для самореализации и творчества).

Справедливость в оплате труда как ведущий, по мнению абсолютного большинства врачей и сестер, стимул к лучшей работе также по существу выполняет устойчиво сохранительную функцию, подчеркивая ценностные приоритеты долговременных ожиданий в отношении изменения политики по распределению денежного вознаграждения за труд, а не создания условий для его дифференцированного и конкурентного зарабатывания.

И, наконец, выявленная на основе факторного анализа динамика групп типологических переменных указывает на произошедший к 2009 г. крен в сторону большей информативности факторов консервативного типа (консерваторы, подчеркивающие возможность заработать деньги на жизнь и значимость гарантированной занятости, стали лидерами, а «социальные капиталисты», указывающие на возможность при необходимости помочь близким, друзьям в сохранении здоровья, оказались на заднем плане).

Представляется, что выявленное преобладание консерватизма врачей в отношении самых различных сторон труда нельзя рассматривать ни как явный тормоз на пути новых возможных реформ, ни как достигнутое благо явно состоявшейся адаптации к произошедшим изменениям. Скорее, это данность, имеющая инерционно-культурные основания, обладающая механизмами сдерживания радикальных шагов в возможных изменениях и имеющая конструктивные основания для неспешных преобразований.

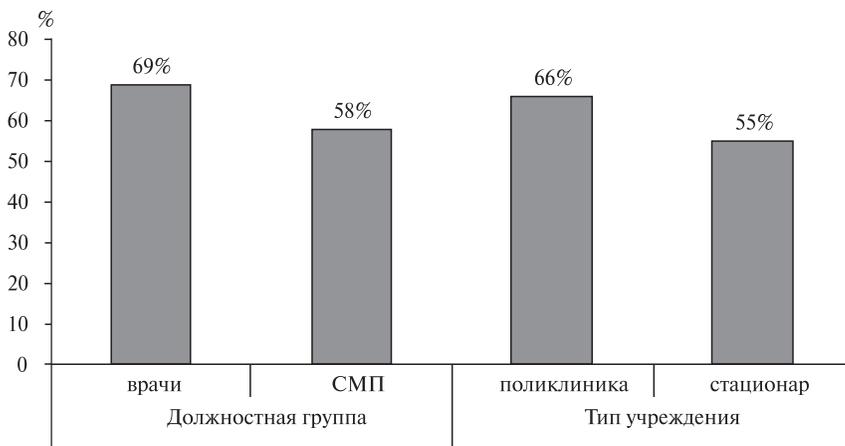
## **6. Ключевые проблемы организации оказания медицинской помощи**

### **6.1. Использование медицинских стандартов в практической деятельности медицинских работников**

Круг задач предпринятого исследования предусматривает анализ изменений в ключевых компонентах организации медицинской помощи. В настоящее время наиболее актуальными предметами для

такого анализа выступают процессы внедрения стандартов оказания медицинской помощи и процессы взаимодействия врачей на разных этапах оказания медицинской помощи пациентам.

Медицинские стандарты (стандарты оказания медицинской помощи) основываются на современных медицинских технологиях, доказавших свою клиническую эффективность. Они разрабатываются и утверждаются как на федеральном, так и на региональном уровнях. Результаты проведенного опроса позволяют оценить масштабы распространения информации о медицинских стандартах: 60% медицинских работников, в том числе 69% врачей (их оценка в данном случае особенно важна), утверждают, что до них доводили содержание медицинских стандартов по соответствующей специализации (рис. 6.1).



**Рис. 6.1.** Доля медработников, информированных о содержании медицинских стандартов лечения по своей специальности.

(Распределение ответов на вопрос «Доводили ли до Вас содержание медицинских стандартов лечения больных по Вашей специализации?»)

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Но нужно подчеркнуть, что полученный результат следует оценивать с большой осторожностью. По мнению специалистов по доказательной медицине, в российском здравоохранении действительно много говорят о медицинских стандартах, в частности проводятся

совещания медицинских работников, в ходе которых персоналу объясняют содержание стандартов. Но это не характеризует в полной мере масштабы распространения информации о стандартах. Врачи могут знать о существовании стандартов и их общих характеристиках, но для реального их понимания, а тем более практического использования, требуется активная работа над содержанием стандартов. Как минимум, врач должен самостоятельно их прочитать и сравнить с собственной практикой; как максимум — иметь под рукой во время работы (только тогда возникает понимание требований стандартов). Можно предположить, что полученная оценка распространения знаний о стандартах является завышенной.

Только 58% врачей считают, что применяют медицинские стандарты при лечении всех пациентов. В остальных случаях стандарты используются либо при лечении некоторых пациентов (34% врачей), либо в единичных случаях (7%), а 1% врачей их вообще не применяют. При этом использование стандартов в поликлиниках и стационарах оказывается примерно одинаковым (табл. 6.1).

*Таблица 6.1.* Распределение ответов на вопрос: «Применяете ли Вы в своей клинической практике эти стандарты для лечения больных?», % от числа ответивших

	Всего	Должностная группа		Тип учреждения	
		Врачи	СМП	Поликлиника	Стационар
Применяю при лечении всех пациентов	63	58	65	64	62
Применяю лишь при лечении некоторых пациентов	26	34	24	28	24
Применяю только в единичных случаях	9	7	9	6	12
Вообще не применяю	2	1	3	2	3

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Эти данные можно интерпретировать как довольно низкий уровень использования стандартов. Следует учитывать, что полученные результаты могут отражать большую вариацию в трактовке врачами понятия медицинского стандарта. Многие врачи могут считать стан-

дартами любые клинические рекомендации и руководства. Можно предположить, что часть врачей используют в клинической практике некие рекомендации, которые, строго говоря, не являются стандартами, основанными на доказательной медицине.

Интересны данные о причинах неприменения медицинских стандартов (табл. 6.2): 66% врачей называют низкий уровень технической оснащенности медицинских учреждений, 37% — низкий уровень лекарственного обеспечения. Это выглядит вполне закономерно. Неожиданной является очень низкая оценка качества самих стандартов: 51% врачей считают, что стандарты плохо или недостаточно разработаны. В какой мере это может быть результатом высокой требовательности врачей к качеству стандартов или их низкой осведомленности о современных медицинских технологиях — сказать трудно. Но сам по себе факт такой оценки должен насторожить разработчиков стандартов.

*Таблица 6.2.* Распределение ответов на вопрос «Если Вы не используете эти стандарты, то почему?», % от числа ответивших

	Всего	Должностная группа		Тип учреждения	
		Врачи	СМП	Поликлиника	Стационар
Не позволяет уровень технической оснащенности медицинских организаций	49	66	45	50	49
Уровень лекарственного обеспечения является недостаточным	48	37	51	47	49
Отсутствует опыт лечения в соответствии с требованиями стандартов	7	2	8	7	7
Не хватает медперсонала (в т.ч. среднего и младшего звена)	27	10	31	9	43
Сами стандарты плохо/недостаточно разработаны	29	51	23	40	20
Другое	3	5	2	4	1

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

О высокой профессиональной оценке медицинского персонала (особенно врачей) свидетельствует очень низкий процент ответов об отсутствии опыта лечения в соответствии с требованиями стандарта — в качестве причины их неприменения. Об этом заявили лишь 2% врачей.

Обращает на себя внимание довольно распространенное объяснение неприменения стандартов нехваткой медицинского персонала — эту причину приводят 43% работников стационара и, как ни странно, лишь 9% работников поликлиники (общеизвестно, что нехватка персонала в поликлиниках существенно выше). Возможно, эти ответы отражают нехватку персонала для обслуживания современной медицинской техники, обслуживающего персонала и проч.

Интересно также, что средний медицинский персонал значительно чаще, чем врачи, указывает на нехватку медицинского персонала в качестве причины неприменения стандартов (соответственно 31% и 10%). Объясняется это прежде всего тем, что современные стандарты устанавливают высокие объемы ручной работы, выполняемой в основном медсестрами (массаж для профилактики пролежней, переворачивание и проч.). Для этого требуется много медицинского персонала, а его постоянно не хватает.

Ответы главных врачей (табл. 6.3) показывают более критичное отношение к уровню клинической практики. Только 18% считают, что в их учреждениях в полной мере соблюдаются утвержденные стандарты лечения. В качестве причин несоблюдения стандартов называются примерно те же причины, которые называют врачи. Главврачи также берут под сомнение качество утвержденных стандартов, хотя и заметно реже, чем врачи (соответственно 24 и 51%). Столь же распространенной является высокая оценка уровня квалификации медицинских работников: лишь 13% главных врачей объясняют несоблюдение стандартов низким уровнем обучения персонала.

Таким образом, масштабы использования медицинских стандартов, по оценке медицинских работников, остаются низкими. Главные причины — низкий уровень технического оснащения и лекарственного обеспечения медицинских учреждений. Менее очевидно значение фактора нехватки кадров. Все категории работников отмечают низкое качество разработанных стандартов.

Таблица 6.3. Распределение ответов на вопрос к главврачам: «Соблюдаются ли в полной мере утвержденные стандарты лечения заболеваний в Вашем учреждении? Если нет, то почему?» (можно выбрать несколько ответов), % от числа ответивших

	Главные врачи	
	% от числа ответивших	Абсолютное значение
Да, соблюдаются в полной мере	18	8
Нет, не соблюдаются в полной мере, так как:		
Отсутствует соответствующее оборудование	47	21
Отсутствуют соответствующие медикаментозные препараты	49	22
Не хватает врачей, другого медперсонала	36	16
Медицинские работники недостаточно обучены по применению стандартов лечения	13	6
Качество утвержденных стандартов низкое	24	11

Источник: данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

## 6.2. Взаимодействие врачей на разных этапах оказания медицинской помощи

Вопросы анкеты по организации медицинской помощи имели целью выявить мнение медицинского сообщества:

- о порядке оказания специализированной помощи: нужны направления участковых врачей или нет;
- характере взаимодействия между участковыми врачами и узкими специалистами поликлиник;
- уровне информированности врачей поликлиник о вызовах скорой помощи и случаях госпитализации постоянно обслуживаемого населения с хроническими заболеваниями. Этот параметр характеризует степень ответственности врачей за состояние здоровья населения, а также уровень их взаимодействия со стационарами;
- разделении функций между амбулаторно-поликлиническими учреждениями и стационарами.

Эти показатели характеризуют степень рациональности организации медицинской помощи и уровень структурной эффективности системы здравоохранения в целом.

### **6.2.1. Взаимодействие врачей первичного звена с узкими специалистами поликлиник**

Отвечая на вопрос «Считаете ли Вы, что пациент, прикрепленный к Вашему участку, должен сначала обратиться к Вам, прежде чем попасть на прием к узкому специалисту?», участковые врачи и врачи общей практики склоняются к необходимости таких обращений. Наибольшая доля респондентов (43%) считает, что это необходимо делать в 50–80% случаев; 30% — в 80–100% случаев. И лишь 27% — менее чем в 50% случаев (табл. 6.4). Эти результаты в целом свидетельствуют о высокой степени поддержки врачами первичного звена идеи обязательного направления для получения консультаций узких специалистов — в целях повышения ответственности этих врачей за состояние здоровья наблюдаемого населения и обеспечения преемственности лечения. В то же время, по мнению большинства врачей, такой порядок должен распространяться не на всех, а на основную часть первичных посещений. На наш взгляд, это характеризует неприемлемость слишком жесткой линии на обязательность направлений: часть пациентов по четко определенному перечню специализаций может получать услуги соответствующих специалистов без направления врачей первичного звена.

*Таблица 6.4.* Распределение ответов на вопрос к участковым терапевтам, участковым врачам и врачам общей практики: «Считаете ли Вы, что пациент, прикрепленный к Вашему участку, должен сначала обратиться к Вам, прежде чем попасть на прием к узкому специалисту?»

	Доля ответивших участковых врачей и врачей общей практики, %
Должен в 80–100% случаев	30
Должен в 50–80% случаев	43
Должен менее чем в 50% случаев	27

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Чтобы представить реальную картину взаимодействия врачей первичного звена с узкими специалистами, участковым врачам и врачам общей практики, был задан вопрос о частоте направлений первичных пациентов к узким специалистам поликлиник. Смысл вопроса состоит в том, чтобы выяснить способность врачей первичного звена лечить самим, не прибегая к услугам узких специалистов, ведь это важнейший

показатель квалификации врачей первичного звена, а в более широком плане — показатель структурной эффективности системы здравоохранения в целом. В качестве ориентира для оценки можно принять средний процент первичных пациентов, направляемых врачами общей практики к узким специалистам в западноевропейских странах: по данным французских исследователей, в начале 1990-х годов он составлял 5–10%<sup>9</sup>. Остальных пациентов врачи общей практики лечат сами.

В российском здравоохранении, как следует из ответов врачей первичного звена (табл. 6.5), складывается несколько иная картина. 40% участковых врачей ответили, что направляют к узким специалистам менее 10% первичных пациентов, то есть они работают примерно по западноевропейским стандартам. Но 60% врачей направляют намного чаще: 39% врачей — от 11 до 30% пациентов, а 10% — свыше 30% пациентов. Столь высокая частота направлений во многом отражает чрезмерную специализацию амбулаторно-поликлинической помощи и является косвенной характеристикой невысокого уровня квалификации и экономической мотивации более половины участковых врачей. Как свидетельствует опыт ряда российских регионов (например, Республики Чувашия), переход к модели врача общей практики может существенно повысить ответственность первичного звена за лечение пациентов и снять чрезмерную нагрузку на узких специалистов.

*Таблица 6.5.* Распределение ответов на вопрос к участковым терапевтам, участковым врачам и врачам общей практики: «Какая примерно часть первичных приемов Ваших пациентов заканчивается направлением к узкому специалисту

	Доля ответивших участковых врачей и врачей общей практики, % к числу ответивших
До 10%	40
11–20%	33
21–30%	16
31–40%	5
41–50%	5
Более 50%	—

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

<sup>9</sup> Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Русь, 1998. Гл. 3.

### **6.2.2. Информированность участковых врачей об оказании их пациентам скорой и стационарной помощи**

Важной характеристикой развития первичной медицинской помощи является уровень информированности участковых врачей в отношении госпитализаций обслуживаемых больных с хроническими заболеваниями и вызовов скорой медицинской помощи. Согласно определению первичной медико-санитарной помощи, данному Всемирной организацией здравоохранения, на этом уровне врачи должны осуществлять постоянное наблюдение за обслуживаемым населением, особенно за хроническими больными. Вызов скорой медицинской помощи, а тем более госпитализация этих больных — это явные признаки обострения заболеваний. Часть из них врач может предотвратить, а если не может, то должен хотя бы знать о случаях госпитализаций, чтобы обеспечить преемственность лечения.

Российская ситуация, как следует из оценок врачей, сильно противоречит этой модели. Лишь 25% участковых врачей получают информацию обо всех случаях госпитализации своих «хроников», 57% получают такую информацию в отдельных случаях и 18% не получают совсем (табл. 6.6). Это означает, что три четверти больных с хроническими заболеваниями не являются объектом активного наблюдения участкового врача в ситуации обострения заболевания. Кроме того, «неожиданность» информации о госпитализации для основной части участковых врачей свидетельствует о том, что эти врачи не участвуют в организации плановой госпитализации, то есть пациент остается один на один со своей болезнью и вынужден самостоятельно выбирать стационар или госпитализироваться по скорой медицинской помощи.

*Таблица 6.6.* Распределение ответов на вопрос к участковым терапевтам, участковым врачам и врачам общей практики: «Получаете ли Вы информацию о случаях госпитализации по наблюдающимся у Вас больным с хроническими заболеваниями?»

	Доля ответивших участковых врачей и врачей общей практики, %
Получаю информацию во всех случаях	25
Получаю информацию о части случаев	57
Не получаю никакой информации	18

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Несколько выше уровень информированности участковых врачей в отношении вызовов скорой медицинской помощи: 50% из них получают информацию о всех вызовах, 47% — о части и лишь 3% — не получают никакой информации (табл. 6.7).

*Таблица 6.7.* Распределение ответов на вопрос к участковым терапевтам, участковым врачам и врачам общей практики: «Получаете ли Вы информацию о случаях вызова скорой помощи и случаях госпитализации по наблюдающимся у Вас больным с хроническими заболеваниями?»

	Доля ответивших врачей поликлиник, %
Получаю информацию во всех случаях	50
Получаю информацию о части случаев	47
Не получаю никакой информации	3

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Системы сбора информации о месте лечения пациента и объеме полученной помощи, в центре которой стоит врач первичного звена, пока не существует, и это снижает преемственность лечения и не позволяет обеспечить повышение ответственности участковых врачей за состояние здоровья постоянно обслуживаемого населения.

### **6.2.3. Качество амбулаторной медицинской помощи в оценках врачей стационаров**

Другой аспект проблемы взаимодействия разных звеньев оказания медицинской помощи — способность пациентов получить квалифицированные консультации врачей амбулаторно-поликлинических учреждений до поступления в стационар. Такую оценку в ходе обследования просили дать врачи стационаров. Лишь 15% из них считают, что более 50% больных получили необходимые консультации до госпитализации, 53% врачей называют цифру 30% и менее (табл. 6.8), то есть подавляющее большинство врачей стационаров невысоко оценивают качество консультативной помощи в поликлиниках.

Столь же критичны врачи стационара в отношении потенциала диагностической службы амбулаторно-поликлинических учреждений. Лишь 20% этих врачей считают, что более половины больных до поступления в стационар получили все необходимые диагности-

ческие исследования на амбулаторном этапе, а 34% врачей оценивают этот показатель ниже 20% (табл. 6.9). Вполне очевидно, что, давая такую оценку, врачи стационара реалистично оценивают диагностические возможности большинства амбулаторно-поликлинических учреждений. Вместе с тем полученные ответы в определенной мере отражают сложившееся недоверие врачей стационара к результатам диагностических исследований в поликлиниках. Даже при способности последних провести все необходимые исследования их результаты часто перепроверяются на диагностической базе больницы, что трудно признать рациональным подходом.

*Таблица 6.8.* Распределение ответов на вопрос к врачам стационаров: «Какая часть Ваших больных, по Вашему мнению, получает квалифицированные консультации врачей амбулаторно-поликлинических учреждений до поступления в стационар?»

	Доля ответивших врачей стационаров, %
Более 50% больных	15
40–50%	13
30–40%	18
20–30%	24
10–20%	19
0–10%	12

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

*Таблица 6.9.* Распределение ответов на вопрос к врачам стационаров: «Какая часть Ваших больных, по Вашему мнению, получила все необходимые диагностические исследования на амбулаторном этапе до поступления в стационар?»

	Доля ответивших врачей стационаров, %
Более 50% больных	20
40–50%	16
30–40%	15
20–30%	16
10–20%	20
0–10%	14

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

В то же время 31% врачей стационара считают, что 20–40% пациентов стационара могут быть пролечены в амбулаторных условиях без ущерба для качества медицинской помощи, а 20% врачей называют цифру 50% и выше (табл. 6.10). То есть врачи стационара понимают, что значительная часть случаев госпитализации не требуют стационарной помощи и могут быть пролечены в амбулаторных условиях — даже при недостаточно ее высоком уровне.

*Таблица 6.10.* Распределение ответов на вопрос к врачам стационара: «Какая часть Ваших больных, по Вашему мнению, могла бы быть пролечена в амбулаторных условиях без ущерба для качества медицинской помощи?»

	Доля ответивших врачей стационаров, %
Более 50% больных	20
40–50%	16
30–40%	15
20–30%	16
10–20%	20
0–10%	14

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

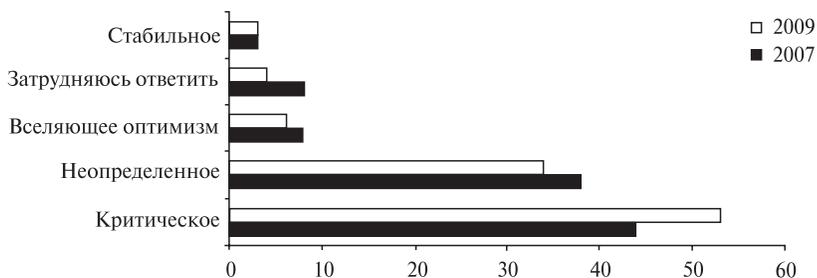
Таким образом, опрос продемонстрировал следующие характеристики организации медицинской помощи:

- осторожную поддержку врачами первичного звена необходимости для пациентов иметь направления этих врачей при обращении к узким специалистам;
- слабую информированность врачей первичного звена о ситуациях обострения состояния хронических больных и связанных с этим вызовах скорой медицинской помощи и госпитализаций этих больных, что является признаком недостаточной ответственности за здоровье постоянно обслуживаемого населения;
- недостаточно рациональное разделение функций между амбулаторно-поликлиническими учреждениями и стационарами.

## 7. Оценка медицинскими работниками проблем российского здравоохранения и перспектив его развития

### 7.1. Общая оценка состояния здравоохранения

Большая часть медицинских работников оценивали и оценивают в настоящий момент сложившуюся в здравоохранении страны ситуацию как критическую. При этом кризис усугубил подобную оценку — в 2009 г. уже более половины опрошенных врачей рассматривали положение в отрасли как критическое, тогда как в 2007 г. эта доля составляла лишь 44% (рис. 7.1, табл. 7.1).



**Рис. 7.1.** Оценка врачами текущего положения в сфере здравоохранения (%)

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Чуть более трети врачей расценивают сложившуюся в отрасли ситуацию как неопределенную. При этом число «умеренных оптимистов» за последние два года сократилось (с 38 до 34%). Наряду с этим, значима группа врачей (их численность колеблется около 10%), которых условно можно отнести к «оптимистам», то есть тех, кто расценивает ситуацию как «стабильную» или «вселяющую оптимизм». Однако, видимо, прежде всего кризис также внес свою лепту в снижение оптимизма врачей, несколько сократив в 2009 г. численность этой группы, сократив их долю в общем числе опрошенных с 11% до 9%.

Таблица 7.1. Оценка врачами и медицинскими сестрами текущего положения в сфере здравоохранения страны (% от числа ответивших на вопрос)

	Страта			Тип учреждения			
	Врачи		Средний медицинский персонал	Поликлиника*		Стационар	
	2007	2009		2007	2009	2007	2009
Критическое	44	53	41	41	36	47	53
Стабильное	3	3	4	3	6	2	3
Вселяющее оптимизм	8	6	11	8	12	8	7
Неопределенное	38	34	40	39	41	38	35
Затрудняюсь ответить	8	4	4	9	6	6	3

\* В 2007 г. к работникам стационара были отнесены врачи областных и городских больниц (в этих учреждениях опрос проводился только в стационарных отделениях), а также центральных районных больниц, где вероятность встретить медработника, работающего только в амбулаторном звене, крайне мала. К поликлиникам же (помимо отдельных городских поликлиник) были отнесены частные клиники.

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

При этом наиболее скептически к складывающейся системе относятся работники стационарных учреждений — как в 2007, так и в 2009 г. доля работников стационарных учреждений, оценивающих ситуацию как критическую, превосходила аналогичный показатель работников амбулаторно-поликлинического звена, составляя в 2009 г. соответственно 53% и 36%. При этом среди работников этих типов учреждений наблюдается разнонаправленная тенденция. Среди медицинских сотрудников амбулаторно-поликлинических численность оценивающих ситуацию как критическую снижается (составив в 2009 г. 36% по сравнению с 41% в 2007 г.), а среди работников стационарных учреждений — возрастает (достигнув в 2009 г. 53% против 47% в 2007 г.). Аналогичная же тенденция прослеживается и среди более оптимистично настроенных групп медицинского персонала. Так, численность условно названных нами «умеренных оптимистов» в последние два года возросла среди работников амбулаторного звена, увеличившись

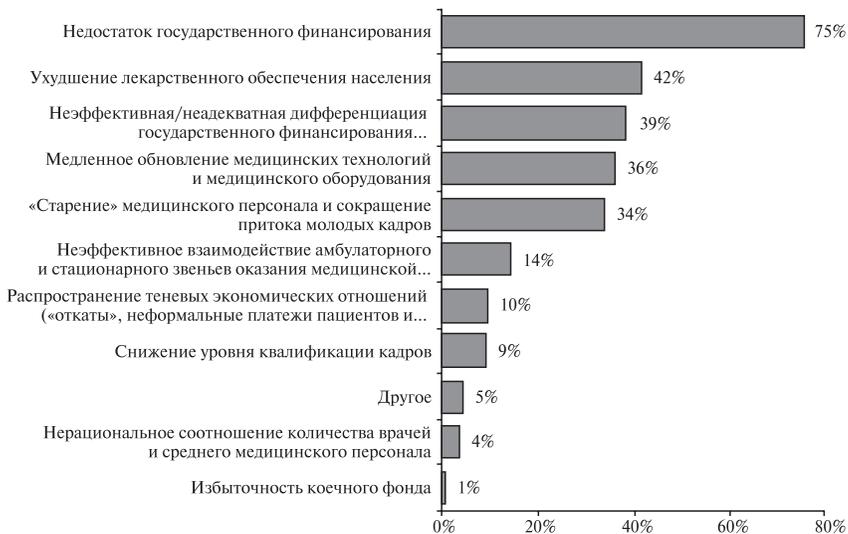
с 11% до 18%. Среди работников стационарного звена численность «умеренных оптимистов» осталась неизменной, составив как до кризиса, так и в период выхода из него 10%. Вероятнее всего более оптимистичное отношение медицинских работников амбулаторного сектора связано с реализацией национального проекта «Здоровье», многие мероприятия которого направлены на укрепление первичного звена (прежде всего, финансирование дополнительной заработной платы для работников участковой службы, повышение заработной платы узким специалистам поликлиник за счет проведения дополнительной диспансеризации работающего населения).

Медицинские сестры расценивают сложившуюся в здравоохранении ситуацию несколько более оптимистично, чем врачи. Так, доля расценивающих ситуацию как критическую среди медицинских сестер ниже, чем среди врачей, составляя в 2009 г. соответственно 41% и 53%.

При этом прослеживается любопытная тенденция — с возрастанием уровня социально-экономического развития региона возрастает численность медицинского персонала, наиболее негативно оценивающего сложившуюся в здравоохранении ситуацию. Так, в 2009 г. в регионе *A*, относящемся к группе развитых регионов, удельный вес медицинских работников, оценивших ситуацию как «критическая», составлял 61%, в регионе *B* (представитель «средняков») — 43%, а в регионе *C* (представитель «аутсайдеров») — 40%. Можно предположить, что с повышением уровня развития региона растут требования медицинского сообщества к состоянию здравоохранения, медики сильнее реагируют на недостатки отрасли даже при относительно лучшем ее финансировании.

## **7.2. Ключевые проблемы российского здравоохранения**

Все категории медицинского персонала, медицинский персонал всех типов учреждений, а также всех пилотных регионов проявили единодушие в определении основной проблемы российского здравоохранения. Абсолютное большинство медицинских работников (более 74%) основной проблемой отрасли считают недостаточность государственного финансирования (рис. 7.2). При этом в наибольшей степени эта проблема признается самой острой среди главных врачей медицинских учреждений.



**Рис. 7.2.** Наиболее актуальные проблемы российского здравоохранения, по мнению медицинских работников

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Помимо недостаточности государственного финансирования отрасли врачи и медицинские сестры выделяют следующие четыре основные проблемы (располагаются по мере снижения их остроты):

- ухудшение лекарственного обеспечения населения;
- неэффективная (неадекватная) дифференциация государственного финансирования здравоохранения по регионам;
- медленное обновление медицинских технологий и медицинского оборудования;
- «старение» медицинского персонала и сокращение притока молодых кадров.

При этом не наблюдается сколько-нибудь значительного различия по поводу приоритизации основных пяти вышеупомянутых проблем системы как между категориями медицинского персонала, так и персонала, работающего в разных типах медицинских учреждений. Наиболее значительные отклонения во мнении по поводу приоритизации проблем здравоохранения наблюдается между врачами и мед-

сестрами, с одной стороны, и главными врачами, с другой стороны (табл. 7.2). В отличие от первой группы медицинских работников, у которых на втором по важности месте стоит проблема ухудшения лекарственного обеспечения населения, главные врачи на второе место ставят проблему «старения» кадров, в то время как ухудшение лекарственного обеспечения отнесено главными врачами к наименее важным проблемам из перечисленных выше пяти проблем.

Практически никто из медицинского персонала не считает сколько-нибудь значимыми следующие проблемы:

- избыточность врачебных кадров (никто из опрошенных не отметил эту проблему);
- избыточность коечного фонда (лишь 1% опрошенных отметил это в качестве проблемы);
- нерациональное соотношение количества врачей и среднего медицинского персонала (4% опрошенных отметили это в качестве проблемы);
- снижение уровня квалификации кадров (9% опрошенных отметили это в качестве проблемы).

*Таблица 7.2.* Наиболее актуальные в данный момент проблемы российского здравоохранения, оценка врачей и медицинских сестер (% от числа ответивших на вопрос)

	Страта			Тип учреждения	
	Главные врачи	Врачи	Мед-сестры	Поликлиника	Стационар
1. Недостаток государственного финансирования	83	76	74	74	76
2. Неэффективная/ неадекватная дифференциация государственного финансирования здравоохранения в регионах	26	43	33	36	40
3. Распространение теневых экономических отношений («откаты», неформальные платежи пациентов и др.)	7	8	11	7	11
4. Ухудшение лекарственного обеспечения населения	20	38	45	42	41

	Страта			Тип учреждения	
	Главные врачи	Врачи	Мед-сестры	Поли-клиника	Стационар
5. «Старение» медицинского персонала и сокращение притока молодых кадров	74	35	32	39	31
6. Снижение уровня квалификации кадров	11	12	6	8	10
7. Неэффективное взаимодействие амбулаторного и стационарного звеньев оказания медицинской помощи	7	16	13	12	16
8. Медленное обновление медицинских технологий и медицинского оборудования	48	34	38	37	36
9. Избыточность коечного фонда	2	0	1	—	1
10. Избыточность врачебных кадров	—	0	1	1	0
11. Нерациональное соотношение количества врачей и среднего медицинского персонала	7	2	6	3	5
12. Другое	11	6	3	5	4

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

### **7.3. Приоритеты государственной политики: инвестиции в медицинское оборудование vs инвестиции в человеческий капитал**

Интересна реакция медицинского сообщества на вопрос о соотношении кадрового и материально-технического обеспечения здравоохранения: 75% медицинских работников (69% врачей) считают, что в сегодняшних условиях нужно направлять больше государственных средств на приобретение новой лечебно-диагностической техники и лишь 25% (31% врачей) — на повышение квалификации врачебных кадров (табл. 7.3). Примерно такая же оценка характерна для главврачей (соответственно 80% и 20%). Эти данные свидетельству-

ют о том, что медицинское сообщество более всего волнует состояние материально-технической базы здравоохранения.

Полученные данные подтверждают широко распространенное среди врачей мнение, что проблема не в их квалификации, а в невозможности лечить качественно из-за отсутствия необходимого медицинского оборудования, расходных материалов и проч. Обращает на себя внимание общность позиций медиков, работающих в стационаре и поликлинике. В последнем случае можно было ожидать относительно более высокую оценку квалификации персонала (амбулаторная помощь значительно меньше зависит от медицинской техники), но этого не произошло: стереотип представлений о решающем значении технического фактора оказался общим для работников амбулаторных и стационарных учреждений.

*Таблица 7.3.* «Как Вы считаете, в сегодняшних условиях на какие цели нужно направлять больше государственных средств?» (один вариант ответа), % от числа ответивших

	Всего	Страты		Стационар — поликлиника	
		Врачи	СМП*	Поликлиника	Стационар
На повышение квалификации врачей	25	31	18	26	24
На приобретение новой лечебно-диагностической техники	75	69	82	75	76

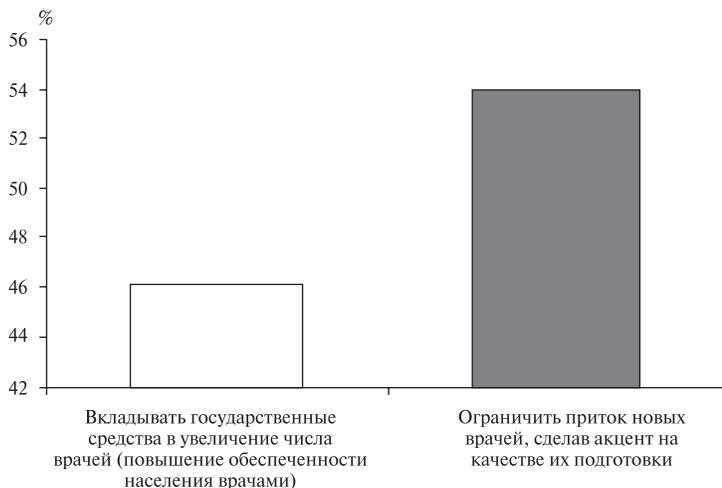
\* Средний медицинский персонал.

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

#### **7.4. Альтернативные направления кадровой политики**

По мнению всех категорий медицинского персонала, из предложенных к обсуждению двух направлений кадровой политики в сфере здравоохранения приоритетным должно стать ограничение притока новых врачей, акцентируя при этом внимание на качестве их подготовки (рис. 7.3). При этом выделение этого направления в качестве приоритетного является не столь уж однозначным, так как

лишь немногим более половины врачей и медицинских сестер придерживаются такого мнения.



**Рис. 7.3.** Мнение медицинских работников о предпочтительной стратегии кадровой политики государства  
(Какая из двух стратегий кадровой политики кажется Вам более предпочтительной?)

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Следует отметить разногласие по этому поводу между работниками амбулаторного и стационарного секторов (табл. 7.4). Медицинские работники амбулаторно-поликлинической службы считают, что из предложенных альтернативных направлений кадровой стратегии в качестве приоритетного направления должно выступать вложение государственных средств в увеличение числа врачей. В противоположность этому работники стационарного сектора считают, что приоритетным направлением должно являться ограничение количества врачей. Такое разногласие, вероятнее всего, может объясняться нехваткой врачей и медицинских сестер в первичном звене. Несмотря на определенный приток врачей и медицинских сестер в амбулаторно-поликлинические учреждения, связанный с реализацией Национального проекта «Здоровье», и, как следствие, сокращение коэффициента совместительства, здесь все еще наблюдается значительная нехватка кадров, и прежде всего молодых кадров.

Главврачи в большей мере поддерживают ограничение притока новых врачей — такую стратегию выбрали 60% из них (40% — дополнительную подготовку врачей). Из этого следует, что медицинское сообщество в целом отдает себе отчет в недостаточной квалификации врачебного корпуса, но считает, что не менее острой проблемой является нехватка врачей.

*Таблица 7.4.* «Какая из двух стратегий кадровой политики кажется Вам более предпочтительной?», мнение врачей и медицинских сестер, % от числа ответивших

	Страта			Тип учреждения	
	Врачи и медсестры	Врачи	Средний медицинский персонал	Поликлиника	Стационар
1. Вкладывать государственные средства в увеличение числа врачей (повышение обеспеченности населения врачами)	46	45	47	55	42
2. Ограничить приток новых врачей, сделав акцент на качестве их подготовки	54	55	53	45	58

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

Среди медицинского персонала всех категорий преобладает мнение о том, что качество подготовки врачей в вузах за последние 10 лет снизилось (табл. 7.5). Так считают 72% опрошенных врачей и медицинских сестер. При этом большая часть (51%) высказывает это мнение несколько осторожно, считая, что качество скорее снизилось, чем повысилось, и 21% однозначно и жестко определяют снижение качества подготовки новых врачей в вузах. Лишь 5% респондентов считают, что оно определено повысилось. Причем негативное отношение к качеству подготовки врачей особенно характерно для главврачей (85% выбрали первые два варианта ответа) и работников стационара (75%). Последние оценки выглядят особенно представительными: главврачи обладают обобщенной информацией о качестве работы выпускников

вузов; в больницах, где намного больше используются новые медицинские технологии, легче определить доминирующую тенденцию подготовки кадров, чем в поликлинике.

*Таблица 7.5.* «На Ваш взгляд, в целом качество подготовки врачей в вузах за последние 10 лет снизилось или повысилось?» (один вариант ответа), в % от числа ответивших

	Всего	Страта		Стационар – поликлиника	
		Врачи	СМП*	Поли- клиника	Стацио- нар
Определенно снизилось	21	26	16	18	23
Скорее снизилось, чем повысилось	51	50	53	50	52
Скорее повысилось, чем снизилось	23	20	26	26	21
Определенно повысилось	5	4	6	6	4

\* Средний медицинский персонал.

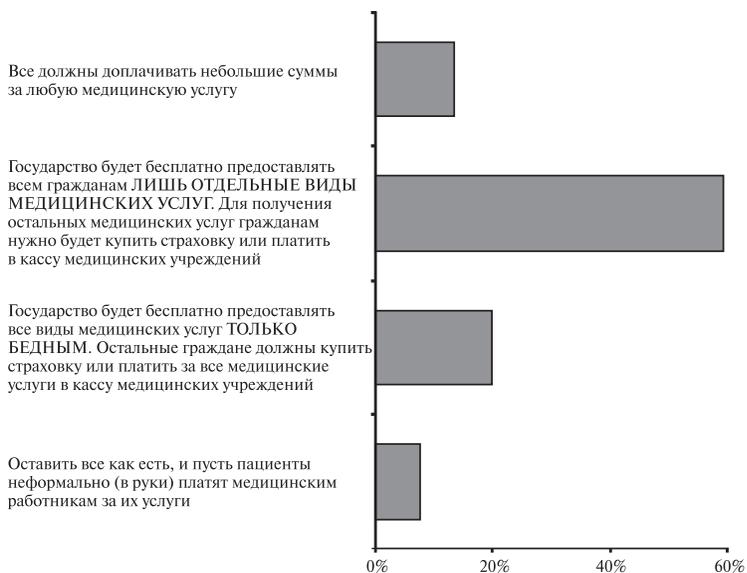
*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

## 7.5. Предпочтительные формы участия населения в оплате медицинских услуг

Одним из важных аспектов модернизации российского здравоохранения является развитие форм участия населения в оплате медицинской помощи. В ходе социологического опроса была предпринята попытка выяснить мнение медицинских работников о том, как должна быть организована оплата медицинских услуг пациентами.

Мнение медицинских работников о том, какие принципы введения официальной платы за предоставляемые медицинские услуги (кому и что предоставлять бесплатно), оказалось достаточно единодушным. Все категории медицинских работников (главные врачи, врачи, медицинские сестры), а также работники как стационарных, так и амбулаторных учреждений одинаково расставляли приоритеты в предложенных вариантах потенциального участия граждан в финансировании здравоохранения.

Среди предложенных четырех вариантов возможного участия населения в финансировании здравоохранения медики большинством голосов (около 60% всех опрошенных) выбрали вариант, предусматривающий гарантированное государством бесплатное предоставление всем гражданам определенного набора медицинских услуг, остальные, не включенные в список бесплатных услуг, должны быть профинансированы за счет частных источников (рис. 7.4).



**Рис. 7.4.** Наиболее предпочтительные для медицинских работников варианты участия населения в оплате медицинских услуг  
(Какой из нижеперечисленных вариантов участия населения в оплате медицинских услуг Вы считаете наиболее предпочтительным?)

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

На втором месте (около 20% опрошенных медиков) оказался вариант, предусматривающий предоставление бесплатно всех видов помощи только бедным слоям населения, в то время как остальные группы населения должны будут самостоятельно оплачивать необходимую им медицинскую помощь.

Два оставшихся варианта (необходимость доплачивать небольшие суммы всеми обратившимися за медицинской помощью и оставить все как есть, имея в виду практику неформальных платежей вместо официальной платы за оказанные услуги), были признаны медиками как наименее подходящие варианты. Лишь небольшая группа (в среднем менее 8%) считает, что лучше все оставить как есть, то есть они считают, что неформальная оплата лучше, чем введение системы официально платной медицинской помощи.

Одобрив введение оплаты на отдельные услуги, медицинские работники не поддерживают идею о полной отмене платных услуг для тех, кто имеет средства к оплате медицинской помощи. Доля тех, кто полностью согласен с утверждением «Все материально обеспеченные пациенты должны оплачивать медицинские услуги врачей» не достигает и одной пятой (табл. 7.6). При этом интересно, что поддерживают такую идею чаще работники стационаров, а также врачи, по сравнению с руководителями ЛПУ и средним медицинским персоналом. Среди главных врачей по сравнению с другими категориями медицинского персонала точка зрения о том, что материальный недостаток не должен являться основанием для взимания платы с пациента, распространена больше, чем в других группах. В 2009 г. 41% главных врачей не согласились с подобным суждением, тогда как в других категориях медицинского персонала эта величина была значительно меньше, составляя соответственно 34% для медицинских сестер и 28% для врачей.

*Таблица 7.6. Материально обеспеченные пациенты должны оплачивать медицинские услуги врачей – отношение врачей и медицинских сестер к такой практике и согласие с утверждением, % от числа ответивших на вопрос (В какой степени Вы согласны (не согласны) со следующими суждениями? Все материально обеспеченные пациенты должны оплачивать медицинские услуги врачей)*

	Должностная группа			Тип учреждения (только врачи)	
	Главные врачи	Врачи	СМП	Поликлиника	Стационар
Полностью согласен	15	19	16	14	22
Частично согласен	44	53	50	58	50
Совершенно не согласен	41	28	34	28	28

*Источник:* данные опроса врачей (2007, НИСП) и опроса медицинских работников, проведенного Левада-Центром по заказу ГУ ВШЭ (2009 г.).

## 8. Заключение

Анализ данных опроса медицинских работников, проведенного в рамках мониторингового исследования ГУ ВШЭ в конце 2009 г., и их сравнение с данными аналогичного опроса, выполненного ранее в 2007 г. в рамках исследования НИСП, позволяет сделать следующие выводы.

1. В обоих исследованиях среди опрошенных медицинских работников преобладали укорененные в своей профессии люди, много лет работающие в одном и том же медицинском учреждении. Занятость обследованных медицинских работников отличается высокой степенью загруженности работой. Большая фактическая продолжительность рабочей недели (в среднем 46 и 52 часа для врачей в выборке 2007 г. соответственно и 47 часов для медсестер в 2009 г.) сочетается с оценками преобладающей частью медицинских работников интенсивности и объемов выполняемой ими работы как превышающими нормальные. Почти половина врачей и треть медсестер имели регулярную дополнительную оплачиваемую работу, причем примерно 40 из них имели такую подработку за пределами своего медицинского учреждения.

2. Оплата труда медицинских работников характеризуется невысокой и стабильной дифференциацией. Зарплата наиболее высокооплачиваемой децильной группы врачей, как и в 2007 г., превышает наименее оплачиваемую группу примерно в 4 раза. Среди медицинских сестер дифференциация по данному показателю еще ниже — 2,5 раза. Преобладающее влияние на различия в оплате труда оказывают возраст и профессиональная категория. Подавляющее большинство (65—75%) медицинских работников убеждены, что размер их заработной платы вовсе не зависит или зависит незначительно от таких факторов, как квалификация, личный трудовой вклад, конечные результаты работы (самого сотрудника и его подразделения), объем и качество работы.

3. Установление надбавок и премий к должностному окладу является достаточно распространенной практикой: 40% опрошенных медицинских работников имеют надбавки или премии за счет оказания платных услуг, 62% — другие виды надбавок или премий. В целом в структуре заработной платы 77% составляет постоянная часть,

23% — переменная. Существенных различий между типами медицинских учреждений или категориями медицинских работников (врач — средний медперсонал) при этом не наблюдается. Судя по полученным данным, существующие надбавки не играют ощутимой стимулирующей роли для повышения трудового вклада медицинских работников.

4. Желаемое для медицинских работников соотношение постоянной и переменной частей в оплате труда 76% : 24%, которое практически совпадает с существующим соотношением, указывает на наличие четко выраженной консервативной позиции медицинских работников в отношении политики в оплате труда. Абсолютное большинство опрошенных медицинских работников подчеркивают первоочередное значение для себя гарантированной оплаты.

5. Подавляющее большинство медицинских работников считают оплату своего труда несправедливой. Доля врачей, придерживающихся противоположного мнения, очень мала — 15% в 2007 г., 6% — в 2009 г. Справедливость оплаты труда, очевидно, связывается медицинскими работниками прежде всего с ее размером: с ростом размера заработка плавно повышается и чувство справедливости оплаты труда.

6. Введение в бюджетных учреждениях новой системы оплаты труда (НСОТ), начавшееся с 2008 г., оказало, по мнению большинства главных врачей, чьи учреждения переведены на эту систему, позитивное влияние на результаты деятельности учреждений. Судя по оценкам самих медицинских работников, удовлетворенность работой оказывается выше у тех работников, в чьих учреждениях введена НСОТ.

Дифференциация заработной платы работников однотипных учреждений является более сильной там, где была введена НСОТ. Дифференциация оплаты особенно сильно различается для медицинских сестер: она составляет 4,8–5,2 в учреждениях, где введена НСОТ, против 3,3 в остальных. Для врачей эти различия гораздо меньше: 2,7–2,8 раз против 2,5 раза соответственно. Средние значения заработной платы работников одной и той же профессионально-квалификационной группы и специализации в пределах каждого региона оказываются существенно выше в учреждениях, введших НСОТ.

Вместе с тем данные проведенного исследования не позволяют пока утверждать, что введение новой системы оплаты труда привело к значимым изменениям в отношении к труду медицинских работников.

Основным препятствием к введению НСОТ является отсутствие возможностей выделения дополнительных бюджетных средств для финансового обеспечения введения стимулирующих надбавок и неготовность коллектива к подобным нововведениям.

Большинство опрошенных (67%) считают необходимым дальнейшее совершенствование системы оплаты труда за счет уточнения критериев назначения надбавок, повышения их доли; 30% считают, что систему оплаты нужно формировать на принципиально других подходах. Вместе с тем ни один руководитель медицинского учреждения не согласился с вариантом возврата к прежней системе ЕТС.

7. По данным проведенных обследований, деньги, профессиональный интерес и альтруизм являются определяющими мотивами в деятельности российских врачей. Выявленная структура стимулов к труду врачей свидетельствует о нерешенных до сих пор вопросах преимущественно материально-организационного характера (размеры оплаты труда и возможности получения надбавок, качество медицинского оборудования, комфортность условий труда, социальный пакет). Меньшее значение придается стимулам, способствующим профессиональному росту, повышению квалификации, расширению самостоятельности в решении профессиональных задач, то есть творчески содержательного характера.

8. Определяющей содержательной характеристикой трудового поведения, ценностей и мотивации к труду медицинских работников является консерватизм. Он проявляется в высокой степени укорененности в профессии, сопровождаемой низким уровнем трудовой мобильности. Консерватизм медицинских работников отражается в практиках дополнительной оплачиваемой работы, потому как основным местом дополнительной занятости врачей и сестер является их же медицинское учреждение, а размер таких подработок у абсолютного большинства не превышает 50% от основного заработка.

Консерватизм проявляется в придании первоочередного значения гарантированной оплате труда. Медицинские работники в абсолютном большинстве придерживаются консервативной позиции в отношении достиженческих факторов роста интенсивности и качества работы, подчеркивая факт высокого, по их мнению, наличного уровня результативности и качества и демонстрируя неготовность работать гораздо лучше, чем сейчас при условии увязки оплаты труда с личным трудовым вкладом (только примерно десятую часть врачей и медсестер можно отнести к реальным достигателям в труде).

Определяющие ценности хорошей работы, выявленные у врачей (хорошие отношения с коллегами, общественная польза труда и его адекватная оплата), носят консервативный характер, в то время как неконсервативные ценности (перспективы карьерного роста и возможности для самореализации и творчества) оказались на периферии значимости.

Представляется, что выявленное преобладание консерватизма врачей в отношении самых различных сторон труда нельзя рассматривать ни как явный тормоз на пути новых возможных реформ, ни как достигнутое благо явно состоявшейся адаптации к произошедшим изменениям. Скорее, это данность, имеющая инерционно-культурные основания, обладающая механизмами сдерживания радикальных шагов в возможных изменениях и имеющая конструктивные основания для постепенных, нерадикальных преобразований.

9. Круг задач предпринятого исследования предусматривает анализ изменений в ключевых компонентах организации медицинской помощи. В настоящее время наиболее актуальными предметами для такого анализа выступают процессы внедрения стандартов оказания медицинской помощи и процессы взаимодействия врачей на разных этапах оказания медицинской помощи пациентам.

По оценке медицинских работников, масштабы использования медицинских стандартов остаются низкими. Главные причины — низкий уровень технического оснащения и лекарственного обеспечения медицинских учреждений, нехватка соответствующего медицинского персонала, а также невысокий уровень качества самих стандартов.

Организация медицинской помощи характеризуется слабой информированностью врачей первичного звена о ситуациях обострения состояния хронических больных и связанных с этим вызовах скорой медицинской помощи и госпитализаций этих больных, их слабой ответственностью за здоровье постоянно обслуживаемого населения. Вместе с тем большинство врачей первичного звена поддерживают предложение об обязательности наличия их направлений для получения консультаций узких специалистов, но считают, что такие направления нужны не во всех случаях.

Существующее разделение функций между амбулаторными и стационарными учреждениями приводит к неэффективному использованию ресурсов. Подавляющее большинство врачей стационаров невысоко оценивают качество консультативной помощи в поликлиниках и критично оценивают потенциал диагностической службы

амбулаторно-поликлинических учреждений. Это отражает сложившееся недоверие врачей стационара к результатам диагностических исследований в поликлиниках. Даже при способности последних провести все необходимые исследования их результаты часто перепроверяются на диагностической базе больницы, что трудно признать рациональным подходом. В то же время 31% врачей стационара считают, что 20–40% пациентов стационара могут быть пролечены в амбулаторных условиях без ущерба для качества медицинской помощи, а 20% врачей называют цифру 50% и выше.

10. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что при разработке механизмов, направленных на повышение эффективности здравоохранения, необходимо учитывать недостаточный уровень ответственности врачей участковой службы за здоровье прикрепленного населения и их неготовность принять на себя функции управления медицинской помощью; слабую взаимосвязь между амбулаторным и стационарным звеньями и низкую преемственность в оказании медицинской помощи; недостаточно высокий уровень применения медицинских стандартов.

11. Большая часть медицинских работников оценивали и оценивают в настоящий момент сложившуюся в здравоохранении страны ситуацию как критическую.

При этом абсолютное большинство медицинских работников основной проблемой отрасли считают недостаточность государственного финансирования. Помимо этой проблемы, медицинские работники выделяют в качестве основных проблемы ухудшения лекарственного обеспечения населения и неэффективной дифференциации государственного финансирования здравоохранения по регионам.

Полученные данные свидетельствуют о широком распространении среди медиков мнения, что приобретение новой лечебно-диагностической техники является более приоритетным направлением расходования государственных средств, чем повышение квалификации врачей.

Среди предложенных вариантов возможного участия населения в финансировании здравоохранения медики большинством голосов выбрали вариант, предусматривающий бесплатное предоставление всем гражданам определенного набора медицинских услуг и предоставление остальных услуг, не входящих в список бесплатных услуг, за счет частных источников, включая личные средства граждан.

**Labor conditions and motivation of medical staff (based on monitoring of economic developments in health system)**: Working paper WP8/2011/12 [Text] / M. G. Kolosnitsina, E. G. Potapchik, E. V. Selezneva, A. L. Temnitsky, I. M. Sheiman, S. V. Shishkin ; National Research University “Higher School of Economics”. – Moscow : Publishing House of the Higher School of Economics, 2011. – 80 p. – 150 copies (in Russian).

The paper presents the analysis of data of two surveys of medical staff in several Russian regions carried out in 2007 and 2009. The surveys were focused on conditions of employment, attitude towards work, structure of motivation, wages and incentives. Particular attention is given to the first results of the transition to a new branch system of remuneration. Attitudes of health personnel towards key problems and priorities of the Russian health care system development are presented. Some important issues of health care system functioning are also examined: implementation of medical protocols and interaction of physicians at different stages of health care delivery.

*Препринт WP8/2011/12*  
*Серия WP8*  
*Государственное и муниципальное управление*

М.Г. Колосницына, Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева,  
А.Л. Темницкий, И.М. Шейман, С.В. Шишкин

**Условия труда и мотивация медицинских работников  
(по материалам мониторинга экономических процессов  
в здравоохранении)**

Зав. редакцией оперативного выпуска *А.В. Заиченко*  
Технический редактор *О.А. Иванова*

Отпечатано в типографии Высшей школы экономики  
с представленного оригинал-макета.

Формат 60×84 1/16. Бумага офсетная. Тираж 150 экз. Уч.-изд. л. 4,8  
Усл. печ. л. 4,65. Заказ № . Изд. № 1382

Высшая школа экономики  
125319, Москва, Кочновский проезд, 3  
Типография Высшей школы экономики

Тел.: (499) 611-24-15