

УДК 316
DOI 10.23683/2227-8656.2018.4.7



**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
РИСКИ ВРАЧЕЙ
РОССИЙСКИХ
МЕГАПОЛИСОВ
В УСЛОВИЯХ
ПРЕКАРИАТИЗАЦИИ
СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВЫХ
ОТНОШЕНИЙ¹**

Клименко Людмила

Владиславовна

Доктор социологических наук, профессор
Южного федерального университета,
г. Ростов-на-Дону, Россия,
e-mail: lucl@yandex.ru

Посухова Оксана Юрьевна

Кандидат социологических наук, доцент
Южного федерального университета,
г. Ростов-на-Дону,
Россия,
e-mail: belloks@yandex.ru

В статье на материалах прикладного исследования, проведенного весной 2017 г. среди 870 врачей бюджетных организаций Москвы (468 респондентов) и Казани (402 респондента), рассматриваются показатели прекариатизации труда и профессиональных

**PROFESSIONAL RISKS
OF PHYSICIANS
IN RUSSIAN MEGACITIES
IN TERMS
OF PRECARIZATION
OF SOCIAL
AND LABOR
RELATIONS²**

Ludmila V. Klimenko

Doctor of Sociological Sciences,
Professor,
Southern Federal University,
Rostov-on-Don, Russia,
e-mail: lucl@yandex.ru

Oxana Yu. Posukhova

Candidate of Sociological Sciences,
Associate Professor,
Southern Federal University,
Rostov-on-Don, Russia,
e-mail: belloks@yandex.ru

The article is based on the applied research conducted in the spring of 2017 and involved 870 physicians of state organizations in Moscow (468 respondents) and Kazan (402 respondents). We examine the indicators of labor precariation and occupa-

¹ Исследование выполнено при поддержке Российского научного фонда, проект № 16-18-10306.

² The research was supported by the Russian Science Foundation, project No. 16-18-10306.

рисков работников медицинских учреждений. Исследуются оценки врачами их социальной и экономической уязвимости, роста трудовой нагрузки, не сопровождающегося повышением оплаты труда, уровня нестабильности, рисков потери / смены работы. С опорой на эмпирический материал фиксируется высокий уровень прекариатизации труда и профессиональных рисков среди городских докторов. Показывается общая социально-экономическая уязвимость врачей, когда оценка базовых сторон своей жизни (достаток, здоровье, отдых, жилище, жизненные перспективы) является скорее удовлетворительной. Подавляющее большинство опрошенных докторов (от 65 до 80 %) обеспокоены увеличением объема трудовой нагрузки (служебные обязанности, административная нагрузка, отчетность, деятельность, не связанная с должностными обязанностями), которая не сопровождается увеличением оплаты труда. Многие врачи обеспокоены рисками дальнейшего роста трудовой нагрузки (от 63 до 95 % респондентов), потери работы (от 57 до 89 %), сокращения / задержки зарплаты (от 43 до 89 %). На этом фоне московские врачи больше обеспокоены профессиональными рисками, чем казанские доктора. Обосновывается, что прекариатизация социально-трудового положения врачей является очень важным индикатором качества институциональных изменений сферы здравоохранения. Рост трудовой нагрузки, несоответствующая оплата труда, нарушение социально-трудовых прав, неуверенность в профессиональном будущем ведут к тому, что врачи теряют долгосрочные ориентиры, размываются их профессиональные ценности. Реформы в здравоохранении должны не только учитывать экономические и количественные показатели, но и основываться на развитии мотивации, повышении качества человеческого капитала в общественном секторе.

Ключевые слова: профессиональные риски; врачи; прекариатизация труда; мегаполисы; сфера здравоохранения; трудовая нагрузка; уязвимость.

tional risks of medical workers. The doctors' assessments of their social and economic vulnerability, the growth of the workload, not accompanied by higher wages, instability, risks of loss/change of work are investigated.

The empirical material allows to conclude, that there is a high level of labor precarization and occupational risks among city doctors. The general socio-economic vulnerability of doctors is shown, when the assessment of the basic aspects of one's life (prosperity, health, recreation, housing, life prospects) is rather satisfactory. The overwhelming majority of the surveyed doctors (65 to 80 %) are concerned about the increase in the workload (official duties, administrative burden, reporting, activities not related to official duties), which is not accompanied by an increase in labor remuneration. Many doctors are concerned about the risks of further workload increase (from 63 to 95 % of respondents), job losses (from 57 to 89 %), salary cuts/delays (from 43 to 89 %). Overall Moscow doctors are more concerned about professional risks than Kazan doctors.

It is justified that the precarization of social and labor physicians' relations is a very important indicator of the institutional changes quality in the healthcare sphere. The growth of their workload, inadequate wages, violation of social and labor rights, uncertainty in the professional future lead to losing long-term guidelines, medical professional values are eroded. Reforms in healthcare should take into account not only economic and quantitative indicators, but be aware of the motivation development, improving the quality of human capital in the public sector.

Keywords: occupational risks; physicians; labor precarization; megacities; healthcare; workload; vulnerability.

Постановка проблемы

Современные реформы в сфере здравоохранения нацелены на оптимизацию работы сферы медицинского обслуживания, повышение оплаты труда врачей и престижа их профессии в обществе. С другой стороны, модернизация здравоохранения основной акцент в определении результативности организации переносит на достижение внешне установленных целевых показателей. Официальная риторика повышения эффективности оказания медицинских услуг оборачивается ростом для врачей административной нагрузки и отчетности, внедрением и освоением новых формализованных стандартов работы, которые зачастую мешают медикам заниматься своей непосредственной работой (профилактика, диагностика, лечение болезней), но не сопровождается повышением оплаты их труда.

Модернизация системы здравоохранения в России сопряжена с проблемами оплаты труда медицинского персонала, роста трудовой нагрузки, чрезмерной регламентации работы врачей. В условиях череды экономических кризисов, падения курса рубля, снижения темпов экономического развития России обостряются проблемы социально-экономического положения медицинских работников. В общероссийских исследованиях показывается, что около половины медперсонала имеют дополнительную работу, обычная трудовая неделя российских медиков превышает традиционную на 32 % («Противостояние логик» ... , 2016). Современные российские врачи остаются неудовлетворенными своим положением и доходом. Реформа в системе здравоохранения усилила дифференциацию между разными группами врачебного персонала по уровню дохода и престижа, наблюдаемую на уровне профессиональных специализаций (Присяжнюк, 2017).

Схожие проблемы работы медиков фиксируются в ряде зарубежных стран. Низкие доходы, высокая трудовая нагрузка, общая неудовлетворенность, несмотря на проводимые реформы, отличают китайских врачей (Wu, 2014). Их европейские коллеги страдают в меньшей степени – попасть в зону прекариатизации рискуют в основном молодые врачи (Piffe, 2017). В США потребность реформ в первую очередь возникла в связи с недоступностью здравоохранения для широких масс населения и дезинтеграцией процесса предоставления медицинских услуг, и основным моментом для критики со стороны врачей остается снижение их автономии (Emanuel, 2012).

Другими словами, в этих условиях реформирования, а также прохождения череды экономических кризисов российские врачи попадают в зону прекариатизации. Это проявляется в ухудшении ситуации

с соблюдением социально-трудовых прав работников, когда не исполняются социальные обязательства, растет трудовая нагрузка без роста зарплаты (Клименко, 2017). Обычно под прекариатизацией понимается деформация / кризис трудовых отношений, выражающиеся в возникновении многочисленных групп работников, которые сталкиваются с нестабильностью и негарантированностью своего труда, с ущемлением социально-трудовых прав и, как следствие, уязвимостью своего социального положения (Шкаратан, 2015).

В то же время ухудшение социально-экономического положения, избыточная трудовая и административная нагрузка, высокие социальные требования к результатам труда медиков уменьшают эффективность их работы, приводят к профессиональной демотивации и в целом ослабляют реформаторский потенциал в сфере здравоохранения. Поэтому в настоящей статье рассмотрим результаты прикладного исследования, в котором анализируются профессиональные риски врачей российских мегаполисов в условиях прекариатизации социально-трудовых отношений.

Описание прикладного исследования. Подобная постановка проблемы определила содержание социологического исследования, которое проводилось весной 2017 г.

Выборка *стандартизированного социологического опроса* врачей – квотно-пропорциональная. География исследования: российские города, численность населения которых от 1 млн чел. и выше: 1) Москва; 2) Казань.

По стандартизированной анкете было опрошено 468 врачей, работающих в Москве, и 402 врача – в Казани.

Критерии отбора респондентов:

– категория врачей в исследовании – это лица, получившие высшее медицинское образование по соответствующей специальности и работающие в медицинском учреждении;

– место работы респондентов – городские бюджетные больницы, расположенные в разных районах города (30–35% – в центре города, 70–65 % – в спальных районах), медицинские учреждения разного профиля (терапевтические, хирургические и травматологические, педиатрические, профилактические и пр.);

– профиль работы: терапевты – 10–15 %, педиатры – не менее 10, хирурги – не менее 5, врачи скорой медицинской помощи – не менее 5 %.

В Москве было опрошено 39 % врачей-мужчин и 61 % – женщин. Русскими по национальности являются 98 % респондентов. 68 %

опрошенных имеют высшее образование, 29 – прошли обучение в ординатуре / интернатуре, 3 % имеют ученую степень.

В Казани в исследовании врачебного корпуса медицинских учреждений приняли участие 39 % мужчин и 61 % женщин. Русскими по национальности являются 37 % респондентов, татарами – 62. 67 % опрошенных имеют высшее образование, 28 – прошли обучение в ординатуре / интернатуре, 5 % имеют ученую степень (табл. 1).

Таблица 1

Выборка социологического опроса врачей российских мегаполисов. Распределение групп опрошенных по возрасту и стажу работы, %

Населённый пункт	Возраст, лет					Стаж работы, лет				
	До 30	31–40	41–50	51–60	Старше 60	До 5	5–10	11–20	21–30	Более 30
Москва	14	27	27	26	6	10	19	32	34	5
Казань	11	27	31	24	8	12	15	33	32	8

Методом *глубинного полуструктурированного интервью* было опрошено 14 врачей, из них 7 – в Москве, 7 – в Казани. Из числа экспертов было проинтервьюировано 7 представителей региональных органов власти, управленцев в сфере общественного сектора.

Социально-экономическое самочувствие врачей. В Российской Федерации в сферах здравоохранения и предоставления социальных услуг работает около 4 млн чел.¹ Указом Президента РФ от 7 мая 2012 г. «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» была поставлена задача повышения к 2018 г. средней заработной платы врачей, преподавателей образовательных учреждений высшего профессионального образования и научных сотрудников до 200 % от средней заработной платы в соответствующем регионе. На этом основании Распоряжением Правительства РФ от 26.11.2012 г. № 2190-р (ред. от 14.09.2015) была утверждена Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 гг.

В качестве механизмов реализации указа и программы предусмотрены: а) установление соответствующих индикаторов развития образования, науки, культуры, здравоохранения и социального обслу-

¹ По данным Росстата. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/itog_monitor/itog-monitor3-16.html.

живания населения; б) внедрение оплаты труда в зависимости от качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг (выполняемых работ) и эффективности деятельности работников по заданным критериям и показателям (Распоряжение Правительства ... , 2012). Другими словами, с 2012 г. в России вводится новая система оплаты труда работников бюджетных организаций с новыми критериями и показателями эффективности и качества их труда.

По данным официальной статистики, в России в последние годы поступательно растет номинальная среднемесячная заработная плата работников общественного сектора, в том числе и врачей, что, однако, обусловлено не только показателями экономического роста, но и темпами инфляции в стране (рис. 1).

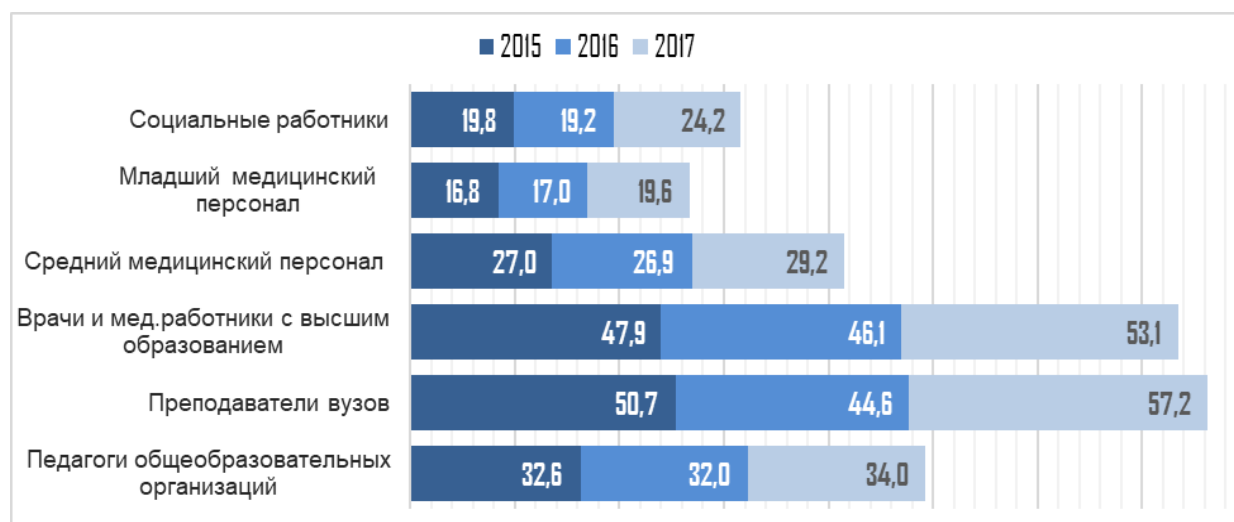


Рис. 1. Среднемесячная заработная плата отдельных категорий работников социальной сферы и науки в РФ за 2015–2017 гг. (январь – декабрь) (данные Росстата)¹, тыс. руб.

На этом фоне уровень оплаты труда работников сферы образования, здравоохранения и социальных услуг в 1,2–1,3 раза ниже, чем показатели среднемесячной зарплаты в целом по экономике РФ. Существует также высокая межрегиональная дифференциация в оплате труда работников бюджетной сферы. В анализируемых регионах доход врачей был в среднем в 2 раза ниже, чем в столице РФ (табл. 2).

С другой стороны, необходимо также отметить, что данные официальной статистики не всегда объективны. Достижение целевых показателей заработной платы работников социальной сферы в соответ-

¹ Составлено по данным Федеральной службы государственной статистики РФ. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/itog_monitor/itog-monitor4-15.html.

ствии с указом Президента РФ от 7 мая 2012 г. было во многом достигнуто за счет изменения методологии статистических вычислений¹.

Таблица 2

Среднемесячная заработная плата отдельных категорий работников социальной сферы и науки по субъектам РФ за январь – сентябрь 2017 г. (данные Росстата), тыс. руб.²

Категории работников	РФ	Московск. обл.	Москва	Татарстан
Педагоги общеобразовательных организаций	34,0	48,0	72,3	29,3
Преподаватели вузов	57,2	72,1	97,7	53,1
Врачи и медработники с высшим образованием	53,1	69,4	90,6	39,8
Средний медицинский персонал	29,2	40,8	58,7	23,3
Младший медицинский персонал	19,6	30,5	37,6	17,2
Социальные работники	24,2	37,7	60,4	21,1

Результаты независимых исследований также выявляют несоответствие показателей официальной статистики. Всероссийский опрос медицинских работников учеными Академии труда и социальных отношений показал, что «уровень заработной платы квалифицированных врачей по основной должности составляет не более 80 процентов от средней российской заработной платы, которая осенью 2016 г. была 32 тысячи рублей. С учетом подработок врачи в среднем зарабатывают 36,2 тысячи рублей, средний медперсонал – 22,4 тысячи рублей, младший – 18,8 тысячи... По результатам данного исследования, доля работников, зарабатывающих меньше прожиточного минимума, в здравоохранении выше, чем в экономике в целом: 15,5 процента против 11,9 процента» (Зарплаты врачей ... , 2017)³.

¹ В частности, несколько лет назад в расчёты средней зарплаты в регионе стали включать доходы работников индивидуальных предпринимателей и физических лиц, что снизило общие показатели средней заработной платы по стране. А также в расчеты зарплаты работников бюджетной сферы стали включать доходы не только ключевого персонала, но и руководителей, что увеличило среднегодовые показатели заработной платы.

² Составлено по данным Федеральной службы государственной статистики РФ. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/itog_monitor/itog-monitor4-15.html.

³ Ученые образовательного учреждения профсоюзов высшего образования «Академия труда и социальных отношений» опросили более полутора тысяч медицинских работников из 15 регионов РФ, расположенных в восьми федеральных округах.

В процессе реализации нашего исследования врачам Москвы и Казани предлагалось оценить базовые аспекты своей жизни (достаток, здоровье, отдых и пр.) по 5-балльной шкале. Результаты социологического опроса показали, что удовлетворенность медиков данными параметрами в большинстве случаев невысокая. Интегрированный средний показатель в сегменте врачей составляет 3,7 в российской столице и 3,5 – в Казани.

Если смотреть по отдельным позициям, то больше всего удовлетворены доктора двух городов своим здоровьем (3,9 средних балла в Москве и 3,7 – в Казани) и тем, как складывается их жизнь в целом (3,8 и 3,7 соответственно). Наименее удовлетворены врачи своим достатком (3,5 средних балла в первой группе и 3,2 – во второй) и отдыхом (3,5 и 3,3 соответственно) (рис. 2).

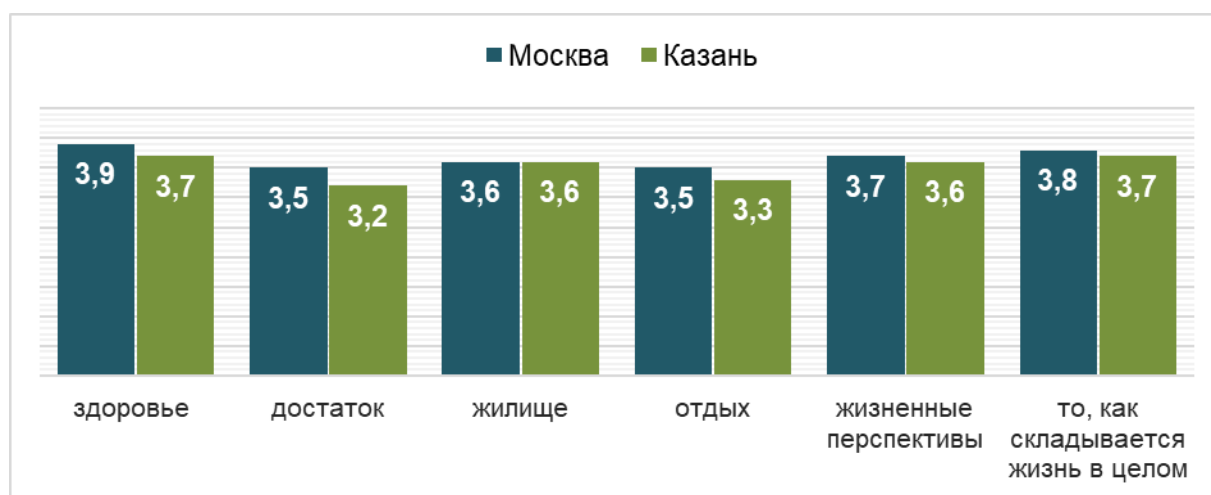


Рис. 2. Распределение ответов врачей на вопрос «Оцените различные стороны своей жизни по 5-балльной шкале, где 1 – полностью не удовлетворен, а 5 – полностью удовлетворен», средние баллы

Выявляется разница в оценке врачами своего материального положения в зависимости от места жительства и временного периода. В целом московские врачи менее удовлетворены данным параметром, чем казанские. Только 10 % московских респондентов оценили свое материальное положение в текущем году как хорошее, процент подобных ответов в отношении позиции «2–3 года назад» в 2,5 раза выше. Основная же доля врачей государственных больниц г. Москвы характеризуют свое материальное положение как скорее хорошее, чем плохое (59 %). В ближайшем будущем опрошенные столичные медики не ожидают повышения уровня своего дохода (табл. 3).

В Казани доля позитивных оценок врачей в отношении своего достатка несколько выше и составляет 24 % в текущем году и 25 – 2–3 года назад. От 42 до 45 % опрошенных медиков говорят о скорее хорошем материальном положении сейчас и в недалеком прошлом. Но в казанской подгруппе выше процент респондентов, которые характеризуют свое материальное положение как скорее плохое, чем хорошее (29 и 27 % соответственно). Большинство респондентов также не прогнозируют существенных изменений в уровне оплаты своего труда (табл. 3).

Таблица 3

Распределение ответов врачей на вопрос «Постарайтесь оценить свое материальное положение» (один ответ), %

Временной интервал	Хорошее	Скорее хорошее, чем плохое	Скорее плохое, чем хорошее	Плохое
Москва				
2–3 года тому назад	25	59	13	3
В текущем году	10	65	20	5
Через 2–3 года	13	67	12	8
Казань				
2–3 года тому назад	25	42	29	4
В текущем году	24	45	27	4
Через 2–3 года	27	44	25	4

Во время глубинных интервью врачи критично оценивают оплату своего труда, который недостаточен для обеспечения нормального уровня жизни:

«Приходится работать на нескольких работах, получая оклад на одной работе, невозможно прожить. И как бы ни говорили, что заработная плата повышается, я не знаю врачей, кто бы, работая на одну ставку, получал пятьдесят или более тысяч рублей» (врач – психиатр-нарколог, 28 лет, Казань).

«Главное – в том, что наша зарплата не позволяет достойно жить» (реаниматолог-анестезиолог, 49 лет, Москва).

«Если говорить о том, что каждая затрата и каждый вред должны быть так или иначе конвертированы во что-то, это должно учитываться, то здесь у докторов полное рассогласование конвертации и затрат. Поэтому да, это не самое низкое положение, если

сравнивать с таджиками в оранжевых кофтах и, я не знаю там, приезжими работниками во всяких там шаурмясных. Но, с другой стороны, я вот вижу людей, которые работают менеджерами непонятно где, ни за что не отвечают по большому счету и страдают оттого, что у них достаточно легкая жизнь, при этом получают двести тысяч рублей и постоянно ноют. Здесь положение врачей при их уровне ответственности и загруженности несопоставимо» (анестезиолог-реаниматолог, 33 года, Москва).

«Зарплата у врачей, конечно, значительно ниже, чем в среднем по Москве. Когда мы разговаривали с подружкой, она работает обычным продавцом, то зарплата у нее почему-то выше, хотя работает она по количеству часов меньше. Причем тебе никто не верит, что меньше, чем у нее. Вообще никто не верит, когда называешь реальную цифру зарплаты, своего оклада...» (кардиолог, 31 год, Москва).

«Ну какой там достойный уровень жизни! Посудите сами, зарплата – 8700 оклад, ну прибавят ещё 4000. Это много? И это максимум, что могут сделать, и то не каждый месяц» (терапевт, 63 года, Казань).

Опрошенные доктора отмечают, что из-за недостаточной оплаты их труда, административной нагрузки в профессии недостаточный приток молодых специалистов:

«Почему многие врачи молодые бросают медицину? Потому что разбиваются о систему нашу пресловутую те, кто попадает в бюджетную сферу. Система власти требует, но ничего не дает. Главный посыл – вы сделайте, вы должны, вы обязаны, но для реализации этой обязанности мы вам ничего не дадим» (врач-невропатолог, 35 лет, Казань).

«Я вам приведу пример: после института молодёжь приходила, работала максимум полгода и уходила. Несколько примеров таких могу привести. Им как-то устроиться надо было на работу, их принимали. Крутятся, крутятся около нас тут и уходят. Зарплаты нет, им жить надо на что-то, и они уходят» (хирург, 52 года, Казань).

Столичные врачи критичнее оценивают свой статус в обществе, чем казанские. Только 33 % респондентов из Москвы и 46 – из Казани полагают, что профессия врача является в наше время престижной. Считают, что это обычная профессия, около половины респондентов столичных медицинских учреждений и третья часть казанских (рис. 3).

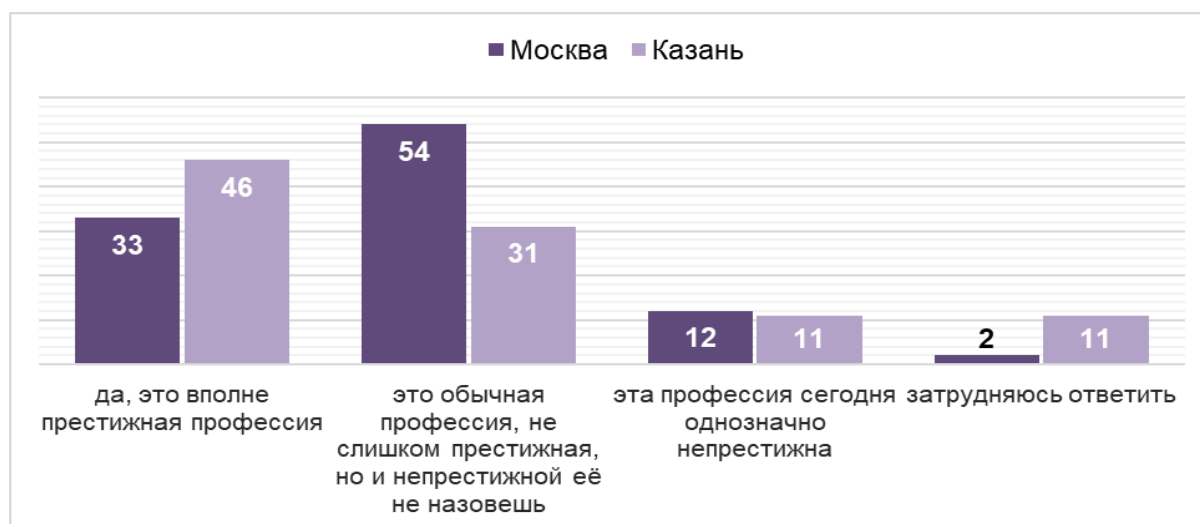


Рис. 3. Распределение ответов врачей на вопрос «Как Вы считаете, в наше время профессия врача является престижной или нет?» (один ответ), %

Показатели прекариатизации труда и профессиональные риски. Необходимо отметить, что еще на этапе начала реформирования здравоохранения большинство медиков критично оценивали перспективы нововведений. Исследования врачей и пациентов, реализованные учеными Финансового университета при Правительстве РФ в 2012 и 2014 г., зафиксировали негативную оценку планируемых реформ со стороны руководителей учреждений здравоохранения и обычных горожан. И в дальнейшем данные отрицательные прогнозы от эффекта реформ подтверждаются, когда происходит заметный рост платности при неизменности или снижении качества медицинских услуг. Основной причиной указанных явлений, по результатам данного исследования, служит дальнейшее снижение объема бюджетных ассигнований при низком платежеспособном спросе со стороны населения (Александрова, 2017).

Эмпирические замеры нашего исследования показывают, что в Москве и в Казани большинство врачей фиксируют в результате реформ увеличение их трудовой нагрузки. Больше всего вырос объем служебных обязанностей, выполняемых задач (80 % – в первой группе и 67 – во второй). Рост административной нагрузки, заполнения отчетности отмечают 57 % московских врачей и 78 – казанских. Больше число московских докторов, чем казанских респондентов, отмечают рост трудовой нагрузки, которая не связана с их должностными обязанностями (66 % против 46) (табл. 4).

Таблица 4

Распределение ответов врачей на вопрос «Как изменилась Ваша трудовая нагрузка за последние 1–2 года?» (один ответ), %

Трудовая нагрузка	Москва			Казань		
	Уменьшилась	Не изменилась	Увеличилась	Уменьшилась	Не изменилась	Увеличилась
Выполнение служебных обязанностей, объем выполняемых задач	2	18	80	1	32	67
Административная нагрузка, отчетность	0	43	57	2	20	78
Деятельность, не связанная с должностными обязанностями	2	32	66	1	53	46

Вглубинных интервью и московские, и казанские врачи также говорят о росте трудовой нагрузки, которая не сопровождается адекватным ей увеличением оплаты труда:

«В больницах люди получают сейчас больше, чем 5 лет назад, но темп работы, ее оборот, увеличился не адекватно прибавке к зарплате. Несмотря на автоматизацию процесса передачи информации от одного участника процесса к другому, все время создается ощущение, что ты копаешься в бумажках, а на работу с пациентом времени остается все меньше и меньше» (кардиолог, 38 лет, Москва).

«Бывает 50–60 пациентов в день, это высокая нагрузка, эмоциональная и физическая» (57 лет, терапевт, Москва).

«За последнее время трудовая нагрузка изменилась колоссально. Последние год-два она была такая, что я... не готовила кушать, я не могла готовить. Я приезжала и ложилась спать, я не могла пообщаться с детьми, посмотреть уроки. Не знала я до сегодняшнего момента, по какой программе учиться мой ребенок» (эндокринолог, 34 года, Казань).

«Сокращение койко-дней приводит к увеличению количества пациентов на одного врача... В силу того, что в больнице количество мест сократилось, причем в короткие сроки, то получается, что с каждым годом сроки пребывания пациента в больнице меньше и меньше. В силу этой, так сказать, оптимизации нагрузка на врача увеличивалась в разы. В кадровом составе это абсолютно не учитывается и не распределяется никак, и не увеличиваются ни штат, не

часы работы, не отражается никак на зарплате» (кардиолог, 31 год, Москва).

В нашем исследовании докторам отдельно задавался вопрос о том, насколько сильно их беспокоят различные профессиональные риски. Результаты опроса показали, что московские врачи на порядок сильнее обеспокоены данными рисками, чем казанские. Подавляющее большинство опрошенных врачей, работающих в бюджетных медицинских учреждениях Москвы и Казани, опасаются роста трудовой нагрузки без увеличения оплаты труда (95 % в первой группе и 63 – во второй). Рисками потери работы обеспокоены еще 89 % московских и 57 % казанских врачей. Перспектива сокращений или задержки заработной платы вызывает опасения у 89 % докторов в столице РФ и у вдвое меньше врачей в Казани (43 %). А также риски перехода на неполный рабочий день / неделю беспокоят ещё две трети респондентов первой группы и вдвое меньшее число опрошенных во второй (табл. 5).

Таблица 5

**Распределение ответов врачей на вопрос
«Насколько сильно Вас беспокоят в настоящее время следующие профессиональные риски?» (один ответ), %**

Профессиональные риски	Москва				Казань			
	Совсем не беспокоит	Скорее не беспокоит	Скорее беспокоит	Очень беспокоит	Совсем не беспокоит	Скорее не беспокоит	Скорее беспокоит	Очень беспокоит
Сокращение или задержка зарплаты	3	9	32	57	27	31	22	21
Вынужденный переход на неполный рабочий день, неполную рабочую неделю	7	17	38	37	31	40	20	10
Рост трудовой нагрузки без увеличения зарплаты	1	4	41	54	19	18	34	29
Потеря работы	3	7	32	57	20	24	34	23

Опрошенные врачи сетуют, что возросшие объемы работы, угроза сокращений и пр. нарушают их трудовые права, но защитить себя они, по сути, не могут.

«Все поставлены в ситуацию бесправия... Вот если ты загнан в угол и идешь на принцип и если процесс увольнения происходит с

нарушением, так сказать, чести и достоинства, профессиональной репутации, то тут нет другого метода, кроме как обращаться в разные структуры. Тут и трудовая инспекция, и независимый профсоюз или еще что-нибудь такое. И тебя, может быть, оставят на работе, но долго ты там не проработаешь в любом случае. Потому что сейчас (это от государства, кстати, и идет) оклад по нашей специальности может быть восемь-девять тысяч рублей, а все остальное это стимуляция и распределение надбавок на усмотрение руководящего состава, исходя из их оценки твоей трудовой деятельности. Так тебе просто оставят эти девять тысяч и все. Сколько ты так на своих принципах продержишься? Долго? Если ты сильно упертый, то может быть год, а может и больше. Но детей-то принципами кормить не будешь» (анестезиолог-реаниматолог, 33 года, Москва).

Заключение

Результаты проведенного исследования показывают, что в сфере здравоохранения высокие показатели прекариатизации труда и профессиональных рисков наблюдаются во всех исследуемых мегаполисах (Москва и Казань). На фоне общей социально-экономической уязвимости подавляющее большинство опрошенных докторов обеспокоены увеличением объема трудовой нагрузки, которая не сопровождается адекватным увеличением оплаты труда. Многие врачи встревожены рисками потери работы, трудностями с зарплатой. На этом фоне московские врачи больше обеспокоены профессиональными рисками, чем казанские.

Процесс прекариатизации социально-трудового положения врачей является очень важным индикатором качества институциональных изменений сферы здравоохранения. Рост трудовой нагрузки, несоответствующая оплата труда, нарушение социально-трудовых прав, неуверенность в профессиональном будущем ведут к тому, что врачи теряют долгосрочные ориентиры, размываются профессиональные ценности. Реформы в здравоохранении должны не только учитывать экономические и количественные показатели, но и основываться на развитии мотивации, повышении качества человеческого капитала в общественном секторе.

Литература

Александрова О.А. Реформа бюджетных учреждений: мнение пациентов и врачей // Вестник Финансового университета. Гуманитарные науки. 2017. № 3.

References

Aleksandrova, O.A. (2017). Reform of budgetary institutions: opinion of patients and doctors. *Vestnik Finansovogo universiteta. Gumanitarnyye nauki*, 3. (in Russian).

Бобков В.Н., Вередюк О.В., Колосова Р.П., Разумова Т.О. Занятость и социальная прекарнизация в России: введение в анализ. М.: Теис, 2015.

Зарплаты врачей растут лишь в официальных сводках Росстата // Российская газета. 2017. № 7224 (58).

Клименко Л.В., Посухова О.Ю. Гендерные аспекты прекариатизации труда в российском обществе // Женщина в российском обществе. 2017. № 1.

Клименко Л.В., Посухова О.Ю. Профессиональная идентичность городских учителей в условиях модернизации института образования // Журнал институциональных исследований. 2017. № 9 (2).

Наемный работник в современной России / отв. ред. З.Т. Голенкова. М.: Новый хронограф, 2015.

Присяжнюк Д.И. 2013. Динамика профессионального статуса врачей поликлиник в 2000-х годах // Профессии социального государства. М.: Вариант, ЦСПГИ, 2017.

«Противостояние логик»: врач, пациент и власть в условиях реформирования системы здравоохранения: сводный аналит. отчет // «Левада-центр». Аналитический центр Юрия Левады. 2016. Режим доступа: http://www.levada.ru/cp/wp-content/uploads/2016/05/299_1-15_Svodnyj-analiticheskij-otchet.pdf.

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 г. № 2190-р (ред. от 14.09.2015) «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы» Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/itog_monitor/zarplata.html.

Шкаратан О.И., Карачаровский В.В., Гасюкова Е.Н. Прекариат: теория и эмпирический анализ (на материалах опросов в России, 1994–2013) // Социологические исследования. 2015. № 12.

Emanuel E.J., Pearson S.D. Physician autonomy and health care reform // *Jama*. 2012. T. 307, № 4. P. 367-368.

Iliffe S. A tale of three disputes: junior doctors against the government 2015-2016 // *Soundings*. 2017. T. 64, № 64.

Bobkov, V.N., Veredyuk, O.V., Kolosova, R.P., Razumova, T.O. (2015). Employment and social precarization in Russia: introduction to the analysis. M.: Teis. (in Russian).

Salaries of doctors are growing only in the official reports of Rosstat (2017). *Rossiyskaya Gazeta*, 7224 (58). (in Russian).

Klimenko, L.V., Posukhova, O.Yu. (2017). The gender dimensions of the precarization of labour in Russian society. *Zhenshchina v rossiyskom obshchestve*, 1. (in Russian).

Klimenko, L.V., Posukhova, O.Yu. (2017). Professional identity of city teachers in terms of modernization of the Institute of education. *Zhurnal institutsional'nykh issledovaniy*, 9 (2). (in Russian).

Hired worker in modern Russia / Ed. by Z.T. Golenkova. (2015). M.: New chronograph. (in Russian).

Prisyazhnyuk, D. I. (2017). 2013. Dynamics of the professional status of doctors of polyclinics in the 2000s. *Professions of the social state*. M.: Variant, CzSPGI.

“The confrontation of logic”: the doctor, the patient and the government in terms of reforming the health system (2016). Summary analytical report. *Levada center. Yuri Levada analytical center*. Available at: http://www.levada.ru/cp/wp-content/uploads/2016/05/299_1-15_Svodnyj-analiticheskij-otchet.pdf.

The order of the Government of the Russian Federation of 26.11.2012 No. 2190-R (edition of 14.09.2015) “On approval of the Program for the gradual improvement of the remuneration system at state (municipal) institutions in 2012–2018”. Available at: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/itog_monitor/zarplata.html.

Shkaratan, O.I., Karacharovskij, V.V., Gasyukova, E.N. (2015). Precariat: theory and empirical analysis (based on surveys in Russia, 1994–2013). *Sotsiologicheskiye issledovaniya*, 12. (in Russian).

Emanuel, E. J., Pearson, S. D. (2012). Physician autonomy and health care reform. *Jama*, 307, 4, 367-368.

Iliffe, S. (2017). A tale of three disputes: junior doctors against the government 2015-2016. *Soundings*, 64, 64.

Wu D., Wang Y., Lam K. F., Hesketh T. Health system reforms, violence against doctors and job satisfaction in the medical profession: a cross-sectional survey in Zhejiang Province, Eastern China // *BMJ open*. 2014. Т. 4, № 12.

Wu, D., Wang, Y., Lam, K. F., Hesketh, T. (2014). Health system reforms, violence against doctors and jobs atisfaction in the medical profession: a cross-sectional survey in Zhejiang Province, Eastern China. *BMJ open*, 4, 12.

Поступила в редакцию

22 мая 2018 г.