

# СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

## ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМЫ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 2011–2016 гг. В ОЦЕНКАХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ВРАЧЕБНОГО СООБЩЕСТВА: СТРАТЕГИИ, ТАКТИКИ, РИСКИ

*Сания Исааковна Бояркина*  
(s.boyarkina@socinst.ru)

Социологический институт РАН — филиал Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия

**Цитирование:** Бояркина С.И. (2019) Проблемы реформы российского здравоохранения 2011–2016 гг. в оценках представителей врачебного сообщества: стратегии, тактики, риски. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 22(3): 39–56. <https://doi.org/10.31119/jssa.2019.22.3.2>

**Аннотация.** Представлены результаты исследования, посвященного анализу социальных процессов, сопутствующих модернизации здравоохранения и оптимизации лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), вызывающих не только явные, но и латентные (побочные) последствия, способные приводить к изменению организационной среды и становиться источником рисков для здоровья. Проведен контент-анализ опубликованных с 2011 по 2016 г. материалов интернет-портала, целевой аудиторией которого являются медицинские работники. Проанализированы события новостной ленты, посвященные изменениям нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения и условий труда в ЛПУ, комментарии медработников, содержащие информацию о проблемах, возникающих в региональных ЛПУ в ходе проведения реформы. Результаты исследования показывают, что наиболее актуальными для медицинских работников стали такие последствия реформы, как бюрократизация врачебной деятельности, дефицит кадров, в том числе формируемый избыточным сокращением, перегрузки, не соответствующих оплате труда. Являясь транслятором и интерпретатором норм, администрации ЛПУ обладают возможностью компенсировать или усиливать эти эффекты, что, соответственно, становится фактором, предопределяющим условия организационной среды и поведение медицинских работников. В целом результаты позволяют предположить, что выработка норм на высших уровнях власти и их реализация в региональных ЛПУ сопровождается напряженностью в организационной среде, ухудшением условий труда медицинского персонала, способствуют формированию источников институционально и организационно продуцируемых рисков.

**Ключевые слова:** реформа здравоохранения, последствия реформы, стратегии власти, формальные нормы, тактики администрации и врачей, продуцирование риска.

## Введение

Реформирование институтов российского общества является предметом оживленных дискуссий социологов, политологов, экономистов. В том числе обсуждение касается непредусмотренных эффектов, оказывающих незапланированное воздействие на объекты управления. Известно, что в ходе любой политико-экономической реформы происходит интенсификация трудовой деятельности, возникает институциональная дезорганизация, появляются «институциональные ловушки» (Полтерович 1999: 3–20), «побочные эффекты», продуцирующие социальные проблемы и риски (Бек 2000: 23). В России эти эффекты усугубляются спецификой отношения органов власти к социальным проблемам, что проявляется «во всех видах уклонения органов власти и управления снизу доверху от своевременного решения жизненно важных проблем общества в целом и отдельных граждан» (Тихонов 2017: 6). В здравоохранении трудности, сопутствующие реформированию, обретают особое значение, поскольку касаются крупномасштабной, социально значимой сферы и могут продуцировать риски здоровью населения в целом (Шилова 2008: 68–88; Higgs 2005).

Возникновение определенных рисков, как для социальных групп, так и для функционирования института (Бек 2000), обусловлено изменением среды (Яницкий 2003: 3–35) и субъектов, наступающими в процессе реформирования. Результаты социологических исследований свидетельствуют о том, что в современной российской системе здравоохранения существенные изменения среды и принципов взаимодействия субъектов происходят с 2011–2012 гг., когда началось активное преобразование нормативной базы системы здравоохранения. Так, осенью 2010 г. был принят Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (№ 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г.), предусматривающий поэтапные изменения финансовых и организационных механизмов ОМС и послуживший основанием для последовавшей разработки программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011–2012 гг. С 1 января 2012 г. вступили в силу положения Закона № 326-ФЗ «О разграничении полномочий Российской Федерации и субъектов РФ в сфере обязательного медицинского страхования», во исполнение которого полномочия по реализации на соответствующей территории базовой программы обязательного медицинского страхования были делегированы на региональный уровень. Предполагалось, что финансовое обеспечение переданных полномочий должно осуществляться за счет субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС. Наиболее существенные изменения в эко-

номическом сопровождении системы здравоохранения произошли в 2012 г. после подписания «майских указов» Президентом России. В указе № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (34 поручения) было предписано принятие до 1 декабря 2012 г. программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда работников бюджетного сектора экономики и повышение заработной платы медицинским работникам к 2018 г. в 1,4–1,5 раза. В указе № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» было сформулировано 14 поручений, в числе которых были поручения, направленные на устранение дефицита кадров и предусматривавшие дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей. Ответственность за выполнение поручений возлагалась на органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Основным планово-отчетным документом в регионах стала «Дорожная карта» (ежегодно редактируемая), предписывающая выполнение ряда показателей: уровень заработной платы, развитие государственно-частного партнерства, оптимизация численности административного персонала, подготовка и переподготовка кадров, разработка механизмов нормативно-подушевого финансирования, а также ряд пунктов, предусматривающих контроль смертности, заболеваемости онкологическими заболеваниями и туберкулезом (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий (“дорожной карты”) “Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения”»).

По некоторым подсчетам, за период с 2012 по 2018 г. было издано 2897 постановлений (за предыдущий период 2007–2011 гг. были приняты 937 постановлений) (Караева 2016: 93–108). Стратегическая цель проводимых политических изменений заключалась в модернизации системы, переходе к европейской модели организации здравоохранения (Зулин 2013: 77–80), увеличении доли медицинской помощи, оказываемой амбулаторно-поликлиническими отделениями, и сокращении медицинской помощи в условиях стационаров. Предполагалось, что это позволит не только сократить затраты на содержание больничных фондов и оплату труда узко специализированных врачей, но и повысить доступность медицинской помощи населению, оказываемой врачами общей практики. Для реализации заявленной цели за годы проведения модернизации здравоохранения и оптимизации ЛПУ была сокращена численность врачей и больничных организаций, увеличено количество амбулаторно-поликлинических учреждений (табл. 1).

Таблица 1

**Количественные показатели результатов реформ здравоохранения**

Год	Численность врачей, тыс. чел.	Количество больничных организаций, тыс.	Количество амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс.
2011	732,8	6,3	16,3
2012	703,2	6,2	16,5
2013	702,6	5,9	16,5
2014	709,4	5,6	17,1
2015	673,0	5,4	18,6
2016	680,9	5,4	19,1

Таблица составлена на основании данных официальной статистики Росстат. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#) (дата обращения: 20.01.2019).

Последствия сокращения кадров предполагалось ликвидировать за счет повышения интенсивности труда врачей, для чего был издан приказ Минздрав РФ от 2 июня 2015 г. № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача акушера-гинеколога», содержащий рекомендованные нормы времени приема пациентов.

Однако проведение описанных мероприятий сопровождалось «побочными эффектами» от действий не только представителей властных структур, но и руководителей ЛПУ. Российские авторы говорят о таких политически и административно продуцируемых последствиях модернизации, как отток кадров из ЛПУ, нарастание кадрового дефицита врачей отдельных специальностей (Щепин 2013: 24–28; Гаврилов 2015), обострение проблемы обеспеченности врачебными кадрами ЛПУ, расположенных в сельской местности (Тарасенко 2016: 117–142), что объясняется нехваткой не только врачей некоторых специальностей, но и навыков планирования кадров. «В значительной мере это “рукотворный” дефицит врачей, порождаемый действиями руководителей медицинских учреждений и слабостью кадровой политики государства» (Шейман 2014: 157).

Количественно фиксируемым свидетельством появления незапланированных «побочных эффектов» реформы системы здравоохранения стал рост числа трудовых протестов в 2012–2014 гг., основными причинами которых стали проблемы, связанные с изменениями условий труда и политики руководства. И хотя в 2016 г. 92,3 % из них проходили в виде акций без остановки работы (Бизюков 2016), протесты медработников, проводимые на фоне существующих организационных проблем, могут стать источником рисков. Эти риски возникают как результат реализации внутренней напряженности субъектов, цели которых не соответствуют условиям среды (Заславская 1999: 226).

В ходе изменения организационной среды здравоохранения происходит взаимодействие трех основных субъектов, пересечение интересов и целей которых может сопровождаться внутренней напряженностью. Это государство и его структуры, обладающие политической властью, выступающие в роли «ведущей» институциональной подструктуры, доминирующей стратегической силы, создающей и навязывающей нормы; администрации ЛПУ, обладающие административной властью, выполняющие функцию «посредника», транслятора и интерпретатора норм, оказывающие стратегическое воздействие на организационную среду и действующих в ней работников, но в то же время производящие тактические маневры по отношению к вышестоящим носителям политической власти и являющиеся «ведомыми» в институциональных взаимодействиях и «ведущими» в организационных; представители профессионального сообщества, не обладающие властью, «ведомые», тактически использующие временную ситуацию для совершения обходных маневров и адаптации к существующей организационной среде (Заславская 1999: 226; Серто 2013: 94–110)\*. Эти роли определяют спектр возможных действий субъектов в адаптивной ситуации\*\*. Исследования подтверждают, что в ситуации, когда «правила игры» навязываются доминирующими структурами, те, кто вынужден на них соглашаться и адаптироваться к изменившейся ситуации, оказывается в заведомо уязвимом положении (Клемент 2004: 135–192; Тукумцев 2013: 7–40). Обусловленное созданными «сверху» усло-

---

\* Под стратегией в работах М. де Серто понимается расчет отношений сил (или манипулирование ими), который становится возможным в том случае, когда выделяется субъект воли и власти, обладающий собственным местом в институциональном и политическом пространстве. Под тактикой — рассчитываемое действие, соответствующее временной ситуации, определяемое отсутствием собственного места в институциональном и политическом пространстве.

\*\* В работах Т.И. Заславской под адаптивной ситуацией понимается ситуация изменения среды, требующая адаптации от задействованного в ней субъекта.

виями, поведение работодателей, в свою очередь, предопределяет модели взаимодействия с наемными работниками в организации (Темницкий 2005), формирует характеристики организационной среды. Именно поэтому некоторые авторы сходятся во мнении, что отчасти источником проблем, возникающих на предприятии, являются стратегические недочеты властей (Борисов 2001: 56–66). Таким образом, можно предположить, что возможные риски, возникающие в ходе реформирования здравоохранения, могут быть обусловлены как возникающими негативными побочными эффектами модернизации, так и стратегическими влияниями субъектов власти, создающих определенную адаптивную ситуацию, и спецификой поведения в ней ведомых субъектов.

### Эмпирическое исследование

Представленные основания требуют проведения качественного анализа влияния, оказываемого ведущими субъектами в системе здравоохранения, а также его негативных эффектов, создающих потенциальные риски. *Объектом* эмпирического исследования, проведенного методом качественно-количественного контент-анализа (Семенова 2010:324) на материалах источника в сети Интернет, являются оценочные суждения, высказываемые врачами лечебно-профилактических учреждений России в отношении изменений организационной среды системы здравоохранения. *Предмет* исследования — проблемы здравоохранения и вероятные риски, продуцируемые в ходе модернизации здравоохранения и оптимизации региональных ЛПУ, а также используемые администрацией и представителями врачебного сообщества адаптивные тактики их преодоления. В качестве единиц анализа выступали новостные события и комментарии к ним на профильном информационном портале в сети Интернет medportal.ru — одном из крупнейших специализированных сайтов для врачей и пациентов, позволяющих зарегистрированным пользователям отправлять комментарии к новостным событиям. Портал был выбран в качестве источника информации по следующим причинам: давность существования (с 2003 г.) и стабильность обновления новостной ленты, наличие возможности создания комментария к новостному событию, открытые данные пользователей: пол, специальность, место и стаж работы.

В ходе формирования выборки отбирались новостные события из раздела «Профессия» (целевая аудитория — профессиональное сообщество), опубликованные в период с 2011 по 2016 г., в заголовках которых содержались ключевые слова, указывающие на побочные эффекты, возникшие в ходе модернизации здравоохранения: «реформа здравоохранения», «модернизация», «оптимизация», «условия труда», «оснащение», «зара-

ботная плата», «совместительство», «дефицит кадров» и др. Анализировались общее количество тем за год, количество тем соответствующих критериям за год, количество комментариев к отобранным темам и их содержание (актуализируемая в комментарии проблема, способы действия субъекта, вероятные рискованные последствия).

В качестве критерия оценки достоверности получаемой информации выступали регистрационные данные пользователей форума. Для построения выводов отбирались только комментарии, содержащие сведения о пользователе (пол, врачебная специальность, если возможно, регион, стаж работы).

Анализ количества новостных сообщений с 2011 по 2016 г. показал, что, несмотря на наибольшую активность модераторов сайта, опубликованных в 2013 г. наибольшее количество новостей, активнее всего обсуждались темы 2011 и 2012 г. (это видно по общему числу комментариев). При этом в 2012 г. тем, релевантных тематике исследования, оказалось больше, чем в другие годы. Это указывает на актуальность проблем, связанных в первую очередь с модернизацией здравоохранения и оптимизацией ЛПУ. По мере отдаления от 2011–2012 гг. наблюдается снижение интереса к тематике и его полное угасание к 2016 г. (табл. 2), что соответствует и тенденциям динамики трудовых протестов в сфере здравоохранения за этот период (Бизюков 2016).

Таблица 2

### Характеристики сообщений новостной ленты с 2011 по 2016 г.

Общие характеристики новостной ленты	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Итого
общее количество тем по проблемам здравоохранения	295	450	592	295	322	63	2017
количество тем по проблемам российского здравоохранения, связанным с реформой	20	48	29	20	24	0	143
количество комментариев к темам, освещающим проблемы здравоохранения, вызванные реформой	1336	2973	962	622	283	0	6176
количество уникальных авторов комментариев, освещающих проблемы здравоохранения, вызванные реформой	653	1083	450	233	147	0	2566

Наиболее часто комментировались темы дефицита кадров (максимум — 573 комментария к теме, 2011 г.) и принудительного сокращения кадров (максимум — 194 комментария к теме, 2014 г.), в том числе среднего медперсонала (87 комментариев к теме, 2013 г.), перегрузок, не соответствующих оплате труда (максимум — 437 комментария к одной теме, 2012 г.), общего уровня зарплат (максимум — 272 комментария к одной теме, 2012 г.) Активно обсуждались протесты работников региональных ЛПУ России (максимум — 573 комментария к теме, 2012 г.).

Анализ ключевых слов в заголовках статей новостной ленты позволяет выделить две группы актуализируемых негативных эффектов (проблем), возникших в период проведения модернизации системы здравоохранения: продуцируемые законодательными стратегиями органов власти и продуцируемые в ходе внедрения законодательной нормы стратегическими воздействиями администраций ЛПУ в практику работы организации.

К первой группе проблем относятся системные противоречия реформы (несоответствие декларируемых объемов финансирования отрасли реально выделяемым средствам, финансовых нормативов и тарифов ОМС реальной стоимости медицинских услуг), сокращение числа ЛПУ и/или их специализированных отделений, бюрократизация врачебной деятельности (рост документной отчетности, дублирование электронной и бумажной документации).

Ко второй группе проблем относятся нарушения законодательства на местах, в том числе несоблюдение законодательно предусмотренных социальных гарантий медработникам сельских учреждений здравоохранения, формирование штатного расписания, не соответствующего нормативам численности прикрепленного населения и его потребностям в медицинской помощи, дефицит кадров (связываемый с естественным оттоком, сокращениями отделений и/или коек, старением кадров), перегрузки, не соответствующие оплате труда, профессиональное выгорание и стресс, дефицит материальных ресурсов (нехватка оборудования, несоответствие помещений ЛПУ санитарным нормам, необходимость ремонта), физическая безопасность медработников, заражение инфекциями на рабочем месте, неэффективность и дефицит средств защиты.

Анализ содержания комментариев подтверждает предположение, что администрации ЛПУ выступают в роли транслятора и интерпретатора законодательных норм во взаимодействии с врачебным сообществом и в то же время толкователя результатов следования нормам во взаимодействии с представителями власти. То есть администрация ЛПУ и местные органы власти в условиях существующего политического и экономи-



ческого регулирования здравоохранения становятся производителями стратегий, позволяющих удовлетворить требования вышестоящих инстанций, и тактик, учитывающих интересы организации и/или отдельных представителей ее администрации.

Для реализации стратегий используются инструменты экономического и/или административного управления. Экономические инструменты предполагают воздействие на источники и способы формирования заработной платы. Наем на неполные ставки и доплаты из фонда внебюджетных средств позволяет администрации выплачивать минимальные оклады и манипулировать основными составляющими заработной платы. Так, сокращение выплат становится способом экономии ресурсов организации, необходимых для ее функционирования и в то же время позволяет оказывать стратегическое давление на персонал.

*«Работаю на скорой, и мою зарплату так и норовят оттяпать, всегда найдут, за что снять с КТУ, а теперь очередное новшество — штрафы от страховых компаний из тех денег, которые раньше назывались субвенцией... если на Западе штрафуют пациентов за необоснованный вызов скорой, то в нашей стране штрафуют фельдшеров и врачей» (врач скорой помощи, муж., 2014).*

Административные инструменты могут применяться в ходе трансляции и внедрения рекомендованной нормы в качестве обязательной, как, например, в отношении норм времени на прием пациентов. Поскольку по приказу Минздрав РФ от 2 июня 2015 г. № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-отоларинголога, врача-офтальмолога и врача акушера-гинеколога» эти нормы являются рекомендуемыми, администрация ЛПУ может отказываться от их исполнения, а может вводить их директивно, стараясь увеличить поток пациентов, что оказывается выгодно ЛПУ в условиях подушевого финансирования, однако создает условия для перегрузки врачей, приводит к их физическому и эмоциональному истощению.

*«Я просто не представляю, как принять пациента за 12 минут. С меня начинает начальство требовать выполнять эту нормативу 12 минут, хотя это в некоторых случаях невозможно. Нужно сделать анестезию, заполнить карточку, написать рецепт, побеседовать с пациентом, успокоить, объяснить, что мы собираемся делать. Все-таки*

*удаление зуба для многих страшная процедура... Еще удивило предложение поставить второе кресло и принимать сразу двух пациентов, а вдруг пациенту или сразу двум станет плохо?.. У меня в день выходит 20–28 человек, что выматывает и физически, и морально. В поликлинике один стоматолог хирург, поэтому нагрузка такая большая...» (стоматолог-хирург, муж., 2015).*

Экономические и административные воздействия, оказываемые на работников ЛПУ, приводят к обострению кадровых проблем. В создаваемой организационной среде врачи испытывают физические и эмоциональные перегрузки, неадекватные заработной плате, что может приводить к увольнению высококвалифицированных врачей, отсутствию притока молодежи в отрасль, старению кадров.

*«Живу в Кемеровской области, г. Новокузнецк. Работаю в обычной детской поликлинике. Зарплата — 4–5,5 тысяч в месяц, работы много. Врачей моложе 55 лет у нас всего 4. Остальные доктора от 55 до 75 лет. Все держится на них. Уйдут они, работать будет некому!!!! Никто не хочет идти на копейки, на такие бешеные нагрузки и обалденную ответственность» (педиатр, жен., 2013).*

Таким образом, в ходе внедрения законодательных норм между администрациями ЛПУ и представителями врачебного сообщества возникает конфликт интересов и сопровождающее его организационное напряжение. Формируется адаптационная ситуация, которая требует либо изменения субъектом себя и приспособления к среде, либо изменения субъектом среды и ее приспособления к себе (Заславская 1999: 224). Возможные действия профессиональных сообществ в условиях навязанного порядка могут осуществляться с использованием конформных и конфликтных тактик.

Первые (конформные) предполагают исполнение требований и приспособление интересов субъекта к среде, а выполнение новой нормы зависит как от степени согласия с ней субъекта, его способности и готовности адаптироваться, так и от объективно существующих в организации условий. В случае, когда норма противоречит представлениям о профессионально-ролевых функциях, могут использоваться тактики действия в обход, которые представляют собой не выполнение нормы, а симуляцию выполнения (Бодрийяр 2013: 204). Подобная тактика, предполагающая симуляцию деятельности как норму, приводит к возникновению специфических социальных отношений (Гоффман 2000: 33) с субъектами, задей-

ствованными в игре в социальное партнерство, о котором говорят современные исследователи трудовых отношений (Гемницкий 2005).

*«Вот у нас столичная больничка. “Модернизацию” резко добивали к началу 2013 года. В итоге компьютеры подключать не стали, просто провели провода и поставили все на стол. Большая часть убрала их в угол — кому не надо, у кого есть предыдущие. Дело в том, что программы там стоят настолько убогие, что пользоваться этим нормально невозможно. Интернет у нас — показатель статуса, положен только начальству... Так или иначе, врачи доступа к Интернету не имеют. Карты ведутся вручную, журналы тоже. Статистика собирается, ясное дело, точно так же или просто с потолка...» (врач поликлиники, муж., 2013).*

Симуляция деятельности может становиться источником рисков, подрывающих основы организационного и институционального функционирования, рисков для здоровья пациентов, что описывается врачами как проблема, обусловленная влиянием политических и административных сил.

*«У нас тоже новые нормы ввели, учитывая, что средний возраст пациентов 60–90, 12 мин. очень актуально — пока разденутся, выписки достанут, вспомнят, что принимают... уже можно и за порог! Такое сокращение времени скажется в первую очередь на качестве лечения и пофизизме врача, а мы каждый день госпитализируем с инфарктами, фибрилляциями, аритмией... что ж, раз требуют — надо следовать стандартам — работать быстро и абы как! Таблетку анальгина в рот — и за порог, времени нет на госпитализацию!!! Еще полкоридора народа сидят...» (врач приемного покоя, жен., 2015).*

Субъекты, адаптирующиеся посредством активной трансформации среды, прибегают к использованию второго типа тактик (конфликтных), основанных на применении «слабым» оружия «сильного» (Серто 2013: 95), индивидуальном или коллективном сопротивлении порядку, формально обоснованном, позволяющем избежать возможных санкций и не подлежащем стратегическому давлению. Так, способом сопротивления административному давлению становится доскональное следование норме, что позволяет субъекту указать на ее дефекты, оказать встречное давление на администрацию и использовать ситуацию для защиты собственных интересов в организационном пространстве.

*«Единственный способ борьбы с идиотизмом — это доскональное следование ему. Меня наше начальство тоже пыталось изводить расказами про нормы приема (8 минут на человека). Любые попытки вызывания к разуму начмеда или главного врача не имели никакого результата. Однажды в нашей больничке лечился человек из аппарата главы нашей области. Начальство перед этим аппаратчиком скакало на цирклах по полной программе. И надо же так случиться, но заболело у мужика в левой половине груди. Сняли ЭКГ, а там инфарктоподобная кривая. К сожалению, единственный врач в нашей больничке, который может лечить, а не только соблюдать стандарты, это я. Начальство поволокло меня к аппаратчику. Я начал оказывать помощь, а на 9-й минуте положил ручку и пошел к своим пациентам, сказав: “Соблюдаю распоряжение — 8 минут на больного”. Все. Уже 5 лет никто про нормы приема не вспоминает» (кардиолог, муж., 2015).*

Коллективной тактикой сопротивления становятся протесты в форме «итальянской забастовки» и согласованные с властями митинги. Так, пользователи медпортала обсуждали протесты, проведенные представителями профессионального сообщества в Ижевске (2012 г., 573 комментария), Уфале (Челябинская область, 2012 г., 475 комментария), Смоленске (2012 г., 158 комментариев), Москве (2015 г., 60 комментариев). Активность обсуждения этих событий, как и пореформенных изменений в целом (см. табл. 2), максимально выражена в 2012 г. и идет на спад к 2016 г. Проведенные забастовки были вызваны недовольством массовыми сокращениями, увеличением нагрузки на врачей, сокращением времени приема пациентов, отсутствием нормативов структуры рабочего дня, норм времени приема пациентов и времени вызова на дом, адекватных численности населения на участке. Это, по словам бастующих, приводит к хронической усталости, синдрому профессионального выгорания медиков. Подобная «потогонная» система приема пациентов в совокупности с необходимостью заполнения отчетной документации, по мнению врачей, создает объективные условия для роста риска врачебной ошибки.

### **Заключение**

Субполитическая система (Бек 2000), к которой, несомненно, относится и система государственного управления здравоохранением, является производителем стратегий, направленных на утверждение собственного политического пространства и выработку специфических норм его функционирования, усиление и формализацию контроля над исполнителями.

В организации исполнителями норм являются представители администрации ЛПУ, которые вынуждены прибегать к определенным тактическим уловкам, позволяющим не только выполнить требования государственной власти и обеспечить собственное место в системе, но и извлечь символическую или экономическую выгоду. Однако они обладают и возможностями для реализации стратегий и применения экономических или административных инструментов, например установления зависимости заработной платы лечащего врача от количества пролеченных пациентов и/или качества ведения документооборота, сопровождающего процесс оказания помощи. Таким образом, администрации ЛПУ оказываются в особом положении, которое определено, с одной стороны, необходимостью доминирования и построения стратегий взаимодействия с работниками, а с другой — необходимостью тактического маневрирования и поиска возможных способов выполнения нормативных требований. Обладание административной властью и способность к стратегическим и тактическим действиям позволяют оказывать влияние на способы интерпретации (Луман 2001) и внедрения нормы, что позволяет в процессе управления компенсировать или усиливать стратегическое давление, оказываемое обладателями политической власти. Это, в свою очередь, предопределяет состояние организационной среды.

В сложившихся условиях адаптивные действия представителей профессионального сообщества могут заключаться как в изменении собственных поведенческих тактик, так и в преобразовании среды.

В первом случае конформизм, проявляемый врачами в отношении внедряемой нормы, может вынуждать их выбирать тактики действия «в обход», позволяющие формально соответствовать предъявляемым требованиям и при этом экономить собственные физические и психологические ресурсы, что может приводить к возникновению рисков здоровью пациентов. В случае добросовестного выполнения обязанностей в условиях повышенных нагрузок могут возникать риски врачебной ошибки и профессионального выгорания.

Во втором случае способом преобразования адаптивной ситуации со стороны врачебного сообщества становится использование конфликтных тактик. Так, наиболее мощное тактическое оружие — это протест, в ходе которого предъявляются претензии к существующему порядку и оказывается открытое сопротивление свершившимся или запланированным изменениям. В ряде случаев сотрудникам ЛПУ индивидуально или коллективно удается добиться изменений условий труда и повысить свои шансы адаптироваться к ним, однако в ходе проведения протестов могут

возникать риски здоровью пациентов, связанные с неоказанием медицинской помощи в необходимом объеме.

В случае, когда адаптация невозможна, профессионалы прибегают к «тактике проигравшего», не предполагающей дальнейшего взаимодействия с организацией, — меняют место работы или сферу деятельности, что может приводить к обострению кадровых проблем медицинских организаций.

В целом результаты проведенного исследования позволяют предположить, что выработка норм на высших уровнях власти и их реализация в региональных ЛПУ сопровождается конфликтом интересов, напряженностью в организационной среде, ухудшением условий труда медицинского персонала. Приходится отметить, что в ходе проведения модернизации здравоохранения и оптимизации российских ЛПУ усугубились проблемы, обусловленные разнонаправленностью интересов и ожиданий (Чилипенко 2013: 213–222) основных взаимодействующих субъектов — государства, администрации ЛПУ и врача, что вынуждает «ведомых» субъектов прибегать к выгодным им тактикам и создает условия для возникновения институциональных и организационных рисков для функционирования системы здравоохранения и здоровья населения.

### Литература

Бек У. (2000) *Общество риска: на пути к другому модерну*. М: Прогресс-Традиция.

Бодрийяр Ж. (2013) *Симулякры и симуляция*. Тула: Тульский полиграфист.

Борисов В.А. (2001) Социальное партнерство в России: специфика или подмена понятий. *Социологические исследования*, 5: 56–66.

Гоффман И. (2000) *Представление себя другим в повседневной жизни*. М.: Канон-Пресс.

Заславская Т.И. (1999) *Социальная траектория реформируемой России: исследования Новосибирской экономико-социологической школы*. Новосибирск: Наука.

Зулин Я.В., Борцов В.А. (2013) Организация амбулаторно-поликлинической помощи в Европе. *Медицинские новости*, 7(226): 77–80 [<https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-ambulatorno-poliklinicheskoy-pomoschi-v-evrope>] (дата обращения: 01.02.2019).

Караева О.С. (2016) Реформа здравоохранения в оценках врачей и пациентов. Социологический анализ институциональных изменений 2012–2016 гг. *Вестник общественного мнения*, 3–4(122): 93–108.

Клемент К.М. (2004) Формальные и неформальные правила: каков оптимум? *Становление трудовых отношений в постсоветской России*. Под ред. В.А. Ядова. М.: Академический проект: 135–192.

- Луман Н. (2001) *Власть*. М.: Праксис.
- Семенова А.В., Корсунская М.В. (2010) *Контент-анализ СМИ: проблемы и опыт применения*. М.: Институт социологии РАН.
- Серто М. де (2013) *Изобретение повседневности. Искусство делать*. Пер. с фр. Д. Калугина, Н. Мовниной. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге.
- Полтерович В.М. (1999) Институциональные ловушки и экономические реформы. *Экономика и математические методы*, 35(2): 3–20.
- Тарасенко Е.А., Хорева О.Б. (2016) Экономическое стимулирование для устранения дефицита медицинских кадров в сельских территориях. *Вопросы государственного и муниципального управления*, 4: 117–142.
- Темницкий А.Л. (2005) Предпосылки выращивания институтов партнерства в сфере трудовых отношений: концептуальные модели и эмпирическая проверка. Отв. ред. Е.Г. Ясин. Кн. 2. *Модернизация экономики и выращивание институтов: в 2 кн.* М.: Издательский дом ГУ ВШЭ. [<https://mgimo.ru/files/34059/34059.pdf>] (дата обращения: 23.01.2019).
- Тихонов А.В. и др. (2017) *Россия: реформирование властно-управленческой вертикали в контексте проблем социокультурной модернизации регионов*. М.: ФНИСЦ РАН.
- Тукумцев Б.Г. (2013) Состояние трудовых отношений на предприятиях российской промышленности. Ядов В.А. (отв. ред.) [и др.] *Трудовые отношения: состояние и тенденции развития в России*. Самара: Самарский университет: 7–40.
- Чилипенко Ю.Ю. (2013) Взаимные ожидания основных субъектов рынка труда современной России. Ядов В.А. (отв. ред.) [и др.] *Трудовые отношения: состояние и тенденции развития в России*. Самара: Самарский университет: 213–222.
- Шейман И.М., Шевский В.И. (2014) Почему в России не хватает врачей? *Экономическая политика*, 3: 157–177.
- Шилова Л.С. (2008) Реформы здравоохранения как источник новых рисков для здоровья. Под ред. А.В. Мозговой. *Социологические координаты риска*. М.: ИС РАН: 68–88.
- Щепин В.О. (2013) Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*, 6: 24–28.
- Яницкий О.Н. (2003) Социология риска: ключевые идеи. *Мир России*, 3: 3–35.
- Higgs P., Scambler G. (eds.) (2005) *Modernity, Medicine and Health: Medical Sociology Towards 2000*. London: Taylor and Frances.

#### Источники

- Бизюков П.В. (2016) *Трудовые протесты в России в первой половине 2016 года. Аналитический отчет по результатам мониторинга трудовых протестов ЦСТП*. Москва. [<http://trudprava.ru/expert/analytics/protestanalyt/1712>] (дата обращения: 25.01.2019).

Гаврилов Э. (2015) *Соглашения по оптимизации здравоохранения требуют пересмотра*. Фонд «Здоровье». [[http://fondzdorovie.ru/analitika2/detail\\_analytics.php?ID=1641#ixzz4uR5VGOXP](http://fondzdorovie.ru/analitika2/detail_analytics.php?ID=1641#ixzz4uR5VGOXP)] (дата обращения: 25.01.2019).

Росстат. *Здравоохранение*. [[http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#)] (дата обращения: 20.01.2019).

## HEALTH CARE REFORM IN RUSSIA (2011–2016) IN THE PHYSICIANS' ASSESSMENTS: STRATEGIES, TACTICS, RISKS

*Saniya Boyarkina*

(s.boyarkina@socinst.ru)

The Sociological Institute of the RAS — Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, Saint Petersburg, Russia

**Citation:** Boyarkina S. Problemy reformy rossiyskogo zdravookhraneniya 2011–2016 gg. v otsenkakh predstaviteley vrachebnogo soobshchestva: strategii, taktiki, riski [Health Care Reform in Russia (2011–2016) in the Physicians' Assessments: Strategies, Tactics, Risks]. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 22(3): 39–56 (in Russian). <https://doi.org/10.31119/jssa.2019.22.3.2>

**Abstract.** This article analyses social processes associated with the modernization of health care and the optimization of health care facilities that cause not only manifest but also latent consequences leading to a change in the organizational environment and becoming a source of health risks. The author used a content analysis of the materials at the Internet portal for the health care workers published from 2011 to 2016. The author analyzed the events of the news feed on changes in the regulatory framework in the field of healthcare and working conditions in health facilities, and the comments of health workers containing information on the problems that arise in regional health facilities during the reform. The results of the study show that the consequences of the reform, such as the bureaucratization of medical activities, staff shortages, including those caused by excessive dismissals, and overloads not corresponding to wages, have become most relevant for medical workers. Being a translator and interpreter of norms, the administration of health care facilities has the ability to compensate or enhance these effects, becoming a factor that determines the conditions of the organizational environment and the behavior of medical workers. In general, the results suggest that the development of standards at the highest levels of government and their implementation at regional health care facilities are accompanied by tension in the organizational environment, worsening working conditions of medical personnel, and contribute to the formation of sources of institutionally and organizationally produced risks.



**Keywords:** health care reform, power strategies, formal norms, administrators' and physicians' tactics, risk production.

## References

Baudrillard J. (2013) *Simulyakry i simulyaciya* [Simulacra and Simulation]. Tula: Tul'skij poligrafist Publ. (in Russian).

Bek U. (2000) *Obshchestvo riska: na puti k drugomu modern* [Risk Society: Towards a New Modernity]. Moscow: Progress-Tradiciya Publ. (in Russian).

Borisov V.A. (2001) Social'noe partnerstvo v Rossii: specifika ili podmena ponyatij [Social partnership in Russia: specifics or substitution of concepts]. *Sotsiologicheskiye issledovaniya* [Sociological Research], 5: 56–66 (in Russian).

Certeau M. de (2013) *Izobretenie povsednevnosti. Iskusstvo delat'* [The invention of everyday life. The art of doing] Per. s fr. D. Kalugina, N. Movninoj. St. Petersburg: Evropejskii universitet v Sankt-Peterburge Publ. (in Russian).

Chilipenok Yu.Yu. (2013) Vzaimnye ozhidaniya osnovnyh sub»ektov rynka truda sovremennoj Rossii [Mutual expectations of the main subjects of the labor market of modern Russia]. In: Yadov V.A. (ed.) *Trudovye otnosheniya: sostoyanie i tendencii razvitiya v Rossii* [Labor relations: state and development trends in Russia]. Samara: Samar'skij universitet Publ.: 213–222 (in Russian).

Goffman I. (2000) *Predstavlenie sebya drugim v povsednevnoj zhizni* [The Presentation of Self in Everyday Life]. Moscow: Kanon-Press Publ. (in Russian).

Higgs P., Scambler G. (eds.) (2005) *Modernity, Medicine and Health: Medical Sociology towards 2000*. London: Taylor and Frances.

Karaeva O.S. (2016) Reforma zdravoohraneniya v ocenkah vrachej i pacientov. Sociologicheskij analiz institucional'nyh izmenenij 2012–2016 gg. [Health care reform in the assessments of doctors and patients. Sociological analysis of institutional changes in 2012–2016]. *Vestnik obshchestvennogo mneniya* [Bulletin of public opinion], 3–4 (122): 93–108 (in Russian).

Klement K.M. (2004) Formal'nye i neformal'nye pravila: kakov optimum? [Formal and informal rules: what is the optimum?]. In: *Stanovlenie trudovyh otnoshenij v post-sovetskoj Rossii* [Formation of labor relations in post-Soviet Russia]. Ed. by V.A. Yadov. Moscow: Akademicheskij proekt Publ.: 135–192 (in Russian).

Luhmann N. (2001) *Vlast'* [Trust and Power]. Moscow: Praxis Publ. (in Russian).

Polterovich V.M. (1999) Institucional'nye lovushki i ehkonomicheskie reform [Institutional traps and economic reforms]. *Ekonomika i matematicheskie metody* [Economics and mathematical methods], 35(2): 3–20 (in Russian).

Semenova A.V., Korsunskaya M.V. (2010) *Kontent-analiz SMI: problemy i opyt primeneniya* [Media content analysis: problems and application experience]. Moscow: Institut sociologii RAN Publ. (in Russian).

Sheyman I.M., Shevskiy V.I. (2014) Pochemu v Rossii ne khvataet vrachej? [Why are there not enough doctors in Russia?] *Ekonomicheskaya politika* [Economic policy], 3: 157–177 (in Russian).

Shilova L.S. (2008) Reformy zdravoohraneniya kak istochnik novyh riskov dlya zdorov'ya [Health reforms as a source of new health risks]. Ed. by A.V. Mozgovaya.

*Sociologicheskie koordinaty riska* [Sociological coordinates of risk]. Moscow: IS RAN Publ.: 68–88 (in Russian).

Shchepin V. O. (2013) Obespechennost' naseleniya Rossijskoj Federacii osnovnym kadrovym resursom gosudarstvennoj sistemy zdravoohraneniya [Provision of the population of the Russian Federation with the main human resource of the state health care system]. *Problemy socialnoj gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* [Problems of social hygiene, health care and history of medicine], 6: 24–28 (in Russian).

Tarasenko E.A., Horeva O.B. (2016) Ekonomicheskoe stimulirovanie dlya ustraneniya deficita medicinskih kadrov v sel'skih territoriyah [Economic incentives to eliminate the shortage of medical personnel in rural areas]. *Voprosy gosudarstvennogo i municipal'nogo upravleniya* [Issues of state and municipal administration], 4: 117–142 (in Russian).

Temnitskiy A.L. (2005) Predposylki vyrashchivaniya institutov partnerstva v sfere trudovyh otnoshenij: konceptual'nye modeli i ehmpiricheskaya proverka [Prerequisites for the development of partnership institutions in the field of labor relations: conceptual models and empirical testing]. In: Yasin E.G. (ed.). Book. 2. *Modernizaciya ekonomiki i vyrashchivanie institutov v 2-h knigah* [Modernizing the economy and growing institutions in 2 books]. Moscow: GU VSHEH Publ. [<https://mgimo.ru/files/34059/34059.pdf>] (accessed: 23.01.2019) (in Russian).

Tikhonov A.V. et al. (2017) *Rossiya: reformirovanie vlastno-upravlencheskoj vertikali v kontekste problem sociokul'turnoj modernizacii regionov* [Russia: reforming the power-management vertical in the context of socio-cultural modernization of regions]. Moscow: FNISC RAN Publ. (in Russian).

Tukumtsev B.G. (2013) Sostoyanie trudovyh otnoshenij na predpriyatiyah rossijskoj promyshlennosti [State of labor relations at the enterprises of the Russian industry]. In: Yadov V.A. (ed.) *Trudovye otnosheniya: sostoyanie i tendencii razvitiya v Rossii* [Labor relations: state and development trends in Russia]. Samara: Samarskij universitet Publ.: 7–40 (in Russian).

Yanitskiy O.N. (2003) Sociologiya riska: klyuchevye idei [Sociology of risk: key ideas]. *Mir Rossii* [Universe of Russia], 3: 3–35 (in Russian).

Zaslavskaya T.I. (1999) *Social'naya traektoriya reformiruemoj Rossii: issledovaniya Novosibirskoj ehkonomiko-sociologicheskoy shkoly* [The social trajectory of a reformed Russia: studies of the Novosibirsk school of Economics and sociology]. Novosibirsk: Nauka Publ. (in Russian).

Zulin YA.V., Bortsov V.A. (2013) Organizaciya ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi v Evrope [Organization of outpatient care in Europe]. *Medicinskie novosti* [Medical news], 7(226): 77–80 [<https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-ambulatorno-poliklinicheskoy-pomoshchi-v-evrope>] (accessed: 01.02.2019) (in Russian).