

**ДЕБЮТНЫЕ РАБОТЫ**

Д. И. Присяжнюк

**Влияние национального проекта «Здоровье» на статус медицинских работников (на материалах кейс-стади поликлиник крупного российского города)**

**ПРИСЯЖНЮК Дарья Игоревна** — студентка кафедры социальной антропологии и работы Саратовского государственного технического университета (Саратов, Россия).

Email: [darya\\_p@mail.ru](mailto:darya_p@mail.ru)

*В статье рассматриваются проблемы, связанные с трансформацией статусных характеристик медицинского персонала поликлиник в условиях реализации национального проекта «Здоровье». В исследовании делается акцент на выявлении формальных и неформальных стратегий со стороны различных групп медицинских работников для закрепления своих статусных позиций. На основе данных кейс-стади, включающих серию интервью и наблюдений в двух поликлиниках г. Саратова, а также анализа нормативных документов и материалов СМИ производится детальный анализ видоизменений экономических практик медицинского персонала в ситуации трансформации системы здравоохранения.*

**Ключевые слова:** национальный проект «Здоровье»; медицинские работники; профессиональный статус; трансформация системы здравоохранения; привилегированные/непривилегированные группы медицинского персонала; неформальные тактики; престиж профессии; теньевые экономические обмены.

Трансформация системы здравоохранения и реализация национального проекта «Здоровье»<sup>1</sup> должны были привести к позитивному изменению статуса медицинской профессии, что стало бы индикатором успешности государственной политики. Формально реформы в здравоохранении направлены на повышение престижа профессии врача и обуславливают рост статусных позиций медицинского персонала. На практике же национальный проект «Здоровье» привёл к противоречивым изменениям в отношении статусных характеристик медицинских работников, что стимулирует их к поиску стратегий повышения своего статуса. В данной работе мы сосредоточимся на анализе положения медицинского персонала в поликлинике; неравенстве позиций разных групп врачей; определим, каким образом это сказывается на макроуровне в системе здравоохранения. Национальный проект «Здоровье» здесь выступает контекстом, в рамках которого происходят трансформации в поликлинике.

<sup>1</sup> Национальный проект «Здоровье» стартовал 1 января 2006 г. Его основная цель сопряжена с увеличением качества и доступности медицинской помощи для пациентов, укреплением первичного медицинского звена, а также созданием условий для дальнейших модернизаций в системе здравоохранения. Реформы были обусловлены ухудшением здоровья населения страны и падением престижа профессии врача.

Основное допущение заключается в том, что не все врачи оказались в одинаковом положении, поэтому и тактики, к которым прибегает медицинский персонал поликлиники, имеют свою специфику и вариативность. Мы остановимся на анализе практик врача поликлиники, приводящих к повышению статуса в условиях национальных реформ. В данной работе предполагается осуществить типологизацию специализаций врача по уровню престижа и дохода и определить формальные и неформальные стратегии со стороны медицинского персонала для закрепления своих статусных позиций, их видоизменение в условиях реализации национального проекта «Здоровье».

Исследование проведено в стратегии кейс-стади и включает серию наблюдений и интервью с медицинским персоналом и администрацией в двух поликлиниках г. Саратова. Для контекстуализации проблемы был проведён анализ нормативных документов, материалов СМИ и интернет-источников. Сочетание макро- и микроконтекста даёт возможность определить специфическое и типичное, выяснить, каким образом основные трансформации в системе здравоохранения повлияли на организационную культуру в поликлинике и стратегии врача, направленные на повышение своего статуса.

Статус современного врача имеет большое значение при оценке последствий реформ в системе здравоохранения. Решение таких проблем в медицине, как отток квалифицированных кадров из поликлиник, нехватка молодых специалистов, невозможно при отсутствии у медицинского персонала достаточно высокого статуса. В данном случае мы исходим из неовеберинской трактовки профессионализма, в рамках которой под статусом понимается совокупность таких позиций, как доход, власть, престиж [Мансуров, Юрченко 2005: 66]. Речь идет о статусе профессии, о том месте, которое занимают врачи среди других профессиональных групп. Под материальным статусом мы понимаем положения индивидов в стратифицированных системах в соответствии со своими доходами.

Наиболее очевидно реформы в системе здравоохранения оказали влияние на доход врача, но при более глубоком анализе проблемы вскрывается взаимосвязь изменений дохода медицинского персонала и трансформации престижа и медицинской власти. Особое внимание материальному положению врача как одной из составляющей его статуса уделяется потому, что это один из важнейших факторов трудовой мотивации медицинского персонала [Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность 2008: 70]. В нашем случае индикаторами престижа профессии выступает приток в отрасль квалифицированных кадров и молодых специалистов, тогда как обратные процессы могут свидетельствовать о ситуации стагнации и кризиса. Понятия «престиж профессии» и «доход» взаимосвязаны, поскольку увеличение легального дохода может сказаться на более полной укомплектованности кадрами в поликлинике. Однако это не определяет ситуацию полностью: хотя доход, безусловно, и занимает центральное место в трудовой мотивации современного врача, но нельзя не учитывать влияние других факторов, к примеру, профессиональный интерес и альтруизм [Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность 2008: 128].

Под властью врача подразумевается возможность осуществления контроля и принуждения, основанного на экспертном знании. Медицинский персонал совершает контроль над пациентами, поскольку владеет информацией не только о диагнозе, но и о социальном положении, месте проживания, составе семьи. Медики символически отстраняются от пациента при помощи специальной одежды, а пациент, наоборот, стигматизируется — ему присваивается статус больного. Врач сам выбирает, когда и какого пациента принять, какую часть информации о диагнозе раскрыть. В процессе реализации национального проекта «Здоровье» появляется новый вид контроля, сопряжённый с диспансеризацией. Граждане в возрасте 35–55 лет редко посещают поликлинику, обычно эта группа людей максимально неподконтрольна, а теперь она попала в сферу влияния медицинской власти.

## Сегрегация медицинских специализаций по уровню дохода и престижа

Устройство системы государственного здравоохранения в России предполагает разделение медицинских работников на врачей-специалистов и терапевтов. Терапевты — это врачи, оказывающие медицинскую помощь во всех направлениях. Они первыми принимают пациентов, на основе исследований определяют, к какому специалисту их направить. Терапевт выполняет общую направляющую функцию в тех случаях, когда пациент проходит лечение сразу у нескольких специалистов, что снижает риск приема несовместимых препаратов и улучшает эффективность лечения. Таким образом, терапевт выступает своего рода диспетчером, что в значительной степени облегчает работу врача-специалиста, к которому приходит пациент с уже предполагаемым диагнозом. Для пациентов это связано со значительной экономией времени в ситуации, когда они не знают, к какому врачу обратиться со своими симптомами. Специалисты же занимаются постановкой точного диагноза, включаются в работу, когда квалификации терапевта недостаточно для лечения заболевания, занимаются конкретным лечением и диагностикой. Подобное разделение труда в поликлиниках обуславливает, с одной стороны, более качественное лечение, поскольку с историей болезни знакомы сразу несколько специалистов, что сокращает возможность врачебной ошибки, с другой стороны, сопряжено с необходимостью интеграции разных групп медицинского персонала для эффективной работы.

Основные трансформации внутри системы здравоохранения с 2006 г. связаны с реализацией национального проекта «Здоровье», предполагающей повышение доступности и качества медицинского обслуживания. В рамках реформы выделяются три основных направления: повышение приоритетности первичной медико-санитарной помощи; усиление профилактической направленности здравоохранения; расширение доступности высокотехнологичной медицинской помощи [Официальный сайт Министерства здравоохранения... <http://www.minzdravsoc.ru/>]. Эффект от модернизации в системе здравоохранения оказался неоднозначным. Авторы, занимающиеся исследованиями последствий национальных реформ, отмечают, что «работники бюджетных учреждений стали одними из наименее обеспеченных» [Бочаров, Васькина 2008: 339] граждан в современной российской действительности. Реализация национального проекта должна была повысить экономический капитал данных работников, но в результате внутри этих групп создается расслоение по уровню материальной обеспеченности.

С одной стороны, врачи общей практики (терапевты) ощутили на себе двойную прибавку к зарплате, но она осуществляется исключительно за «дополнительную работу» [Об утверждении методологических рекомендаций... 2005]: профилактические осмотры, паспортизация участников, дополнительные дежурства. Результатом реализации национального проекта «Здоровье» стали переработки врачей поликлиники, выражающиеся в работе с бумагами [Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность 2008: 79]. С введением с 1 января 2006 г. Федерального закона № 94 «О размещении заказов на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» увеличивается нагрузка на врача, которому необходимо следовать реализации национального проекта и выполнению госзаказа [Мухарямова, Кузнецова-Моренко, Петрова, Салахатдинова 2008: 494], что приводит к неформальной практике приписок. Несмотря на прибавку с 2001 г., уровень средней заработной платы работников здравоохранения все ещё ниже прожиточного минимума, составляет 2/3 от его величины [Бочаров, Васькина 2008: 343]. В соответствии с исследованием, посвящённым проблемам современного здравоохранения в России, лишь небольшая часть врачей (15 %) считают оплату их труда справедливой, тогда как большинство респондентов дают твёрдые отрицательные оценки [Российское здравоохранение: мотивация врачей... 2008: 84]. Согласно исследованию промежуточных итогов реализации национального проекта «Здоровье» в Саратовской области увеличение зарплаты медицинского персонала отметили лишь 26 % респондентов; кроме того, 44 % опрошенных считают, что их зарплата отражает лишь количество принятых пациентов, а не качество

предоставляемых услуг [Мнение пациентов и медиков... 2007]. Такие итоги опроса противоречат основным целям модернизации системы здравоохранения. Тем не менее, со слов администрации поликлиники, в среднем по области с 2006 г. укомплектованность терапевтами выросла с 60 % до 80–85 %.

С другой стороны, в поликлинику вернулись специалисты пенсионного возраста, тогда как молодые специалисты выбирают альтернативные и более доходные места работы: так, за первый год апробации реформ из 20 тысяч выпускников медицинских вузов лишь 11 тысяч трудоустроились по специальности [Принудительного распределения студентов-медиков не будет...], что подтверждает наше предположение об отсутствии престижа и адекватной оплаты труда профессии врача. Всеобщая диспансеризация работающего населения должна была повысить зарплату узким специалистам [Официальный сайт Министерства здравоохранения... <http://www.minzdravsoc.ru/>], чего на практике не произошло. Врачи расценивают это мероприятие лишь как дополнительный непостоянный заработок, который недостаточно сильно сказывается на их доходах. К примеру, в Саратовской области средняя зарплата врача-специалиста остановилась на отметке 6000 рублей, терапевта — 16 тысяч рублей [Онлайн конференция губернатора Саратовской области...]. В Самарской области на 2006 г. средний размер заработной платы врача, получившего надбавку, составлял 12 419 рублей, тогда как у остальных врачей — 7681 рубль [Бочаров, Васькина 2008: 345]. Таким образом, подобная проблема характерна для России в целом, что на макроуровне приводит к оттоку узких специалистов из поликлиник [В ряде поликлиник...], нехватке медицинского персонала и, как следствие, к увеличению очередей.

В достаточно проигрышном положении оказался средний медицинский персонал. В ситуации реформ лишь медсестры терапевтов получили прибавку к зарплате (5000 рублей). На практике это затронуло только 4 % всего среднего медицинского персонала [Нацпроект «Здоровье» в Коми...], что не позволяет говорить о медсестрах как об экономически состоятельных акторах. Таким образом, произошла сегрегация специализаций внутри медицинской профессии по уровню дохода и престижа. Правоммерно было бы предположить, что терапевты оказались в более выигрышном положении по отношению к распределению экономического капитала поликлиники, а узкие специалисты и средний медицинский персонал ощутили на себе падение престижа профессии в условиях отсутствия адекватного материального вознаграждения за свой труд. Но при более детальном анализе проблемы вскрывается несостоятельность и данной позиции, поскольку врачам-специалистам доступны больше альтернативных экономических стратегий и возможностей работы по совместительству. Кроме того, врачи-специалисты чаще имеют дело с тяжёлыми заболеваниями, пациентами с хроническими болезнями, которые наиболее заинтересованы в более качественном лечении; узкие специалисты сотрудничают с диагностическими центрами и больницами и могут решать, какого пациента стоит в первую очередь направить на операцию и диагностику. Терапевты же из-за сильной нагрузки не могут совмещать свою основную работу с другой: «У меня просто физически на это время не остаётся» (терапевт, жен., 43 г., поликлиника Б). Они также реже получают неформальные платежи [Шишкин 2003: 116]. В целом данная позиция имеет ряд допущений, что обуславливает необходимость создания более полной типизации престижности групп врачей поликлиники.

В. Ю. Бочаров и Ю. В. Васькина проводили классификацию трёх групп медицинских специалистов по уровню зарплаты. В первую группу они выделили наиболее доходные группы врачей: терапевты, педиатры, врачи общей практики. Следующая группа представлена врачами узких специальностей и средним медицинским персоналом, работающим вместе с врачами первой группы. В третью группу по уровню зарплаты вошёл средний медицинский персонал [Бочаров, Васькина 2008: 345–346]. Для нас данная типологизация является недостаточной, поскольку мы исходим из подсчёта не только формального дохода врача, но и неформальных экономических стратегий, позиций власти и престижа специализации. В данном случае внимание концентрируется на власти врача в контексте той или иной позиции, которую он занимает в должностной иерархии поликлиники. Престиж специализации врача

сопряжён, с одной стороны, с объективными факторами, такими как более высокая степень укомплектованности поликлиники медицинским персоналом именно этой специализации, наличие или отсутствие дополнительных символических или материальных бонусов от занимаемого положения. С другой стороны, необходимо учитывать и субъективные представления медицинского персонала о степени престижности своей специализации.

Наиболее привилегированная группа врачей представлена администрацией поликлиники, обладающей высоким уровнем власти, дохода и престижа, в неё также входит часть узких специалистов, оказавшихся востребованными на рынке платных медицинских услуг. Терапевты, врачи общей практики, специалисты стационара, несмотря на президентскую надбавку к зарплате, в том, что касается престижа, власти и дохода, находятся примерно в одинаковом положении с узкими специалистами. Обе группы медицинского персонала прибегают к схожему широкому спектру неформальных практик. Непривилегированная группа медицинского персонала поликлиники представлена медсестрами, которые находятся в подчинённом положении по отношению к врачу, не являются обладателями высокого социального положения в структуре поликлиники и не получили значительной прибавки к зарплате в условиях реализации национального проекта «Здоровье».

## Описание процедуры исследования

Исследование проводилось в стратегии кейс-стади, включающей наблюдение в двух поликлиниках и 11 интервью (шесть — в поликлинике А; пять — в поликлинике Б) с терапевтами, специалистами, медицинскими сёстрами и администрацией. Наблюдение проводилось по следующей схеме: я приходила в поликлинику, занимала очередь и заводила разговор, к примеру о феномене взятки. И тогда у меня появлялись собеседники, которые делились своим опытом. При помощи такой стратегии я рассчитывала повысить валидность исследования, поскольку пациенты чувствовали меня «своей» и могли говорить без опаски, приводя примеры из личного опыта. Кроме того, я проводила наблюдение в кабинете врача во время приёма. Таким образом, у меня возникала возможность посмотреть на ситуацию под разными углами зрения. Эмпирические данные были собраны в течение декабря 2008 г.

Выбранные поликлиники являются государственными муниципальными учреждениями, оказывающими достаточно широкий спектр медицинских услуг. *Поликлиника А* находится в центральном районе города и оказывает помощь всем категориям граждан, достигшим 18 лет. Поликлиника функционирует более 30 лет. *Поликлиника Б* располагается на окраине Саратова, и большинство её пациентов являются пенсионерами и студентами, то есть наиболее социально незащищёнными гражданами, по большей части не обладающими достаточным доходом и, соответственно, исключёнными из сферы платной медицинской помощи. Поликлиника была создана в 2002 г.

## Привилегированные и непривилегированные группы медицинского персонала: доход, власть, престиж

В поликлиниках существует привилегированная группа, состоящая из администрации поликлиники и некоторых приближённых врачей. На примере двух поликлиник было отмечено, что группа формируется не на основе специализации медицинского персонала. Условием включения акторов в сообщество служат родственные и дружеские отношения. Данная группа занимает высокое статусное положение, поскольку именно внутри неё распределяются основные формальные экономические ресурсы: «*Они там между своими и делят все премии*» (врач-эндокринолог, жен., 68 лет, поликлиника А). Также члены группы получают ряд дополнительных бонусов, например, имеют возможность нарушения официальных предписаний: «*В любое время уходит, в любое время приходит. А что ей? Ей, в случае чего, и*

*главврач ничего не сделает: они все вместе чай пьют»* (врач-эндокринолог, жен., 68 лет, поликлиника А). Целостность системы поддерживается ритуалами, которые включают обряды инициации для вступления нового члена в сообщество: *«Надо вместе с Н. чай пить»* (врач-эндокринолог, жен., 68 лет, поликлиника А), а также практики взаимопомощи: *«Это они там могут друг другу помогать, на ошибки глаза закрывать, а с нас по полной всё спрашивают»* (врач-кардиолог, 65 лет, поликлиника Б). Количество членов привилегированной группы ограничено и, по словам ключевых информантов, составляет шесть—восемь человек, попасть в число которых весьма непросто. Длительный опыт работы в поликлинике приносит возможность получения врачом ряда бонусов, но они не связаны с материальным вознаграждением и вступлением в привилегированную группу специалистов. Стабильность союза связана с постоянно повторяющимися ритуалами, а также с особым условием формирования сообщества на основе семейных и дружеских отношений [Рэдклифф-Браун 2001: 130]. Данный факт ограничивает доступ ряда специалистов в клику и исключает их из процесса распределения дополнительных экономических ресурсов, таких как премиальные деньги и средства от оказания платных медицинских услуг. Властный капитал описываемой группы наиболее велик из-за высокого социального положения её членов в организации.

Незначительная часть узких специалистов — урологи, гинекологи и хирурги — занимает высокое положение в выделенной типологии, причиной чему является возникновение достаточно широкого спектра экономических практик. С одной стороны, это связано с реализацией национального проекта «Здоровье» и оснащением поликлиник высокотехнологическим оборудованием, обследование на котором формально бесплатно. В реальности же пациенту предлагается перечень «дополнительных услуг» для более точной постановки диагноза, а также возможность пройти диагностику вне очереди за отдельную плату врачу. Основная масса пациентов, которая обследуется на оборудовании, это граждане после или до операции, беременные женщины, которым особенно тяжело ожидание в очереди и приходится соглашаться на условия врача. Кроме того, в ряде случаев пациенты хотят получить более точный диагноз в связи с серьёзностью заболевания или в ситуации беременности: *«Когда беременная ходила, конечно, хочется, чтобы все было по высшему разряду»* (пациент, жен., 28 лет, поликлиника Б). Таким образом, врач продолжает выступать агентом власти [Фуко 1998: 54], а пациент находится в подчинённом положении, ему приходится соглашаться на условия медицинского персонала.

С другой стороны, нередко основным источником дохода внутри второй группы медицинского персонала является работа в негосударственных медицинских учреждениях: *«Это мой основной источник доходов. В поликлинике, сами знаете, ничего не зарабатываешь, поэтому приходится как-то вертеться»* (врач-уролог, муж., 45 лет, поликлиника Б). Но это характерно только для наиболее востребованных в секторе частной медицины специализаций — уролог, гинеколог. Таким образом, существуют некие фильтры, не допускающие медицинский персонал в сферу платных медицинских услуг. В первую очередь они сопряжены со специализацией врача: *«Ко мне некоторые больные перешли в Н. (название частной медицинской клиники), но мало, конечно, но у нас просто разные больные. У меня 90 процентов бабушки и дедушки от 65 и выше, денег ни у кого нет»* (врач-эндокринолог, жен., 68 лет, поликлиника А). Так, например, эндокринолог в рамках своей деятельности обслуживает в основном граждан пенсионного возраста, которые в условиях плохого материального положения, не могут позволить себе платные медицинские услуги, поэтому негосударственный сектор медицинских услуг не заинтересован в большом штате данных специалистов. Кроме того, врачу с возрастом становится всё сложнее устроиться на работу в частную клинику: *«Но это как везде: если ты до 40 лет, то устроиться ещё можно. А вот дальше уже могут начаться проблемы»* (врач-уролог, муж., 45 лет, поликлиника Б). В целом подобная ситуация характерна не только для сектора платной медицинской помощи, но и для трудоустройства на другие места работы<sup>2</sup>, поскольку руководители учреждений заинтересованы в длительном сотрудничестве со специалистом.

<sup>2</sup> Трудоустройство и профобучение: состояние и перспективы. Официальный сервер Правительства Москвы. [www.mos.ru](http://www.mos.ru) [Обращение к ресурсу от 10.01.2009].

Средний медицинский персонал занимает наиболее проигрышную позицию в отношении власти, дохода и престижа профессии. Незначительно повысив свой доход и находясь в подчинённом положении по отношению к врачу, эти люди вынуждены искать альтернативные медицинским учреждения для работы. Так, в соответствии с наблюдениями в поликлинике, медсёстры идут работать нянями, офисными сотрудниками в фирме по установке пластиковых окон. В ряде случаев данная группа медицинского персонала переходит в стационар, но эта практика является достаточно редкой, что связано с более интенсивной работой там. Подобная ситуация на макроуровне обуславливает значительный отток среднего медицинского персонала из поликлиник<sup>3</sup>, а это, в свою очередь, приводит к повышению нагрузки на врача и уменьшает его шансы в сфере дополнительной занятости.

### От официальных стратегий до неформальных практик: тактики укрепления позиций терапевтов и врачей-специалистов

Поликлинику можно рассматривать как «формально рациональную систему, где люди вынуждены искать самые рациональные способы для достижения цели» [Ритцер 2002: 46]. Это особенно ярко проявляется в условиях реализации национального проекта «Здоровье», сопряжённого с усилением нагрузки на врача, что стимулирует появление практик по более рациональному использованию времени, для того чтобы иметь возможность дополнительной занятости. К примеру, во время диспансеризации врач нередко принимает сразу несколько пациентов, а также записывает необходимые сведения под копирку.

Врачи общей практики и часть узких специалистов оказываются исключёнными из наиболее выгодных экономических стратегий, а тактики, к которым им приходится прибегать, достаточно схожи. В ряде случаев такие тактики связаны с официальными стратегиями: если врач перевыполнил план, то он получает премию, надбавку к зарплате, но для достижения этого используются неформальные практики приписок: «*А что делать? Сидим и приписки делаем!*» (терапевт, жен., 40 лет, поликлиника Б). В ситуации большой нагрузки на врача и низкой вероятности дополнительного заработка в частных медицинских клиниках распространёнными среди медицинского персонала являются практики сотрудничества с платными медицинскими центрами и фармакологическими компаниями: «*Есть только вот вариант, добавки пищевые, например, или, например, если я в Ди-центр отправлю пациента: на приём к врачу, там, например гинекологу или, например, анализ сдать, то получаю процент, то есть фактически деньги из ветра делаются. Ты сидишь себе на месте, тебе так и так надо иногда отправлять на анализы, у нас, сами знаете, не все, и как всё делается в поликлинике*» (терапевт, жен., 65 лет, поликлиника Б). Так пациент оказывается пассивным актором, поскольку не может отказаться от подобных советов врача в условиях неукомплектованности поликлиники частью специалистов и нехватки диагностического оборудования.

Реализация национального проекта «Здоровье», а также отсутствие правового регулирования между врачом и пациентом в условиях реформ [Шилова 2008: 357–384] не отменяет практик теневой оплаты медицинской помощи. Данные, полученные в ходе нашего исследования, необходимо проанализировать в контексте тех выводов, к которым пришел С. В. Шишкин в исследовании официальных и неформальных стратегий оплаты медицинской помощи. Автор отмечает, что неформальные платежи достаточно редко встречаются в поликлинике, а из подобных стратегий полностью исключены участковые врачи и терапевты. Повторное исследование, проведенное в 2008 г., свидетельствует о некотором увеличении распространенности практик неформальной оплаты медицинских услуг, однако поликлиника «остаётся тем местом, где традиционно не приняты неформальные платежи» [Российское здравоохранение]

<sup>3</sup> Реализация нацпроекта «Здоровье». 2007. *Российская газета*. 13.11; см. также: [www.roszdavr.ru/266/508/526/527](http://www.roszdavr.ru/266/508/526/527) [Обращение к ресурсу от 10.01.2009].

нение: мотивация врачей и общественная доступность 2008: 238], несмотря на небольшой рост таких платежей врачам-специалистам. В ходе нашего исследования было отмечено присутствие практики теневой оплаты медицинской помощи, хотя эти практики имеют достаточно ограниченные масштабы. Однако, если понимать под неформальными платежами не только неформальные и неофициальные способы оплаты медицинской помощи, но и затраты граждан на приобретение лекарственных препаратов во время лечения в ЛПУ, которые должны по закону предоставляться бесплатно, можно отметить достаточно высокую степень распространения неформальных платежей [Бесплатное здравоохранение: реальности и перспективы 2002: 62]. Подобная практика встречается достаточно регулярно, в особенности в ситуации увеличения поставок медицинских препаратов в рамках реализации национального проекта «Здоровье», когда у врача появляется больше возможности для нелегальной продажи лекарств.

Размышляя над развитием ситуации, С. В. Шишкин изначально предполагал, что при увеличении легальных доходов врачей и медсестёр можно будет ожидать незначительного сужения предмета неформальных платежей, а также «необходимость в них может ослабнуть для значительной части тех медицинских работников, кто их получает мало и эпизодически» [Шишкин 2003: 126–127]. Однако на практике в ситуации реформ и некоторого увеличения доходов группы медицинского персонала неформальные стратегии оплаты врачебной помощи, наоборот, становятся более разнообразными и предполагающими включение всех акторов, в том числе и терапевтов. Такая ситуация возникает благодаря появлению более широкого спектра дополнительных медицинских услуг и связана с отсутствием достаточного информирования пациентов о том, какие из них предоставляются бесплатно, а какие оплачиваются.

Нелегальный вариант экономических практик врача связан с практикой неформальных платежей. Данная стратегия не имеет широкого распространения («Конечно же, не все и не постоянно» (терапевт, жен., 43, поликлиника А)), что связано с неплатёжеспособностью большинства пациентов поликлиники. Такая специфика подтверждается беседами с пациентами в очереди: в основном молодёжь имела опыт подобного рода «благодарности» врачам. С другой стороны, феномен неширокого распространения неформальных платежей объясняется сензитивностью темы: не каждый информант может свободно обсуждать свой опыт социально неодобряемого поведения. Принадлежность исследователя и информанта к одной и той же социальной группе (в нашем случае — молодёжь) нередко выступает позитивным фактором, оказывающим влияние на валидность интервью [Буравой 1997: 159].

Со слов врачей, неформальные платежи основаны на взаимном согласии, а инициатива исходит от пациентов: «Сам больной даёт и всё» (врач-эндокринолог, жен., 68 лет, поликлиника А). Соблюдение данного принципа позволяет избежать широкой огласки такой неформальной стратегии. С другой стороны, подобное положение вещей объясняется интеракционистскими идеями И. Гофмана: врач пытается создать позитивный образ своего Я, который будет адекватно понят остальными, поэтому демонстрирует социально одобряемое поведение [Гофман 2000: 303]. Обычно взятка связана с постановкой несуществующего диагноза или представляет собой плату за срочность: «Некоторые платят, чтобы лучше продиагностировать» (врач-эндокринолог, жен., 68 лет, поликлиника А); «Чтобы больничный продлили» (терапевт, жен., 43, поликлиника А). Эти свидетельства подтверждают предположение об активной позиции пациента при даче взятки. В процессе исследования было выявлено, что к данной стратегии чаще прибегает молодёжь, а частота практики носит сезонный характер: например, периоды сессии, осеннего и весеннего призывов.

Нередко оплата услуг врача производится в товарной форме, в том числе продуктами питания, что говорит о низком уровне доходов медицинских работников. Данная стратегия имеет другую коннотацию и определяется в терминах обмена, когда пациент приносит врачу подарок в надежде получить взамен

качественную медицинскую помощь, более детальный анализ заболевания и точный диагноз, что обуславливает «выравнивание позиций врача и пациента относительно друг друга» [Александрова 2006: 73]. Эта же стратегия позволяет обоим —врачу и пациенту — стать деятельными акторами процесса лечения. Такое поведение свидетельствует о факте «взаимного признания членами общества друг друга, предполагающего закрепление их социальных ролей, разграничение исполняемых ими функций и субординацию предписанных им статусов» [Ашкеров 2001: 71–87]. Наравне с этим, в условиях своего невысокого экономического капитала, пациенты поликлиники могут предлагать медицинскому персоналу разного рода услуги, к примеру, обучение английскому языку внучки врача (Поликлиника А). Врачи прибегают к практикам обмена услугами, заключая таким образом, союз [Рэдклифф-Браун 2001: 119], обращаются друг к другу за помощью, сами предлагают содействие: «У неё просто золотые руки. По идее, у нас не делают обезболивание в коленный сустав, никто просто не умеет, а она делает хорошо, а я ей и советую, идите в такому-то врачу» (терапевт, жен., 43, поликлиника А). Иначе говоря, врачи понимают, что таким образом могут заручиться поддержкой коллег впоследствии.

Принципиально экономические стратегии, к которым прибегает медицинский персонал в условиях реформ, схожи в исследуемых поликлиниках. Медицинские учреждения отличаются по степени открытости неформальных практик: в поликлинике А они подвержены более широкой огласке среди медицинского персонала, а администрация относится к неформальным экономическим стратегиям более лояльно. В поликлинике Б неформальные экономические стратегии вскрывались лишь в процессе доверительной беседы, а также, по большей части, после выключения диктофона. Данный факт может быть объяснён через призму более-менее устойчивых социальных связей не только внутри групп медицинского персонала, но и по отношению к администрации, обусловленных длительностью совместной работы. Поликлиника Б была сформирована не очень давно, в 2000 г., имеет достаточно высокую сменяемость управленческих кадров. Поликлиника А существует более 30 лет и является социально более статичной. Ещё одним объяснением явления, о котором идёт речь, могут служить специфические внутрикорпоративные нормы, присущие той или иной поликлинике. Степень открытости практик и их обсуждение зависит от того коллектива, в котором они воспроизводятся. Так, в конфликтных коллективах и там, где был сформирован высокий уровень доверия между членами, что присуще поликлинике А, неформальные практики отмечаются более отчётливо [Российское здравоохранение: оплата за наличный расчёт 2004: 143].

## Выводы

Современный врач поликлиники, несмотря на реформы в системе здравоохранения, остается экономически несостоятельным, и ему приходится искать экономические тактики, варианты которых благодаря реализации национального проекта «Здоровье» увеличились. С другой стороны, реформы в системе здравоохранения лишь усилили дифференциацию специализаций внутри медицинской профессии по уровню дохода, престижа и власти. Наиболее выигрышное положение занимают врачи, входящие в группу специалистов, приближенных к администрации поликлиники, а также ряд врачей-специалистов, оказавшихся востребованными на рынке оказания платных медицинских услуг. Врачи общей практики получили прибавку к зарплате, но вместе с ней возросла их нагрузка, в связи с чем им стало сложнее использовать альтернативные стратегии повышения экономического капитала. Введение диспансеризации в реальности не привело к увеличению зарплаты узким специалистам, им в большей мере приходится искать тактики повышения своего дохода. Стратегии повышения дохода могут быть официальными, связанными с получением премии, и неофициальными, предполагающими обращение к теневым экономическим обменам. Врачи поликлиники в некоторых ситуациях вступают в союзы друг с другом, чтобы в случае необходимости заручиться поддержкой коллег. Неформальные приёмы медицинского персонала в целях повышения дохода могут быть более полно раскрыты при

сопоставлении их с теми тактиками, к которым прибегают пациенты поликлиники. Именно на стыке этих проблем появляются новые пласты интерпретаций. Кроме того, более длительное наблюдение за экономическими практиками медицинского персонала позволит обнаружить дополнительные неформальные стратегии конвертации символических ресурсов в экономический капитал врачей. Тактики врачей нередко связаны с экономическими затратами пациентов. Данный факт не позволяет говорить о соблюдении главного принципа современной медицины — повышении качества и доступности медицинской помощи. Проблема видоизменяется в ситуации экономического кризиса, когда медицинскому персоналу становится сложнее искать альтернативные места занятости. Это обуславливает приток специалистов в поликлинику, когда врачи пытаются сохранить свои рабочие места даже в ситуации недостаточного финансирования их деятельности. Однако в отсутствии достаточного престижа профессии врача правомерно предположение о временном характере данного феномена. Расслоение в медицинском сообществе способно привести к дальнейшей дезинтеграции медицинского персонала поликлиники, что подрывает функционирование института государственной медицины и, как следствие, затрудняет лечение.

В рамках рекомендаций по совершенствованию реформ в системе здравоохранения можно предложить более гибкий подход к распределению экономических ресурсов в поликлинике. В первую очередь, необходимо преодолеть пропасть в легальных доходах разных групп медицинского персонала, сделать более гибкой и прозрачной заработную плату, которая должна зависеть не только от количества принятых пациентов, но и от качества оказания медицинских услуг. Конечно, в этом случае возникают вопросы. По каким индикаторам и кто должен следить за качеством работы медицинского персонала? Будет ли эта работа дополнительно оплачиваться? Из каких средств? Каким образом исключить фактор личной заинтересованности при оценке деятельности врача? Очевидно, для контроля качества за оказанием медицинской помощи необходимо участие целого ряда специалистов, однако это достаточно трудоемкий процесс, требующий значительных материальных затрат. Несмотря на реформы и прибавку, зарплата медика остается низкой. В связи с этим практически нет притока молодых специалистов в поликлиники. Безотлагательное решение этой проблемы необходимо, но оно невозможно без дополнительного материального стимулирования работы врача. В противном случае поликлиники столкнутся с ростом неукомплектованности специалистами в будущем, что отрицательным образом скажется на качестве и доступности медицинской помощи.

## Литература

- Александрова Е. С. 2006. Принципы ценообразования в медицине: попытка социологического анализа на примере неформальных денежных платежей в государственной стоматологии г. Москвы. *Экономическая социология*. 7 (5): 70–90.
- Ашкеров А. Ю. 2001. Антропология и экономика обмена. *Социологический журнал*. 3: 71–87.
- Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. 2002. Препринт WP1/2002/07/ Авт. коллектив: Т. В. Богатова, Е. Г. Потапчик, В. А. Чернец, А. Е. Чирикова, Л. С. Шилова, С. В. Шишкин (руководитель проекта); Независимый институт социальной политики. М.: ООО «Пробел-2000».
- Бочаров В. Ю., Васькина Ю. В. 2008. Сравнительный анализ уровня жизни медицинских и педагогических работников в ходе реализации национальных проектов. *Журнал исследований социальной политики*. 6 (3): 339–356.
- Буравой М. 1997. Развернутое монографическое исследование: между позитивизмом и постмодернизмом. *Рубеж*. 10–11: 154–176.

В ряде поликлиник Ярославля очередь к узким специалистам занимают в 5 утра. ИА REGNUM. <http://www.regnum.ru/news/969647.html>

Гофман И. 2002. *Представление себя в повседневной жизни*. Пер. с англ. А. Д. Ковалева. М.: Кучково поле.

Мнение пациентов и медиков о результатах реализации национальных проектов и состоянии медицинского обслуживания. Аналитическая справка. Исследование проводилось ЦСПГИ в Саратовской области с 12 декабря 2007 г. по 19 декабря 2007 г. при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Саратовской области. Руководитель — П. В. Романов.

Мухарямова Л. М., Кузнецова-Моренко И. Б., Петрова Р. Г., Салахатдинова Л. Н. 2008. Региональное здравоохранение в условиях реализации национального проекта «Здоровье» и разграничения бюджетных полномочий. *Журнал исследований социальной политики*. 6 (4): 483–505.

Нацпроект «Здоровье» в Коми — в центре внимания. *Время регионов*. [http://www.regtime.ru/owa/rt/rt\\_lenta.html?a\\_id=14966](http://www.regtime.ru/owa/rt/rt_lenta.html?a_id=14966)

Об утверждении методологических рекомендаций по оформлению в 2006 году трудовых отношений между врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сёстрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сёстрами участковых врачей-педиатров участковых, медицинскими сёстрами врачей общей практики и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии — соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации). Приказ Минсоцразвития России № 816 от 30 декабря 2005 г. <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/411>

Онлайн конференция губернатора Саратовской области Павла Ипатова. СаратовБизнесКонсалтинг. <http://online.sarbc.ru/index.php?action=showquestion&id=189>

Официальный сайт Министерства здравоохранения и социального развития РФ [www.mzsr.rf.ru](http://www.mzsr.rf.ru)

Принудительного распределения студентов-медиков не будет. Медицинское обозрение. [www.mosedu.ru/manager/news/news\\_detail.php?ID=28438](http://www.mosedu.ru/manager/news/news_detail.php?ID=28438)

Реализация нацпроекта «Здоровье». 2007. *Российская газета*. 13.11. [www.roszdravrf.ru/266/508/526/527](http://www.roszdravrf.ru/266/508/526/527)

Ритцер Дж. 2002. *Современные социологические теории*. 5-е изд. СПб.: Питер.

Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность. Сборник аналитических докладов. 2008. Шишкин С. В. (ред.). М.: Независимый институт социальной политики.

Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. 2004. Авт. коллектив: С. В. Шишкин (рук.), Г. Е. Бесстремьянная, М. Д. Красильникова, Л. Н. Овчарова, В. А. Чернец, А. Е. Чирикова, Л. С. Шилова. Независимый институт социальной политики. М.: ГУ ВШЭ.

Рэдклифф-Браун А. Р. 2001. *Структура и функции в примитивном обществе. Очерки и лекции*. Пер. с англ. М.: Издательская фирма «Восточная литература» РАН.

Трудоустройство и профобучение: состояние и перспективы. *Официальный сервер Правительства Москвы* [www.mos.ru](http://www.mos.ru)

Фуко М. 1998. *Рождение клиники*. М.: Смысл.

Шилова Л. С. 2008. Оценка пациентами услуг первичной медицинской помощи (в Липецкой и Тюменской областях). *Журнал исследований социальной политики*. 6 (3): 357–385.

Шишкин С. В. 2003. Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи. *Мир России*. XII (3): 104–129.