



н е з а в и с и м ы й и н с т и т у т
СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ

Неформальные платежи за медицинскую помощь в России

Москва, 2002

Авторский коллектив:

*С.В. Шишкин (ответственный редактор), Т.В.Богатова, Е.Г.Потапчик,
В.А.Чернец, А.Е.Чирикова, Л.С.Шилова,*

Неформальные платежи за медицинскую помощь в России/ Авт. коллектив:
С.В. Шишкин (ответственный редактор), Т.В.Богатова, Е.Г.Потапчик, В.А.Чернец,
А.Е.Чирикова, Л.С.Шилова; Независимый институт социальной политики. — М., 2002.

Настоящая публикация осуществлена при поддержке Московского общественного научного фонда и Агентства по международному развитию США.

© **Независимый институт социальной политики, 2002**

Полная или частичная перепечатка данной публикации возможна только с письменного согласия Независимого института социальной политики. При цитировании ссылка на издание обязательна.

Содержание

Об авторах	5
ВВЕДЕНИЕ	6
РАЗДЕЛ 1. ГАРАНТИИ ГОСУДАРСТВА И РАСХОДЫ НАСЕЛЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ	8
1.1. Государственное регулирование экономических условий оказания населению медицинской помощи	8
1.2. Расходы населения на медицинскую помощь (обзор проведенных исследований)	10
РАЗДЕЛ 2. ФОРМЫ ОПЛАТЫ НАСЕЛЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	15
2.1. Метод исследования правил оплаты медицинской помощи	15
2.2. Платные медицинские услуги	16
2.3. Оплата медикаментов при лечении в медицинских учреждениях	19
2.4. Неформальная оплата медицинских услуг	23
2.4.1. Предмет неформальных платежей	23
2.4.2. Причины неформальных платежей	25
2.5. Распространенность неформальных платежей за медицинские услуги	29
2.5.1. Где в стационарах концентрируются неформальные платежи	29
2.5.2. Неформальные платежи в амбулаторно-поликлинических учреждениях	36
2.5.3. Квалификация врачей и неформальные платежи	37
2.5.4. Размеры теневых доходов медицинских работников	40
РАЗДЕЛ 3. ПРАВИЛА НЕФОРМАЛЬНОЙ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	42
3.1. Модели неформальных платежей	42
3.2. Перераспределение неформальных платежей среди медицинского персонала	50
3.2.1. Перераспределение неформальных платежей по вертикали: делятся ли врачи с руководством	51
3.2.2. Перераспределение неформальных платежей по горизонтали: делятся ли хирурги со своей бригадой и медсестрами	54
3.2.3. Регулирование распределения неформальных платежей среди среднего и младшего медицинского персонала	60
РАЗДЕЛ 4. ОТНОШЕНИЕ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К НЕФОРМАЛЬНЫМ ПЛАТЕЖАМ	63
4.1. Отношение врачей и медицинских сестер к неформальным платежам ..	63
4.1.1. Группы врачей с разным отношением к неформальным платежам	63
4.1.2. Чем врачи оправдывают получение неформальных платежей	70
4.1.3. В каких случаях врачи признают неформальные платежи неоправданными	73
4.1.4. Чем оправдывает неформальные платежи средний и младший медицинский персонал	75
4.2. Коллективные нормы, регулирующие практику неформальных платежей	77
4.2.1. Обсуждение практики неформальных платежей в медицинских коллективах ..	77
4.2.2. Хочет ли и может ли коллектив влиять на практику неформальных платежей?	81

4.2.3. <i>Возможности использования коллективных норм для регулирования неформальных платежей</i>	86
4.3. Отношение субъектов управления и финансирования здравоохранения к неформальным платежам	87
4.3.1. <i>Информированность субъектов социальной политики о практике неформальных платежей</i>	87
4.3.2. <i>Оправданность неформальных платежей в оценках субъектов управления и финансирования здравоохранения</i>	88
4.3.3. <i>Возможности контролировать неформальные платежи</i>	89
4.3.4. <i>Модели контроля за неформальными платежами</i>	93
4.4. Отношение медицинских работников к легализации платы за медицинскую помощь	96
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	99

Об авторах

Богатова Татьяна Витальевна - координатор научных программ Независимого института социальной политики.

Потапчик Елена Георгиевна – кандидат экономических наук, старший научный сотрудник Института экономики переходного периода.

Чернец Владимир Алексеевич – руководитель отдела управленческого консультирования Агентства коммуникационного менеджмента «Принцип PR».

Чирикова Алла Евгеньевна – кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник Института социологии РАН.

Шилова Людмила Сергеевна – старший научный сотрудник Института социологии РАН.

Шихин Сергей Владимирович – доктор экономических наук, директор научных программ Независимого института социальной политики.

Введение

Ключевой проблемой российской системы здравоохранения является значительный разрыв между государственными гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению и их финансовым обеспечением. По минимальной оценке, объем государственного финансирования здравоохранения (из бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования) в реальном выражении уменьшился в течение 90-х годов на треть¹. Его рост, начавшийся с 2000 г., пока недостаточен для компенсации произошедшего снижения. Между тем гарантии бесплатного медицинского обслуживания населения, установленные в советское время, остались практически неизменными, а затраты, необходимые для их обеспечения, увеличились вследствие появления новых фондоемких медицинских технологий и новых дорогостоящих лекарственных препаратов. Финансовая необеспеченность государственных гарантий обусловила рост легальных и неформальных расходов пациентов на приобретение лекарств и оплату медицинских услуг и ухудшение доступности качественной медицинской помощи для широких слоев населения.

Как показывают данные социологических исследований, оплата медицинской помощи, производимая неформально, в руки медицинским работникам, получила широкое распространение в российском здравоохранении². Но достоверные знания о формах и правилах теневой оплаты медицинских услуг пока минимальны. До сих пор не исследовались взаимосвязи между распространенностью и типами неформальных институтов оплаты медицинской помощи, с одной стороны, и формальными правилами ее предоставления – с другой. Не изучались неформальные отношения и социально-психологические установки среди сотрудников организаций здравоохранения, связанные с теневыми платежами населения за лечение, а также отношение населения, поставщиков медицинских услуг и субъектов социальной политики к перспективам трансформации таких неформальных институтов. Получение достоверных данных, характеризующих указанные взаимосвязи и установки, позволило бы более обоснованно судить о возможностях вытеснения неформальных институтов оплаты медицинской помощи при реализации разных стратегий финансового обеспечения государственных гарантий.

В настоящей публикации представлены результаты исследования неформальных платежей за медицинскую помощь, выполненного Независимым институтом социальной политики (НИСП) в 2002 г. в рамках проекта «Анализ последствий различных стратегий финансового обеспечения государственных гарантий в здравоохранении» при финансовой поддержке Московского общественного научного фонда и Агентства по международному развитию США (грант №002/4-02).

Это исследование является первым в ряду планируемых НИСП исследований проблематики взаимодействия формальных и неформальных институтов предоставления социальных услуг.

Целями исследования неформальных платежей за медицинскую помощь выступали:

- выявить распространенность неформальных платежей в зависимости от типов медицинских учреждений и форм финансирования медицинской помощи населению.
- описать правила неформальной оплаты медицинской помощи и правила распределения неформальных платежей среди медицинских работников;

¹ Шишкин С.В. Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: ИЭПП, Теис, 2000 // www.iet.ru, с. 93.

² Результаты проведенных исследований представлены в разделе 2.2.

- выявить индивидуальные установки и коллективные нормы, регулирующие поведение сотрудников организаций здравоохранения в связи с теневыми платежами населения;
- провести анализ уровня информированности и отношения субъектов управления и финансирования здравоохранения и руководителей медицинских учреждений к практике неформальной оплаты медицинской помощи;
- проанализировать возможности контроля за практикой неформальных платежей на разных уровнях управления медицинскими учреждениями.
- оценить перспективы трансформации неформальных институтов и возможные последствия легализации оплаты населением медицинских услуг.

Для получения информации о практиках неформальной оплаты медицинской помощи использовался метод интервьюирования субъектов управления и финансирования здравоохранения (руководителей органов исполнительной и представительной власти, работников фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, главных врачей медицинских учреждений) и медицинских работников (врачей и медицинских сестер).

Исследование проводилось в двух субъектах Российской Федерации. Поскольку предметом анализа выступали практики неформальных платежей, являющиеся нарушением действующего законодательства, и условием получения информации от респондентов было сохранение ее конфиденциальности, то названия регионов в данной публикации не указываются.

Авторы очень благодарны работникам Министерства здравоохранения Российской Федерации и органов управления здравоохранением в этих двух регионах, проявившим большую заинтересованность в проведении данного исследования и оказавшим неоценимую организационную помощь, а также всем работникам здравоохранения, принявшим в нем участие в качестве респондентов, за информацию и оценки по исследуемой проблематике.

В разработке методического инструментария исследования, помимо авторов данной публикации, приняли участие сотрудники НИСП Т.М.Малева и Л.Н.Овчарова.

Авторы чрезвычайно признательны А.И.Донцову за экспертизу схем проведения интервью с медицинскими работниками.

Раздел 1. Гарантии государства и расходы населения на медицинскую помощь

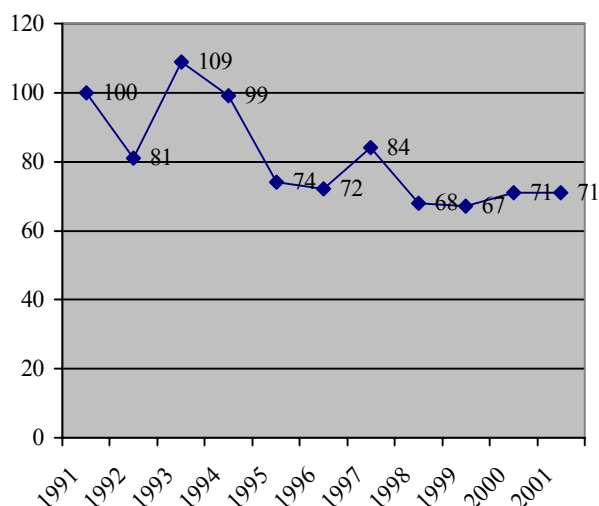
1.1. Государственное регулирование экономических условий оказания населению медицинской помощи

В советском государстве всем гражданам впервые в мире было гарантировано бесплатное получение медицинской помощи. Но сами эти гарантии были сформулированы в законодательстве в весьма общем виде. В статье 42 Конституции СССР (1977 г.) было записано, что право граждан на охрану здоровья "обеспечивается бесплатной квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения, расширением сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан". При этом перечень видов услуг, которые вправе был получить каждый гражданин, законом не определялся. Фактически это означало право граждан на бесплатное получение помощи в доступных для них медицинских учреждениях. При этом для лиц с разным социальным статусом, для жителей разных территорий были доступны разные по качеству оказываемой медицинской помощи лечебно-профилактические учреждения.

В Конституции России, принятой в 1993 г., был сохранен прежний подход к формулированию прав граждан на бесплатную медицинскую помощь. Статья 41 определяет, что "медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно".

РИС 1.

Динамика расходов государства* на здравоохранение (1991 = 100 %)



* Бюджетные ассигнования на здравоохранение и взносы на обязательное медицинское страхование

Источник: рассчитано по данным Госкомстата России с использованием индексов-дефляторов ВВП, публиковавшихся по истечении соответствующего года (1992 – 17,2; 1993 – 10,2; 1994 – 4,1; 1995 – 2,8; 1996 – 1,4; 1997 – 1,2; 1998 – 1,1; 1999 – 1,6; 2000 – 1,4; 2001 – 1,2).

Возможности российского государства финансировать бесплатное предоставление населению медицинской помощи значительно сократились в переходный период (см. рис. 1). Это обусловило развитие практик легальной и неформальной оплаты населением медицинской помощи. Медицинские услуги, которые легально оплачиваются населением через кассу медицинского учреждения, именуются в нашей стране «платными медицинскими услугами». Эта практика регулируется «Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», которые утверждены постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г. N 27. Согласно данным правилам, платные медицинские услуги населению предоставляются медицинскими учреждениями в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи. Государственные и муниципальные медицинские учреждения вправе оказывать платные медицинские услуги населению только по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением. Органами власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления принимаются нормативные акты, определяющие перечень, порядок и условия предоставления платных медицинских услуг в государственных и муниципальных медицинских учреждениях.

Платными медицинскими услугами обычно выступают следующие услуги:

- проведение осмотров и исследований, необходимых при получении различного рода справок (для получения водительских прав, проведение профилактических осмотров работающих, получение справок о состоянии здоровья при устройстве на работу и т.д.);
- пребывание в палатах с повышенной комфортностью (одно или двухместных, с телевизором, холодильником и т.п.);
- выполнение операций с применением современных технологий, например, эндоскопических операций, а также операций, проводимых врачами по выбору пациентов;
- консультации специалистов;
- диагностические исследования; в частности проведение исследований вне очереди или дополнительно, «по желанию» пациентов;
- дополнительные методы лечения (иглоукалывание, массаж);
- протезирование высококачественными протезами;
- индивидуальный пост сестры;
- косметологические услуги, пластическая хирургия.

Цены на платные медицинские услуги устанавливаются, как правило, самими государственными и муниципальными медицинскими учреждениями, реже – органами власти, являющимися их учредителями. При этом субъекты ценообразования используют в качестве основы два нормативно-методических документа Минздрава России: «Методические рекомендации по расчету себестоимости медицинских услуг в учреждениях здравоохранения», утвержденные Минздравом РФ 26.11.1992 № 190-15/5; «Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг», утвержденные Минздравом РФ и Российской Академией медицинских наук 10.11.1999 № 01-23/4-10, № 01-02/41. Особенностью ценообразования является наличие у государственных и муниципальных учреждений права использовать часть поступающих им бюджетных средств и средств

обязательного медицинского страхования для косвенного возмещения части расходов, связанных с оказанием платных услуг³.

1.2. Расходы населения на медицинскую помощь (обзор проведенных исследований)

В условиях недостатка государственного финансирования здравоохранения несения часть расходов на медицинские нужды перемещается на население и работодателей. Следует заметить, что государственная статистика не собирает полных данных о затратах на здравоохранение из всех источников. В частности, отсутствуют данные о расходах предприятий на содержание принадлежащих им лечебно-профилактических учреждений. По оценкам Фонда «Российское здравоохранение», доля расходов на здравоохранение (включая оплату медицинской помощи и приобретение лекарственных средств) из негосударственных источников увеличилась с 14,0 % в 1994 г. до 36,5% в 1999 г.⁴.

Данные государственной статистики свидетельствуют о высоких темпах роста взносов физических и юридических лиц на добровольное медицинское страхование и объемов предоставления населению платных медицинских услуг. При этом добровольное медицинское страхование (ДМС) не стало основной формой частного финансирования здравоохранения. Если в 1993-1994 гг. объем платных услуг менее чем вдвое превышал взносы на ДМС, то в 1998 г. эта пропорция составила уже три к одному. В 2000 расходы населения на медицинскую помощь составили 27,5 млрд. рублей, что в два раза превышало взносы на добровольное личное медицинское страхование – 12,7 млрд. рублей (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1.

Государственные и частные расходы на здравоохранение, млн. руб*.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Расходы государства на здравоохранение			51,3	72,1	98,5	88,0	137,7	199,3
Взносы на добровольное личное медицинское страхование	0,06	0,4	1,2	2,2	3,4	3,8	7,2	12,8
Платные медицинские услуги населению	0,11	0,6	2,9	5,6	9,3	11,4	19,7	27,5
Расходы населения на лекарственные средства		2,1	8,1	12,2	19,8	26,3	51,7	70,1

* До 1998 г. - в денонмированных рублях.

Источник: Российский статистический ежегодник, 2000. М.: Госкомстат России, 2001.

³ Кадыров Ф.Н. Ценообразование медицинских и сервисных услуг учреждения здравоохранения. М.: Грантъ, 2001, сс. 214-215.

⁴ Беляева Н.В. Источники финансирования в системе счетов здравоохранения России. – Экономика здравоохранения. Тематический выпуск. Счета здравоохранения России. №7. 2001. с. 59

Доля платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг населению в период с 1993 г. по 2001 г. увеличилась с 1,7% до 4,6%. Эта впечатляющая динамика вряд ли может быть объяснена лишь растущим спросом на медицинские услуги со стороны высокодоходных слоев населения, но публикуемые данные государственной статистики не позволяют обоснованно судить об этом. Официальные показатели не учитывают и неформальной оплаты, производимой пациентами «в руки» медицинскому персоналу.

Согласно официальным данным о структуре расходов домохозяйств на конечное потребление⁵, происходит рост доли средств, затрачиваемых населением на медицинскую помощь. В 1994 г. доля затрат на медицинские услуги составила 0,4% совокупных расходов населения, а доля затрат на медицинские товары и предметы гигиены - 2,5%. В 2000 г. эти показатели достигли 0,9% и 3,5% соответственно. При этом существуют значительные различия в этих показателях между группами населения с низким и высоким уровнями дохода. Если сравнить, например, крайние децильные группы, то бедные вынуждены тратить на медикаменты большую часть своих расходов: 4,1% против 3% у богатых, по данным 2000 г., но доля расходов на медицинские услуги самой богатой части населения (1,8%) в несколько раз превышает аналогичный показатель у беднейшей группы населения (0,2%).

Распространенность практики оплаты населением медицинской помощи, в том числе неформальной оплаты и масштабы расходов населения на медицинские нужды можно представить по данным социологических исследований (см. табл. 2).

ТАБЛИЦА 2.

Доля пациентов, плативших за получение медицинской помощи, по данным социологических исследований, в %

Название исследования или организации	Место и год проведения	Амбулаторно - поликлиническая помощь	Диагностические исследования	Стоматологическая помощь	Стационарная помощь
ИСЭПН РАН	Таганрог, 1998	22			60
Кемеровский гос. университет	Кемерово, 1998	18-38	45	84	51
ВЦИОМ	Общероссийская выборка, 1999	4-20	44	80	34-37
Фонд Российское здравоохранение	Новгородская область, 2000	24			46
Фонд «Индем»	Общероссийская выборка, 1999-2001	34			
РМЭЗ	Общероссийская выборка, 2001	10	21		15

Источники: Морозова Е.А., Ибрагимова Д., Красильникова М., Овчарова Л. Участие населения в оплате медицинских и образовательных услуг. // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены, 2000, № 2(46), с. 38; Кулибакин И.Б. Отчет по результатам социологического исследования “Городское здравоохранение”. Кемеровский государственный университет. Социологический центр. Кемерово, 1998; Сатаров Г. Диагностика российской коррупции: социологический анализ. (Краткое резюме

⁵ Доходы, расходы и потребление домашних хозяйств в 2000 году М.: Госкомстат России, октябрь 2001 г. сс. 34-38.

доклада). М.: Фонд ИНДЕМ. 2002; Т.Ю. Сидорина, Н.В. Сергеев. Государственная социальная политика и здоровье россиян. К анализу затрат домохозяйств на здравоохранение.// «Мир России», №2, 2001; www.cpc.unc.edu/rfms/

Подробные данные о размерах и структуре расходов семей на медицинские нужды были получены в ходе мониторингового исследования расходов населения России на медицинские услуги и лекарства, выполненного в 1998-1999 гг. Институтом социальных исследований (Москва) и Центром международного здравоохранения Бостонского университета⁶. В январе 1998 г. был проведен опрос 3000 домохозяйств об их расходах на медицинские нужды в предыдущем месяце. В январе 1999 г. аналогичным образом было опрошено 2200 домохозяйств. Главные выводы мониторингового исследования были следующими:

- доля семейных расходов на медицинские нужды растет;
- в сложившейся ситуации, когда за получение формально бесплатной медицинской помощи приходится платить, в худшем положении оказываются менее обеспеченные слои населения и семьи, живущие вне крупных городов; они вынуждены тратить на медицину большую долю своих семейных бюджетов и чаще отказываться от лечения и приобретения нужных лекарств;
- расходы населения на медицинские нужды сопоставимы с расходами государства на здравоохранение; соотношение расходов государства и населения можно оценить как 55 к 45⁷.

По результатам обследования ИСЭПН РАН в г. Таганроге в 1998 г., 22% респондентов, обратившихся в районные поликлиники, оплачивали часть услуг. Что касается стационарного лечения, то только 8% опрошенных ответили, что для них лечение было полностью бесплатным, 28% назвали его “формально бесплатным”, так как приходилось оплачивать часть услуг подарками или непосредственно “из рук в руки” медицинскому персоналу, 60% больных несли расходы по приобретению медикаментов, перевязочных материалов и т.д. Более 90% лечившихся в стационарах отметили, что несли те или иные расходы, связанные с их пребыванием в больнице. По данным обследований в г. Таганроге, в 1981 г. за медицинскую помощь платило менее 2% жителей, по данным 1994 г. – около 10%, а в 1998 г. – 25%. Таким образом, становится очевидным существенное увеличение платности медицинской помощи для населения.

По данным опроса жителей города Кемерово в марте 1998 г., доля кемеровчан, плативших в 1997-1998 гг. за медицинские услуги, в числе лиц, получивших соответствующий вид помощи, составила 84% при получении стоматологической помощи, 51% при стационарном лечении, 45% – при проведении диагностических обследований, 18% – при амбулаторно-поликлиническом лечении у терапевтов, 38% – у специалистов⁸.

По данным исследования ВЦИОМ, проведенного в июне 1999 г. (выборка – 1600 респондентов, репрезентирующая мнение взрослого населения страны), доля плативших

⁶ Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства. // Вопросы экономики, 1998, № 10, сс. 101-117; Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. Расходы населения на медицинские услуги и лекарства. // Здравоохранение, 2000, № 2, сс. 32-46; Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. Участие населения в финансировании здравоохранения. // Экономика здравоохранения, 2000, № 7, сс. 45-50.

⁷ Шишкин С.В. Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: ИЭПП, Теис, 2000 // www.iet.ru, с. 143.

⁸ Морозова Е.А., Кулибакин И.Б. (1998), Отчет по результатам социологического исследования “Городское здравоохранение”. Кемеровский государственный университет. Социологический центр. Кемерово, 1998.

частично или полностью за медицинские услуги, в числе тех, кто пользовался услугами соответствующего вида, составила 80% при обращении к услугам стоматологов, 34-37% - в случаях госпитализации, 44% - при проведении диагностических обследований, от 4 до 20% в случаях получения различных видов амбулаторной помощи⁹.

Согласно результатам обследования расходов 450 домохозяйств Новгородской области на медицинское обслуживание, проведенного Фондом «Российское здравоохранение» в апреле-июне 2000 г., число получивших платную медицинскую помощь в процентах от числа пользовавшихся соответствующими услугами составило 24% - в случае амбулаторно-поликлинического лечения и 46% - при госпитализации. При этом доля неформальной оплаты составила 72% расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь и 38,5% расходов на стационарную помощь.

Осенью-весной 2000-2001 гг. Центром экономико-социальных исследований, был проведен анализ бюджетных расходов на здравоохранение в шести регионах России: Белгородской, Вологодской, Самарской, Челябинской областях, Хабаровском крае и Республике Чувашии¹⁰. Было опрошено 562 человека. Среди всех опрошенных 40,6% ответили, что за последние три года за счет собственных средств пользовались услугами платных поликлиник, 8,1% - проходили лечение в платном стационаре. За последний месяц на момент опроса к платной медицинской помощи прибегало 21,3% респондентов (15% пользовалось услугами платной поликлиники, 1,4% - платной больницы, 4,9% - услугами частного врача). Для многих опрошенных посещение медицинского учреждения повлекло за собой дополнительное обследование или процедуру, при этом 35,6% ответивших на данный вопрос (18,2% опрошенных) платили за это отдельно. 47,8% из тех, кто за последние три месяца до опроса пользовался услугами стационаров, платили за свое пребывание в больнице, медицинскую помощь, лечение и лекарства. Что касается профилактического обследования, то за него платили 27,1% ответивших (11,3% опрошенных).

По оценкам Фонда ИНДЕМ, рассчитанным по результатам исследования бытовой коррупции, проведенного в 1999-2001 гг. по репрезентативной выборке из 2017 человек, размер теневых выплат в медицине составляет около 600 млн. долл.¹¹ Согласно полученным данным, из 46% респондентов, пользовавшихся услугами обычных поликлиник, 34% свидетельствовали о необходимости дополнительных трат на лечение, половина из которых имела неформальный характер. Респонденты поставили на 7 рейтинговую позицию попадание и обслуживание в больницах, как проблему, которую они решают с помощью неформальных выплат, вслед за такими практиками как: урегулирование ситуации с автоинспекцией (1 позиция), поступление в вуз (2 позиция), призыв на военную службу (3 позиция), ремонт жилья, получение жилплощади и помощь в милиции (4,5, 6, - соответственно). Лечение в поликлиниках в этом ряду занимало 11 позицию, а возможность сделать серьезную операцию - 9 позицию. В то же время доля взяток, выплачиваемых за лечение в поликлинике и за попадание в больницу, занимает 2 и 3 места в общей структуре всех взяток, когда речь идет о бытовой коррупции, уступая только возможности поступления в вуз.

С 1992 г. Институтом социологии РАН, Институтом питания РАМН, Университетом Северной Каролины, США реализуется проект под названием

⁹ Ибрагимова Д., Красильникова М., Овчарова Л. (2000), Участие населения в оплате медицинских и образовательных услуг. // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены, 2000, № 2(46), с. 38

¹⁰ Т.Ю. Сидорина, Н.В. Сергеев. Государственная социальная политика и здоровье россиян. К анализу затрат домохозяйств на здравоохранение.// «Мир России», №2, 2001.

¹¹ Сатаров Г. Диагностика российской коррупции: социологический анализ. (Краткое резюме доклада). М.: Фонд ИНДЕМ. 2002.

«Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (РМЭЗ)¹². Ежегодно проводится опрос более 7000 домохозяйств о структуре их потребительских расходов. Результаты исследования свидетельствуют об увеличении доли расходов на лекарства и медицинскую помощь в бюджете средней российской семьи. За период с 1992 по 2001 г. она выросла с 0,9% до 4,6% расходов семьи. По данным опроса в 2001 гг., доля тех, кто, обращаясь за амбулаторно-поликлинической медицинской помощью, платил за нее, составила 10,1%, при этом только около половины из них (49,7%) платили официально в кассу. Более половины пациентов (55,8%) давали медицинским работникам деньги в руки или дарили подарки. Кроме того, 39,2% от обратившихся за медицинской помощью проходили дополнительные анализы или процедуры, а доля тех, кто платил за эти процедуры, составила 21%. Из всех плативших около 70% делали это легально, и около 30% - неформально. Что касается стационарного обслуживания, то 15,4% госпитализированных платили за свое пребывание в больнице. При этом 65,3% из них платили официально в кассу, 51,3% давали деньги и подарки медицинскому персоналу.

Проведенные исследования дают разные количественные оценки распространенности практики оплаты населением медицинской помощи, и в том числе практики неформальных платежей. Тем не менее, полученные данные в целом свидетельствуют о том, что оплата населением медицинской помощи, бесплатное предоставление которой гарантируется законом, стала массовой практикой в российской действительности, причем теневая оплата является ее важной составляющей.

Теневой рынок медицинских услуг выступал одним из предметов качественного исследования теневых экономических отношений, выполненного в 1999 г. И.Клямкиным и Л.Тимофеевым. Результаты интервьюирования отдельных потребителей медицинских услуг позволили сделать выводы о том, что неформальные платежи неправильно считать формой незаконных поборов, коррупцией. Это специфическая «форма кооперации между нищей медициной и нищим населением в попытках сохранить хоть какие-то возможности лечиться и лечить больных»¹³. Пациенты выступают в качестве рационально действующих покупателей на теневом рынке медицинских услуг. Но главной особенностью этого рынка является то, что взаимоотношения врача и пациента не опираются на сколь-нибудь четкие и взаимопонятные нормы и принципы. Следует, однако, отметить, что наше исследование не подтвердило последнего заключения (см. раздел 3.1).

¹² www.cpc.unc.edu/rims/

¹³ Клямкин И., Тимофеев Л. Теневая Россия. Экономико-социологическое исследование. М.: РГГУ, 2000, с. 165.

Раздел 2. Формы оплаты населением медицинской помощи

2.1. Метод исследования правил оплаты медицинской помощи

Проведенное нами исследование было ориентировано на выявление правил оплаты населением медицинской помощи, опираясь на оценки, даваемые субъектами управления и финансирования здравоохранения, врачами и медсестрами.

Массовые анкетные опросы населения принципиально недостаточны для выявления правил неформальных платежей и в особенности для анализа перспектив их трансформации. Данные о формах и правилах неформальных платежей, полученные с помощью глубинного интервьюирования потребителей медицинских услуг, будут более надежными, но этот метод не позволяет оценить, поддаются ли контролю эти практики со стороны лиц, отвечающих за социальную политику в регионах, руководителей медицинских учреждений, и если да, то какие механизмы контроля уже сложились или складываются.

Поэтому в качестве метода решения задач данного исследования (см. введение) был избран метод интервьюирования самих субъектов, действующих на теневом рынке медицинских услуг (врачей, медицинских сестер) с одной стороны, а с другой - субъектов управления и финансирования здравоохранения, чтобы с помощью их оценок выявить новые, ранее не описанные особенности функционирования теневых практик в здравоохранении, и ответить на основной вопрос - можно ли сократить неформальные практики, и какие шаги в этом направлении сегодня целесообразно делать в первую очередь.

В данном исследовании в качестве респондентов выступали сами получатели теневой оплаты. Это вполне закономерно порождает вопрос о том, насколько достоверны полученные в ходе исследования результаты. Именно поэтому вопросы для проведения интервью формулировались таким образом, чтобы максимально «сохранить лицо» респондентов, снизить вероятность искажения получаемой информации по человеческим основаниям. При этом использовалась «подвижная техника» ведения интервью, максимально учитывающая индивидуальность респондента. Схема интервью разрабатывалась так, чтобы поставить респондента в рефлексивную позицию и была ориентирована не столько на получение однозначных сопоставимых ответов, пригодных для последующей количественной обработки, сколько на максимальную актуализацию размышления, на то чтобы в ходе интервью спровоцировать респондентов на собственное импровизированное «мини-исследование» затронутых проблем. Подобная методика хотя и является трудоемкой для последующего анализа, но весьма результативна для выявления «пространства смыслов» изучаемых лиц. Мотивировкой интервьюирования, предъявляемой субъектам управления и финансирования здравоохранения, врачам и медицинским сестрам, было проведение анализа возможностей развития платных медицинских услуг и легализации оплаты населением медицинской помощи.

Интервьюирование проводилось в двух регионах (субъектах Российской Федерации), отличающихся друг от друга по следующим параметрам:

- регион А - регион-реципиент трансфертов из федерального бюджета с относительно невысоким уровнем среднедушевых доходов и среднероссийским показателем доли городского населения;
- регион В - регион-донор федерального бюджета с относительно высоким уровнем среднедушевых доходов и высоким удельным весом городского населения.

Как уже отмечалось во введении, мы не приводим в этой публикации названия регионов, учитывая, что предметом изучения являлась распространенность практик, признаваемых незаконными.

В феврале-апреле 2002 г. были проведены 35 интервью с субъектами управления и финансирования здравоохранения (руководителями региональных исполнительных и представительных органов власти, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, главными врачами медицинских учреждений), в том числе 5 интервью – повторно, после интервьюирования медицинских работников.

В апреле 2002 г. были проведены 136 интервью с медицинскими работниками в двух пилотных регионах. В качестве интервьюируемых выступали заместители главных врачей, руководители отделений медицинских учреждений, врачи, медицинские сестры. Интервьюирование проводилось в медицинских организациях следующих типов:

- 1) областные государственные клинические больницы - 2;
- 2) городские муниципальные клинические больницы - 4
- 3) городские муниципальные поликлиники - 2;
- 4) центральные районные муниципальные больницы - 2;
- 5) районные муниципальные больницы, расположенные в сельском населенном пункте - 2;
- 6) частные организации здравоохранения - 2.

Таким образом, всего было проведено 171 интервью.

При описании полученных результатов цитируются наиболее распространенные или отличающиеся друг от друга высказывания респондентов, чтобы максимально иллюстрировать, на основе каких позиций делаются те или иные аналитические выводы.

2.2. Платные медицинские услуги

Существует четыре канала оплаты населением медицинской помощи, предоставление которой включено в государственные гарантии:

1. добровольное медицинское страхование;
2. оплата медицинских услуг, легально предоставляемых на платной основе (платные медицинские услуги);
3. оплата лекарств и медицинских материалов при получении медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения;
4. неформальная оплата медицинских услуг.

Практика добровольного медицинского страхования слабо развита в исследуемых регионах. Она более характерна для самых крупных городов и наиболее богатых регионов. Врачи и даже заведующие отделениями плохо информированы о договорах, заключаемых больницами со страховыми компаниями, и затруднились ответить, лечились ли у них и сколько пациентов по добровольному медицинскому страхованию.

Обратимся теперь к платным медицинским услугам, которые значительно более распространены в сравнении с добровольным медицинским страхованием. Напомним, что

платные медицинские услуги – это те услуги, которые легально оплачиваются населением через кассу медицинского учреждения.

Данные проведенных интервью позволяют сделать следующие заключения о распространенности практики предоставления населению таких услуг. Платные услуги полностью отсутствуют при предоставлении скорой помощи. Распространенность платных услуг в амбулаторно-поликлиническом звене крайне низка. Согласно ответам врачей, доля пациентов, заплативших в кассу, составляет в обследованных нами поликлиниках около 1%. В сельских больницах платных услуг за редкими исключениями просто нет. В городских больницах ситуация совсем иная. Доля «платных пациентов» существенна, но при этом сильно варьирует между различными отделениями. В терапевтических, кардиологических, ревматологических, нефрологических, гастроэнтерологических отделениях городских больниц – это несколько процентов. В пульмонологических отделениях – 15%, в ортопедических – 50%.

В регионе В доля «платных пациентов» и объемы платных услуг выше, чем в регионе А, отражая, очевидно, более высокий уровень платежеспособности населения.

Что составляет предмет легальной оплаты медицинской помощи, оказываемой в государственных и муниципальных медицинских учреждениях в исследуемых двух регионах?

Во-первых, услуги, дополнительные к «обычным» бесплатным услугам. Это проведение врачебных осмотров для получения водительских прав, справок о состоянии здоровья для работы и т.п., помещение в палату повышенной комфортности, диагностика с помощью новых медицинских технологий, и др.

Во-вторых, предоставление медицинской помощи в порядке, отличающемся от установленного порядка получения таких же видов помощи, но бесплатно.

Типичный пример ситуации получения платных медицинских услуг – жители села или малых городов едут в областной центр для проведения диагностического исследования, консультации специалиста. Если это делается по их собственной инициативе, без направления, выдаваемого им врачом по месту жительства, то такие услуги предоставляются им за плату. Так, есть категории больных, которые самостоятельно, без направления едут в город за медицинскими услугами, которые они оплачивают, хотя могли бы получить такие виды услуг бесплатно по месту жительства. Это проявление уже сформировавшегося у населения недоверия к бесплатной медицине. Пациенты едут в областной центр *«не потому, что мы не в состоянии им эти услуги предоставить. А просто многие считают, что если услуги бесплатные, то они не качественные. Плата с их точки зрения, как бы гарантия качества теперь»*, - свидетельствует врач районной больницы.

В-третьих, за плату предоставляются услуги, имеющие более высокое качество по сравнению с формально или неформально принятыми стандартами качества бесплатной медицинской помощи.

На практике сформировались разные стандарты качества услуг одного вида, предоставляемых бесплатно и за деньги пациентов. Различия в качестве состоят главным образом в применении лекарств разной стоимости и, соответственно разной клинической эффективности. Услугами более высокого качества считаются услуги, оказываемые врачами более высокой профессиональной категории. Многие респонденты отмечали, что фактические стандарты бесплатного лечения снизились с точки зрения клинической эффективности в сравнении с теми стандартами лечения, которые существовали в советской системе здравоохранения. *«Шестнадцать лет назад, когда медицина была бесплатной, медикаментов было столько, что я сидела на дежурстве со справочником»* -

свидетельствует врач-пульмонолог городской больницы¹⁴. Теперь же при лечении больных по многим нозологическим формам используется очень ограниченный перечень устаревших лекарств. Приведем слова заведующего отделением крупной больницы: *«Необходимый объем лекарств у нас всегда имеется. Конечно, это самые дешевые, самые слабые препараты».*

В некоторых стационарах фактические стандарты оказания бесплатных услуг таковы, что помощь больному сужается только до лечения одной, в данный момент обострившейся нозологической патологии. Но подавляющее большинство больных имеют несколько хронических заболеваний одновременно, и они также дают о себе знать в этот момент. Если раньше лечение проводилось с учетом и остальных заболеваний, помимо того, с которым больной был госпитализирован, то теперь больному предлагается отдельно заплатить за консультации у других специалистов и соответствующие диагностические исследования сопутствующих заболеваний. Поясним это с помощью примеров, приведенных респондентами из своей врачебной практики. *«У больного грыжа, плюс сопутствующие заболевания. Он пришел ко мне вырезать грыжу. Я пошлю его к терапевту. Лечить-то сопутствующие заболевания я не буду. Больному придется идти к каждому специалисту и отдавать деньги за консультацию и лечение».* Или, например, в пульмонологическом отделении крупной городской больницы *«все, что выходит за рамки пульмонологии, оплачивается больными. Если есть сопутствующие заболевания – за деньги».*

Выгодно ли медицинским работникам развитие платных услуг?

В развитии платных медицинских услуг заинтересованы прежде всего руководители медицинских учреждений. Для них это источник дополнительных средств, которые можно использовать для разных нужд больницы, а также источник легального увеличения собственных доходов. Администрация медицинского учреждения получает в качестве добавки к окладу определенный процент от стоимости каждой платной медицинской услуги.

В то же время исследование выявило слабую заинтересованность врачей и медицинских сестер в росте объемов услуг, легально оплачиваемых населением. Это обусловлено особенностями существующих схем распределения доходов, поступающих от платных услуг.

Уже упоминавшиеся выше (см. раздел 1.1.) нормативно-методические документы Минздрава России по расчету стоимости медицинских услуг, которыми пользуются медицинские учреждения, предусматривают низкий уровень оплаты труда медицинских работников, непосредственно оказывающих эти услуги, и соответственно очень маленькую долю, приходящуюся на оплату труда конкретных отделений и работников, занятых в предоставлении платных услуг. Эта доля, в принципе, может быть повышена самим учреждением. Решения о распределении средств от платных услуг принимает экономический совет медицинского учреждения. В него обычно входят главный врач, его заместители, экономист, и некоторые заведующие отделениями. Рядовые врачи, средний и младший персонал в экономическом совете не представлены. Решения совета должны обсуждаться на общем собрании коллектива учреждения. Но такие обсуждения происходят не везде. В некоторых больницах даже заведующие отделениями плохо представляют себе, как распределяются доходы от платных услуг. В результате доходы от

¹⁴ Здесь и далее понятие «городская больница» используется для обозначения больниц по месту их расположения, а не по статусу, то есть это понятие распространяется как на городские муниципальные больницы, так и на областные государственные больницы.

платных услуг направляются на нужды всего учреждения, а непосредственным исполнителям этих услуг достается, как правило, не более 20% от стоимости услуги.

Врачи понимают, что средства от платных услуг должны распределяться между нуждами всего учреждения и оплатой труда тех, кто эти услуги непосредственно оказывал. Но порядок оплаты труда врачей кажется им несправедливым и не соответствующим их вкладу в лечебный процесс, в котором, по мнению одного из респондентов – врача-пульмонолога, *«40% зависит от наличия диагностической и лечебной аппаратуры, и 60% от знаний, умения и квалификации врача»*. *«Врач получает только за пролеченных им больных, а администрация, экономист, бухгалтер – с каждого больного, проходящего лечение в больнице. «При том способе распределения средств, секретарь главного врача получает больше, чем я, который лечит больного»* - сокрушается заведующий отделением городской больницы.

В поликлиниках ситуация усугубляется не только неудовлетворительной схемой распределения, но и низкими ценами на услуги. *«Моя консультация стоит 21 рубль. Я должна посмотреть, описать, назначить лечение. Когда женщина приходит ко мне второй раз, моя консультация стоит уже 14 рублей. Мне же вообще идет 3 рубля»* - жалуется врач-гинеколог городской поликлиники.

Оценки респондентов той доли доходов от платных услуг, которая должна доставаться персоналу, непосредственно оказывающему эти услуги, находятся в пределах 30-60%. Чаще всего называлась цифра 50%.

2.3. Оплата медикаментов при лечении в медицинских учреждениях

При проведении диагностических исследований и лечении в стационарах и в амбулаторно-поликлинических учреждениях пациенты должны бесплатно обеспечиваться необходимыми лекарственными препаратами, материалами и изделиями медицинского назначения. Дефицит финансирования государством здравоохранения приводит к недостатку у медицинских учреждений средств для приобретения лекарств и других материалов, необходимых для лечения больных. Предельно четко это сформулировал главный врач одной из центральных районных больниц: *«Гарантированный минимум лекарств – это же фикция.... Лекарств все равно нет»*. Их порой не хватает даже для больных, оплативших свое лечение.

Имеющиеся в больнице лекарства чаще всего не соответствуют современным требованиям из-за отсутствия необходимых средств для закупки современных препаратов. Больные, или их родственники, стремясь ускорить сроки выздоровления, избежать негативных побочных последствий, а в случае оказания реанимационных услуг – просто сохранить жизнь, вынуждены за свой счет покупать современные лекарственные препараты.

При этом используются разные механизмы оплаты. В одних случаях сами лечащие врачи предлагают пациентам свои услуги в приобретении лекарств. Здесь неформальный характер оплаты выражен вполне ясно: *«Сегодняшняя ситуация с медикаментами дает повод для неформальных платежей. Механизмы самые разные: могут продать те же лекарства, что есть в отделении, только за половину цены»*.

В других случаях пациенты или их близкие приобретают необходимые лекарства или медицинские изделия в аптечной сети. Покупка производится в легальной форме. Но, по сути, пациенты оплачивают то, что государство должно было бы предоставить им бесплатно. Поэтому такие платежи можно назвать квазиформальными.

Яркий пример таких расходов был приведен в интервью заведующего хирургическим отделением одной из больниц: *«У нас больной приобретает перчатки, 10 пар на бригаду, он покупает марлю, но с избытком, это плановый больной. Например, 30 метров. 15 метров идет на него, а 15 метров на экстренного больного».*

Наконец, возможна ситуация, когда пациенты платят посреднику, который берет на себя обязательство обеспечить их нужными препаратами. В роли такого посредника может, например, выступать страховая медицинская организация. Ниже мы еще вернемся к описанию механизма такой оплаты. Здесь же ограничимся констатацией, что подобная оплата также является квазиформальной. Пациент легально платит организации-посреднику, но сам факт оплаты медикаментов для лечения вступает в противоречие с государственными гарантиями оказания бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных медицинских учреждениях.

Доля пациентов, приобретающих медикаменты за свой счет, оказалась, судя по оценкам респондентов, различной в двух изучаемых регионах: в регионе А она выше, чем в регионе В. В первом наиболее часто называлась цифра 70-80 %. Работники лишь одной из центральных районных больниц дали оценку 10-20 процентов. По словам главного врача другой центральной районной больницы, *«эта величина варьирует, потому что мы то лучше обеспечены, то хуже».* Врачи ряда отделений крупных больниц говорили, что эта доля среди их пациентов составляет 90 %. Бесплатно получают медикаменты инвалиды, участники войн, больные, требующие оказания экстренной помощи, а также лица, которые не в состоянии что-либо купить («социально неблагополучный контингент», «социально неадаптированные», «малоимущие»). Однако приводились примеры, когда пациентов после предоставления экстренной помощи просили возместить расходы на одноразовые принадлежности и часть медикаментов.

«У нас очень резко поделены категории больных, - свидетельствует заведующий отделением одной из больниц. - Одни больные состоятельны и платежеспособны, но они идут по направлению от областной администрации. Вторая категория больных, которые не могут купить себе даже лекарства. Одни не могут, другие не хотят». Высокопоставленные пациенты получают современные и дорогие препараты, ничего не платя за них, в отличие от большинства больных. Фактически лечение указанных лиц происходит за счет перераспределения в их пользу государственных средств, или даже за счет самих медицинских работников: *«Доходит до того, что больные из министерства не понимают, что у нас нет определенных препаратов. Чтобы избежать разборок и скандалов, медицинский персонал собирает деньги и покупает препарат на свои деньги. Лишь бы больной просто замолчал на эту тему. Потому что у него сын работает в Госдуме в Москве. Он грозился, что мы будем уволены. Мы сбросились по 20 рублей, спустились на 2-ой этаж в аптеку, чтобы успокоить больного».*

Бесплатное лечение могут получить и лица, имеющие высокие доходы: *«Меня вызывает главный врач: «Этот от этого, другой от третьего, их надо положить, ничего не брать», - рассказывает заместитель главного врача городской больницы, - «А можно предложить купить антибиотики?» - спрашиваю я, - «Нет, нет, ни в коем случае». У меня 15-20 трубок инкубационных, я бы их истратила на неимущих, а тут блатные – причем состоятельные, и все им бесплатно. Тот, кто может платить, стремится все сделать на халяву».*

В регионе В доля стационарных больных, покупающих медикаменты, оценивалась в интервале 20-50%. При этом было отмечено, что обеспеченность стационаров медикаментами резко улучшилась в прошлом (2001) году вследствие значительного увеличения бюджетных расходов на приобретение медикаментов и остается достаточно хорошим в текущем году. Ранее же, здесь как и в регионе А, подавляющее большинство стационарных больных приобретало медикаменты за свой счет.

Главная причина вышеуказанных платежей за лекарства вполне очевидна – это недостаточность государственного финансирования медицинских организаций для обеспечения пациентов необходимыми для их лечения лекарствами и прочими материалами. Данные исследования свидетельствуют о прямой зависимости доли пациентов, покупающих лекарства за собственные средства, от размеров государственного финансирования затрат на приобретение медикаментов.

Вместе с тем ситуация дефицита лекарственных средств может усиливаться действиями руководителей медицинских учреждений и самих врачей. Так, руководство одной из больниц предпочитало тратить деньги на развитие больницы, на покупку дорогостоящего современного медицинского оборудования, не закупая в необходимых объемах достаточно простые и недорогие препараты. Больные были вынуждены покупать не только лекарства, но даже физиологический раствор и перевязочные материалы. При этом аптека при больнице финансово контролируется ее руководством.

Ситуация дефицита лекарственных средств может использоваться отдельными медицинскими работниками для утаивания препаратов, закупленных за государственные средства, и последующей продажи их пациентам под видом оказания содействия в поиске дефицитных лекарств. Интересный пример привел один из респондентов: *«Сейчас человек приходит в больницу, ему говорят – лекарств нет. Он начинает свои покупать. ... У меня был прокурор знакомый, у него жена бесплодием страдала. Заказали лекарство, он достал его по блату. Его заело, и он проследил цепочку, по которой пришло лекарство. Оказалось – оно из той больницы пришло, где лежала жена. Лекарство есть, но его продают налево за деньги».*

Бывают случаи продажи больным наркотических лекарств, которые не купишь в аптеке. Врачи формируют запас таких лекарств путем подмены их другими менее эффективными при обеспечении тех больных, которым они были первоначально выписаны.

Рекомендуя больным приобрести лекарственные препараты, имеющиеся в свободной продаже, врачи зачастую делают это небескорыстно. Можно выделить несколько механизмов оплаты пациентами лекарств и медицинских изделий, которые обеспечивают заинтересованность врачей в такой оплате:

1) Врачи имеют договоренности с фирмами – производителями или дистрибьютерами лекарственных средств и изделий медицинского назначения о комиссионных за продажу соответствующих товаров. Врач выписывает пациенту рецепт на дорогостоящее лекарство, поскольку получает за это вознаграждение от фармацевтической фирмы. При этом для полноценного лечения пациента во многих случаях можно было бы обойтись более дешевыми препаратами. А иногда дешевый препарат является и более эффективным. *«Многие фирмы рекламируют дорогие препараты, абсолютно бестолковые. Как здесь проконтролировать необходимость назначения дорогостоящего препарата? Очень часто врачи идут по неординарному пути. Родственники часто очень простые люди: «Ой, красивое название, и стоит подороже! Наверное, хороший препарат». На этом очень часто играют. ... Это очень доходный бизнес – многие практикующие врачи сотрудничают с фармакологическими фирмами...»,* - свидетельствует врач одной из городских больниц. *«Мы получаем деньги от фирм-производителей, чьи изделия мы используем при операциях»,* - сообщил заведующий хирургическим отделением одной из больниц.

Комиссионные врачам могут быть теневыми, а могут быть выплачены вполне легально. Но в любом случае их конечным источником являются средства пациентов этих врачей.

2) Врачи просят больного приобрести рекомендованные лекарства в конкретной аптеке, обычно при больнице. Такая аптека, как правило, принадлежит руководству больницы, или их родственникам, и в этом случае практически всех пациентов направляют в эту аптеку. *«Больной попадает в палату. День – два никто не подходит. Приходит врач и говорит: «У тебя то-то, вот тебе список лекарств, которые ты должен приобрести вон в той аптеке, которая находится в холле этой больницы». А аптека своя, или жены главного врача».*

3) Врач предлагает больному приобрести лекарство лично у него, объясняя это тем, что он имеет возможность купить его по оптовой цене. Врач в этом случае сам выступает в роли розничного дистрибьютора лекарственных средств. Бывает так, что и больной при этом выигрывает - цена врача меньше аптечной, и врач имеет свою прибыль. Один из респондентов сказал, что он покупает для пациентов лекарства по оптовым ценам и продает их вообще без наценки, заботясь исключительно о том, чтобы его пациенты имели возможность получить нужное медикаментозное лечение. Но чаще всего цена, заплаченная врачу, приближается к розничным ценам в аптеке.

4) Пациенту предлагают заключить договор со страховой медицинской организацией на добровольное медицинское страхование лекарственного обеспечения во время его лечения в данной больнице. Такая схема была разработана руководителями одной из крупных клинических больниц региона А вместе с одной из страховых компаний и применялась в течение сентября-ноября 2001 года, но была затем отменена по приказу областного органа управления здравоохранением из-за жалоб больных. Эта система заслуживает более детального рассмотрения.

Руководители больницы предлагали больным внести определенную сумму в качестве страхового взноса через добровольное медицинское страхование, гарантируя больному получение необходимых для его лечения медикаментов. Были разработаны несколько вариантов такой оплаты, различающихся по размеру взноса. Страховая компания оформляла соответствующие договоры, после чего переводила средства на счет больницы, оставляя себе оговоренный процент за посредничество. Больница самостоятельно закупала медикаменты и обеспечивала ими больных. Часть средств, поступивших от застрахованных, направлялась на материальное поощрение работников больницы. Во время функционирования этой схемы надбавка к зарплате врачей составляла до 50%.

Аргументы, которые руководители больницы и страховой компании приводили в пользу такой схемы, состояли в следующем:

- больница закупает лекарства по оптовым ценам, поэтому их стоимость для пациентов ниже, чем при индивидуальном приобретении;
- больной получает препарат немедленно, как только в этом возникает необходимость, он или его родственники не тратят время на поиск лекарства в аптеках;
- наряду с уменьшением стоимости лечения для больного данная схема позволяет увеличить зарплату врачам.

Однако работники органов управления здравоохранением, врачи других больниц, а также и некоторые врачи, работающие в этой больнице, указывали на следующие обстоятельства:

- для многих пациентов затраты оказались выше, чем если бы они самостоятельно покупали нужные лекарства в аптеке; ряд пациентов жаловался, что стоимость предоставленных им медикаментов намного меньше, чем величина внесенного ими взноса; следует, правда, отметить, что страховая компания по согласованию с

больницей по первому требованию возвращала пациентам неизрасходованную часть их взноса;

- больные нередко не получали во время и в полном объеме необходимых лекарств, так как они не всегда оказывались в наличии (на заказ и получение лекарства через больничную аптеку обычно уходило больше времени, чем на приобретение их пациентом или его родственниками непосредственно за деньги в аптеке);
- часть лекарств больным все равно приходилось приобретать за свой счет по вышеуказанной причине.

Противники данного нововведения приводили также в качестве аргумента то, что данная схема неправомерно названа страховой. Здесь нет страхования риска наступления страхового случая, поскольку договор заключается с лицом, уже попавшим в больницу.

Разумеется, эта схема не соответствует классическим принципам страхования. Но важно отметить другое. Указанное нововведение представляло собой попытку легализовать платежи населения за оказываемую медицинскую помощь. Однако такая легализация вошла в противоречие с действующим законодательством о государственных гарантиях медицинской помощи и о медицинском страховании. Схема была отменена, а больные тратят свои средства на лечение в больнице, самостоятельно приобретая нужные медикаменты. Неформальная или квазиформальная оплата предоставления лекарственной помощи не влечет за собой каких-либо административных санкций по отношению к субъектам управления и финансирования здравоохранения. А вот попытка их легализовать такие действия провоцирует.

2.4. Неформальная оплата медицинских услуг

2.4.1. Предмет неформальных платежей

В стационарных медицинских учреждениях в качестве предмета неформальных платежей (НП) могут выступать следующие виды услуг:

- проведение обследования и госпитализация больных в обход установленного порядка направления в данное медицинское учреждение:
 - обследование и госпитализация больных, не имеющих направления в данное медицинское учреждение, выданного в установленном порядке другим медицинским учреждением или органом здравоохранения;
 - проведение обследования вне установленной очереди;
 - ускорение сроков госпитализации по сравнению с установленной очередью;
- лечение в целом;
- диагностические исследования;
- консультации;
- операции:
 - работа хирургов;
 - услуги анестезиологов;

- услуги лечащего врача, не связанные с операцией (врачебные услуги по ведению больного);
- сервисные услуги:
 - помещение в палату с лучшими условиями: с меньшим количеством больных, или в палату повышенной комфортности (одно или двух местную с телевизором, холодильником.)
 - предоставление какого-либо инвентаря: улучшенной кровати, нового одеяла, и т.п.;
 - внеочередная смена белья;
- выполнение процедур, инъекций, установка капельницы;
- массаж;
- услуги по уходу за лежащими больными.

В стационарах предметом НП чаще всего выступают: операции, консультации, уход за лежащими больными. Встречаются случаи, когда пациенты должны оплачивать все услуги и всех специалистов, с которыми они сталкиваются по всей технологической цепочке предоставления медицинской помощи (приемное отделение – хирург – анестезиолог – реаниматолог – сестра или санитарка). При этом предметом НП у врачей чаще всего выступают операции и консультации, у медицинских сестер и санитарок – уход. В некоторых случаях, когда руководители отделений руководят предоставлением конкретному пациенту услуг, оплачиваемых неформально, предметом НП может выступать курс лечения в целом, включающий в себя все технологические звенья, начиная от диагностических исследований и консультаций, заканчивая уходом и последующим после выписки наблюдением.

Отдельного упоминания заслуживают платежи предприятий больницам за сокрытие фактов производственного травматизма: *«Предприятия платят большие деньги за то, чтобы мы не показывали случаи производственного травматизма, иначе им приходится платить колоссальные деньги. Они оплачивают нам лечение больного плюс деньги «сверху». На эти деньги мы делаем ремонт, покупаем оборудование и т.д.»*. Эти средства перечисляются больницам в легальной форме – в порядке оплаты лечения работников предприятий, но фактически часть этих сумм служит оплатой неформальной сделки с руководителями больницы.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях НП могут поступать за следующие услуги:

- проведение диагностического исследования вне очереди;
- прием врачом в удобное для пациента время или после официального окончания его работы;
- услуги врача-специалиста на дому (иглорефлексотерапия и т.д.)
- направление на консультацию в другое медицинское учреждение;
- предоставление места в дневном стационаре;
- хирургическое вмешательство;
- стоматологические услуги;
- массаж;
- физиотерапевтические услуги;

- выдача больничного листа при отсутствии медицинских показаний;
- выдача медицинских книжек и шоферских справок;
- ускоренное оформление санаторно-курортной карты.

В амбулаторном звене НП предоставляются главным образом за выписку бюллетеней, различных справок, а также за получение диагностических исследований вне очереди.

В поликлиниках, как и в стационарах, практически не получают НП в лабораториях по анализу крови и т.д.. Не оплачиваются в денежной форме услуги участковых врачей, терапевтов, окулистов, отоларингологов и др.

2.4.2. Причины неформальных платежей

Почему медицинские работники берут деньги от пациентов?

Причины, почему медицинские работники берут деньги от пациентов за свою работу, выглядят следующим образом:

1. Низкая заработная плата медицинских работников.
2. Прямая экономическая выгода получения денег в руки в сравнении с доходами, получаемыми от оказания услуг, легально оплачиваемых пациентами через кассу медицинской организации.
3. Несоответствие легальной цены, установленной на предоставляемые услуги, представлениям самих врачей об их реальной стоимости.

1. Низкая заработная плата называется большинством опрошенных в качестве главной причины неформальных платежей. Приведем лишь несколько из множества высказываний на эту тему: *«Другого выхода нет. Жить-то надо. А на зарплату в две тысячи рублей не проживешь»* - говорит хирург городской больницы.

Многие респонденты указывают на то, что практика НП за медицинскую помощь существует давно, и была она порождена принципом низкой оплаты труда врачей, положенным в основу советской системы здравоохранения. Пространство неформальных платежей *«существует со времен Семашко. Это была идея нашего первого министра, что врачу денег платить не надо, он себя сам прокормит. Идеология эта была заложена тогда, и сейчас она существует в изменившемся виде»*. Приведенные слова, приписываемые Семашко, часто упоминались опрошенными нами врачами. *«Эта зарплата унижает врача. Я врач в третьем поколении, и когда я поступала в вуз, мама говорила: «Ну не все же время будут так плохо жить врачи»...»*, - с горечью произносит заместитель главного врача одной из поликлиник. Чувствуя униженность низкой заработной платой, врачи болезненно воспринимают упреки за то, что они берут с пациентов деньги за лечение, которое должны проводить бесплатно.

Неформальные платежи выступают механизмом теневой рыночной компенсации того, что врачам не доплачивает государство, средством преодоления неоправданных, с точки зрения врачей, различий в уровне оплаты их труда в сравнении с доходами других категорий занятых. В таких сравнениях преобладают три типа объектов: 1) доходы молодых людей с несравнимым уровнем образования и опыта работы; 2) зарплата водителей общественного транспорта; 3) оплата врачей за рубежом.

«Если бы медики получали достаточно, то есть на свое существование или проживание, то, естественно, не возникало бы таких нелегальных путей, - считает

заведующий отделением городской больницы, - *А так ведь обидно, когда ты отучился шесть лет, окончил ординатуру, аспирантуру, кандидатскую защитил Столько лет работаешь, и вдруг, какой-то мальчик закончил школу, а то и школу не закончил, и он получает в несколько раз тебя больше». Схожим образом высказывается заведующий отделением другой больницы: «Больные поступают с сотовыми телефонами, молодые.... Я двадцать лет проработал хирургом, и сотовый телефон не могу себе купить. ...Больного спрашиваешь: « Ты с сотовым ходишь, – где работаешь?» - Нигде не работаю: где-то, как-то, на базаре... Обидно за медицину. Я согласен, когда руководитель завода получает нормально, но когда слесарь, грузчик на пивном заводе получает десять тысяч в месяц, - чувствуешь неполноценность».*

Врачи считают неоправданным, что их зарплата ниже зарплатой водителей трамваев, автобусов. *«Когда едешь ... в трамвае и видишь объявление о том, что требуется вагоновожатый с окладом пять тысяч рублей, и сравниваешь себя с университетским образованием и окладом в тысячу семьсот рублей...»* - вздыхает врач-терапевт из районной больницы. *«Все упирается в заработную плату. Ну, посудите сами: водитель автобуса где-то три-четыре тысячи получает, и врач со стажем ... тоже около четырех-пяти. Труд-то совершенно неравнозначный. Вот и все. А отсюда и появляются эти неформальные отношения»,* – считает заведующий отделением одной из городских больниц.

Некоторые врачи сравнивают уровень своей заработной платы с уровнем оплаты труда врачей такой же квалификации на Западе. *«Когда мы общаемся на международном уровне с коллегами, стыдно говорить о доходах – это несравнимые вещи. В сотни раз». Нужно, однако, заметить, что такие сетования характерны для представителей многих других профессий в нашей стране, и они не могут рассматриваться в качестве серьезных оправданий практики неформальных платежей. В странах с уровнем ВВП на душу населения, различающимся на порядок, доходы лиц одинаковой профессии не могут быть равными. Но для нас важно, что сравнение с доходами западных коллег формирует у наиболее квалифицированных врачей установку на необходимость хотя бы частичной компенсации этого разрыва за счет неформальных платежей пациентов.*

2. Существенной причиной НП является их выгодность для врачей по сравнению с легальными формами оплаты. Приведем обобщенный пример, рассказанный одним из респондентов. Больного, который не может получить направления на бесплатную госпитализацию в данную больницу, или не хочет ждать, когда подойдет его очередь на бесплатную операцию, и готов заплатить за немедленную госпитализацию, врач направляет в хозрасчетный отдел. Там ему рассчитывают, что стоимость операции составит, допустим, 10 тысяч рублей. Врач, который будет делать эту операцию, прямо говорит больному: *«Через кассу ты пойдешь – у тебя будет столько-то, а здесь у тебя будет в два раза меньше. Ну что вам выгодно?»*. Если пациент платит из своих личных средств, ему, естественно, выгоднее заплатить пять тысяч вместо десяти. При этом врач получит в руки сумму большую, чем ему досталось бы в случае оплаты операции через кассу. А пациент, сэкономив средства, будет еще и уверен в том, что сумел в большей мере заинтересовать врача в качественном выполнении нужной операции. Неформальный платеж становится взаимовыгодной формой взаимодействия.

Практики НП базируются на взаимных интересах врачей и больных. Врачу мало достается по схеме распределения средств от платных услуг, а больному выгоднее заплатить лично врачу меньшую сумму, чем в кассу по преискуранту. При этом многие врачи отмечают, что они учитывают возможности больных. Это компромисс между недоплатой труда врачей и неплатежеспособностью населения.

3. Неформальная оплата применяется при использовании новейших медицинских технологий в тех случаях, когда, по мнению врачей, рассчитанная больницей цена

операции не соответствует ее рыночной стоимости. В качестве ориентира врачи используют цены на такую же операцию в Москве, а иногда ссылаются и на зарубежные цены.

Неформальная доплата рассматривается как способ получения средств для:

- достойного вознаграждения труда врачей высокой квалификации;
- покупки необходимого оборудования, инструментов и их надлежащего содержания;
- для повышения квалификации врачей: учебы, участия в конференциях и семинарах.

В целом следует констатировать, что НП являются для большинства использующих их врачей вынужденной практикой в тех условиях, в которых оказалось российское здравоохранение в переходный период. Неправомерно рассматривать медицинских работников в качестве главных виновников широкого распространения этой практики. Этому способствуют дефицит государственного финансирования здравоохранения и готовность самих пациентов платить за внимание, за спокойствие и т.п.

Почему пациенты платят неформально?

Почему пациенты платят медицинским работникам в руки, а не в кассу? По мнению самих медицинских работников, это происходит по следующим причинам:

1. Желание получить медицинскую помощь более высокого качества или в большем объеме в сравнении с тем, на что можно рассчитывать при бесплатном лечении;
2. Стремление лечиться в тех медицинских учреждениях и у тех врачей, которые вызывают у них большее доверие;
3. Необходимость получения услуг, которые не предоставляются ни бесплатно, ни за официальную плату;
4. Возможность сократить сроки ожидания обследования или госпитализации;
5. Возможность уменьшить расходы на лечение в сравнении с оплатой через кассу медицинского учреждения;
6. Желание отблагодарить за успешно проведенное лечение.

Рассмотрим их подробнее.

1. Неформальные платежи рассматриваются пациентами как средство получить медицинскую помощь надлежащего качества и объема. По словам респондентов, *«многие считают, что если услуги бесплатные, то они некачественные. Плата, с их точки зрения, - как бы гарантия качества»*. *«Сейчас многие пациенты убеждены, что лечиться даром - это даром лечиться. Врачи этим пользуются»*.

Оплата в руки становится средством *«снижения тревожности больных по поводу недоверия к бесплатной медицине»*. *«Неформальные платежи делаются прежде всего в ожидании внимательного отношения лечащего врача»*. Это плата за внимание. *«Больной требует большего внимания. В основном за это платят в стационарном звене»*.

Неформальная оплата может также производиться за большой комплекс дополнительных исследований.

2. Желание получить качественную помощь порождает у пациентов стремление попасть в то медицинское учреждение и к тому врачу, которых им рекомендуют бывшие

пациенты, знакомые врачи и т.п. Но у пациента на практике нет свободы выбора медицинского учреждения, в котором он может получить бесплатную медицинскую помощь. Например, областные клинические больницы, обладающие, как правило, лучшим медицинским оборудованием и высококвалифицированными специалистами, обязаны госпитализировать и бесплатно лечить пациентов из сельской местности (по направлениям из районных больниц). Напротив, жители областного центра, желающие быть госпитализированными в областную клинику, во многих случаях должны либо оплатить лечение через кассу, либо договориться о госпитализации за неформальную плату. Пациент платит *«за то, что он пришел в областную больницу из города, например. Он мог лечиться в ... еще какой-то там больнице. Он пришел сюда, в областную больницу. И ему хочется здесь прооперироваться, у этого врача. И больной ... сам предлагает деньги, только его возьмите»*.

«Операция – это возможная смерть, возможные осложнения. Здесь риск очень велик. Если я пойду оперироваться, я пойду к своему человеку. ...Тут идет плата за репутацию».

Неформальная плата существует, *«потому что пациент изначально стремится к «своему» доктору. Недаром вся мировая медицина стремится к семейному доктору»*. Пациенты платят доктору потому, что *«хронические больные обречены на длительный и постоянный контакт с лечащим врачом. Они по опыту знают, что эффективность их лечения в прямой зависимости от психологического комфорта в отношениях с врачом. Они искренне привязываются к хорошему, с их точки зрения, врачу, когда найдут его. Они понимают, что качественное обслуживание в медицине – это не только профессионализм, но отчасти и искусство»*. Разумеется, пациент сам далеко не всегда в состоянии адекватно оценить качество работы разных врачей. Но в данном случае важен сам факт наличия у пациентов некоторых представлений о качественных услугах, за которые он готов платить, а не мера соответствия этих представлений объективным характеристикам предоставляемых ему услуг.

3. Неформальная оплата в отдельных случаях может быть единственно возможным средством получения необходимых услуг. Это прежде всего относится к услугам по уходу за тяжелобольными. Два разных хирурга привели схожие примеры лечения онкологического больного: *«Весь бы труд наш хирургический пошел насмарку, если бы за ним не было ухода. И естественно, родственники попросили, чтобы мы помогли.» «Ну, а кто будет ухаживать за больным? Нет у нас специальных сиделок, которые следили бы за данного рода пациентами.» «Здесь ... должны договариваться тот, кто ухаживает, и его родственники в отношении материального поощрения.»*

4. Больные платят в руки заведующему отделением или медсестре, ведущей очередь госпитализации, когда хотят ускорить сроки госпитализации. За проведение исследования вне очереди некоторые пациенты также готовы платить в руки врачам, непосредственно проводящим обследование, либо заведующим лабораторией.

5. Неформальный способ оплаты консультации или лечения предлагается пациентом или врачом в тех случаях, когда, следуя установленным правилам, пациент может получить услуги, лишь оплатив их через кассу. Например, если пациент хочет пройти обследование в больнице, не имея соответствующего направления из поликлиники, то он может сделать это, заплатив в кассу больницы. Но поскольку медицинский работник, оказавший нужную услугу, сам получит незначительную часть от той суммы, которую пациент заплатит в кассу, то возникает ситуация взаимной экономической заинтересованности пациентов и медицинских работников использовать неформальный механизм оплаты. *«Платят в кассу, а те, кто работает, совершенно ничего от этого не получают. Поэтому опять не выгодно. Обследование стоит 300 рублей. Он мне даст 100 рублей без всего. Больному хорошо, и мне хорошо»*.

6. Наконец, НП порождаются желанием пациентов отблагодарить медицинских работников за затраченные усилия. По словам старшей медицинской сестры одной из клиник: *«Те, кто экономически способен, они будут это делать. Если человек чувствует, что к нему хорошо относятся, то он чисто человечески, может, благодарен. Он видит наш нелегкий труд, видит результаты, и та же самая шоколадка медсестре.... И ему приятно, и медсестре»*. Интересным наблюдением поделился один из хирургов: *«Больные обычно благодарят не за то, что ты операцию хорошо сделал, а за внимание. Тому врачу, который будет за ручку держать и выслушивать больного, будут больше благодарны, чем профессионалу, который просто хорошо технически делает операцию»*.

2.5. Распространенность неформальных платежей за медицинские услуги

2.5.1. Где в стационарах концентрируются неформальные платежи

Анализ ответов респондентов на вопросы, где больше концентрируются НП, где пациенты чаще платят деньги непосредственно медицинским работникам, позволяет говорить о том, что распространенность неформальных платежей в медицинских учреждениях неравномерна, а их объем серьезно дифференцируется не только по типам медицинских учреждений, но и по отделениям внутри стационаров и поликлиник, будучи также зависимым от видов врачебной деятельности и уровня квалификации врачей.

Позиции опрошенных в отношении распространенности НП достаточно согласованы, и они указывают на то, что в медицинских учреждениях существуют структуры, где концентрация НП наиболее высока, и есть противоположные им отделения, где эти платежи имеют меньшую частоту и меньшие объемы.

Практика НП более распространена в городских больницах и наиболее часто имеет место:

- в крупных многопрофильных больницах;
- в больницах скорой помощи.

Оценки доли пациентов, неформальным образом оплачивающих медицинские услуги в этих типах учреждений, различаются в зависимости от региона и специализации отделений стационаров. В областном центре региона А эта доля среди пациентов хирургических отделений оценивалась преимущественно в интервале 20-40%. Для пациентов терапевтических отделений это показатель оценивался ниже – не более 10%.

В областном центре региона В разброс оценок этой величины для пациентов хирургических отделений оказался очень значительным: от 10-20% до 70%. При этом в некоторых отделениях (нейрохирургические, сосудистой хирургии, торакальной хирургии и др.) прооперироваться бесплатно для обычного пациента практически невозможно, нужно платить в кассу или в руки: *«У нас очередь на бесплатные операции формальная. Потому что бесплатно мы оперируем кого? Своих сотрудников, своих родственников, своих знакомых, а иначе мы не сможем этот контингент больных попустить бесплатно. И конечно такие люди иногда и благодарят»*.

Наименьшая концентрация НП среди больничных учреждений наблюдается в районных больницах. В них НП реже, и, как правило, осуществляются в натуральном виде. Причем респонденты отмечают, что размеры вознаграждений в натуральной форме в последние годы сократились: *«Наше сельское население совершенно не*

платежеспособное. Даже от прежних традиций угощать врача, приносить продукты ничего не осталось». Деньгами расплачиваются несколько процентов больных в центральных районных больницах.

В городских больницах высокий уровень НП чаще встречается в определенных видах отделений стационаров. По оценкам респондентов, ядрами кристаллизации НП в стационарах являются:

- хирургические отделения, прежде всего осуществляющие плановые операции и располагающие новейшими медицинскими технологиями;
- нейрохирургические отделения и отделения сосудистой хирургии;
- гинекологические отделения, включая родовспоможение;
- отделения проктологии, урологии;
- венерологические отделения.

Наименьший уровень концентрации НП наблюдается в экстренной хирургии, за исключением новейших технологий, в терапевтических отделениях, исключая некоторые направления кардиологии, в педиатрических отделениях, в лабораториях по взятию крови и др..

Неравномерность, с которой распространяются НП внутри лечебных учреждений, свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода к оценке практик НП, дабы избежать анализа, построенного по принципу «средней температуры» в больнице, который может существенно исказить ситуацию.

Ядра кристаллизации неформальных платежей: хирургия, гинекология, урология

Подавляющее большинство респондентов, включая управленцев разного уровня, солидарны с мнением, что чаще всего НП оседают в хирургических отделениях. Объяснение этого явления противоречиво, но большее число опрошенных связывает это с повышенной готовностью пациентов платить именно за хирургические вмешательства, так как они дают быстро «видимый результат» и приводят к качественному изменению состояния здоровья больного: *«Если брать неформальные платежи по объемам в целом, то в хирургии наибольшее количество неформальных платежей. ... Население за операции готово платить морально в большей степени, чем за кардиологическое лечение»,* - убежден один из субъектов управления здравоохранением. Как отмечает другой респондент, хирургическое вмешательство – *«это разовое и мгновенное облегчение от болезни. Тут больной видит - была грыжа, теперь ее нет. А у кардиолога, ревматолога пей таблетки, а когда будет облегчение - непонятно. А здесь все разово - зашили, кость сломалась - поставили. Чувство благодарности к хирургам в народе есть».*

Несмотря на высокую повторяемость оценок опрошенных нами респондентов, можно говорить о том, что вероятность получения НП по поводу хирургического вмешательства также имеет свою специфику. Респонденты обращают свое внимание на то, что экстренное хирургическое вмешательство в меньшей степени подвержено НП, по сравнению с плановой хирургией, а потому экстренные хирурги - самые бедные из всех хирургов: *«Это так во всем мире. Экстренные хирурги - это самые бедные хирурги. Экстренная хирургия это сумасшедшее место, где пациенты обманывают врачей. Приходит к тебе и с порога обещает заплатить, а когда сделал – нет»,* - замечает один из хирургов в своем интервью. Однако и в случае экстренной хирургии врачи находят свои каналы и способы получения НП, например за помещение в менее густонаселенную

палату. Но в данном случае они реже имеют денежную форму, нежели при плановых хирургических операциях. И прежде всего потому, что в экстренной хирургии пациент лишен выбора, а врач не имеет должного времени на переговоры с больным.

Если оценивать уровень оплаты отдельных врачей хирургической бригады, то наиболее низким он будет у анестезиологов, хотя это зависит как от готовности хирурга делиться с анестезиологом, так и от их моделей поведения, степени их активности. Один из респондентов отметил появление нового правила - платить не одному врачу, ведущему операцию, а всем, чтобы минимизировать риск. В этой ситуации у анестезиологов появляются уже иные возможности: *«У нас самые обделенные неформальными платежами - это врачи анестезиологи, реаниматоры и врачи диагностической службы. К ним приходит больной уже «обработанный» на предыдущих этапах, если не на уровне госпитализации, то на уровне нахождения в соматическом отделении. Обычно анестезиологи считают себя обделенными в этой ситуации. Больной в наркозе, доктора не видит, а просыпается уже в палате. Кому быть благодарным? Однако сейчас наблюдается новая тенденция – надо заплатить всем. Хирургу, заведующему отделением, который даст хорошую палату, анестезиологу, который будет давать наркоз».*

Традиционно местом концентрации НП являются также гинекология, родовспоможение, урология, проктология, что, по мнению опрошенных нами респондентов, объяснить иначе, чем традицией, сложно. Хотя, если речь идет о гинекологии, то здесь могут быть и другие причины. Вот какое объяснение этому дает заведующий кардиологическим отделением больницы скорой помощи: *«Если взять гинекологию, роддом, все-таки это контингент пациентов более молодой, и ответственность вмешательства высокая. Что не сделаешь для любимой женщины? У хирургов всегда большая ответственность, а среди больных очень высок страх перед операцией. Хотя понятно, что инфаркт миокарда не легче, и смертность стоит на первом месте. ... Больные все равно больше всего боятся операции. И, видимо, этот страх оправдан. Хочется, чтобы оперировал лучший хирург, а выбор может идти только при помощи денег».*

Давно сложилась традиция оплачивать также «постыдные болезни» венерологического профиля, причем традиции это настолько давние, что даже широко не комментируются. Однако респондентами признается, что частота оплаты услуг, предоставляемых венерологами и урологами, может быть даже выше чем в хирургии, что позволяет говорить о возможности бóльших объемов циркулируемых там денег: *«Более коммерциализирована венерология и урология, а не хирургия, - считает один из респондентов. - Если мы возьмем 100 хирургов, отовсюду, то я могу сказать, что из них получают неформальные платежи от 20 % до 60 %, или даже до 40 % по области, включая районные и городские больницы. Если мы возьмем венерологов, то там процент получения неформальных платежей будет 98 % или 100 %. Эти два процента на тех, кто уже совсем никуда не годится. Урологи тоже, потому что они занимаются лечением заболеваний, передающихся половым путем. Здесь ни у кого не возникает вопросов о том, что надо платить».*

Помимо названных направлений, более половины респондентов говорят о том, что НП концентрируются в большей степени также в крупных больницах, имеющих специализированные отделения, и прежде всего это касается нейрохирургии, сосудистой хирургии, травматологии, как правило, расположенных в областных клиниках или ведущих городских больницах: *«Более всего неформальный бизнес развит в высокоспециализированных учреждениях, - убежден один из интервьюированных. - Все клиники города имеют узкоспециализированные подразделения, особенно там, где город и село лечатся вместе. Это и больница X, где у нас концентрируется травматология. Там делают наиболее сложные операции. Платы в этой больнице начинаются чуть ли не*

с приемного покоя. Есть уже даже тарифы, сколько люди должны платить, появившись в приемном покое, когда надо положить больного. Особенно неформальные платы распространены там, где присутствуют узкоспециализированные отделения, занявшие монопольное положение, когда больному деться некуда. Это касается торакального, нейрохирургического, сосудистого отделений. Но в основном неформальные платежи концентрируются в отделениях хирургического профиля».

Готовность пациентов платить нейрохирургам объясняется не только традициями, но и в большинстве случаев высоким уровнем благосостояния пациентов, нуждающихся в услугах нейрохирургов: *«У нас, если на вскидку, местом, где больше всего денег, является нейрохирургия, - считает один из главных врачей. - Бьют теперь состоятельных людей, у них чаще других бывают травмы. Деньги там, где идет насильственное повреждение. Где есть сочетание денег и травмы – там и неформальные платежи».*

Характер НП в травматологии, где весьма часто требуется экстренное вмешательство, и потому, казалось бы, в меньшей степени должны присутствовать НП, определяется тем, что экстренная операция тоже может быть более или менее привлекательна для пациента: *«Экстремальная помощь тоже бывает разная, - размышляет в своем интервью один из хирургов. - Можно просто совместить кости в экстремальном порядке, а можно их совместить с помощью более совершенного приспособления, и вот на это можно вполне просить деньги с больного. Это тоже будет экстренная помощь, но другой привлекательности».*

Немногие из опрошенных респондентов относят к месту концентрации НП онкологию, считая, что здесь пациенты платят не только за лекарства, но и за диагностику, врачебные услуги, за то, чтобы завоевать особое внимание врача, так как страх перед раковыми заболеваниями у населения очень высок, и потому особую роль играют внимание и настрой врача по отношению к больному.

Кроме того, около четверти опрошенных убеждены в том, что уровень распространенности НП в стационарах связан не с видами заболеваний и оказываемой помощи, а с временными характеристиками ее оказания: *«Да, операции, где надо долго ждать, чаще других стимулируют к НП. Если хочешь быстро – плати. Так же - анализы, УЗИ, рентген».*

Ядра кристаллизации НП в стационарах образуются под влиянием нескольких факторов, где определяющую роль играют традиции, готовность пациента к оплате, квалификация врача и временные параметры. Результаты исследования позволяют говорить о том, что готовность пациента отдавать деньги резко возрастает в случае повышенного страха за свою жизнь, что определяет более высокую предрасположенность пациента платить за оперативное вмешательство по сравнению, например, с терапевтическим лечением.

Почему терапевты, кардиологи и педиатры оказываются беднее всех остальных?

Проведенное исследование позволяет с высокой долей вероятности утверждать, что терапия, кардиология, пульмонология, педиатрия - это те отделения в стационарах, где вероятность НП наиболее низка, и чаще всего они принимают форму благодарности. Реже - в виде денег, чаще в виде - конфет, цветов, бутылки шампанского или вина.

Возникает вопрос, почему такие важные виды медицинской деятельности остались вне «новых процессов» коммерциализации медицины? Прежде всего, как настаивает подавляющее большинство респондентов, *«в терапии их меньше».* Высказываются самые разные предположения о механизмах сложившегося положения вещей. Однако весьма

интересно отметить, что интерпретации и объяснения, которые давали этому явлению сами терапевты частично совпадали, но частично отличались от того, как интерпретировали это другие врачи, к примеру хирурги.

Позиции, высказанные в ходе интервью врачами терапевтического профиля, отличаются высоким уровнем осознания того, в какой медицине они работают сегодня, однако это не приводит к повышенной готовности «выбивать платежи» с больного. Часть опрошенных нами врачей терапевтов и педиатров увязывает это с традицией, согласно которой врачи этого направления издавна имели маленькие оклады и всегда внутренне с этим смирялись, находя другие способы компенсации своих маленьких доходов. Довольно часто их просто обеспечивали другие члены семьи: *«Я всю жизнь работаю в терапии и не смотрю в карман никакому хирургу, урологу или гинекологу, - замечает опытный врач-пульмонолог. - У нас есть люди, которые живут более богато. Но в основном их обеспечивают вторые половины. Я могу работать в медицине, потому что у меня муж работает на железной дороге. У нас никогда не было адекватной оплаты». ...Мне хотелось бы получать достойную зарплату. Все эти подачки - это унижение для врача. Я хочу, чтобы государство меня оценивало достойно».*

Высказанная в ходе интервью идея ожидания «помощи со стороны государства» является весьма распространенной и свидетельствует о том, что эта группа врачей не может и далеко не всегда хочет жить по законам, согласно которым надо самим заботиться о своих доходах.

Затянувшееся ожидание помощи со стороны государства дополняется достаточно устойчивыми морально-этическими нормами, которые продолжают регулировать поведение если не всех, то довольно большого числа врачей этого направления: *«Я никогда ни одной копейки не взяла, поэтому оценить объем НП просто не могу. Деньгами - принципиально никогда не беру, - делится своими мыслями одна из врачей терапевтов. - Я все равно откажусь, даже если настаивают. Не знаю, я так воспитана. Ну, приносят конфеты, цветы, конечно. Тут как откажешься. Я не знаю, но предполагаю, что, конечно, врачи берут. И это зависит, мне кажется, от человека, от врача зависит. Я не осуждаю это, но я не могу сама брать. Меня так мама воспитала. И все».*

Помимо внутренних этических норм отдельного врача продолжают действовать коллективные нормы, которые звучат так: *«Мы не привыкли, чтобы нам кто-нибудь платил».* Более того, в педиатрии, терапии, кардиологии, продолжают оставаться сильными альтруистические мотивы, благодаря чему не пациенты платят врачу, а врачи, бывает, оплачивают лечение пациентов, покупая для них лекарства на свои деньги, когда ситуация является безвыходной: *«Последние годы, перед приходом в частную клинику, я работала заведующей отделением областной детской больницы, - рассказывает врач-педиатр. - К нам приезжали беднейшие слои области, и что они могли предложить врачу? Естественно, ничего. Одной из причин моего перехода было то, что больница жутко снабжалась. Отвратительно. И врачи были вынуждены ходить на дежурства с препаратами, которые покупали на свою мизерную зарплату, чтобы хоть как-то помочь тяжелым детям».*

Обращает на себя внимание тот факт, что достаточно большая доля врачей терапевтического профиля убеждена, что маленький объем НП связан прежде всего с особенностями характером больных, которые, чаще всего бывают бедными людьми пенсионного возраста, которые и так делают такие большие затраты на лекарства и системы, что денег для оплаты услуг врача просто не остается: *«Наши больные не могут деньгами отблагодарить врача. Они много денег тратят на лекарства, делают большие затраты на лечение, у них на нас денег не остается. Они все покупают: шприцы, системы, растворы, лекарство, даже элементарный аспирин, нитросорбит, этого в больнице нет вообще. У нас только экстренная помощь, в первые сутки. Со вторых*

суток больной покупает все сам. Нет ни ваты, ни бинтов. У больных большие затраты и без нас. Мы это понимаем, потому что сами люди небогатые».

Высказанные в ходе интервью суждения позволяют убедиться в том, что терапевты и педиатры демонстрируют высокий уровень «сопереживательного поведения» по отношению к больному, что делает высоко вероятными их высказывания по поводу того, что в терапии, если и существуют НП, то они чаще всего образуются как «благодарность по возможности»: *«Платежи есть, но у нас они минимальные. Взятки, в основном, никто не дает, - замечает один из заведующих - Благодарность проявляется в шоколадках и конфетах. Деньги дают минимально. Поэтому и норм никаких нет. Если человек хочет отблагодарить врача, он идет и благодарит. А если у него нет денег, то как он его отблагодарит? Моим врачам достаточно, если больной просто скажет спасибо. Нет никаких норм».*

Сами врачи-терапевты весьма часто неразвитость практики НП объясняют тремя основными причинами:

- 1) низкими возможностями платить самих больных;
- 2) традицией, привычкой жить скромно;
- 3) нежеланием рисковать, страхом перед неформальными способами получения денег.

Несмотря на высокие этические стандарты, существующие в этой группе врачей, которые позволяют говорить им *«о высокой порядочности терапевтов, по сравнению с хирургами»*, отдельные реплики позволяют убедиться в том, что внутренние этические ограничители имеют существенное значение, но не являются определяющими. В большей степени можно говорить о том, что процесс распространения практики НП сдерживается собственно пациентами, нежели врачами, хотя модели поведения врачей играют в этом случае определенную роль, что мы специально обсудим ниже.

Непонимание пациентами того факта, что терапевты тоже нуждаются в деньгах, проскальзывает в интервью в виде незаметной обиды, которая быстро заменяется «понимающим поведением»: *«Больные считают, что сердце, легкие - это не так серьезно. Правильно мы говорим, опыты всем дороже - за геморрой какой-нибудь заплатят, а за инфаркт - нет, а ведь это очень дорого. Может быть, потому что возраст у больных серьезный, не понимают, как врачи живут, привыкли, что все бесплатно. И потом у нас коллектив женский, ни единого мужчины нет».*

Более откровенно о прямой неблагодарности родителей маленьких пациентов открыто в своем интервью говорит заведующая педиатрическим отделением районной больницы: *«У нас вообще НП не может быть. За что нам будут давать деньги? Никто даже не предлагает. Мы одинаково внимательно ко всем относимся. Это все равно является ответственностью врача. Шоколадки иногда дают. Но иногда. Очень редко. Когда лечится ребенок, то все понимают - его должны лечить хорошо без всяких подарков. На 8 марта мне, к примеру, не подарили ни одной шоколадки. Вот так, обидно было, а что сделаешь?»*

Означает ли это, что среди терапевтов и педиатров НП отсутствуют совсем? Анализ материалов интервью показывает, что в данном случае формы получения НП скорее приобретают вид спонсорской помощи в виде подарков для отделений, ремонта помещений. Более того, оплата больными услуг в таком виде чаще всего инициируется администрацией, нежели рядовыми врачами: *«Сколько я работала в педиатрии, денег мне не предлагали, - говорит одна из врачей. - Но когда я работала в стационаре, главврач настолько был заинтересован в больнице, что когда он клал ребенка на лечение, то говорил родителям: «Я все со своей стороны обеспечу, но что вы можете сделать для больницы? Муку, крупу, можете добыть, если хотите, можете деньги дать». Это*

нормальный путь, больница могла как-то жить». Это, кстати, хорошо укладывается в модель «патерналистских ожиданий», которой так часто придерживаются врачи данного профиля. Наверное, именно поэтому они в ходе интервью жалуются на невнимание администрации к себе, увязывая это с тем, что «в администрации, как правило, сидят хирурги, которым нет дела до кардиологии и терапии».

В свою очередь, администраторы хорошо осознают, что терапевты «сидят на голодном пайке», но они склонны объяснять это не повышенной порядочностью, а высокой инертностью данной группы врачей, которая не позволяет им стремиться даже к официальным заработкам: *«В стационаре самые бедные - это терапия, - замечает в своем интервью один из главных врачей городской больницы. - По двум причинам. Терапевты вообще очень косный народ по своей структуре. Они мало по жизни меняются в отличие от хирургов. ...Их раскачать очень сложно. В основном это все женщины, кроме заведующего отделением. Каждый день они сидят, уходят на час, полтора позже. Внимательно относятся к своим больным. Но им не надо ни дежурств, им не надо платных услуг, только бы их не трогали. Может быть, их мужья обеспечивают. Другое терапевтическое отделение - ... их тоже устраивает то положение, которое у них есть. Конфеты кому-то принесли, шампанское - и ладно, нам хватит, зачем мы будем особо надрываться».*

Однако анализ материалов интервью позволяет убедиться в том, что стратегия «минимизации усилий», о которой говорит в своем интервью главный врач, хотя является распространенной, но разделяется далеко не всеми врачами этого профиля. Скорее можно говорить о том, что и в данной среде постепенно формируется прослойка врачей, которые убеждены, что «терапия - это мать наук», а потому и в ней следует действовать по тем же экономическим законам, которые приняты в хирургии или в гинекологии. Более того, эта плеяда врачей убеждена: нежелание пациентов платить терапевтам происходит не от того, что это не принято, а потому, что терапевты пока не имеют того уровня квалификации, который заслуживает оплаты: *«Моя официальная зарплата врача первой категории составляет - тысячу восемьсот рублей со всеми надбавками. На самом деле я получаю до десяти тысяч в месяц. За счет неформального оклада. Раскрученный, умный терапевт может себя прокормить именно за счет неформальных платежей. Больной, когда у него что-то болит, прежде всего обращается к врачу общего профиля. Когда больной видит, что толк от этого врача есть, то он потянет за собой всю свою семью и всех своих знакомых. ...И неформальный платеж в этой ситуации оправдан, потому что врачи должны получать нормальные деньги. Вот мой муж экономист, почему он должен получать больше меня? Мы с ним оба служащих, и уровень у нас одинаковый, почему я должна получать меньше? Вот я и беру деньги за свою квалификацию».*

Данная выдержка из интервью хорошо демонстрирует тот факт, как постепенно терапевты высокой квалификации начинают осознавать свою цену, что позволяет им вести себя с больными таким образом, что несмотря на «маленькие возможности», они начинают платить деньги и этой категории врачей, разрушая при этом привычные нормы, складывавшиеся до этого годами. Это позволяет говорить о том, что, видимо, время неплатежей в терапии и педиатрии неумолимо уменьшается. Скорее всего и в данной сфере лечебной деятельности через 3-5 лет более явно будут проявляться стандарты рыночного поведения, согласно которым «за все надо платить». Именно они постепенно придут на смену стереотипам нерыночного поведения, которые так характерны сейчас для врачей данного профиля.

Итак, можно констатировать, что серьезными сдерживающими факторами распространения практики НП у врачей терапевтов и педиатров продолжают быть стереотипы нерыночного поведения, которые накладываются на низкую платежеспособность их пациентов. Это означает, что невмешательство в практику НП позволит еще какое-то время сохранять сегодняшнюю ситуацию, но уже через 3-5 лет, по

мере апробации врачами рискованного поведения, положение в данной отрасли медицины изменится и будет таким же, как и в других сферах. Пациенты могут действовать по привычным схемам только потому, что видят - такое поведение возможно. Как только врачи предложат другие нормы, пациентам не останется ничего другого, как им подчиниться.

2.5.2. Неформальные платежи в амбулаторно-поликлинических учреждениях

В поликлиниках, согласно данным нашего исследования, НП встречаются реже, чем в стационарах. Лишь один из респондентов - врач функциональной диагностики, работающий в поликлинике, указал, что неформально за эти услуги платят 10-20% их получателей. *«Поликлиники - это самое нищее место»* - восклицает один из респондентов, и его позицию склонны разделить не только те, кто непосредственно работает в поликлиниках, но и большинство врачей, которые там непосредственно не заняты.

Причины низкой проницаемости поликлиник для НП многообразны и не случайны. Услугами муниципальных поликлиник пользуются прежде всего больные, которые просто не в состоянии платить. По оценкам работающего в поликлиниках персонала, свыше 50% таких больных составляют пенсионеры, которым достаточно трудно справиться с расходами на лекарства, не говоря уже о НП: *«Уровень доходов у населения низкий. У нас в районе не очень богатое население. А потом посмотрите, все коридоры заполнены бабушками и дедушками, какие у них доходы. Что с них взять, морока одна... В центральных поликлиниках больных с конвертами будет больше, потому что у людей денег больше. Некоторые у нас хотели бы получить услуги, но не могут потянуть. Желающих много, но денег нет».*

Пациенты, располагающие деньгами, предпочитают получать необходимую помощь в частных или платных поликлиниках, пользоваться консультациями знакомых врачей, оценивая уровень лечебных услуг, предоставляемых в муниципальных поликлиниках, достаточно низко. Виной этому является не только и не столько квалификация врачей, но прежде всего низкий уровень диагностической аппаратуры, плохая материально-техническая оснащенность, большие затраты времени в очередях на ожидание приема.

Как отмечают руководители поликлиник, врачи в поликлиниках – это люди, которые по разным причинам не смогли устроиться на работу в более престижные места, что заставляет их дорожить своим местом работы. Большой процент среди врачей поликлиник составляют люди пожилого возраста, которые искренне убеждены: *«Нам поздно менять свои принципы»*, поэтому они склонны получать маленькую зарплату и презенты в виде конфет, шоколадок, бутылок, но не рисковать своим именем и своей должностью ради получения неформальных платежей. Стратегия профессионалов, избегающих риска, в очень сильной степени свойственна врачам, работающим в поликлиниках, и является, пожалуй, наиболее распространенной именно в данном типе лечебного учреждения. Однако это не означает, что названные ограничители действуют всегда и для всех работников поликлиник.

По мнению опрошенных врачей, как работающих непосредственно в поликлиниках, так и не работающих там, в этих учреждениях также существуют свои ядра кристаллизации НП. Как и в стационарах, НП чаще всего встречаются в хирургических и гинекологических отделениях поликлиник: *«Хирургия это самое горячее место. В*

гинекологии не такой большой объем неформальных платежей, но он существует». Дополнительными точками концентрации НП в поликлиниках выступают также стоматология, услуги массажистов, иглорефлексотерапия. «Стоматология в поликлинике ... контролю практически не подлежит, поэтому здесь платежи издавна имеют место быть». Предметом НП в поликлиниках могут являться также диагностические обследования.

2.5.3. Квалификация врачей и неформальные платежи

Среди врачей наибольшую вероятность получить НП имеют:

- хирурги, владеющие уникальными технологиями и не имеющие конкурентов;
- опытные врачи, имеющие лучшие достижения в лечении больных;
- заведующие отделениями, профессора, кандидаты наук, лица, которым присвоен статус врача высшей категории;
- врачи, имеющие хорошие отношения с администрацией больницы и с заведующим отделением;
- врачи, умеющие договариваться с пациентами, создавать соответствующий имидж;
- врачи, способные «выбить деньги» из пациента.

Все врачи, которым предлагают деньги в качестве благодарности, принимают их. В процессе исследования нам указали лишь на одного врача, который отказывается принимать благодарности. Женщина–хирург высшей категории, по оценке коллег – прекрасный специалист, не замужем, не имеет детей. Получает 1800 рублей. Был случай, когда она по почте отправила пациенту оставленные ей в качестве благодарности деньги, а подаренную другим больным микроволновую печь передала в отделение для общего пользования. Коллеги считают ее странной, посмеиваются и вышучивают не только за глаза.

Как правило, наиболее низкие шансы получения НП у молодых врачей, за исключением тех, кто ведет себя активно с пациентами.

Вопрос о том, влияет ли квалификация врача на размер и частоту получаемых НП, кажется, напрашивается сам собой. Однако закономерности, которые нам удалось вскрыть в ходе исследования, оказались не столь однозначны. Прежде всего, по оценкам большинства респондентов, связь между уровнем квалификации врача, его именем и имиджем, конечно, существует. Врач, создавший себе имя и обладающий уникальными технологиями, имеет больше шансов пользоваться не только благосклонностью больных, но и благосклонностью администрации больницы, которая с большей готовностью «смотрит сквозь пальцы» на НП таких врачей, справедливо полагая, что легче «не замечать», чем расстаться со специалистом высочайшего класса. Тем более, что кто-то все равно должен обслуживать областное, городское начальство и их родственников.

Заведующие отделениями, признавая, что ««звезды» могут позволить себе многое», фактически не имеют контроля над такими врачами, потому, что они чаще всего имеют прямые контакты с главными врачами, и находятся под невидимым патронажем последних. Вот как комментирует эту ситуацию один уникальный специалист: *«Пока я нужен руководителю нашего учреждения, а нужен я потому, что я умею делать уникальные операции, а другие – нет, они будут подо мной сидеть и молчать: мои сотрудники, заведующий отделением, медсестры и все остальные».*

Более 3/4 опрошенных опытных врачей и заведующих отделениями убеждены, что НП, в том случае, если речь идет об опытных врачах, а тем более врачах уникальных, безусловно, оправданы: *«Врачей уникальных на самом деле единицы. Они должны поддерживать себя, потому что стать масштабным врачом не так просто. Этот масштаб надо заработать, а это ежедневный труд. Например хирург X, он масштаб зарабатывал очень тяжело. Он приезжал на работу не к полдевятому, а в 7 утра. Он получил очень большую дозу облучения, из-за того, что он своим больным перед операцией сам ходил и делал рентгеновские снимки. Он не надеялся ни на кого, поэтому все делал сам. У него тоже все не сразу получилось. Он постепенно достиг определенного положения. Конечно, он сел на дорогостоящее бюджетное оборудование. Если человек садится на новую эксклюзивную методику, он быстро поднимается. Все доктора, имеющие дело с хорошей техникой, - очень обеспеченные люди. Но в их обеспеченность государство вложило свои деньги. Иногда они об этом забывают».*

Сам же хирург X в процессе интервью полностью разделяет позицию коллеги о том, что врачи высочайшей квалификации, имеют право получать НП от пациентов, хотя бы потому, что кто-то должен компенсировать сверхнагрузки врача: *«Ты берешь деньги с больного за более качественную работу. Когда я делаю операцию, я все время смотрю в телевизор, я не смотрю на больного. Я уже 10 лет оперирую. Я чувствую, что у меня садятся глаза. Почему я за это не должен получать нормальные деньги? Почему? Почему я должен страдать от того, что я им делаю лучше? Почему? Они должны и меня как-то поддерживать. Мое здоровье дорого. Я в принципе, вообще могу отказаться делать подобные операции. Есть такие дураки, которые будут делать их бесплатно, но таких не существует в природе. ... Должно же учитываться, что здесь существует такая вредность. Это учитывается сегодня государством, но учитывается плохо, в копейку. Мне открытую операцию гораздо проще сделать, но это хуже для больного. Он ее сложнее переносит. А с телевизором мне хуже. Почему я все время буду думать о здоровье больного, а он не обязан о нем думать?»*

Но даже тогда, когда речь идет не об уникальных, а просто об опытных врачах, мнение респондентов относительно НП значительно смягчается по нескольким основаниям. В пользу общественного разрешения НП для квалифицированных врачей чаще всего звучат следующие аргументы:

- опытные врачи имеют право получать достойные деньги за высокую квалификацию, за применение новейших технологий мирового уровня, за созданный имидж;
- опытные врачи отдали здоровье и силы своей работе;
- у пациентов, прооперированных опытными врачами, реже бывают негативные последствия;
- опытные врачи реже вымогают деньги с больных.

Весьма часто опытные врачи компенсируют ошибки других, менее опытных хирургов, которые вызывают опытных врачей в сложных случаях, не надеясь на свои возможности. И именно за это родственники согласны платить. Но даже имея возможность получить деньги, менее опытные врачи не рискуют, хорошо осознавая, какие здесь могут быть последствия: *«Можно при переломе кости сделать временную репозицию, а можно сразу поставить аппарат Елизарова, это уже деньги. Но это может сделать только опытный хирург. Поэтому опытные хирурги имеют больше возможностей заработать денег, несмотря на то, что их больница обучила их этим технологиям. Иногда хирурги на дежурстве вызывают более квалифицированного хирурга, чтобы он платно сделал то, что нужно больному».*

Серьезным преимуществом опытного врача перед другими является его способность «сделать себе пациентов», даже в том случае, если он перешел из одного

отделения в другое и ему надо начинать во многом заново: *«Если бы я оказался в новом отделении, где работает молодежь, то это не значит, что я бы отнял кусок пирога у молодых. Ко мне бы сначала никто не обращался. Потому что у меня нет клиентуры. Но я бы сделал все, чтобы эту клиентуру сделать. Поэтому всегда врач с опытом получает больше денег, чем молодой. Пусть молодежь ведет себя более активно, все равно, чтобы заработать деньги, к врачу должен кто-то обратиться. У молодых таких знакомых - распространителей меньше, чем у опытных врачей, или вообще нет».*

Позицию, согласно которой в менее благоприятной ситуации по объему и частоте НП оказываются молодые врачи, разделяет подавляющее большинство опрошенных респондентов. Молодежь, не имея опыта и клиентуры, оказывается в *«нищенском положении»*, что заставляет ее искать выходы из складывающейся ситуации. Это порождает, по оценкам респондентов, две разнонаправленные стратегии поведения молодых врачей. Одна часть молодых врачей пытаются компенсировать недостаток профессионализма активным иницирующим поведением по получению НП с больных, активно «выбивая» их любой ценой. Другие начинают серьезно заниматься своей профессионализацией, чтобы иметь право расти до квалифицированных врачей.

Первая стратегия поведения встречается довольно часто и резко осуждается опытными врачами: *«Молодые приходят, и еще не имея опыта, сразу хотят получать пять или десять тысяч. Аргумент один – а как в Америке! А что Вы можете дать в ответ?»* - восклицает один из профессоров, недоумевая по поводу того, почему молодежь предпочитает одни, а не другие стратегии поведения.

Схожей оценки неприемлемости такого поведения придерживается подавляющее большинство опрошенных нами респондентов: *«Если молодой сунется делать операцию и получит за это деньги, то я его размажу, либо заместитель по травматологии, - восклицает в своем интервью заместитель главного врача крупной клиники. - По той причине, что хорошо не бывает, когда за дело берутся неопытные люди. Потому что, как правило, их вмешательство всплывает потом осложнениями».*

Однако среди опрошенных встречаются респонденты, которые склонны «понять такое поведение молодых». Чаще всего позицию понимания демонстрируют относительно молодые врачи, а также те из них, кто является активным сторонником «воспитательного поведения» по отношению к молодежи. *«Да, молодежь активнее. Потому что они не уверены, что им дадут деньги по результатам лечения. Поэтому они предпочитают заранее эти деньги вымогать».* Некоторые из врачей подобное поведение молодых объясняют особенностями времени, в котором мы живем: *«Старый костяк до сих пор не может сориентироваться в этой новой экономике, зато молодые это хорошо умеют делать. Смена идет не очень образованная, но хорошо плавающая в этих новых отношениях. Зачем их осуждать?»*

Молодежь, которая придерживается стратегии профессионализации, а такой молодежи, по оценкам респондентов, не менее половины, ведет себя весьма заинтересованно и стремится как можно быстрее овладеть навыками, которые позволят ей в дальнейшем сделать себе имя. Более того, молодые весьма чувствительны к тому, какие нормы приняты в коллективе и стараются, если коллектив хороший, сложившихся традиций не нарушать: *«У нас коллектив очень слаженный, дружный. Даже молодые врачи, которые работают 5 лет, даже они хотят учиться. Это не случайные люди, они согласны расти. Среди моих врачей, молодых нет таких, которые возьмут - я настолько в них уверена. Я согласна, есть такое у молодых в хирургии. Ведь мы сами бодем. Иногда он сделал на копейку, а называет такие суммы! Но у нас это как-то не принято - замечает в своем интервью заместитель главного врача городской больницы».*

Как показывают данные исследования, те из молодых врачей, которые придерживаются стратегии профессионализации, могут иметь также выраженную

ориентацию на вознаграждение, но они согласны терпеть, ради того, чтобы в перспективе получать эти деньги «за дело», а не путем неоправданных обещаний: *«Многие молодые врачи хотят быстрее заработать и идут на рискованные НП, не имея опыта, берут с больных деньги. Они более голодные что ли? Умные из них понимают - надо сначала набить руку... И работают для этого с самоотдачей. Из таких со временем получатся хорошие врачи».*

2.5.4. Размеры теневых доходов медицинских работников

В ходе исследования интервьюируемых спрашивали, каково, по их мнению, примерное соотношение доходов от неформальных платежей и официальной заработной платы для работающих в их отделении, или в других отделениях. Те респонденты, которые признавались, что сами получают неформальные платежи, отвечали на вопрос о размерах их доходов от неформальной оплаты пациентами их услуг. Разумеется, полученные данные не могут служить достоверной оценкой размеров неформальных доходов. Приведем в качестве подтверждения фрагмент одного интервью:

Интервьюер: Один заведующий отделением плановой хирургии доказывал мне, что он получает пять тысяч рублей вместе неформальными платежами. Такое может быть?

Респондент: Как я Вам скажу. ... У него две машины. Однажды он машину оставил, ее у него увели. ...Он пошел на другой день, этот бессеребряник, который получает пять тысяч, и купил точно такую же.

Тем не менее, ответы интервьюируемых дают представление о порядках соотношений теневых и легальных доходов и свидетельствуют о наличии существенных различий в неформальных доходах между различными категориями медицинских работников. Как образно сформулировал один из респондентов: *«Хирурги бывают разные. Одному кладут 1000 рублей, и он доволен. Другой бросает обратно 30000 рублей и говорит: «Извините, это не деньги». У некоторых есть дома, а другие живут в общежитии. Чаще всего они отличаются званиями, регалиями и рекламой».*

Хирурги, владеющие уникальными технологиями и не имеющие конкурентов, получают неформальным путем доходы, которые в 5-10 и более раз превосходят их заработную плату. Прибавка к зарплате от неформальных платежей у заведующих отделениями городских больниц оценивается респондентами в 3–4 раза. Неформальные доходы обычных врачей хирургических и гинекологических отделений оцениваются в 2-3 раза выше их зарплаты, и эти деньги не позволяют большинству иметь собственный автомобиль. Добавка к зарплате врачей других отделений стационаров составляет от 20% до 2 раз. Примерно на столько же могут увеличить свои доходы медицинские сестры. В городских поликлиниках доходы врачей могут увеличиваться за счет неформальных платежей на 20-30 %. Более весомую прибавку к доходам могут зарабатывать медицинские сестры, обслуживая пациентов на дому.

Весьма высок уровень неформальных доходов стоматологов. Руководитель одной частной стоматологической клиники рассказал следующее: *«Со многими врачами, которых я переманиваю, первый разговор, я начинаю с вопроса: «Какая у тебя зарплата?» - «Тысяча рублей». - «Сколько имеешь на карман?» - «На карман в среднем 7 тысяч рублей».*

В сельских больницах размеры неформальных доходов ниже. По словам главного врача одной из ЦРБ: *«У нас есть неформальные платежи, но их немного. Хирурги*

зарабатывают, может быть, еще один оклад, может, два....». Заведующий хирургическим отделением районной больницы так рассказал о своих доходах: «Все эти неформальные платежи, они же ведь проходят разово, и в денежном измерении это крайне редко бывает. ...За прошедшие два с половиной месяца, пока я работал один, провел порядка 20 операций, ну, слава Богу, одна бутылка водки перепала. Но никаких денег».

Раздел 3. Правила неформальной оплаты медицинской помощи

3.1. Модели неформальных платежей

Данные исследования свидетельствуют, что на практике используются разные правила осуществления неформальных платежей. Можно выделить пять типов таких правил, которые мы будем называть разными моделями неформальных платежей:

1. Плата по тарифу.
2. Плата по возможности.
3. Поборы.
4. Плата по просьбе.
5. Плата-благодарность.

Плата по тарифу

Пациент неформально платит за медицинскую помощь по сложившимся теневым ценам. Пациенту сообщается цена услуги, и он решает, согласен ли получить услугу на таких условиях, или нет. Торг между продавцом и покупателем услуги практически отсутствует. При этом передача денег может происходить как до оказания услуги, так и после.

Как правило, больной узнает от том, за что и сколько надо платить от лечащего врача или медицинской сестры. В тех отделениях, где процесс неформальной оплаты и перераспределения полученных доходов регулируется, пациент узнает о цене от заведующего отделением или от старшей медсестры. По мнению одного из руководителей страховой медицинской организации, это может происходить уже в приемном отделении: *«Больной поступает, и ему говорят в приемном отделении: «С Вас столько-то денег за лекарства, столько-то за медицинскую помощь, столько-то за операцию». Эти разговоры ведут врачи приемных отделений, либо заведующие».*

Пациенты могут быть проинформированными другими пациентами о необходимости платить медицинским работникам. Если инициатива госпитализации идет от самого больного, то он узнает цену от других пациентов. Чаще всего от бывшего пациента, который его непосредственно и рекомендует выбранному врачу.

Сложившийся тариф применяется в равной степени ко всем пациентам, с одинаковыми нуждами, обратившимся в данное отделение, или к данному врачу. По словам врача-диагноста: *«Даже, когда нужно сделать родственникам, и я знаю, что они нормально материально обеспечены, я говорю цену услуги. Все мое окружение знает, что за все надо платить, если услуга платная».*

Из ответов респондентов можно выявить четыре механизма формирования таких фиксированных теневых тарифов.

Во-первых, цены формируются как цены конкурентного рынка и складываются на примерно одинаковом уровне для одинаковых видов операций или услуг по уходу за больным. Так, по мнению главного врача одной из городских больниц, *«несомненно, существует сложившийся тариф. Он, в общем, одинаков во всех больницах. Все знают,*

сколько за какую операцию берут. Ведь иначе пойдут туда, где дешевле. Начиная с аборта и все остальное, все знают, что сколько стоит».

Устоявшиеся тарифы существуют для услуг среднего и младшего медицинского персонала. Размеры платы за индивидуальный круглосуточный пост назывались респондентами на примерно одинаковом уровне в областных центрах обоих пилотных регионов: от 100 до 300 рублей в сутки. Медсестры *«общаются друг с другом, поэтому примерно знают, что сколько стоит в других больницах»*. Величина оплаты колеблется в зависимости от тяжести больного и объема оказываемых услуг (только уход или выполнение других медицинских процедур). По словам заведующего отделением в одной из городских больниц, *«в моем отделении это 150 рублей в сутки. У меня просто больные старшего возраста, с переломами верхнего отдела бедра, и они обездвижены полностью. Вот чтобы после операции был организован индивидуальный пост, кто-то из сестер, свободных от смены, выходит на сутки. Она занимается с этим больным и как медсестра и как нянечка. Она ему делает все, от уколов и до клизмы. В среднем выходит 150, а операционные сестры берут дороже, у них выходит до 300 рублей, - если больной без сознания, больной в коме»*.

Предметом установления фиксированного размера неформальной платы могут выступать и другие виды услуг. Например, в одном из районов взималась неформальная плата в размере 150 рублей за выдачу направления на обследование и лечение в областную больницу.

Во-вторых, цены формируются конкурентным путем, но дифференцируются в зависимости от медицинского учреждения, уровня оснащения его медицинским оборудованием, а также квалификации врача. *«Не всегда все одинаково. Все зависит от лечебного учреждения, его мощности, его оснащенности людьми, профессионалами – медиками, - считает руководитель одной из страховых компаний. - Все врачи общаются друг с другом и знают, кто сколько берет. Круг людей одной профессии он постоянен. И они конкурируют друг с другом»*. *«Есть, есть ставки..., - свидетельствует другой респондент. - Причем ставки у конкретных врачей. Один врач берет одну цену, другой – другую»*. По признанию врача ЦРБ, *«Для тех больных, которые хотят оперироваться именно у меня, есть тарифы на операции. ... Обычная операция стоит 3000 рублей»*.

В-третьих, размер теневого цен определяется на основе тарифов, по которым соответствующие медицинские услуги легально предоставляются пациентам как платные услуги. Как правило, размер неформальной оплаты бывает ниже, чем тариф для платной услуги.

Типичным примером является оплата эндоскопических операций. По словам заведующего отделением одной из больниц: *«Есть у нас эндоскопические операции, где действует такса, фиксированная. Она ниже, чем стоимость платной услуги»*. Механизм теневого ценообразования здесь сочетает элементы формальных и неформальных правил: *«Больного отправляешь в планово-экономический отдел, который рассчитывает ему стоимость платной услуги, - рассказывает заведующий отделением другой больницы. - И половина этой платной услуги платится непосредственно врачу. У больного выбор: либо он платит 100% в кассу (6 тысяч), либо 3 тысячи мне. ...Исходя из таких соображений, это все и рассчитывается»*.

Такой же механизм применяется при неформальной оплате консультаций и диагностических исследований.

В-четвертых, цена монопольно устанавливается врачом исходя из своих представлений о достойном для него уровне вознаграждения его труда. *«Врач определяет эти тарифы в зависимости от психологической принадлежности к определенному социальному статусу. Ему необходимо этот статус поддерживать: определенная*

квартира, определенная машина. Для этого нужно иметь определенный доход. От этого дохода он определяет примерно стоимость своих услуг».

Модель оплаты по тарифу встречается при теневой оплате любых видов услуг, но чаще всего – в хирургии и гинекологии. *«В роддомах есть устоявшаяся цифра, такса. ...Мои знакомые рожали в разных роддомах и везде платили неформально врачу»,* - свидетельствует заведующий отделением городской больницы.

Интересно также отметить четко выраженные региональные различия в распространенности этой модели: в регионе А респонденты упоминали ее намного чаще, чем в регионе В.

Плата по возможности

Размер теневой оплаты за услуги устанавливается медицинским работником в зависимости от уровня благосостояния пациента или его родственника. Цены являются индивидуальными договорными ценами. Они дифференцируются для разных категорий пациентов за одни и те же услуги.

При этом в некоторых случаях за основу берется базовая цена, существующая в данном отделении, или у данного врача (которая формируется по модели платы по тарифу), и она корректируется в большую или меньшую сторону в зависимости от финансовых возможностей пациента или его родственников. В большинстве случаев определенных тарифов нет; врач назначает цену за услуги, ориентируясь исключительно на оценку финансовых возможностей пациента. По разговору с пациентом, по его внешнему виду, по наличию и марке автомобиля врач оценивает платежеспособность клиента и называет ему ту или иную цену. *«С людьми разговариваешь, и там уже видно по разговору, что кто из себя представляет, – рассказывает хирург крупной больницы. - Один хирург ... мне говорил так: Я могу с одного за мизерную операцию взять вот столько, а если придет нормальный, хороший человек, я за большую операцию возьму с него столько, сколько он мне сможет дать».* По словам кардиолога из другой крупной больницы того же города, в его отделении *«тарифов нет никаких вообще. Смотрим только конкретно на человека. Один больной даст одну сумму, а другой - иную».*

Врачи считают справедливой дифференциацию платы, взимаемой с разных категорий пациентов. Вот как объясняет принципы такого подхода один из респондентов: *«Допустим, в одной палате лежат три больных.... Один пенсионер, другой работающий, а третий – «крутой». ...Так вот ему заплатить, пенсионеру, за операцию две тысячи – это нереально. Работающему – да, а «крутизне» – он сейчас вот зашел в казино, проиграл в двадцать раз больше. Поэтому ставить всех под одну планку тоже нельзя. То есть, надо смотреть. Или учитель идет.... Что с него взять? Они учителя, еще более нищие, чем мы. Нам хоть еще какие-то подачки кидают. И поэтому, конечно, разница есть. Должна быть разница».* По словам другого респондента, работающего в крупной больнице, *«...бабульки вообще все идут бесплатно, пенсионеры, студенты, медики, работники детских учреждений. Естественно, дифференцированный подход к тем людям, которые материально обеспечены. А мы же знаем, кто у нас материально обеспечен. Это категория неработающих, которые говорят, что мы нигде не работаем, а подъезжают на шестисотом Мерседесе. Почему бы ему не заплатить?»*

Применение данной модели теневой оплаты предполагает торг между врачом и пациентом. Определение тарифов может происходить следующим образом. *«Все зависит от человека: я разговариваю с людьми, а, бывает, наоборот, подходишь, разговариваешь, а он говорит: «Вот столько-то хватит?». Если так больные говорят, то мы говорим, что да. Мы же не будем говорить, что, мол, тащи больше. Сколько можешь, столько дай. А бывает, что спрашивают, сколько нужно? Ты говоришь, что столько-то. А он*

говорит, мол, для меня это дорого. Тогда говоришь, что, сколько сможешь, с тем и придешь. Как считаешь, сколько жизнь твоя стоит, с тем и приходи. Ну, принесет меньше в два раза, в три раза. И уже, если что случится, он уже знает, что я к нему по-человечески отнесся. Но лучше с больными разговаривать так, чтоб не было потом таких вариантов, когда грузины били одного мальчика....».

Модель платы по возможности используется преимущественно для оплаты оперативного вмешательства, но применяется также и для оплаты услуг сестер и нянечек. Например, *«больной лежит в палате, и каждый раз, чтобы у него забрали судно, нужно заплатить пять рублей. ... А суммы, мне кажется, там случайны и индивидуальны. Есть у него пять рублей, он заплатил. А нет – значит, не заплатил».*

Модель платы по возможности чаще используется в специализированных хирургических отделениях, но была отмечена и в кардиологическом отделении одной из городских больниц.

В регионе В, в отличие от региона А, именно эта модель чаще упоминалась респондентами хирургических отделений городских больниц. Возможно, что бóльшая распространенность модели назначения дифференцированных цен за одну и ту же услугу для пациентов, различающихся по уровню дохода, отражает более высокий средний уровень и бóльшую дифференциацию доходов населения в регионе В.

Поборы

Пациенты или их родственники платят по настоянию медицинских работников безотносительно к фактическому объему и качеству предоставляемых услуг или за предоставление псевдоуслуг.

К поборам прежде всего следует отнести случаи вымогательства денег с пациентов за то, что и так должно быть им предоставлено бесплатно. Примерами таких поборов являются требование денег при госпитализации за предоставление места в отделении, хотя свободные места там имеются, или за то, что больного положат не в коридоре, хотя имеются свободные места в палатах, и т.п.

Поборами являются предложения больным *«сброситься на лампочки, на швабры»* и т.д.

К поборам может быть отнесена практика принуждения больных вносить денежные пожертвования в благотворительный фонд, мотивируя это слабой обеспеченностью больницы.

Поборы могут быть простым мошенничеством отдельных медицинских работников. Например, врач вечером проходит по палатам и предлагает больным заплатить за лечение, за исследования, проводимые другим врачами, и затем присваивает себе все эти деньги.

Плата по просьбе

Размеры неформальной оплаты не оговариваются до начала лечения. В отдельных случаях больному могут сказать про необходимость последующей оплаты, но ее сумма не указывается: *«Если хочешь к нам, пожалуйста. Но надо будет отблагодарить».* Чаще же уже после проведения операции, или в процессе лечения без оперативного вмешательства врач, либо заведующий отделением или руководители больницы намекают или прямо просят пациента об оплате предоставленной ему помощи. При этом размер оплаты может не называться, а может быть указана и вполне определенная сумма, или предложено что-либо купить или сделать для больницы.

Приведем несколько примеров действия такой модели: *«Тебя прооперируют, и когда ты будешь уже уходить, вот столько с тебя спросят». «Все, что здесь в кабинете стоит, куплено больными, но никто не приходит, и не предлагает: давайте мы Вам поможем. Приходится просить, намекать.... Просят о консультациях, приходится говорить, что некогда...». «Вот у меня стиральная машина. Это начальник железной дороги, наш пациент, полежал, спросил, что он нам должен. Я сказала, что ничего не должен, но нам надо стиральную машину. Они нам оплатили счет».*

Особенностью данной модели неформальной оплаты является то, что у пациента есть возможность уклониться от предложения оплатить предоставленные ему услуги. Главным фактором, стимулирующим оплату в такой ситуации, является стремление сохранить хорошие отношения с врачами в расчете на возможность в будущем вновь обратиться к их помощи.

Применение модели платы по просьбе отмечено нами в хирургических отделениях крупных больниц.

Плата-благодарность

Плата производится по инициативе пациента, и ее размеры определяются самим пациентом. Плата-благодарность имеет две разновидности. Первая, когда пациент платит медицинскому работнику до оказания нужной ему помощи в надежде на более внимательное отношение к себе врача или медсестры. Вторая разновидность – когда оплата производится апостериори. Подарок в натуральной форме либо деньги вручаются пациентом лечащему врачу (оперировавшему хирургу) после завершения лечения. Это неформальная плата - вознаграждение за успешно проведенное лечение (за хорошо сделанную операцию), за проявленное внимание.

Плата-благодарность может быть очень разной за одинаковую услугу. *«Одна операция может стоить шоколадину, коробку конфет, бутылку водки или 10 тысяч рублей, например».*

При этом некоторые респонденты откровенно выражали свою неудовлетворенность благодарностью пациентов в форме традиционных подарков. *«Пациенты очень примитивно благодарят – цветы, шампанское, конфеты. Сейчас изобилие всего. Опять мне приносят конфеты. Ну не ем я шоколадные конфеты! – восклицает заместитель главного врача одной из городских больниц. - Подарили бы лучше картинку на стену. Невозможно, они дарят, галочку поставят, и все». По свидетельству хирурга крупной клиники, «у нас каждый врач, когда больной уходит, начинает эти цветы рвать и выкидывать в окно. И проклинать этого больного. ... Некоторое время назад больные начали дарить врачам коньяк очень дешевый. Так его прозвали “смерть врачам”. Это греческий коньяк, а сделан где-то в Ставрополе. И он стоит как раз ровно в половину от настоящего коньяка, а бутылка красивая, больные, прежде чем идти к врачу такой коньяк покупали. Вроде коньяк, никуда его не денешь. В некоторых больницах вывешивали плакат: «Этот коньяк вреден для здоровья»». А заведующий отделением другой больницы говорит больным своего отделения: «Только, пожалуйста, не надо коньяк, не надо спаивать наших хирургов. Не жалко 200 рублей - дайте 200, не жалко 500 рублей - дайте 500». Потому что коробками конфет забиты холодильники, коньяки лежат, они уже никому не нужны, а люди все равно тратят на это деньги».*

Пациенты, живущие в сельской местности, обычно приносят медицинским работникам в качестве благодарности различные продукты из своего подсобного хозяйства: молоко, сметану, яйца, мясо.

Плата-благодарность отражает возможности самого пациента, но в отличие от модели платы по возможности, здесь отсутствуют переговоры о ее размере между врачом и пациентом. *«Убежден, врача можно и нужно отблагодарить, если он много сделал для больного, - считает врач кардиолог городской больницы, - но ни о какой сумме устойчивой речи идти не может. Он может дать, только то, что он может дать, исходя из своих возможностей. Я бы никогда не взял на себя ответственность, если бы мне привезли больного с инфарктом, сказать: «Вы мне должны заплатить пять, десять тысяч. Если не можете десять, заплатите восемь тысяч». Я не знаю, как здесь торговаться. Этого нельзя делать. А если он через сутки умрет?»* По свидетельству заведующего хирургическим отделением одной из крупных больниц, *«...количество операций очень большое. Этот не отдал, другой отдаст. ...У меня или у моих врачей, за исключением одного человека ..., никакой таксы существует. ... И нет никаких договоренностей. Сделал операцию – если больной сочтет возможным, то он отдаст».* *«Благодарят исходя из своих финансовых возможностей,- свидетельствует заведующий родильным отделением городской больницы, - Для кого-то и бутылка шампанского - очень много, а для кого-то и большая сумма - ничего. Но что интересно - люди, которые много получают - они чаще всего и не благодарят. Когда идет контингент высокопоставленных особ - в лучшем случае с них получишь бутылку шампанского. При хорошем качестве, при внимании, при должном уходе».*

Плата-благодарность может производиться и в виде спонсорской помощи, последующего оказания услуг. Наиболее ценимы врачами и руководителями медицинских учреждений услуги, оказываемые пациентом за счет той организации, которой он руководит. Обычно это проведение ремонта, покупка медицинского оборудования и инструментов. Все по-современному оборудованные палаты, кабинеты заведующих отделений, которые нам удалось увидеть, были отремонтированы за счет спонсоров.

Можно привести несколько наиболее впечатляющих примеров спонсорской помощи. После лечения директора крупной пивоваренной компании, эта компания спонсировала реконструкцию отделения. После лечения мэра города расходы городского бюджета на здравоохранение увеличились в несколько раз. Для врача, проводившего операцию, был приобретен инструмент за 27 тысяч долларов.

Платой может стать оказание пациентом персональных услуг врачу. *«Вот операция стоит четыре тысячи рублей. Приходит человек, который может заплатить четыреста рублей. Но я делаю ему бесплатно. На самом деле не беру ни копейки. Почему? Потому, что я свою машину ставлю на его автостоянку уже третий год бесплатно. Не взяв с него четыре тысячи, я получаю намного больше. Или я знаю, что он будет моей машине еще десять лет техосмотр делать. Или я знаю, что он сможет мне кабинет отремонтировать».*

Плата-благодарность в форме последующего оказания услуг врачу более характерна для медицинских учреждений в сельской местности. По словам заместителя главного врача центральной районной больницы, *«...в жизни как: “Ты мне - я тебе”. Кто не понимает, то 50 рублей в карман положит. Так поступают в областных структурах. Но в центральной районной больнице другое, здесь люди потом тебе помогут, если тебе что-то потребуется. Могут сделать ремонт, починить машину, устроить ребенка».*

Плата-благодарность является самой распространенной моделью неформальной оплаты медицинской помощи. Она встречается во всех типах медицинских учреждений. При этом для сельской местности более характерны платежи в натуральной форме. Деньгами здесь платят редко. В городских больницах плата-благодарность в денежной форме является достаточно распространенной. Эта модель оплаты является преобладающей в терапевтических и педиатрических отделениях стационаров и в поликлиниках.

Отдельного рассмотрения требует **вымогательство**. Это понятие часто использовалось респондентами для характеристики тех практик НП, которые они считали неоправданными. Если проанализировать контексты, в которых респонденты применяли это понятие, то можно заметить, что под вымогательством фактически понимается не какая-то определенная модель неформальной оплаты, а разные ситуации, которые объединяет следующее: врач активно требует от пациента оплатить его услуги в качестве обязательного условия их предоставления, но используемая врачом модель неформальной оплаты не является санкционированной большинством других его коллег.

Бесспорно, к вымогательству следует отнести модель поборов. Ее применение открыто никем не оправдывается. Но вымогателями могут назвать и врачей, использующих другие модели неформальной оплаты. Например, вымогателем в глазах коллег может быть врач, требующий от больного оплатить операцию и называющий фиксированную сумму, в то время как его коллеги по отделению применяют модели платы по возможности или платы по просьбе. Если же в отделении большинство или значительная часть врачей практикуют модель оплаты по тарифу, и такие теневые тарифы сформировались, то вымогателями их уже не считают, или их так называют сотрудники других отделений или ЛПУ, где практики НП развиты меньше.

Доплачивают ли неформально пациенты, заплатившие в кассу?

Одной из задач исследования было определение зависимости распространенности и размеров НП от формальных условий предоставления пациентам медицинской помощи. По мнению большинства респондентов, пациент, легально оплативший свое лечение в кассу медицинского учреждения, или имеющий полис добровольного медицинского страхования, не осуществляет никаких неформальных платежей. В лучшем случае, в знак благодарности, могут делаться небольшие подарки в виде конфет, коньяка, цветов и т.д. То есть, плата-благодарность может дополнять оплату медицинской помощи, произведенную путем оплаты в кассу медицинского учреждения или приобретения полиса добровольного медицинского страхования.

По словам руководителя страховой компании, были случаи, когда с пациентов, получающих лечение по добровольному медицинскому страхованию, брали неформальные платежи, *«но мы пытаемся это приостановить. Мы говорим: «Если Вас госпитализируют и с Вас требуют медикаменты или деньги, пожалуйста, срочно обращайтесь к нашему представителю в лечебном учреждении или звоните к нам». - Эти вопросы снимаются мгновенно. Это бывает так потому, что администрация больницы не выплачивает деньги врачам, которые ведут больных по добровольному медицинскому страхованию. Не везде это оплачивается, мы с этим встречались».*

Вместе с тем респонденты отмечали, что больные платят сверх оплаты услуг, произведенной в кассу, в следующих случаях:

- цена за операцию, уплачиваемая в кассу, не обеспечивает адекватного вознаграждения врачей и возмещения расходных материалов; существуют отделения, в которых *«есть официальная плата, но еще обязательно идет неофициальная доплата за операцию»*; при этом используются модели платы по тарифу и платы по возможности;
- больные отдают себе отчет в том, что их лечащий врач не получит почти ничего из суммы, заплаченной ими в кассу, и предлагают врачу дополнительное вознаграждение; при этом формальный платеж дополняется неформальной платой-благодарностью;
- условия оказания медицинской помощи не различаются для тех, кто заплатил в кассу, и кто получает ее бесплатно; например *«заплатила за платные роды, а она*

лежит на тех же койках, где бесплатные роды, и как не было лекарств их и нет; если не дай бог какое-то осложнение, с нее требуют все равно лекарство»; в такой ситуации НП производятся в форме приобретения лекарств, и могут также применяться все модели неформальной оплаты медицинских услуг, представленные выше;

- предметом НП становятся дополнительные услуги, например массаж, не предусмотренные в договоре, между пациентом и медицинским учреждением.

Таким образом, легальная оплата медицинской помощи не является гарантией отсутствия последующих неформальных платежей. Как сказал заведующий хирургическим отделением одной городской больницы, пациенты, которые лечатся за счет добровольного медицинского страхования, *«дополнительно уже ничего не платят. Пока. Но если зарплата врачей останется на прежнем уровне, то они начнут заставлять пациентов платить»*.

Врачи указывают, что практика НП сверх оплаты услуг через кассу очень распространена в Москве: *«Многие, кто едет в Москву, все равно доплачивают врачам, так или иначе. Даже, если это платная услуга. Причем приличную сумму. Мой приятель ездил. Довольно сложная сосудистая операция. Он доплатил за нее 2,5 тысячи долларов. «Лежу после операции, - рассказывает он, - Идет анестезиолог, я ему еще 150 долларов дал, потом идет хирург, с таким же мотивом. И ему дал. И санитарке той же, которая все время забывает мне поменять полотенце»*».

Можно было бы ожидать, что НП нет в частных медицинских организациях, - в них врачи получают гораздо большую зарплату, а их руководители заинтересованы в недопущении такой практики и стараются жестко пресекать попытки неформальной оплаты. Тем не менее, во всех исследованных нами частных медицинских организациях неформальные платежи существуют: *«Массаж, это неконтролируемое место. Иглорефлексотерапия. Стоматология – неконтролируема»*.

Что получит больной, который не может или не хочет платить?

Как показывают проведенные интервью, неформально платит за медицинские услуги в исследуемых регионах лишь часть пациентов. Эта доля колеблется в зависимости от типа медицинского учреждения и специализации отделений, но нигде не составляет 100%. Возникает естественный вопрос, существует ли разница в объеме и качестве услуг, предоставляемых пациентам, которые не платят медицинским работникам в руки, по сравнению с пациентами, которые доплачивают неформально?

Подавляющее большинство опрошенных уверяло, что отношение к больному, который не согласился на предложение заплатить неформально, или сам не предложил медицинским работникам деньги, не изменится: он получит услуги того же качества. Приведем несколько типичных высказываний. *«Я всегда делаю работу качественно, что обещали мне заплатить, а что нет. Что тысячу рублей он мне даст, что вообще не даст. Я не могу сделать хуже»*, - утверждает акушер-гинеколог, которая при этом ответила, что редко получает неформальные платежи. *«Не заплати деньги, мы будем так же лечить, - говорит врач-реаниматолог. - Я себя не переделаю. Я не могу стоять и смотреть, что у больного ухудшение, а родственников нет. Здесь в основном такие врачи. Но есть и другие»*. *«В глазах медсестры все равны: платные, бесплатные, - считает старшая медицинская сестра хирургического отделения крупной больницы. - Если человек болен, его надо лечить, если у него температура, значит ее надо сбить, если началось кровотечение, значит его надо класть на операционный стол и искать причину кровотечения. Не важно, платный он или бесплатный. В эти минуты никто не вспомнит - платный он или бесплатный»*.

Однако из ответов респондентов на другие вопросы следовало, что если больной не платит, когда ему об этом прямо сказали или намекнули, то он рискует:

- вообще не попасть в больницу;
- быть помещенным в самую густонаселенную палату;
- не получить необходимых современных лекарственных препаратов; пациента будут лечить теми дешевыми препаратами, которые больница смогла приобрести;
- быть прооперированным по устаревшей технологии, требующей больше времени на выздоровление и имеющий больший риск осложнений;
- быть прооперированным наименее квалифицированным хирургом или практикантом;
- получить не самый современный наркоз, после которого пациент будет чувствовать себя хуже в сравнении с последствием новых препаратов;
- не получать достаточного внимания врача, медсестер и нянечек.

В качестве иллюстрации приведем несколько высказываний интервьюируемых. По словам одного из работников органа управления здравоохранением, *если у больных нет денег на операцию, то «для них есть бюджетные хирурги, «гуманитарные». Это хирурги более низкого качества. Молодые хирурги, или не пользующиеся спросом. Или хирурги предпенсионного возраста. Здесь все очень индивидуально. Но за некачественную операцию можно расплатиться здоровьем. Хотя если человек заплатил, он совершенно ни от чего не гарантирован».* «Я могу сказать, что такие платежи как-то обостряют чувство ответственности перед человеком, - утверждает другой респондент. - Если уж так получилось, что он заплатил, то ты готов за ним не только наблюдать, но и подсказать, и поправить, а может какие-то огрехи от проведенной работы вдруг остались - и их исправить. Вообще ответственность за работу повышается». Характеризуя положение дел в гинекологическом отделении одной из больниц, врач, работающий в другом отделении, сказал так: *«Там к тебе врач лишний раз не подойдет, если ты не заплатил. Если он материально не заинтересован. Я это просто знаю, потому что у меня мама лежала в гинекологии. ... Они не могли в нашей больнице к ней нормально отнестись, пока я не пошла, не взяла за руку врача и не отвела его в палату. Я знаю этих врачей, я общаюсь в этих кругах. У них в гинекологии и хирургии нормы уже сложились, и они их не меняют, даже если речь идет о знакомых или коллегах».* И вот еще одно афористичное высказывание: *«Если врача заставят жить на одну зарплату, он просто не подойдет к больному».*

3.2. Перераспределение неформальных платежей среди медицинского персонала

Проведенное исследование позволило убедиться в том, что в медицинских коллективах имеет место перераспределение доходов от неформальных платежей. Оно осуществляется по различным схемам, которые зависят от характера сложившихся в медицинских коллективах норм поведения, уровня доверия и взаимопонимания, а также личных стратегий заведующих отделений и врачей.

3.2.1. Перераспределение неформальных платежей по вертикали: делятся ли врачи с руководством

Проведенное исследование позволяет говорить о том, что участие главных врачей и заведующих отделений в распределении НП не исключается, но не обязательно имеет место. Главные врачи, их заместители и заведующие отделениями используют следующие альтернативные модели поведения:

- не вмешиваются в процесс и не стараются знать того, что происходит на нижних этажах; при жалобах пациентов наказывают виновных;
- частично регламентируют процесс, определяя соотношение платных и бесплатных больных (зная, что бесплатный больной - как правило источник НП), контролируя при этом прием и лечение крупного спонсора;
- не вмешиваются в процесс, но получают регулярные отчисления от неформальных платежей.

Одни (и их большинство) убеждены в том, что главные врачи не имеют мзду от НП, и им гораздо безопаснее зарабатывать, используя практику легальных платных услуг: *«Главные врачи сейчас имеют очень хороший доход от платных услуг. Официальный. Поэтому в неофициальных доходах они не так заинтересованы, - убежден один из руководителей здравоохранения области. - Может быть кто-то там занимается этим, но у нас не было таких вопросов. По платным услугам главные врачи получают больше своего оклада иногда в 3-5 раз. Потому что по калькуляции платных услуг 40 % идет на исполнителей, 10 % - на управленческий аппарат. Главный врач имеет с этого свой процент. ... Поэтому рисковать ему совсем не имеет смысла»*, - свидетельствует один из респондентов.

Главные врачи крупных городских больниц, благодаря своему статусу и социальным связям имеют, как правило, свой бизнес или продолжают заниматься врачебной практикой. Чаще всего главные врачи являются выходцами из хирургов, что позволяет им иметь собственные доходы и не вступать в отношения «дележа» с заведующими отделениями. Некоторые из главных врачей имеют собственный бизнес, например фармацевтический, что позволяет им быть богатыми людьми и не зависеть от тех денег, которые им могут отдавать заведующие, хотя данные интервью не позволяют делать в данном случае однозначных выводов: *«Делятся заведующие с главным врачом или не делятся - все зависит от главного врача, - убежден один из респондентов. - Но то, что место заведующего отделением стоит 15 тысяч долларов, которые надо отдать главному врачу, это я знаю. Все хотят быть заведующим отделением, потому что там можно заработать деньги. И ты имеешь конкретную власть. Относительно главного врача больницы X. Это только разговоры, что он берет деньги с заведующих. Если бы он с них брал, ему бы было некогда делать свои деньги. А у него лесопильные заводы, аптеки, ему просто некогда. Он очень богат, ведет себя независимо, как может себе позволить или богатый, или совсем нищий человек. Даже если он уйдет из этой больницы – он не пропадет. А другие главные врачи – берут. Вот другой главный врач У берет. Он это место купил. У него жена в торговле. У нас вообще в городе союз медицины и торговли очень продуктивен Все покупается. Но все равно, у главных врачей - свой доход, своя жизнь»*.

Меньшая часть респондентов, однако, убеждена в том, что процесс распределения теневых выплат касается также и главных врачей, что явно сдерживает их активность в контроле за распространением практики НП.

Заведующие отделениями, согласно полученным результатам, также ведут себя по-разному, демонстрируя, как правило, несколько возможных стратегий:

- берут деньги с врачей и делят их в коллективе, придерживаясь определенной схемы;
- берут деньги с врачей, не придерживаясь определенной схемы;
- не берут денег с врачей, за исключением средств на нужды отделения, предпочитая собственные неформальные заработки;
- являются противниками распределения НП из-за боязни подорвать свой авторитет.

Одной из наиболее распространенных схем распределения НП по вертикали является распределение по фиксированной доле. Размер доли отражает оценку вклада каждого медицинского работника в получение НП. При этом доля оперирующего или лечащего врача достигает обычно 50%. Заведующий отделением получает 10% «за прикрытие», если он сам не участвовал в лечении больного. *«Он может и не принимать участия в операции – все равно получит 10%, потому что он руководитель..., и все шишки получит он в первую очередь».*

Вот как эту схему описывает одна из врачей - терапевтов городской больницы: *«Когда все знают, что я получаю деньги от больного, то половину из них я беру себе. 10 % берет заведующая. А все остальное делится между сотрудниками, медперсоналом: сестрами и санитарками. Вроде как это честно. 20 % или около, должна получать медсестра, обслуживающая больного непосредственно. Но у нас все постоянно меняется, и медсестры практически на пятерых делят эту сумму. Хотя у нас суммы конечно маленькие, по сравнению с хирургией и тем не менее. По капельке что-то собирается. В хирургии, я знаю, действует такая же схема, мы с ними советовались, прежде чем начать так делить. Правда, у них, процент, идущий медсестрам, ниже, потому что у них платежи выше. Это не только в нашей больнице так. И в других больницах города все происходит похоже. Но я повторяю - это только в том случае, если они знают, что этот больной идет у меня платно, если нет - я ни с кем не делюсь».*

Данная схема действует как в хирургических, так и терапевтических отделениях и достаточно распространена в обследованных городских больницах. Она воспринимается врачами как достаточно честная и справедливая, ведь интересы каждого участника процесса учтены. По косвенным высказываниям можно заключить, что подобной схемой пользуются как минимум 30% врачей, получающих НП.

Помимо данной схемы действует также «рабская», по оценкам респондентов, схема вертикального распределения, согласно которой заведующий отделением может забирать не 10%, а иногда все деньги «через раз», имея возможность допускать или не допускать хирурга до операции: *«Есть заведующие, которые берут 10%, но это еще по-божески. Могут и по-другому, - размышляет в своем интервью один из хирургов. - Это смотря какой заведующий. Значит, плохой заведующий, если останавливается на этом проценте, сильно боится. А можно через раз все забирать. Ведь заведующий может кого-то пустить на операцию, а кого-то не пустить. 10 % - это цивилизованно».*

Частота применения данной схемы до конца не ясна, но можно предположить, что чаще всего она встречается в хирургии, где объем НП выше относительно других направлений, и где именно от заведующих отделений зависит допуск врача к той или иной операции.

В то же время в терапевтических отделениях возможна модификация данной схемы в том случае, если заведующий отделением сам принимает участие в лечении больного, например, консультируя лечащего врача: *«Заведующий в этом случае ведет*

больного вместе с врачом. Тогда он имеет право на любой процент. Если заведующий не принимает участия, а просто не замечает, то тогда он получает 10%».

По оценкам самих заведующих отделениями, в их подразделениях наиболее распространена практика распределения НП, при которой заведующий отделением контролирует сам факт получения - неполучения денег, но долевого участия в этом не принимает по двум основным причинам - боится огласки и имеет возможность заработать сам. В этом случае он отдает право врачам самим разбираться в дележе заработанных денег, иногда направляя этот процесс таким образом, чтобы не были обижены медсестры и санитарки, если у него нет возможности формально им доплатить.

Довольно высока среди заведующих доля тех, кто принципиально не вмешивается в распределение НП, «не замечая» происходящего, и занимается врачебной деятельностью, используя максимально свое профессиональное лидерство и этим как бы освобождая других от необходимости делиться деньгами, но косвенно влияя на возможность заработать другими: *«Как правило, врачи не делятся с заведующими, - считает один из руководителей органов управления здравоохранением. - Почему? - Потому что у нас заведующий - всегда ведущий специалист. И наиболее сложные хирургические вмешательства делает он, поэтому больные приходят и просят его. Он всем сделать не может, поэтому что-то достается и врачу. В этом есть инструмент влияния заведующего на врачей. Будешь хорошо работать – будешь оперировать. Нет – извини».*

Весьма часто мотивом невмешательства заведующего отделением в практику НП и готовность смотреть «сквозь пальцы» на происходящее, только эпизодически вмешиваясь или совсем не вмешиваясь в практику НП, является осознание того, что его работники не могут существовать на столь нищенские зарплаты. В этом смысле, его «невнимание» скорее вынужденное, так как он не может не понимать системы тех угроз, которые здесь существуют: *«Заведующий отделением иногда знает, иногда не знает про НП, но, как правило, не вмешивается в этот процесс, - убежден один из респондентов. - Просто он добродушно настроен к нам, и хочет, чтобы мы не бедствовали, да и сам, я думаю, себя не обделяет. Но, по крайней мере, своими способами себе деньги зарабатывает, нас не обдирает. Какой-то системы или иерархии, что бы этому столько, а другому иначе, у нас нет».*

Наряду с практикой невмешательства активно оперирующий заведующий отделением не просто отказывается от выплат со стороны врачей в свой карман, но сам доплачивает из своих доходов от НП старшей медсестре и другим медсестрам, дабы избежать излишних конфликтов: *«Заведующий может договориться о распределении денег со своей старшей медсестрой в отделении. У них много интересов, сталкивающихся друг с другом. Поэтому им проще договориться. Заведующему проще своей медсестре выплачивать какую-то сумму, чем ждать от нее подвохов», - считает один из ответственных работников органов здравоохранения. В данном случае поток денег как бы изменяет свое направление - не к заведующему, а от него, ради стабильности в коллективе.*

Таким образом, заведующие отделениями практикуют различные схемы распределения НП, начиная с фиксированного долевого распределения и заканчивая отказом от вмешательства в данную практику. Подобное многообразие не случайно, так как только учет всего комплекса факторов может обеспечить устойчивость врачебного коллектива, рисковать которой согласны очень немногие из руководителей.

3.2.2. Перераспределение неформальных платежей по горизонтали: делятся ли хирурги со своей бригадой и медсестрами

Нормой среди практикующих врачей, которой придерживаются «наиболее порядочные из врачей», является правило, что врач обязан поделиться с медсестрой своими НП. *«Я не признаю, как и большинство врачей, когда кто-то, работая в коллективе, получает эти неформальные платежи и только себе их кладет в карман. Потому что в любом медицинском учреждении работает целый коллектив и один может получать неформальные платежи от пациента, а другой не может. Деньги должны распределяться между всеми сотрудниками, но по труду. Это и будет справедливо».*

Мотивируя необходимость делиться, многие врачи отмечают как бы две стороны вопроса: этическую и прагматическую, иногда эти два побудителя действуют одновременно: *«Хирурги обычно делятся все-таки с анестезиологом, с операционной сестрой, с ассистентом, потому что ведь от них не скроешь своей заинтересованности. Естественно, хочешь заинтересовать и коллег»,* - замечает один из хирургов.

Там, где последствия вмешательства зависят от бригады, принцип дележа, по мнению большинства врачей, является вполне оправданным по этическим, но прежде всего по прагматическим основаниям: *«Если говорить о реальных деньгах, которые условный пациент принес врачу за работу, как вознаграждение, то следует помнить: врач ничего не делает один. Если он идет в операционную, то у него есть ассистент. Ассистент точно такой же человек. Тем более врач, который всю жизнь зарабатывал деньги своим каторжным трудом, это не бандит с большой дороги. Он обязательно уважает своего помощника. Значит, так или иначе это вознаграждение делится. Очень многое зависит от анестезиолога. Потом есть операционные сестры. Инструмент у нас безобразный. Ты можешь получить на свою суперхорошую операцию суперплохой инструмент, если ты не отдашь ей какую-то толику. Тебе могут дать хороший инструмент, зная, что у тебя калымная операция. Любая большая сумма она тут же ополовинивается. Если человек получает деньги, он в обязательном порядке делится со всей своей бригадой. Иначе этой бригады не станет. Она просто разойдется и под любой маркой ему откажет. Заболеют, поднялось давление, болит зуб и т.д. Вдруг случайно попадет плохой инструмент, он ведь все биксы не вскроет. А медсестры знают, где что. И так везде. Я бы сказал, что человек, который зарабатывает деньги, он дает их зарабатывать другим, и отношения в бригаде очень ценит. Никто никогда его не подведет. Но он должен делиться обязательно».*

Вероятность распределения платежей возрастает также в случае экстренности операции, когда оперирующий хирург заинтересован в том, чтобы с ним работали определенные люди в тандеме: *«Есть хирурги, которые берут деньги от операций только себе. Есть хирурги, которые делятся, вплоть до операционной сестры, санитарки. Эта бывает чаще, когда есть экстренность в операции. Вот он прибежит в отделение договориться, и потом скажет: «Я предоставлю оплату». Тут, конечно, все согласны помочь»,* - замечает в своем интервью старшая медсестра операционного блока.

Как показывают материалы интервью, большая часть респондентов считает оправданным существование практики распределения НП. Одновременно, как показывают материалы интервью, не следует думать, что распределяются все НП, попадающие в руки врачей или медсестер. Скорее речь может идти о распределении лишь части НП, в то время как другая их часть просто скрывается, чтобы повысить объем личных доходов. То, что такая практика существует, указывают некоторые реплики

врачей, относительно лояльно относящихся к тому, что далеко не все деньги распределяются между врачами и медсестрами. При этом около трети врачей предпочитают вообще не делиться своими неформальными доходами с коллегами.

Формы распределения

Практика распределения НП может осуществляться под действием разных правил и принимать разнообразные формы.

Весьма распространенными являются следующие формы:

- распределение по фиксированной доле;
- общий котел на нужды отделения;
- дележ по возможности;
- компенсация услугами.

Распределение может происходить только среди членов операционной бригады, а может осуществляться между всеми сотрудниками отделения, участвующими в лечении плативших пациентов.

Распределение по фиксированной доле: средства распределяются по относительно стабильным пропорциям, отражающим представления о соотносительной значимости для лечебного процесса деятельности разных категорий медицинских работников. Вот как это происходит при распределении среди членов операционной бригады: *«Врач, будучи честным человеком, отдает часть денег анестезиологу, сестре, санитарке, заведующему – тем, кто помогал. Он делится по справедливости, но не так, как через кассу, что он только 30% получит. Справедливо хирургу оставить себе 70%. Потому что он его и нашел, и прооперировал, и вылечил»*. Там, где коллектив отделения сплочен, применяется схема «общего котла»: средства от НП складываются, и накопленная сумма распределяется между сотрудниками отделения, как участвующими в оперативных вмешательствах, так и оказывающими пациентам другие услуги.

Вот как эту форму распределения комментирует один из заведующих отделением: *«У нас в коллективе есть определенное внутреннее положение, которое в общем-то я считаю, нормальным. Оно помогает распределять деньги в процентном отношении. Оперировавший доктор, непосредственно сделавший операцию, получает 40%, анестезиолог – 15%, сестра-анестезиолог – 5%, операционные сестры – 10%, заведующий отделением тоже 10%. ... Санитарочки, медсестры – все получают определенный процент. Это мы своим коллективом разработали такую примерную схему распределения денежных средств»*.

Может существовать определенная очередность выплат из общего котла, согласно которой в первую очередь выплачиваются деньги медсестрам, когда сумма накопленных в общем котле средств достигает величины, соответствующей доле медсестер в прогнозируемых за некий период времени (месяц, или квартал) общих поступлениях от НП. Затем уже поступающие до конца этого периода деньги делятся уже между врачами. Один из респондентов описал эту схему так: *«У нас как принято: получила деньги за операцию - отдай в общий котел. А не так: прооперировала, деньги в карман сунула и побежала. Нет. У нас такого нет. У нас коммуна такая. Вот у нас как. На медсестер, допустим, столько-то процентов, за месяц накопили сумму, допустим, 10 000 со всего, отдали им в первую очередь, назарабатывали еще денег - вот это уже нам»*.

Не всегда, но иногда, деньги, которые делятся из общего котла, учитывают фактическую величину вклада каждого, участвующего в лечении больного: *«Был случай. Поступил тяжелый больной. Нам дали деньги и сказали - сделайте все возможное. Если вылечите - получите еще. Эти деньги получали все: и сестры и врачи. Но мы смотрели, кто лучше работает, а кто хуже. Врачи примерно одинаково получали, а сестры поменьше. Но все рвались дежурить. Мы больного спасли. Люди доставали из кармана какие-то катетеры, волновались, делали все возможное. За эти 100-200 рублей в сутки, (больше не получалось ни врачу, ни сестре). Это продолжалось примерно две недели. Потом еще врачи получили по 500 рублей, в том числе хирург. Это был общий котел. Нам это понравилось».*

Общий котел на нужды отделения: НП объединяются и накапливаются для осуществления расходов на нужды всего отделения. Неединичными являются случаи, когда врачи, стремясь сделать достойные условия для себя и больных, используют практику накопления платежей и взносов спонсоров, для осуществления дорогостоящего ремонта или приобретения мебели для отделения. Один из заведующих отделением в своем интервью рассказывает: *«Мы поступаем следующим образом. Один там пять тысяч дал, второй – пять тысяч, третий – пять тысяч. Мы эти деньги перечисляем сразу же в строительную организацию, которая делает ремонт. Они дают нам расписку. А когда накопилось пятьдесят тысяч, то они уже выполняют нам работу. Или бывает так: мы им счет, – а они нам оплачивают. Получается, финансовая-то сторона юридически может быть и не совсем легальная, но мы деньги себе не берем. Это точно: не берем!»*

Дележ по возможности: размер средств, которыми получатель НП делится с другими членами операционной бригады, сотрудниками отделения или передает на общие нужды всего отделения, зависит от величины НП. Чем меньше неформальный платеж, тем большая доля от него достается врачу: *«Величина выплат бригаде зависит от того, что он получит. Если у него нет предварительной договоренности, и он может получить тысячу, он дает одну сумму, если две тысячи, – он отдает побольше»,* - считает заместитель главного врача по акушерству и гинекологии одной из клиник.

В том случае, если выплаты совсем невелики, практика распределения приобретает еще более ситуативные характеристики: *«У нас в основном операции платные. Но бывает так, что делаем операции бесплатные. И больные дают ... рублей 500, 1000 рублей, кто сколько может. Вот эти деньги мы делим между операционной бригадой, между собой, процентов каких-то у нас нет, по случаю»,* - делится своим опытом один из заведующих отделением.

Компенсация услугами. Наряду с практикой распределения денежных выплат действует также практика, при которой медсестер и санитарок благодарят не деньгами, а услугами, или дают им возможность поместить своего родственника или знакомого в отделение и предоставят ему услуги бесплатно: *«В этой больнице я никогда никому из персонала не отказал ни в госпитализации, ни в помощи. Каждый человек, который у меня работает, всегда может ко мне подойти. Если у меня переполненное отделение, то я ему скажу: «Придите завтра или в 6 часов вечера, я обязательно помогу». Это правило действует для всех, включая медсестер и санитарок. Для них я это делаю в первую очередь»,* - замечает в своем интервью один из заведующих отделений.

Согласно данным интервью, наиболее распространенными формами распределения НП по горизонтали являются распределение денег по фиксированной доле, причем преимущественно только между членами операционной бригады, и дележ по возможностям. При этом в одном отделении, как правило, действует одна схема распределения, «наиболее любимая», что не исключает того, что отдельные хирурги

могут ее не придерживаться. Однако они должны иметь имя и заработать себе право поступать в разрез с принятыми нормами.

Действующие практики распределения НП в реальности, видимо, еще шире, но даже приведенные примеры позволяют заметить, какой сложный калейдоскоп они образуют. Тот факт, что НП носят незаконный характер, а потому часто скрываются, дает возможность существовать разным практикам распределения НП. Они складываются в зависимости от принятых в коллективе норм, степени сплоченности этого коллектива, а также от индивидуальных стратегий заведующих отделениями и врачей.

Важная роль в «приживаемости» тех или иных практик вновь принадлежит заведующему отделением, который, при условии моноцентричной власти в отделении, способен поддержать или разрушить любую из действующих практик. Как правило, заведующие отделением не отказываются регулировать практику перераспределения в «общий котел», но при других схемах они имеют меньшее влияние на процесс распределения. В этом случае она строится по логике личных предпочтений каждого, что нередко сопровождается конфликтами, которые носят «тихий характер». Некоторые из врачей не делятся с коллегами или делают это эпизодически, что не приветствуется коллективом. В целом можно говорить о том, что практика распределения платежей, имея разнообразные формы, во многом зависит от частоты и объема этих платежей. Чем более представлены эти платежи, тем в большей степени можно ожидать, что будут действовать фиксированные схемы.

Ситуации отсутствия распределения неформальных платежей

Как уже отмечалось выше, часть респондентов (около 1/3) настаивает на том, что распределение платежей не осуществляется вовсе, или оно встречается столь эпизодически, что вызывает обиды между врачами и медсестрами. Игра за самого себя остается здесь решающим принципом: *«Кухонные разговоры есть, то есть пошушукались и разошлись, каждый занимается своими делами. Коллективного подряда в этом смысле нет, каждый играет сам за себя и все»*. Существуют целые отделения в больницах, где распределение платежей между врачом и медсестрами просто не принято, и медсестрам не дается права обсуждать и оценивать действия врача по поводу НП: *«У нас такое правило: не важно, кто и сколько из врачей заработал на свой карман. Сестры не имеют к этому ни малейшего отношения. Это не их дело. Конечно, они говорят, обсуждают, но это линия, которую они переступить не могут»*, - говорит одна из старших медсестер.

Некоторые из респондентов считают, что делиться полученной от пациентов неформальной оплатой – значит «баловать сестер»: *«Я не балую сестер и не даю им денег. Зачем это делать? Они начнут конфликтовать между собой, кому меньше кому больше... Я им могу помочь в решении их других проблем, например найти квартиру, воспользовавшись своими связями. Не всем это нравится, но тем, кому это не нравится, могут уйти, я быстро смогу найти других»*, - замечает в своем интервью один из хирургов- «звезд».

По оценкам респондентов, встречаются хирурги, которые отказываются делиться не только с медсестрами, но и с врачами анестезиологами, что приводит только к одному - к появлению практики неформальной оплаты членов операционной бригады по отдельности: *«Между хирургами и анестезиологами нет контакта, хотя вместе участвуют в операции. Каждый сам по себе. Анестезиологи, реаниматологи играют большую роль в операции, но хирурги не считают нужным с ними делиться. Каждый тянет на себя»*, - замечает одна из опрошенных.

Помимо индивидуального выбора врача, отсутствие выраженной практики распределения НП, может объясняться и существованием практик отдельной неформальной оплаты услуг врачей и услуг медсестер. Это имеет место чаще всего там, где родственники пациентов заинтересованы в более внимательном отношении к ним медсестер и согласны платить за их услуги отдельно. Например, в реанимационных, ожоговых, травматологических, кардиологических отделениях и в других случаях, когда речь идет о тяжелом больном, который нуждается в специальном уходе.

Материалы интервью позволяют говорить о том, что отказ от распределения денег может происходить потому, что у медсестер и врачей существуют разные «коридоры» для выплат, но иногда врачи переоценивают возможность медсестер получать деньги самостоятельно с больного, или даже закрывают такую возможность, что нередко приводит к конфликтам и недовольству сестер: *«Все, что касается ухода за больными, все делает сестра. Санитарка может подать судно, все остальное - сестра. Подмывания, швы. По уши во всем этом - сестра. Тот, кто себе взял, объяснил пациенту так, что все оплачено. Сестры ничего не получают. Хорошо, если в двух отделениях нашей больницы делается все, как положено. В остальных - нет. Поэтому сестры недовольны врачами и часто между собой высказывают эти обиды»,* - убеждена одна из главных медсестер больницы.

Существуют ли конфликты по поводу распределения НП?

Непонимание врачами того факта, что с медсестрами тоже необходимо делиться, приводит к тому, что медсестры даже начинают «искать правду» у вышестоящих начальников, однако те не всегда имеют рычаги для влияния на складывающуюся ситуацию: *«Больные тактичны и редко обращаются с какими-то жалобами, но тем не менее сейчас с жалобами уже обращаются медицинские работники, я имею в виду медсестер. Когда они четко знают, что врачи получают неформальные платежи, за оперативное вмешательство. Больные говорят: «Я уже доктору заплатил». В этом случае сестры начинают обращаться к главному врачу, к администрации и говорить: Мы ведь тоже оказываем услуги больному, обеспечиваем уход за ним, ведем лечебный процесс. Почему нам ничего не достается? Поэтому возникают конфликты между врачами и сестрами. Там, где эти вопросы решены, там все работают и все довольны»,* - замечает в своем интервью одна из руководителей органов здравоохранения.

Стремление сделать процесс распределения НП прозрачным и определенным, что особенно характерно для среднего медперсонала, свидетельствует о том, что многие скрытые и открытые конфликты в коллективе связаны именно с неудовлетворенностью тем, что не существует равенства неформальной оплаты услуг одних и других, учитывающей реальные трудозатраты, а не желание или отношение того, кто ими делится. Это приводит к тому, что заведующие отделением вынуждены порой ради сглаживания конфликтов прибегать к перераспределению официальных доходов от платных услуг в пользу среднего медперсонала, чтобы таким образом обеспечить хотя бы видимость справедливости и учета трудозатрат прежде всего медсестер и нянечек.

Среди младшего и среднего медицинского персонала присутствует ценность «оплаты по труду», что усиливает горизонтальный контроль за практикой распределения НП, иногда приводя к повышенным требованиям к врачам по поводу более справедливого учета в выплатах вклада медсестер и нянечек врачами. Некоторые из респондентов отмечают повышенную требовательность медсестер к распределению НП, что приводит к тому, что они ставят перед врачами требования о необходимости выплат за уход и осуществление медицинских манипуляций: *«В других отделениях есть ситуации, где*

медсестры требуют, чтобы с ними поделились. Когда единичные случаи, сестры относятся терпимо, а когда это система, – они предъявляют свои права. Потому что их участие в выхаживании больного велико». Но в целом, большинство респондентов отмечает, что медсестры не демонстрируют агрессивных форм поведения по отношению к врачам, потому что «они не избалованы и довольны любым деньгам, которые сверх того зарабатывают».

Уровень конфликтности, которым сопровождается практика распределения НП, не оценивается респондентами однозначно. Одни, и их большинство, убеждены, что конфликтов по поводу распределения НП они не знают, так как это очень «скрытная практика»: *«Ни разу я не слышал о конфликтах по поводу дележа денег. О серьезных конфликтах...»,* - замечает в своем интервью один из субъектов управления здравоохранением. – *Безусловно, у медсестер возникает внутренне чувство обиды, но это не выходит за рамки внутреннего недовольства. Практики, чтобы они требовали выплат от врачей, нет».*

Видимо, отсутствие выраженных конфликтов по поводу НП определяется многими факторами, но в данном случае, отчетливо проявляется действие невидимой нормы - «не следует свое недовольство выносить вовне». То, что эта норма действует, указывают и другие позиции, высказанные в ходе интервью, и особо подчеркиваемые медсестрами - *«мы эти обиды обсуждаем между собой, но до врачей это доносить не принято».*

Одновременно материалы интервью позволяют говорить о том, что эти нормы действуют не всегда и не во всех коллективах. Более трети респондентов склонны согласиться с тем, что конфликты по поводу распределения НП существуют, иногда принимая локальный, а иногда даже широкий характер. Респонденты указывают на то, что поводом для подобных конфликтов является недовольство медсестер тем, как идет процесс распределения НП. Однако, учитывая то, что главные врачи, судя по их репликам, склонны весьма жестко разбираться с подобными конфликтами по поводу НП, многие отделения предпочитают не раздувать конфликтов и по мере возможности идти на взаимные уступки в ходе их разрешения.

В материалах интервью можно встретить высказывания, свидетельствующие о том, что иногда врачи осознанно настраивают больных против медсестер, чтобы не просто не поделиться своими платежами, но даже сократить собственные платежи медсестер, которые им поступают от больных, отдельно от врачей: *«Сестра не заявляет себя как профессионал. Она выполняет назначения врача. Ее как отблагодарят, так и хорошо. Иногда больные настолько распускаются, что сестре не верят и спрашивают: а что Вы мне вводите? Это из-за врача, который, доказывая свое внимание больному, пишет ему записки, где указывает время уколов с минутами. Зачем минуты-то указывать. Этим врачи себе набивают цену, создают себе имидж, делая медсестру виноватой неумехой. Они окружают заботой больного. И постоянно дергают сестру. Поэтому недовольство у сестер есть. У врача все просто, он прооперировал и сделал назначение, а потом он приходит в обход и только наблюдает больного. А остальное все делает сестра. Кто же судно вынесет или повязку наложит, кроме нее? Кто укол сделает? А этого не замечается. Он сделал и ладно. А дальше он к больному только подходит и внимание демонстрирует. Сестра все делает, а врачи этого замечать не хотят, даже больных против медсестер настраивают».*

Видимо, следует признать, что конфликтная и бесконфликтная практики существуют одновременно, преобладание одной над другой может достигаться разными способами. Можно предположить, что отсутствие напряжений связано с тем, что в неконфликтных коллективах выработаны иные схемы распределения НП. Отдельные позиции респондентов, высказанные в ходе интервью, позволяют говорить о том, что более эффективной для снятия действующих конфликтов, является схема распределения

платежей «по принципу фиксированной доли» или другие договоренности, устраивающие каждую из сторон: *«Существуют разные правила распределения НП, кое-где принято делиться, а кое-где – нет, - убежден один из субъектов управления здравоохранением, - Где-то есть договоренности между врачами и медсестрами, где-то их нет. Там, где договоренности не достигнуты, – возникают конфликты».*

Не менее важная роль в снятии таких конфликтов принадлежит заведующему отделением, который может серьезно вмешиваться в эту практику, но заставить делиться тех, кто не согласен делиться, он все-таки не рискует, в том случае, если встречает сопротивление со стороны врача. Особенно это касается классных специалистов, которые «делают имя отделению» и могут себе позволить вести себя так, как они считают нужным.

Мизерные официальные оклады медицинских работников создают высокую готовность получения НП, а коллективные нормы и правила как бы не успевают за действующими практиками, что предопределяет в их функционировании очень большой вес индивидуальных стратегий, зависящих от личности врача. Весьма показателен тот факт, что уникальные врачи, владеющие технологиями мирового уровня, могут позволить себе не подчиняться правилам, установленным заведующим отделением, предпочитая формировать эти правила, исходя из собственных представлений и навязывая их другим. Однако правила, внедряемые с позиции «силы», весьма неустойчивы и вызывают большой уровень недовольства.

3.2.3. Регулирование распределения неформальных платежей среди среднего и младшего медицинского персонала

Наряду с распределением платежей между членами операционных бригад, между врачами и медсестрами, действуют также определенные схемы распределения выплат медсестер между собой, а также медсестер и санитарок. Как правило, свои нормы дележа денег формируются там, где медсестры и нянечки имеют отдельные выплаты за выхаживание больных. Например, в кардиологических, травматологических отделениях, ожоговых центрах и т.д.

Тяга к справедливости среди среднего медперсонала выражена очень сильно, так же, как и сильнее действует горизонтальный контроль, что в определенной степени обуславливает некоторую специфику действующих здесь правил. Они более жесткие и тяготеют к фиксированным схемам или к распределению по типу «общего котла».

Прежде всего, по оценкам респондентов, практика распределения НП среди медсестер и нянечек может как регулироваться, так и не регулироваться старшими медсестрами в отделениях. Регулирование этих платежей медсестрами осуществляется в тех отделениях, где медсестра не занимает непримиримой позиции по отношению НП у медсестер и нянечек. Весьма часто именно старшая медсестра регулирует, кому предложить индивидуальный пост, однако получить ясной информации о том делятся ли при этом с ней медсестры, нам не удалось. Можно предположить, что здесь действуют разные сценарии.

Если старшая медсестра не получает выплат от заведующего отделением, то высока вероятность того, что деньги поступают от медсестер «за право иметь НП», если же выплату старшей медсестре обеспечивает заведующий отделением, то это уже зависит от личных установок старшей медсестры.

Правила распределения денег между медсестрами повторяют в основном правила распределения этих денег, принятых в данном отделении. Весьма парадоксальный факт,

вскрытый в исследовании - иногда именно медсестры корректируют размер выплат за услуги, а врачи считают вполне возможным обсуждать это со своими медсестрами, которые иногда и осуществляют процесс переговоров, как лица непосредственно и ежедневно общающиеся с больными: *«Скрыть сложно от медсестер, что больной дал дополнительную плату врачу, ибо они советуется именно с медсестрами, – а нормально ли я дал, не продешевил ли?»*

Более половины опрошенных респондентов убеждены, что у медсестер существуют отдельный коридор НП, однако их величина несопоставима с выплатами врачам, и как правило, носит разовый характер, за исключением оплаты индивидуальных постов, которые рассматриваются как вполне легальный заработок, потому что медсестра занимается больным во внерабочее время, тем самым как бы снимая с себя обвинения в том, что она неоправданно перераспределяет время ухода в пользу одного, а не другого больного.

Конфликты среди медсестер по поводу распределения НП между собой существует, однако чаще всего эти конфликты связаны с несправедливостью врачей, а не с недоразумениями между медсестрами. Однако, если эти конфликты возникают, то они побуждаются тем, что медсестра, занятая усиленным вниманием к одному больному, перекладывает нагрузку по уходу за больными на других, что не всегда встречает понимание у остальных медсестер или у заведующего отделением, который весьма часто беспокоясь о бесплатных больных, вмешивается в практику индивидуальных выплат родственникам, чтобы медсестры не очень злоупотребляли повышенным вниманием к оплаченному пациенту: *«Эти левые деньги развращают медицинский персонал. Если медицинская сестра останется индивидуально с больным дежурить за 100-150 рублей (сейчас такая цена), она на своем плановом дежурстве, так как могла бы, работать не будет. Здесь реальные деньги за ночь, которые она получает наутро, а за плановое дежурство она получит когда-то в зарплату и совсем не такие деньги. 150 рублей - небольшие деньги за то, чтобы сидеть, заниматься пациентом, кормить его с ложечки, тем более она не нянечка, а профессиональная медицинская сестра, но если она получит даже эти маленькие деньги сразу в руки, это ее развратит. Я запрещаю это делать. Хотя, наверное, это есть»,* - замечает в своем интервью один из заведующих отделением.

Иногда конфликты между средним медперсоналом по поводу НП вспыхивают спонтанно и являются результатом несогласия санитарок с медсестрами или с теми, кому досталось денег от больного больше, например дневной медсестре, по сравнению с ночной: *«Если бы деньги доставались всем поровну, - все бы молчали. Но если это единицам достается, – другие их обсуждают. Вообще, все, что связано с деньгами, – все рождает ненависть: “А почему это ей досталось? Подумаешь, она дневная медсестра, а я ночная. Я тоже за ним ходила, и мне тоже надо дать». И начинают.... А никто не виноват, – это желание больного. Но все готовы брать, – иначе не выжить»,* - убеждена одна из старших медсестер крупной больницы.

Дифференциация реальных доходов при низких заработных платах воспринимается медсестрами и санитарками весьма болезненно, нередко вызывает подозрительность и обуславливает предпочтение ими таких форм распределения, которые предполагают фиксированное долевое участие или общий котел.

Формы распределения НП среди медсестер

Если обобщить действующие практики распределения НП среди медсестер и младшего персонала, то они могут быть представлены следующим образом:

- общий котел, в том числе конфет, шоколадок, тортов;
- распределение с учетом вклада, по фиксированной и свободной схемам, в зависимости от сумм;
- распределение «по совести»;
- индивидуальные платежи, не распределяемые между другими.

При распределении выплат между собой медсестры пытаются действовать по справедливости и четко наблюдают за тем, чтобы те платежи, которые включают общие усилия медсестер и нянечек, поступали бы в свой медсестринский общий котел, особенно если речь идет о продуктах: *«Со стороны сестринского состава, это я вам могу со стопроцентной уверенностью сказать - размышляет в своем интервью старшая медсестра кардиологического отделения - если что-то перепадает одной, это все кладется на общак. У врачей, кто что укусил, тот то и унес в норку. А медсестры - нет. Медсестры это спаянный сплоченный коллектив, это команда, если один оказался слабым звеном, то страдают все, и если в следующий раз будет тебе трудно, никто не подстрахует, ты будешь захлебываться работой, а тебе не помогут, хотя у некоторых будет нагрузки мало. Это особое внутреннее чувство: я свободен, я могу помочь соседней палате. Одна медсестра не управится - надо ей обязательно помочь. А если я помогала, а ты что-то там утащила, и не дала.... В следующий раз не пойдут, не помогут, а одной трудновато. Поэтому у сестер всегда все делится, смена работает - смена пользуется тем, что было принесено».*

Когда речь идет о фиксированной схеме, то в данном случае имеются в виду те платежи, которые поступают медсестрам от врачей. Как правило, это небольшие суммы, которые могут далеко не всех удовлетворить.

То, что в отдельных отделениях действуют нормы «справедливого (по совести) распределения», показывает следующая выдержка из интервью одной из старших медсестер: *«Бывало 300 рублей в сутки давали на отделение, дежурные врачи, сестры распределяли эти деньги очень индивидуально. Покупали что-нибудь для всех. Было время, не платили зарплату, мы эти деньги распределяли по 10-12 рублей между собой. На дорогу».*

Санитарки, по оценкам респондентов, могут также иметь свои собственные деньги по уходу за больными, но эти выплаты столь малы, что, как правило, они не подвергаются перераспределению. Медсестры же иногда делятся с санитарками, что зависит от *«совести медсестер».*

Несмотря на действующие жесткие формы горизонтального контроля, практика, при которой медсестры не делятся своими платежами, все же существует, но о ней сами медсестры говорят неохотно, видимо потому, что в сообществе медсестер это не приветствуется. Доля скрытых доходов от других составляет, по косвенным оценкам, не менее 50-70% от общих выплат, что свидетельствует о том, что четко отследить, кто и сколько получает денег от больных чрезвычайно сложно, даже если есть люди, сильно в этом заинтересованные. Нормы по отношению к дележу денег несколько смягчаются в том случае, если медсестра имеет детей без мужа или у нее нет возможности подработать на стороне, например уколами соседям или тяжелым больным.

В целом, более независимы от коллектива операционные сестры и сестры-анестезистки, которые получают деньги или индивидуально или из рук оперирующего хирурга, тогда как другие вынуждены жить в ситуации постоянного контроля, который иногда удается обойти.

Раздел 4. Отношение работников здравоохранения к неформальным платежам

4.1. Отношение врачей и медицинских сестер к неформальным платежам

4.1.1. Группы врачей с разным отношением к неформальным платежам

Отношение, складывающееся у врачей относительно НП, весьма неоднозначное. Среди опрошенных врачей выделяются те, кто является последовательными сторонниками НП, а также те, кто является их непримиримыми противниками. Между этими группами находится группа «вынужденных сторонников», а также группа «сожалеющих», которая могла бы быть в группе сторонников, но не имеет подобных выплат.

Последовательные сторонники

Эту группу образуют врачи, которые хорошо вписались в рынок и убеждены, что профессионализм должен иметь свою цену. Они не испытывают морального напряжения по поводу своих взглядов и достаточно открыто излагают их, видя как и все остальные, причину развития практики НП в плохой заботе государства такого высокообразованного слоя, как врачи. *«Вообще благодарность пациента - это нормально. Во всем мире благодарят врачей. В Америке, если верить книгам, тоже благодарят»,* - замечает в своем интервью сторонник НП. Как правило, эти врачи резко осуждают сложившуюся систему оплаты труда, не позволяющую жить так, как это достойно для людей их уровня.

Также именно врачи данной группы рассматривают НП как хороший побудитель для работы и профессионального роста: *«Когда неформальный платеж непосредственно идет исполнителю, то он знает, за что он работает. И если нужно, останется ночь сидеть и смотреть, как сиделка за пациентом, если нужно он просит дежурную бригаду, оставляет домашний телефон родственникам на экстренный случай, и тут же придет. За 13, 20, 40 рублей никто этого делать не будет»,* - замечает в своем интервью один из заведующих отделением.

Иногда представители этой группы рассматривают НП как необходимый ресурс для восстановления собственного здоровья, а иногда убеждены, что те, кто могут платить и ничего от этого не теряют, должны по моральным основаниям поддерживать врачей, о которых «государство просто забыло».

Весьма часто представители данной группы оправдывают свою приверженность к неформальным платежам потребностью поддерживать уровень своей квалификации, покупать медицинское оборудование и инструменты, стремлением пациентов обязательно отблагодарить врача, что, видимо, близко к реальности.

В данной группе врачей особо чувствительны к виду платежа и осуждают «стандартные благодарности», которые не компенсируют труд врача, демонстрируют неуважение к врачу: *«Нас уравнили не знаю с кем, с сантехниками, с какими-то алкоголиками. Выписал восемь больных прооперированных, после больших операций: принесли две бутылки, бутылку коньяка, бутылку водки и конфеты сраные. Я что, алкоголик? Вы понимаете, у нас считают, отблагодарили врача. Принесли ему пузырек. Вы понимаете? Это позор. Я прооперировал больного одного. Он пришел и приносит мне блок сигарет. Это, говорит, американские, «Мальборо». Я говорю: «Я не курю». Я год назад бросил курить. Он говорит: «Ну, кому-нибудь подарите». «Спасибо Вам». Это*

после пластической, серьезной операции. Я зашел в ординаторскую, ребята курят. «Нате вам, блок сигарет». «Конечно, нужно пресекать разные вымогательства, коррупцию эту. Но благодарность врачу, - это со времен Сталина еще шло».

Среди квалифицированных врачей, как правило, резко осуждается вымогательство, которое рассматривается как ультимативное требование оплаты своих услуг, в то время как плата-благодарность приветствуется, и от нее никогда не отказываются.

Однако следует признать, что эта группа весьма неоднородна по составу. В этой группе можно выделить следующие категории:

- Инициативные сторонники
- Звезды (небожители)
- Умеренные сторонники

Инициативные сторонники – это врачи, последовательно ориентированные на получение НП. Они рассматривают НП платежи как цель и смысл своей деятельности, производя иногда осознанный нажим на больного ради получения денег: *«Одно дело, когда тебе просто деньги несут, это одно, но сейчас сформировалась целая армия врачей, которые делают эти платежи смыслом своей жизни, чтобы создать себе условия. И считают это очень хорошим. Кто на это поставил жизнь, они очень хорошо живут. И рвут цветы, в гневе, которые им приносит больной, потому что хотят только одного - денег».*

Такие врачи прикладывают всевозможные усилия для получения денег от пациентов: отказывают больному в госпитализации или операции по благовидной причине, если он не гарантирует неформальной оплаты; заранее назначают таксы за лечение; убеждают больного или его родственников в том, что без дополнительной оплаты не будет качественного лечения; угрожают передать больного другому врачу или практиканту и т.д. и т.п.

Инициативных сторонников можно разделить на две возрастные группы: **молодые** и более **старшего возраста**. Молодые врачи уверены: - за здоровье пациент должен платить. Молодые чаще всего не самые лучшие специалисты, но всем своим видом скрывают это: говорят наукообразными фразами, выписывают самые современные и дорогие лекарства и стараются получить деньги за все, что только можно. Старшие коллеги их осуждают, считая, что они берут «не по чину». Инициативные сторонники старшего возраста не обязательно являются самыми лучшими специалистами, но добиваются получения неформальных платежей благодаря своим административным должностям, ученым степеням и званиям. Они часто используют рекламу в СМИ, умеют создать имидж *«недоступного корифея».*

Коллеги чаще всего относятся к инициативным сторонникам НП с пониманием и одобрением. Иногда завидуют. Осуждают редко, лишь в случаях явного беспардонного вымогательства.

Звезды или небожители работают только при условии высокой оплаты их труда – официальной или неформальной. Врачи-звезды владеют уникальными технологиями, работают на уникальном оборудовании и не имеют конкурентов, как минимум, в своем регионе. Чаще всего это хирурги. «Звезды» как правило, не работают без *«больших денег»*, считая, что для бесплатных пациентов есть другие доктора. Изредка могут принять на лечение пациента *«по теме»* либо *«редкий случай, чтобы не терять квалификацию».* Они не вымогают, не намекают и не просят, им и так дают, причем гораздо больше, чем остальным. Несмотря на то, что эти врачи широко известны не только в нашей стране, они чаще других используют рекламу, в том числе в Интернете. У коллег, как правило, они вызывают чувства восхищения или зависти.

Умеренные сторонники. К этой категории относятся те последовательные сторонники НП, которые не обладают столь высокой квалификацией как звезды, и не считают возможным вести себя по отношению к пациентам активно относительно НП.

К числу последовательных сторонников НП можно отнести примерно 20-25% респондентов, в том числе к инициативным сторонникам – 10-15%, звездам – до 3%, умеренным сторонникам – 5-10%.

Вынужденные сторонники

Вторую, и более многочисленную группу, составляют так называемые «вынужденные сторонники» НП.

Ценностная сфера этих врачей отличается как бы одновременным присутствием в ней и советских этических ценностей, и новых ценностей индивидуализма, благодаря чему структура их сознания отличается большой противоречивостью, где, казалось бы, противоположные установки вполне мирно уживаются друг с другом. Как правило, врачи из этой группы отмечают наличие особых внутренних переживаний, связанных с необходимостью платить, но отказаться от платы не могут, так как считают, что она вполне справедлива: *«Я бы сказал так, что, в общем-то, больные не должны платить. Когда беру деньги с больных, то переживаю, но порой мне кажется, что столько вложено трудов, столько сил затрачено, и когда человек уйдет просто так, до свидания, и просто удивляешься, за что ты так тут обязан и днями и ночами? Ведь все эти переживания, они же так просто не проходят. За ту зарплату, которую назначило это государство, так это очень мало. Проглотишь обиду, и дальше побежал».*

Некоторые из вынужденных сторонников свою необходимость брать НП объясняют обидой на государство, которое не может обеспечить должным образом врачей и не может продумать эффективных механизмов, способных проблему заработка врачей решить цивилизованно: *«Сами неформальные платежи мне лично, да и большинству моих коллег крайне неприятны. Может в мире где-то так и заведено. У нас все-таки медицина отечественная, российская, имеющая традиции, она не меркантильная. И я был бы счастлив, если бы этих неформальных платежей не было. Но я говорю о том, что страховая медицина в том виде, в котором она есть у нас, она не работает, а больше государство ничего не придумало. Поэтому осуждать неформальные платежи трудно. Ты закончил институт, жить трудно, тяжело, жена тоже врач, ребенок маленький в институте на пято курсе он родился у нас. Но мы думали: «Ничего, скоро у нас будет стаж, мы будем хорошими специалистами...Мы с ней закончили ординатуру клиническую, что было очень трудно. И все думали: Вот скоро будет лучше, скоро будет лучше. Теперь мне 40 лет, и ничего не изменилось к лучшему, все то же самое. Поэтому неформальные платежи ничем не избыть, и мало людей, которые найдут в себе силы не брать их. Жить не на что. Пока зарплата не увеличится – ничего не изменится».*

Среди этой группы врачей заметно выражено стремление к самоуважению, и это желание может серьезным образом регулировать правила, по которым они берут НП с пациентов: *«Основная масса врачей хочет, чтобы их ценили, уважали»,* - замечает в своем интервью один из главных врачей. - *«Обиравать людей достаточно сложно, иногда просто «спасибо» от души стоит денег. А если тебе подадут купюру двумя пальцами, дабы не дотронуться до твоей руки, так хочется ее потом вслед кинуть».*

Подавляющее большинство врачей из этой когорты рассматривают НП прежде всего как способ выживания, чем оправдывают для себя возможность брать платежи у пациентов: *«Всем врачам было бы лучше, если бы они не были поставлены в такие*

условия. Чтобы была достойная заработная плата, и врачи бы спокойно работали. Ведь врачи вынуждены, просто вынуждены брать». Именно среди этих врачей наибольшее число лиц, взимающих НП по модели плата-благодарность, которая большинством врачей воспринимается как наиболее приемлемая.

Вынужденные сторонники НП – это обычно хорошие специалисты, живущие по принципу «дают-бери», которым без какого-либо намека и нажима пациенты платят деньги или оказывают другие услуги. Они отличаются умением строить доброжелательные отношения с больными и их родственниками. Как правило, они, как и большинство врачей, ожидают от пациента вознаграждения, если *«я ему помог, и у него есть возможность отблагодарить»*. Если пациент, тем не менее, «не платит», они воспринимают это совершенно спокойно, не «выжимают», не начинают относиться к нему хуже, вообще никак не демонстрируют своим поведением «несбывшиеся ожидания». Часть врачей-реалистов может отказаться от платы, если пациент на их взгляд *«слишком беден»*. Но некоторые из них могут изначально по-разному относиться к пациентам (степень внимания, назначаемые медикаменты и процедуры) в зависимости от предполагаемого вознаграждения. Среди вынужденных сторонников есть и сверхосторожные, кто довольствуется НП только от своих знакомых или знакомых знакомых, чтобы избежать огласки и не «потерять лица». Вынужденные сторонники встречаются во всех возрастных категориях. Коллеги к ним обычно относятся спокойно, доброжелательно.

К числу вынужденных сторонников НП можно отнести примерно 45-50% респондентов Вынужденных сторонников НП более всего в городских больницах. Меньшее их число - в амбулаторно-поликлинических учреждениях, ЦРБ, районных больницах.

«Сожалеющие»

Группу «сожалеющих» составляют врачи, которые хотели бы получать неформальные платежи, но не имеют их: *«Мы бы брали с удовольствием, но нам просто никто не дает»*.

К этой категории относятся:

- врачи участковых больниц, в которых пациенты не могут заплатить по причине собственной бедности;
- молодые, недостаточно опытные врачи;
- врачи, не умеющие строить отношения с больными и/или их родственниками;
- врачи в поликлиниках;
- врачи в терапевтических и педиатрических отделениях городских больниц.

Как правило, такие врачи обслуживают контингент пациентов, которым не на что приобрести лекарства, не говоря уже об оплате медицинских услуг. Врачи, относящиеся к группе «сожалеющих» – это обычно люди, серьезно нуждающиеся и ведущие скромный образ жизни. Они демонстрируют высокую готовность к НП, однако среда и неготовность пациентов к платежам не позволяют им их получать: *«Личные случаи бывают, деньги дают знакомые за работу. Те же знакомые просят поехать в село и так кого-то посмотреть, чтобы назначить лечение и сделать нужные записи. Это я Вам откровенно говорю. Но это единицы, от этого мои доходы сильно не меняются.*

Поэтому мы все ведем натуральное хозяйство. Так что я могу взять деньги только от знакомых. А так мне их никто и не дает. Но если предложат – конечно, я их возьму. Неужели откажусь. Если я буду лечить его правильно. Ну где нам деньги дают?» - восклицает с сожалением один из врачей ЦРБ.

Схожую точку зрения высказывает главный врач районной больницы, особо подчеркивая, что сельские жители не привыкли платить деньги в своих больницах: *«У нас не принято платить деньги. Хотя это было бы оптимальней, я бы что хотела, то себе и купила на эти 10 рублей»*.

Весьма часто в этой группе находятся врачи, которые мотивируют свой отказ от платежей как бы двойной причиной: и риском, и невозможностью пациентов платить: *«Конечно, соблазн есть. Но, во-первых, это риск, во-вторых, как говорится в пословице - я бы взял, да не дают. Очень бедное население»*, - с известной долей сарказма замечает в своем интервью один из опрошенных.

Врачи этой группы предпочитают не вести себя активно по отношению НП, и как правило, довольствуются той формой благодарности, которую им может представить пациент: *«Сами понимаете, теневая оплата, много о ней говорят того, чего нет на самом деле. Начать с того, что не так часто богатые люди болеют. А если они не болеют, то кто тогда будет платить? Бедные не смогут за себя много платить. Есть какие-то благодарности, я, допустим, вспоминаю, ко мне пришла женщина и принесла баночку земляничного варенья и два яблока. Я их с удовольствием взял, принес на врачебный стол и мы с удовольствием попили чай, обсуждая эту тему. Если человек хочет отблагодарить, он отблагодарит, пусть это будет минимально. Все равно приятно. Наши зарплаты не очень большие, хотелось бы нам, чтобы не баночкой варенья благодарили, а большими деньгами»*, - восклицает в своем интервью один из респондентов .

Врачи из этой группы находят себе дополнительные заработки в других лечебных учреждениях или подрабатывают не по «профилю». Это страта неудовлетворенных врачей, многие из которых, однако, смирились со сложившимся положением и улучшение его в перспективе видят только в одном - в помощи со стороны государства. Это типичные фигуры переходного периода - они не хотят жить по старым схемам в профессии, но что-либо предпринять, чтобы их изменить, они не в состоянии. Поэтому ожидание и случайные заработки становятся их уделом, на фоне все более нарастающей неудовлетворенности от своей работы. Именно среди них наибольшее число завистников и потенциально конфликтных врачей, однако в сельской местности их неудовлетворенность в сильной степени скрашивается тем, что так живут все врачи вокруг.

Размер этой группы врачей среди респондентов можно оценить равной примерно 10-15%.

Противники неформальных платежей

Эта группа весьма неоднородна. Она представлена врачами, которые не согласны получать НП по весьма разным мотивам. Это те, кто:

- не рискует получать НП из- за страха потерять работу (избегающие риска санкций);
- не хочет потерять лицо и уважение коллег, потерять общественное уважение (мягкие противники);

- не хочет изменять определенным личностным установкам и этическим стандартам под давлением денег (последовательные противники);
- не хочет зависеть от больного и его «подачек», избегает неопределенности (избегающие неопределенности и зависимости).

Избегающие риска санкций. Эту подгруппу составляют лица, как правило, работающие в частных поликлиниках или клиниках, которые удовлетворены своим положением и в условиях жесткого контроля не хотят рисковать: *«Мне так проще и спокойнее, без левых денег. Тот процент, что я получаю, меня устраивает. Это уже зависит от договора, контракта с главным врачом. Риск не оправдан. Зачем проблемы с налоговой инспекцией и т.д.»* - убежден один из врачей частной клиники.

Врачей с подобной позицией можно также встретить в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в диагностических службах в стационарах, в центральных районных больницах. Они дорожат своим местом, уважают себя и стремятся подчиняться принятым нормам. Нарушая их, они испытывают дискомфорт, который не может окупиться деньгами пациентов: *«Неформально - один даст, а другой жаловаться пойдет. Мне место дорого, есть, что терять. Я никогда так просто с этим не свяжусь».* - убеждена одна из респонденток. *«Возьмите меня вне очереди, я заплачу вам половину»* - У меня каждый день такие разговоры. Я не знаю, что это за пациент, я не знаю, есть ли у него диктофон. Я имею хорошую репутацию, я не хочу ее терять», - вполне искренне заявляет другой из опрошенных.

Мягкие противники. Эта подгруппа среди противников НП, включает в себя врачей, как правило, пенсионного возраста, которым удалось достичь внутреннего душевного равновесия и не хотелось бы его нарушать: *«Деньги, вы сами подумайте, это опасно: мне 62 года. Взял денежку – попался. Позора – то сколько. Зачем это мне нужно? Ну зачем? ... Ну хорошо, возьму я эту сумму. Но как быть, как жить, чтобы оставаться порядочным человеком, по крайней мере. Стало быть, я возьму эту сумму и сам буду распределять между врачами: тебе пятьсот рублей, этой двести. ... Или только себе на карман брать? ... Это понимаете трудно внутри, тут все забудешь, запутаешься, – и сам черт ногу ломает».* - убежден один из заведующих отделением, давно работающий в здравоохранении.

В этой же подгруппе можно встретить врачей, которым важно не только уважение коллег, но и общественное мнение, которое играет определяющую роль в небольших городах и поселках, определяя весьма часто установки врачей, работающих на подобных территориях. Близкая психологическая дистанция, хорошее знание врачей, из «заметность» в небольших провинциальных городах, сельских поселениях существенным образом видоизменяют как характер взаимодействия больного с пациентом, так и заставляют врачей особым образом следить за своей репутацией в глазах жителей: *«Мне даже неудобно говорить женщинам, что им для лечения нужно купить лекарства, когда мне приходится давать им в руки целый список. И вижу, как они при этом на меня смотрят, как будто я кладу эти деньги себе в карман. Я живу тут, и для меня важно еще и общественное мнение обо мне. Бывают же и ситуации, кто-то ничего не принес, но много сказал».* - размышляет в интервью заведующая гинекологическим отделением ЦРБ, расположенной в небольшом городе.

Последовательные противники. Это врачи - бесребренники, которых являются последовательными противниками НП по этическим основаниям. Эти врачи жестче других относятся к практике НП. Они нередко отмечают внутреннюю неспособность переменить ради денег свои принципы, заложенные в них с детства.

Как правило, это пожилые врачи, «не сильно преуспевшие» и потому имеющие весьма скромные жизненные притязания, а также потомственные врачи. Вот характерные

высказывания врачей с установками на отрицание НП по этическим мотивам: *«Вы знаете, просто меня родители воспитали не в такой системе. Я через это никак перейти не могу. Я лучше буду делать все бесплатно, но моя душа будет спокойна, что никто мне никогда не скажет, а вот она что-то, чего-то... Я Вам честно говорю. Это просто было такое дано воспитание»*, - убеждает одна из респонденток. *«Я считаю, что это ненормально. Такого быть не должно. Я совершенно искренне это говорю. Даже, если я буду нищей, я никогда так не сделаю. Мне очень стыдно, когда я это слышу»*, - не менее искренне говорит другая. *«Это несовместимо с врачом - брать деньги так из рук, это просто грязь. Я воспитана так, и никогда этим заниматься не буду. У нас потомственные врачи в семье, и у нас не принято было даже конфет брать»*, - говорит потомственный врач.

Но и среди высоко профессиональных специалистов иногда встречаются бессребреники. Зарплату, как правило, они получают небольшую, однако денег и подарков от больных не берут, хотя многие пациенты искренне готовы их «отблагодарить». Объясняют это тем, что *«мы к этому не привыкли»*, *«раньше так не было принято»*, *«нас учили поступать по-другому»*, *«наши учителя так не поступали»*, *«нас учили не этому»*. Безусловно, эти люди испытывают определенное чувство внутренней гордости тем, что они *«поступают по совести»*, *«не такие как большинство, потерявшее из-за денег совесть»*. Некоторые из них подчеркивают свою позицию демонстративным поведением: публично возвращают оставленные подарки, покупают лекарства для одиноких больных старушек, сирот, бомжей.

В последнем случае можно говорить о **врачах-альтруистах** как разновидности врачей-бессребреников. Их отличает не ставшее привычным «взять», но стремление «отдать». Именно врачи-альтруисты изыскивают любые возможности, включая собственные деньги, чтобы помочь тем, кто нуждается в их помощи. Они всегда готовы поделиться последним, чтобы любой ценой спасти жизнь ребенку или взрослому. По возрасту это также достаточно зрелые люди, у которых остро развито сопереживание и чувство профессионального долга.

Безусловно, вербальные реакции опрошенных могут и не совпадать с реальной практикой, однако не доверять приведенным словам вряд ли правомерно. С большим основанием можно предположить, что у подобного типа людей, обладающих консервативными ценностями, под давлением рыночных условий и в силу отсутствия гибкости, эти ценности стали не трансформироваться, а наоборот, еще более укрепляться.

Избегающие неопределенности и зависимости. Эту подгруппу в этом ряду составляют врачи, для которых весьма важны определенные правила, которые бы не нарушались и были повторяемы. Причем это настолько значимо для них, что даже нестабильность доходов воспринимается ими как элемент неопределенности, в которой так трудно жить, особенно если они обладают обостренным чувством собственного достоинства: *«Меня раздражает наша система. Я хочу работать и за свою работу получать то, что я заслуживаю. Не надо мне, чтобы кто-то приносил мне эти деньги, за кого-то унижаться, бояться сказать лишнее слово. Я хочу, чтобы я пришла на работу, сделала свое дело, получила зарплату и ее спокойно распределила по тратам. Это в театр схожу, это платье себе куплю и т.д. Чтобы была определенность. Чтобы я знала – я завтра получу две тысячи. Зачем я должна унижаться, я все-таки врач. У меня уровень культурный достоин того, чтобы не выпрашивать у кого-то деньги, а получить их. Я работаю для государства»*.

Некоторые из врачей весьма негативно настроены против любой зависимости, что предопределяет их установку на минимизацию НП, а также на особую чувствительность к тому, как даются эти платежи, как при этом к ним относится больной, как меняется его поведение, после того, как деньги заплачены: *«Я не люблю, когда дают деньги с видом:*

ну, ладно, на. Все равно ты их заработал. Пальцы назад брошу и скажу: возьми себе назад. Пациенты должны знать: врач это творческий человек, и купить это хамски нельзя. Приятно себе сделать – отдать такому деньги. Тем более, что эти тысячи не сделают мне ничего, все и так очень плохо».

Число противников НП составляет примерно 10-15% от общего числа опрошенных, что не столь мало. Возникает вопрос, действительно ли они отказываются от НП, или это скорее тот «образ себя», который они хотят сохранить любой ценой и прежде всего перед собой? Отдельные реакции этих врачей в процессе интервью позволяют говорить о том, что, скорее всего, они не всегда отказываются от платежей, но берут меньше предоставляемых им возможностей. Всегда оставляя за собой право выбора - брать или не брать. В то время как для остальных групп врачей эта зависимость намного выше, а внутренних мотивов для отказа меньше.

Таким образом, анализируя практику НП и отношение к ней врачей, следует понимать, что «одномерный» подход к данному явлению неправомерен. В среде врачей формируются весьма различные установки относительно происходящего, иногда прямо противоположные, что заставляет еще более внимательно относиться к обобщающим суждениям и избегать оценок, не опирающихся на реальные практики и конкретные исследования.

4.1.2. Чем врачи оправдывают получение неформальных платежей

Задачей исследования было не только выяснить отношение врачей и медсестер в целом к НП, но и понять, какие ограничительные нормы представлены в сознании врачей, в каких ситуациях они оправдывают НП, а в каких рассматривают их как неприемлемые. Материалы интервью позволяют говорить о том, что врачи, в большинстве своем оправдывают НП по разным мотивам, за исключением небольшого числа респондентов, которые составляют не более 5% в выборке и отличаются выраженным нежеланием видеть ситуации, когда платежи оправданы.

Самым сильным аргументом в оправдание НП в сознании врачей является низкий уровень официальной зарплаты, который не просто не позволяет жить врачу на приемлемом уровне, но даже затрудняет процесс социализации и воспитания собственных детей, встречает их осуждение и непонимание, мешает транслировать жизненно-важные ценности от одного поколения к другому: *«Для меня НП оправданы. Просто на свою зарплату невозможно прожить нормально. Говоришь людям, не связанным с медициной, сколько ты зарабатываешь - никто не верит. Какой-нибудь работяга на моторном заводе за такие деньги в жизни работать не станет. Стыдно иногда сознаться, сколько ты зарабатываешь. Детям своим не можешь доказать, что ты живешь правильно, что надо так, что надо учиться, надо работать с утра до вечера, надо дежурить. Он скажет - это чтобы зарабатывать эти жалкие три тысячи, которые ты зарабатываешь? Да брось врать! Это неправильно, надо жить совсем по-другому. Просто несправедливо. Как воспитывать детей с такой зарплатой и как доказывать им, что надо жить морально».*

Подавляющее большинство респондентов в качестве формы, в которой может осуществляться платеж, рассматривают благодарность после законченного лечения. Сами они, когда становятся пациентами, не отказывают в этой благодарности другим врачам, тем самым как бы доказывая, что те нормы и ожидания, которые они адресуют пациентам, распространяются и на них самих в схожей ситуации: *«Я не против благодарности, если пациент хочет отблагодарить врача, то это его дело. В любой форме. У меня тоже*

есть родственники, я кладу их в другие стационары. Я благодарю сам врача, но деньгами мне неудобно. Не знаю, как объяснить. Я обязательно куплю коробку конфет, бутылку и считаю, что это совершенно нормально. Они не берут, отказываются, ведь Вы медработник, но я не могу не отблагодарить».

Весьма часто врачи говорят о приемлемости благодарности, инициируемой самим больным, при резком осуждении вымогательства: *«Мне кажется, что это оправдано тогда, когда больной чувствует, что врач ему помог, причем ему не намекаешь, а больной сам просто приходит и приносит коробку конфет. Хочет поблагодарить по другому – принесет по другому».* *«Любые платежи врачу оправданы, если пациент платит их добровольно. В качестве благодарности. Эти деньги врач у него не вымогает. Если больной удовлетворен и имеет возможность отблагодарить врача, то это вполне приемлемо».* Благодарность выступает как мощное оправдывающее средство в сознании врачей, и они согласны многое сделать для того, чтобы эта благодарность была заслуженной.

Лидерами по праву получать плату-благодарность, согласно данным интервью, являются хирурги: *«Думаю, что услуги хирургов в первую очередь требуют благодарности, как и послеоперационный уход. Операция - это возможная смерть, возможные осложнения. Здесь риск очень велик. Поэтому, если есть исход положительный, нет никаких осложнений, все вписывается в сроки реабилитации, не сделали гепатита, не сделали абсцесса - почему не заплатить?»* - убеждена главная медсестра одного из крупных стационаров».

Среди тех, кто не оправдывает НП ни при каких условиях - те, кто рассматривают их как нарушение врачебной этики, которая не должна меняться ни при каких условиях, и в которой существуют четкие запреты на получение денег с пациента. Кроме того, именно такие врачи уверены, что качество лечения за деньги не меняется, тогда за что больной должен платить? *«Я не нахожу такой ситуации, в которой НП оправданы»*, - убежден один из врачей-хирургов. *Больные ошибаются, думая, что если он заплатил деньги в медицине, то ему сделают хорошо. Но на самом деле деньги мало влияют на качество лечения. Одна больная, увидев заведующего отделением, решила, что она должна ему дать 1000 рублей. Дала. Он решил, что это за то, что он заведующий, и он ни разу к ней не подошел. Подумал – дали за палату. А она думает – он сейчас начнет к ней бегать. Чем такие платежи оправданы, я не знаю».*

Помимо апелляции к этическим нормам, данные респонденты убеждены в том, что брать деньги с пациентов нельзя, так как врачам должно достойно платить государство: *«Я считаю, что больной платить не должен вообще ни за что, потому что он больной. За него должно платить в идеале государство»*, - с упреком замечает один из заведующих отделением.

Среди врачей, допускающих НП от пациентов и даже оправдывающих их, наибольшее число тех, которые убеждены: *«если государство не содержит врачей, то кто-то должен компенсировать их труд».* Особое место в сознании врачей при оправдании НП отдается результативности проведенного лечения. В данном случае оплата выступает своеобразной компенсацией профессионализма врача и его усилий.

Острое ощущение несправедливости в оплате их труда государством порождает у врачей развернутую аргументацию тезиса, что *«иначе не прожить»*; но анализ этой аргументации показывает, что именно НП выполняют в сознании врачей роль дифференцирующей оплаты в соответствии с качеством лечения больных. НП рассматриваются врачами прежде всего как премия за хорошо проведенное лечение. *«Если это хорошая работа, то она должна вознаграждаться адекватно. Поэтому если человек приехал из дома, хорошо провел роды, без осложнений, плодотворно, то я считаю, что такой труд должен быть вознагражден. Но бывают такие ситуации,*

когда с врачом договорились, он приехал чуть ли не к потунам, это я считаю уже шарлатанством, непорядочностью. В этой ситуации платить не за что», - считает одна из заведующих отделений.

Не исключается благодарность пациента в случае выбора того или иного врача, за дополнительные обследования, за более качественные лекарственные средства, которые могут быть предложены врачом: *«Когда больной выбирает врача - тогда платеж оправдан. Он так хочет, он хочет врача, у которого больше стажа, может быть больший объем оперативных вмешательств. Тогда это возможно. Когда есть его желание»,* - замечает один из акушеров гинекологов.

Врачи частных клиник убеждены в возможности повышенной оплаты в том случае, когда результат превысил ожидания больного или является уникальным: *«Я даже не знаю, когда дополнительные платы можно оправдать. Ну, наверное, когда результат превзошел все ожидания, когда нетипичный результат, какой-нибудь интересный случай. Даже самому хочется погордиться, тогда грудь вперед, я это сделал. Это один из вариантов. Но я не считаю, что все обязаны платить врачу»,* - считает врач-реабилитолог одной из частной клиник.

Врачи также убеждены в том, что НП повышают ответственность врача перед больными, способствуют профессиональному росту врача: *«Я могу сказать, что такие платежи как-то обостряют чувство ответственности перед человеком. То есть, если так получилось, то ты готов за ним не только наблюдать, но и подсказать, и поправить, и может какие-то огрехи от проведенной работы вдруг остались - и их исправить, вообще ответственность за работу повышается. Врач становится более собранным».*

Обращает на себя внимание тот факт, что довольно часто врачи переводят НП из плоскости «расходов» для больного в плоскость экономии средств для пациента, когда обе стороны удовлетворены происходящим и ни одна из сторон ничего не теряет: *«Платеж оправдан тогда, когда мы как бы находим друг друга - он хочет меньше заплатить и получить качественные услуги за свои деньги, а я хочу больше получить, оказывая те же платные качественные услуги. Не 270 рублей, а получить 1500 на руки. Соответственно, вот они две стороны, и обе согласны. Если он знает, что я все равно здесь лучший, в городе, конечно он идет ко мне. Он приходит и объясняет: доктор, я могу заплатить две тысячи, вы можете взяться за операцию за эти деньги? Значит, будем договариваться. Хотя я всегда иду навстречу людям, всегда»,* - убежден заведующий операционным блоком, хирург

Таким образом, проделанный анализ позволяет убедиться в том, что врачи, в большинстве своем, не рассматривают НП как нечто недозволенное и постыдное. Многие из них воспринимают полученные деньги как справедливую компенсацию за хороший труд и как возможность предоставить пациенту тот уровень услуг, на который он рассчитывает. Более того, они согласны зарабатывать эти платежи, тратя свое время и дополнительные усилия на то, чтобы найти оптимальный путь лечения больного. Не прослеживается ни ориентации на «завышенные деньги», ни желания получить их «любой ценой». Более того, все формы навязывания выплат больным осуждаются весьма резко.

Однако, низкие легальные доходы, с одной стороны, и стремление выжить, с другой, приводят к поиску новых этических стандартов, в которых запрет на деньги не был бы столь сильным, и этот поиск для многих врачей оказывается успешным. Система представлений врачей развивается в сторону все большего оправдания НП и признания ее возможной. Это психологически более комфортно для врачей, хотя бы потому, что острый конфликт между системой ценностей и реальностью был бы весьма затратен и мог привести к психологическим срывам. Признание оправданности НП, однако, не означает, что все опрошенные врачи используют практику получения НП. В среде врачей, как были,

так и остаются последовательные противники подобной практики прежде всего для самих себя. Однако полученные результаты весьма определенно свидетельствуют о том, что ожидать коллективного осуждения подобных практик не приходится, и ясно, почему - внутренние оправдательные аргументы получения НП нисколько не расходятся с действующими этическими принципами и не нарушают их, кроме одного - запрета государства. Но управлять эффективно, используя только страх, вряд ли возможно.

4.1.3. В каких случаях врачи признают неформальные платежи неоправданными

Несмотря на высокую лояльность врачей к дополнительным выплатам при определенных условиях, врачи убеждены, что существуют ситуации, когда неформальные платежи и их вымогательство должно подвергаться жесткой обструкции. Хотя и в данном случае относительно небольшая часть врачей (5-10%) продолжает настаивать на том, что *«брать НП врачам нельзя ни при каких условиях»*. При этом подавляющая масса респондентов убеждена в том, что здесь можно говорить не о «полном запрете», а лишь об «ограничительных коридорах».

Попытаемся описать эти «ограничительные коридоры». Прежде всего, НП являются неприемлемыми в виде вымогательств, в постановке ультимативных условий перед больным: *«Любые вымогательства осуждаются. Вымогательство денег нельзя допускать. Обязан ты оказывать помощь - в любом случае ты ее должен оказать. Заплатят тебе или нет»*. По мнению врачей, у больных всегда должен оставаться выбор и возможность получить медицинскую помощь.

В ходе интервью были признаны большинством врачей неоправданными НП в следующих случаях:

- взимание денег с больного, нуждающегося в экстренной помощи в первые сутки поступления и возможно находящегося в шоке;
- взимание денег до операции, повлекшей впоследствии непредвиденные осложнения или летальный исход;
- взимание денег с тяжелобольных одиноких пенсионеров;
- получение денег с коллег, с родственников врачей;
- взимание денег с больных, идущих по рекомендации администрации;
- в случае сделки, идущей вразрез с интересами другого человека.

Несмотря на то, что руководители учреждений убеждены, что практика НП «допустима в определенных границах», некоторые из них специально отмечали в своих интервью необходимость жесткой борьбы с теми врачами, которые при поступлении больных в экстремальном состоянии заводят разговоры о деньгах и занимаются вымогательством: *«За экстренной помощью я слежу, чтобы там не было вымогательства. Следующий день – это уже не экстренная помощь, пациент уже реально мыслит. Он уже понимает, так лечение без денег займет 1,5 месяца, а можно сделать и побыстрее. Потом я сейчас от всех больных беру расписку. Я выбрал доктора такого-то, такой-то наркоз, такие - то условия»*, - замечает в своем интервью один из заместителей главного врача городской клиники.

Получение денег с больных до прохождения курса лечения или до операции не приветствуется врачебной этикой. Но врач при этом рискует не получить денег за

затраченные усилия. *«В нашей специальности никогда не возьмут деньги заранее - убежден акушер-гинеколог - Мы должны выложиться, мы должны их заработать. Процесс заживления тканей он очень индивидуален. Есть такие нюансы, когда надо продолжать выкладываться. И когда ты заработал свои деньги, ты можешь подойти и сказать: обсуждался вопрос о вознаграждении, я их заработал. Наступает момент расплаты. Иногда даже половина клиентов после уже и не хотят платить. Тебя кидают, причем каждый второй, и ты готов к этому киданию. И этот же, кинувший потом будет рассказывать, что он заплатил 5,2 или 3 , или 10 тысяч. Но тем не менее врач должен рисковать, потому что это один из его заработков, во-вторых, это его реклама. Не каждый готов кидать, но каждый готов назвать фамилию врача, который очень хорошо провел роды. Это дает шансы врачу заработать в будущем».*

Стремление обезопасить себя толкает врача на «предварительный платеж», а результаты могут быть неутешительными для больного и родственников. Это приводит к конфликтам и порождает жалобы. Врачи не любят подобной огласки, поэтому негативно относятся к тем врачам, которые берут платежи «не по правилам». Предварительный платеж воспринимается большинством как неоправданный, если вмешательство врача может иметь самые непрогнозируемые последствия, иногда несовместимые с жизнью больного. Поэтому платеж «после» более предпочтителен, чем платеж «до».

Но следует признать, что данная норма не действует жестко и допускает различные варианты: *«Хотите, я скажу, когда теневые деньги не оправданы? Когда ложится больной, он приходит к тебе до операции, дает денег за операцию, а после операции у него осложнение, и ты чувствуешь себя как-то тошно. Самое тяжелое, это когда непредвиденные осложнения, тромбоз, инфаркт, - это самое страшное. Вроде все хорошо, и тут раз... возраст, или организм не выдержал. Поэтому стараешься как-то исправить положение. Хотя я считаю, что деньги можно взять и до, и после. Но после - не так опасно».*

Особое осуждение среди врачей вызывает попытка получить пусть небольшие деньги, но с пожилых людей. Даже резкое снижение платы не оправдано в глазах большинства врачей, хотя бы потому, что дедушкам и бабушкам и так приходится платить большие деньги на приобретение лекарств, особенно если это связано с сердечными болезнями, а людей обеспеченных среди них весьма мало. Однако пожилые люди не всегда позволяют дать себя в обиду, хорошо осознавая, что они вполне могут найти управу на вымогателя: *«Бабушка идет с палочкой. Приехала. Вечер. Хочет лечь в больницу. Приехала из села, долго добиралась. А дежурный врач ей говорит: А день закончился ... Как же мне быть? Ну триста рублей давай ... А эта бабушка дождалась, когда заведут историю болезни, и напрямик направилась к главному врачу. В принципе, в каждой больнице кто-то за неформальный платеж вылетает с работы. Это дело опасное»,* - замечает в своем интервью один из респондентов.

Более половины врачей из опрошенных достаточно высоко ценят корпоративную солидарность и убеждены, что НП с самих врачей брать не этично, как и с родственников врачей. Однако это правило распространяется на своих врачей или статусных врачей из других клиник, и разделяется не всеми врачами, но все-таки разделяется: *«Сугубо со своих коллег, с близких друзей, родственников получение денег недопустимо, - убеждена одна из врачей акушеров-гинекологов- Это этика. И мою позицию разделит большинство врачей. У нас так и поступают. Коллега – это святое. Если врач просит за родственника – всегда поможешь, как не помочь. Я не современный человек. У нас все не очень современные. Я очень сильно осуждаю вымогательство. Но это не существует открыто. Я понимаю, что жить тяжело, как бы ты не считался со своими нравственными устоями, но уже что-то заложено в тебе и через это трудно переступить. Сегодня я не согласна жить хуже, чем привыкла. Хотя если мне не дали – пожалуйста, нет и нет, Ваша воля».*

Данная выдержка из интервью показывает, как противоречивы нормы, регулирующие сознание респондента, как трудно ему найти тот компромисс, который бы соответствовал «тебе сегодняшнему», по сравнению с тобой «вчера», но стремление описать «близкий круг» и действовать по отношению к нему в традиции привычных норм, сильнее, чем желание жить лучше. Даже когда жить тяжело.

Строгое табу среди врачей в отношении НП наложено на так называемых «протеже», идущих от главного врача или из областного, городского руководства. Здесь врачи, даже не получив соответствующих указаний, пытаются вести себя настолько осторожно, что даже отказываются от оплаты или благодарностей соседей, лежащих с «протеже» в одной палате. Более того, иногда они даже «скидываются» и покупают нужное лекарство на свои деньги, чтобы сохранить честь больницы и обезопасить себя в глазах высоко статусного больного или его родственников. Это означает, что страх быть раскрытыми очень велик, как бы лишней раз подтверждая тезис о том, что многих врачей можно назвать людьми, скорее вынужденными брать, нежели предрасположенными получать деньги с больных, забывая обо всем.

Кроме названных ограничителей, весьма существенную роль играют такие ограничения как «невозможность менять деньги на ущерб другому человеку», когда врач может позволить себе дать заключение, имеющее вид сделки и далекое от реального диагноза: *«Я никогда не возьму деньги, если мне предлагается сделка, которая идет вразрез с интересами другого человека. Например, дать медицинское заключение против этого человека. Я никогда не буду этого делать, потому что я могу кому-то при этом навредить. Это исключено»*, - уверяет в своем интервью одна из врачей терапевтов городской клинической больницы.

Проведенное исследование позволяет убедиться в том, что ограничительные нормы относительно НП носят как коллективный, так и индивидуальный характер, однако ни те, ни другие не выступают в качестве «жесткого императива», значительно трансформируясь под влиянием той или иной ситуации. Это вполне объясняется тем, что практика НП носит в основном скрытый характер и редко публично обсуждается, что обуславливает появление многочисленных нормативных образцов, которые не всегда согласуются между собой.

4.1.4. Чем оправдывает неформальные платежи средний и младший медицинский персонал

Средний медицинский персонал, по сравнению с врачами, находится в еще более сложном материальном положении, что закономерно рождает вопрос - обостряет ли эта ситуация потребность получать с больных платежи, стремятся ли они любой ценой «подработать деньги», чтобы хоть как-то существовать, снижает ли это порог запретов на НП или оставляет его неизменным.

Как показывают материалы интервью, характер отношения среднего медицинского персонала к НП существенно не отличается от отношения врачей. Среди медсестер также можно встретить «сожалеющих» о том, что у больных не так много денег и низка готовность платить. Как и врачи, они сопереживают больным, у которых слишком много трат и без них. Из за этого им довольно часто приходится довольствоваться маленькой шоколадкой или соевыми конфетами, что однако не снижает их готовности быть максимально внимательными к тем, кто способен заплатить: *«Мы бы с удовольствием брали, если бы нам давали. Раньше больные были более благодарные. А сейчас мы их понимаем по-человечески. Просто нет возможности. Раньше-то и лечение бесплатным*

было и денег было больше у людей», - замечает в своем интервью старшая медсестра кардиологического отделения.

Среди медсестер и нянечек гораздо меньше последовательных противников НП. Более всего среди медсестер вынужденных сторонников НП, что вполне объяснимо, если учитывать их уровень доходов, в сочетании с теми нормами, которые действуют среди лиц со средним специальным образованием, для которых в большей степени характерны как потребность в жестком следовании этическим стандартам или, наоборот, их отрицание. Это приводит к тому, что среди медсестер, как и среди врачей, встречаются как «альтруисты», у которых обострено чувство сострадания к больным, не способным заплатить за дорогие лекарства или за качественную медицинскую помощь, так и те, которые будут стремиться заработать деньги любой ценой, не замечая страданий других: *«Я не могу взять деньги со своих больных. Их родственникам и так трудно. Они последнюю корову продают, последнюю козу режут, чтобы на базар отнести, медикаменты купить. Я даже шоколадку от них не возьму. Я все сделаю, чтобы помочь больному, который погибает. На сестринском уровне вообще все проще, для сестер неважно: платно, бесплатно».*

Как и врачи, они настаивают на том, что НП есть ответ на низкую заработную плату, которую им установило государство. Как и многие врачи, они искренне привязаны к своей профессии, выражая неудовлетворенность заработной платой, которая не позволяет им чувствовать себя уверенно на рабочем месте, постоянно рождая мысли о том, что *«надо искать более денежную работу».*

Медсестры, как и врачи, настаивают на том, что практика НП настолько пронизывает все сферы жизни, что порой окружение вынуждает вести себя так, как все остальные, чтобы обезопасить родных и близких от неудач, чтобы обеспечить им должный уровень достижений. *«Изначально все поставлены в эти условия, а не только медицинские работники. Когда мы вынуждены где-то тоже оплачивать что-то. Нас ставят в эти условия. Идет цепная реакция. Мы ведем ребенка в учебное заведение, с ребенком учительница занимается и говорит: «Все ребенок получит два, не будет успевать за четверть. Но если Вы хотите, я с Вашим ребенком вечером позанимаюсь, это будет стоить вот столько». И что я должна сделать? - Я должна найти деньги. Где я должна найти деньги? Где угодно. Значит, на работе», - делится своими невеселыми размышлениями одна из старших медсестер отделения.*

Отдавая себе отчет в том, что это может быть ни чем иным, как «оправдательной рационализацией», нельзя не отметить, что трудно ожидать от людей, имеющих столь низкие доходы, последовательного поведения направленного на отказ от НП по этическим основаниям. Максимально возможное здесь - сохранять одинаково милосердное отношение и к тем, кто может заплатить, и к тем, кто этого сделать не может.

Несмотря на то, что большинство опрошенных нами медсестер настаивают на том, что им безразлично, платят больные деньги за уход или нет, они одинаково равны ко всем, старшие медсестры, обеспокоенные растущей дифференциацией внимания и отношения, как сестер, так и санитарок, к имущим и неимущим больным, убеждены: НП опасны для медсестер и санитарок, потому что провоцируют невнимание к тем, кто не может платить и приучают к дополнительным выплатам со стороны пациентов, не всегда оправданным, «на всякий случай». *«Я боюсь, что это войдет в систему. Это будет страшное дело. Хорошо имущий человек ляжет. А если это будет просто бабушка, которая не может заплатить? Ведь к ней никто не подойдет. Если медсестра привыкает только брать деньги, и только тогда работать, что же мы делать будем? Ведь у нас контингент какой? Одни бабушки неимущие. Она будет только смотреть, кто может дать, а кто нет. Я согласна с неформальными платежами, но как с разовым случаем, а не как с системой. Если человек хочет отблагодарить сам – пусть, с богом. Договариваются*

родственники, ты сегодня дежуришь сутки, пригляни – пожалуйста. Но так, чтобы это ввести в систему, как в Москве, когда больных грабят, этого нельзя. Может быть я старая стала. Но нельзя сегодня превратить это в обязательку: если ты мне заплатишь, то я подойду, а если нет – не дождешься. Так нельзя. Ведь медицина – это милосердие», - отмечает в своем интервью одна из старших медсестер.

На опасность НП для управления медицинским персоналом указывает также главная медсестра одной из больниц, которая справедливо отмечает, что управлять людьми, привыкшими к неформальным выплатам, не только труднее, но и опаснее: *«Неформальные платежи для меня опасны. Потому что, чем у человека больше денег, тем больше он меняется. Чем больше пациенты платят, тем меньше медсестры хотят ухаживать за теми, кто не может заплатить. Судно я тебе принесла, капельницу поставила, плати. Во что тогда медицина превратится? Пусть берут, но только не сестры».*

Несмотря на то, что в оценках заведующих отделений и старших медсестер ощущается обеспокоенность, связанная с «излишней коммерциализацией» медсестер и санитарок, большинство из них убеждено, что НП данному контингенту медработников оправданы, хотя бы потому, что иначе *«просто некому будет работать».*

Одновременно подавляющее большинство респондентов среди руководителей и врачей убеждены в том, что *«медсестрам и санитаркам мало перепадает»*, при условии, что им надо жить и поднимать детей. Как правило, среди среднего и младшего персонала много семейно неустроенных женщин, что делает проблему оплаты еще более насущной.

Таким образом, полученные данные исследования позволяют говорить о том, что среди санитарок и медицинских сестер готовность к НП еще выше, чем у врачей. Однако скорее их можно обозначить как вынужденных сторонников НП, нежели последовательных сторонников. Признавая свой низкий материальный статус и стремясь хоть как-то выживать, средний и младший медицинский персонал мобилизует все возможности, чтобы заработать в стенах медицинского учреждения. Они пытаются максимально оказать услуги тем, кто заплатил, перераспределив свое внимание в их пользу. Там, где заведующий отделением и старшая медсестра держат ситуацию под контролем, обязательная работа медсестер и нянечек выполняется в удовлетворительном объеме, но не более того. Однако не следует забывать, что многие из среднего и младшего медперсонала считают неприемлемым для себя оставить без помощи тяжелого больного, даже если он не в состоянии платить, что смягчает складывающиеся тенденции, но не устраняет их полностью

4.2. Коллективные нормы, регулирующие практику неформальных платежей

4.2.1. Обсуждение практики неформальных платежей в медицинских коллективах

Практика НП в здравоохранении, по оценкам самих респондентов, перестала быть частным явлением и охватила многие медицинские учреждения. Возникает вопрос: способствует ли столь широкое распространение практики НП появлению новых норм и правил в коллективе по отношению к НП? Транслируются ли эти нормы и правила из одного коллектива в другой? Складываются ли какие-либо коллективные санкции против тех, кто участвует в этой практике?

Для ответа на поставленные вопросы прежде всего необходимо понять: обсуждается ли практика неформальных платежей в коллективе, что собственно в практике НП является предметом коллективного обсуждения, происходит ли это спонтанно, или кто-то организует этот процесс, кто является инициатором подобных обсуждений, как врачебный коллектив реагирует на тех, кто пытается открыто обсуждать эти темы в коллективе?

Полученные материалы исследований позволяют говорить о том, что и в данном случае не сложилось единой нормы по поводу «открытости - закрытости» этой темы в коллективе. Как и в случае с перераспределением НП, здесь отмечается присутствие множества субкультур, которые определяются рядом факторов.

Прежде всего следует отметить четко обозначившуюся тенденцию: практика НП, ее нормы и правила, по оценкам более 2/3 респондентов, не являются предметом публичного обсуждения. Обращает на себя внимание тот факт, что эта тема не является предметом обсуждения ни там, где эти практики наиболее развиты - в крупных городских стационарах, ни там, где они практически отсутствуют, как например в районных больницах.

Вот только некоторые из высказанных суждений: *«Вы, знаете, никто не делится ни с кем, сколько я взял, сколько ты взял»*, - утверждает один из хирургов. *«Вообще, эта практика предметом бурного обсуждения не является, только если это знакомые люди или близкий друг. Да и то, это сложно. В основном, это тема закрытая для обсуждения. Это запретная тема»*, - считает врач терапевт.

Весьма интересно, что некоторые из респондентов убеждены: запрет на тему НП в коллективе может инициироваться заведующим, который заинтересован в том, чтобы это было запретной темой в первую очередь потому, что надо сохранить лицо своего отделения. *«Я не слышала, чтобы это как-то обсуждалось. Наверное, у каждого это идет само по себе, потихонечку. О конфликтах по поводу распределения платежей я не слышала. Может быть, в каких-то отделениях заведующие в курсе. Как заведующий поставит дело, так и будет. Если он не хочет, чтобы это обсуждалось, значит так и будет»*.

Мотив подобного «заговора молчания» в оценках опрошенных чаще всего обозначается так: *«это тайная жизнь, которую не следует обсуждать даже с друзьями»*. Причем заметим, что эта норма действует даже тогда, когда эта практика довольно выражена и, казалось бы, нуждается в определенном согласовании. Тот факт, что многие из респондентов настаивают на нецелесообразности подобного обсуждения внутри своих коллективов, свидетельствует, что в данном коллективе или уже сложились единообразные нормы по отношению к НП, или эта практика в глазах врачей воспринимается как этически неприемлемая, что блокирует коммуникацию по ее поводу. Этот вывод подтверждают некоторые высказывания наших респондентов: *«Стыдно, неприятно, зачем это обсуждать? ... Действительно, руки жжет»*.

Однако, на наш взгляд, за так называемым мотивом «необходимости таинственности» или стыда, скрываются другие, более сложные мотивы, которые не всегда могут осознаваться людьми и сознаться в которых им не так просто. В числе таких порицаемых мотивов, чаще других звучат мотивы «зависти» и «нежелание делиться».

Мотив зависти, по оценкам руководителей, особенно в амбулаторно-поликлинических учреждениях, является достаточно сильным, что вполне может приводить к блокаде открытой коммуникации по поводу практически любых аспектов НП или как альтернатива - к конфликтной коммуникации, которую большинство стремится не допустить: *«Взять самое банальное отделение ультразвуковой диагностики в нашей клинике - это одно из оплачиваемых отделений. Большой спрос на эту услугу»*.

Бюджетных ставок выделяется мало, поэтому доступность не очень высокая. Туда народ идет. Им завидуют все, и эта зависть не самая лучшая. То же самое по отношению к хирургам, им многие завидуют. У терапевтов точно эта зависть есть. Хирурги не только имеют НП. Они делают больше платных операций, и получают больше. Здесь зависть даже не от врачей идет, а скорее от среднего персонала. Врачи все равно какую-то благодарность от больных получают. А вот у среднего медперсонала таких возможностей меньше».

Следует согласиться с респондентами, что мотивом «коллективного молчания» может являться также нежелание участвовать в коллективном распределении НП, что встречается не так уж и редко среди врачей по отношению к медсестрам. Об этом прямо в своем интервью говорит один из респондентов: *«Если где-то что-то получается с деньгами, то это широко не афишируется, потому что стоит произнести, что тебя отблагодарили, как с тебя сразу причитается, потому что работал ты не один и тебе надо поделиться тем кусочком, который ты получил. А если это умалчивается, тогда у тебя появляется возможность иметь больше».*

Весьма важной причиной отсутствия коллективной коммуникации, помимо перечисленных мотивов, является, на наш взгляд, ситуативность действующих правил по отношению к НП, нацеленность на поиск индивидуальных моделей поведения в складывающейся ситуации: *«каждый старается сам за себя, что здесь обсуждать? Кого и о чем спрашивать?».*

Отсутствие подобной коммуникации может определяться также некоторыми общими этическими правилами, распространенными в среде интеллигенции, согласно которым неприлично обсуждать деньги вообще, и кто сколько получает, тем более, когда речь идет о «левом» доходе: *«Никто между собой не говорит, кому и сколько дали. И никто таких вопросов не задает. Это не принято. Это определенная этика профессиональная, которая не позволяет сравнивать врачей друг с другом».*

Однако отсутствие вербальной коммуникации вовсе не означает, если опираться на оценки респондентов, что это не замечается внутри коллектива вовсе. Вот как сложившуюся ситуацию описывает один из руководителей клиники: *«За последнее время психология врачей и медсестер сильно изменилась - до 1998 года (до обвала рубля) были единицы тех, кто брал подарки в виде больших сумм, и их многие критиковали. Сейчас не так: стало больше тех, кто берет и меньше тех, кто критикует, это вообще перестало быть предметом открытого обсуждения».*

Несмотря на то, что большая часть врачей, медсестер, руководителей склонны оценивать практику НП как закрытую для коллективной коммуникации, треть респондентов свидетельствует в пользу того, что подобная коммуникация все же осуществляется. Резюмируя оценки, полученные в ходе интервью, можно следующим образом классифицировать ситуации, когда коммуникация в коллективе по поводу НП происходит:

- повышенный уровень конфликтности в коллективе, в том числе по поводу практики распределения НП;
- жесткое руководство, допускающее возможность заглядывать медсестрам в карман к врачу;
- выраженный конфликт поколений, наличие конфликтов между молодыми и опытными врачами;
- необходимость уточнить и согласовать правила получения или распределения НП;
- доверительные отношения в микрогруппах, инициирующие уточнение действующих правил.

Весьма показательным является тот факт, что чаще всего, по оценкам респондентов, переход коммуникации из закрытой в открытую фазу осуществляется или в конфликтных, или, наоборот, в тех коллективах, где сформирован достаточный уровень доверия. Но при этом, широкая практика обсуждения встречается чаще в конфликтных ситуациях, выходя даже за пределы подразделения, в то время как вопросы согласования, корректировки правил происходят в микрогруппах, и не распространяются на весь коллектив. Весьма часто предметом обсуждения эта практика становится тогда, когда в коллективе назревает конфликт по поводу нарушения тех или иных невидимых правил распределения НП между врачами и медсестрами.

Чаще всего предметом обсуждения становятся размеры НП, правила их распределения, однако, как замечают сами респонденты, это разговоры «кулуарного» характера, и, как правило, за границы микрогруппы они не выходят: *«Конечно платы в карман обсуждаются. Я не знаю, как в других коллективах, в нашем коллективе это обсуждается. Даже я больше скажу, обсуждается, допустим, сколько, кто должен получать, допустим, с этого дела или с другого»*, - замечает одна из респонденток.

Потребность сохранить имидж отделения мотивируют врачей на осознанное сужение «зоны конфликта», благодаря чему это не становится предметом гласности в масштабе больницы, а концентрируется внутри отделения. Часто предметом обсуждения выступает нарушение условий со стороны врача, данных пациенту, что ставит под угрозу авторитет всех врачей отделения, а потому нормируется довольно жестко: *«Неформальные платежи обсуждаются на частном уровне и не выносятся на широкое обсуждение. Иногда это обсуждается внутри коллектива. ...Например, врач берет деньги, чтобы поставить пластинку из одного металла, а когда ее через некоторое время вынимают, оказывается, что она из другого, худшего металла. Вот тогда возникает обсуждение этого случая среди сотрудников отделения»*.

Весьма парадоксально, но коллектив осуществляет контроль за практикой НП, похоже, по тому же принципу, как это делает большинство руководителей медучреждений - а именно по отклонениям от общепринятых правил. До тех пор, пока врач или медсестра ведут себя «как все» и не нарушают сложившихся норм, их поведение по отношению к НП как бы не замечается, но как только кто-то из персонала перестает действовать в рамках «разумного», он становится предметом внимания со стороны коллектива, в том числе его поведение обсуждается или с заведующим отделением или внутри групп с близкой дистанцией общения. При этом врачи все равно демонстрируют высокий уровень сопереживания и понимания того, как трудно сегодня выживать медикам: *«Обсуждается эта тема, разговариваем между собой, но не часто. Когда кто-то уж слишком нагнет. Но если это в пределах нормы - это не осуждается, каждый живет, как умеет. Денег то мало платят. Кому-то не дано, а кто-то может себе это позволить»*, - замечает заведующий гинекологическим отделением.

Таким образом, проведенное исследование позволило убедиться в том, что в большинстве коллективов медицинских учреждений тема НП не является открытой для коммуникации. Мотивы, по которым эта тема не обсуждается, весьма многообразны, но за ними прослеживается прежде всего нежелание санкций подобных практик по вполне понятной причине - завтра кто-то может оказаться на месте сегодняшнего виновника. В том случае, если эти обсуждения бывают, они направлены прежде всего на пересмотр действующих практик, с одной стороны, с другой - представляют собой коммуникацию доверительного характера, чтобы персонифицировать себя именно с данной микрогруппой коллектива, а не с другой.

4.2.2. Хочет ли и может ли коллектив влиять на практику неформальных платежей?

Для того, чтобы ответить на вопрос, может ли коллектив влиять на практику НП, проанализируем первоначально, какое отношение в коллективе складывается к тем, кто участвует в получении НП, существуют ли коллективные санкции к тем, кто по воле случая оказывается в эпицентре скандала, что собственно может провоцировать коллективное осуждение или коллективную поддержку, а затем оценим имеющийся ресурс влияния коллектива на практику НП.

Полученные результаты исследования позволяют говорить о том, что коллективные нормы по отношению к тем, кто втянут в практику НП, имеют скрытый характер и являются избирательными, в зависимости от того, какое отношение сложилось в коллективе к тому или другому человеку. Действуют и некоторые общие коллективные принципы, которые разделяются большинством опрошенных нами врачей, хотя не всегда они являются предметом открытой коммуникации, представляя собой квинтэссенцию опыта взаимодействия с больными и коллегами на протяжении длительного времени.

Обращает на себя внимание высокий уровень терпимости заведующих отделений, врачей, медперсонала к практике получения НП. Резко осуждающие позиции высказывались не более, чем в 1/5 интервью, что означает - в реальности таких противников коллективного распространения практики НП еще меньше, учитывая желание интервьюируемых выглядеть в процессе интервью людьми достойными: *«Люди относятся терпимо к тем, кто занимается получением дополнительных денег с пациентов, ведь они сами хотят отблагодарить врача».*

Согласно высказанным позициям, в случае коллективной огласки внутри отделения того или иного случая НП, от врачей можно ждать разных реакций, но большинство из них будет носить или сочувствующий, или нейтральный характер: *«С сочувствием отнесутся к тому, кто попадет. Мы все под мечом ходим»*- убежден один из известных хирургов, владеющий уникальными технологиями.

Близкой позиции придерживается один из главных врачей, однако он убежден - коллективная санкция возможна, но в том случае, если ее специально организовать: *«Если кто-то из врачей попадет, то большинство скажет: Не повезло мужику... Что Вы хотите? Это же наш менталитет. Но одно дело, когда они посочувствовали у подоконника на кухне, а другое дело, когда это гласно обсуждается на собрании, в отделении, на конференции. В этом случае сочувствующих не будет. У меня есть подобные примеры. Максимум, что попросят - быть помягче, а так в большинстве своем промолчат. Защищать не будут. В душе посочувствуют, но публично никто не позволит себе этого сделать. Потому что это правильно и объективно - бороться с незаконными платежами».*

Однако ожидать открытой коллективной санкции без вмешательства руководства вряд ли приходится. Более 80% респондентов убеждены в том, что врачи не выступят с открытым осуждением того, кто попался на НП по своей инициативе, если это не представляет угрозы для коллектива врачей в целом.

Почему коллектив столь лоялен к тем, кто старается заработать на пациентах? В данном случае определяющим вновь является представление о вынужденности ситуации, в которой оказались врачи. *«Я думаю, что если человек попадет на неформальном платеже, скорее всего ему будут сочувствовать. Эта ситуация на сегодня вынужденная. Конечно, умному, интеллигентному человеку плохо ощущать себя получающим конверты и думать, а вдруг он за дверью что-нибудь выкрикнет или скажет недоброе: хануга, врач».*

Это унижает умного человека, и это опасно. Люди вынуждены идти на это, чтобы достойно жить в этой жизни. Она одна. Государству надо продумать, как сделать жизнь профессионально достойной, не давать возможности быть униженным» - считает один из респондентов.

Близкой позиции придерживается совсем молодая врач, которая только начала осваивать коллективные правила врачебной работы, но которая также убеждена, что всему виной - государство: *«Если бы вдруг завтра я попала, то мне одна бы часть людей посочувствовала, а другая бы отнеслась нейтрально. Меня бы никто не осудил. Это однозначно. С чем это связано? С нашим нищенским положением, наверное. Это жизнь нас толкает на это и мы рады даже небольшой сумме, которая попадает в руки. Так нас поставили в это положение. А попросту - заставили. Я молодая, мне хочется одеться, хорошо питаться. В 70 лет мне этого не надо будет».* Весьма показательная точка зрения: молодая врач еще не успела завоевать какого-либо положения в коллективе и не может рассчитывать на повышенную лояльность, однако все равно убеждена - санкций не последует.

Большую роль в снисходительности к тем, кто может попасться на НП, играет понимание того, что завтра ты случайно сам можешь оказаться на этом же месте. Более того, любая негативная реакция по отношению к другому, со временем, может обернуться против тебя - осужденный тобой при возможности может «подставить» тебя, не помочь в трудной ситуации. Поэтому не осуждать - это выгодно: *«Всегда есть возможность подставить, так круто подставить, что каждый это понимает, и каждый уважает в тебе профессионала, - убежден один из акушеров-гинекологов, - Даже помогут тебе, и более того, я, зарабатывая деньги, могу обратиться за помощью к товарищам, они знают, что я их зарабатываю, и все равно всесторонне мне помогут, абсолютно бесплатно. Всесторонне. Потому что ты завтра сам можешь оказаться в шаткой ситуации, и ты ждешь эту помощь. Хотел бы, чтобы тебе помогли, и тебе помогут обязательно. И даже не будут интересоваться, калымный, или некалымный это пациент, говорить про себя: ты получишь деньги, а мы - нет. Разговора такого не может быть, и это не потому, что мы такие благородные люди, а потому что так выгодно».*

Весомую роль в оправдательном характере реакций на НП играют также уважение к людям, умеющим зарабатывать деньги, и желание быть состоятельным: *«Могу предсказать реакцию, если бы мы вдруг случайно узнали, что кто-то взял деньги с больного. Позиция коллектива не была бы осуждающей, а если осуждающей, то про себя. Чем я это объясняю? Я объясняю это тем, что человек, имеющий деньги, неважно каким путем заработанные, он всегда пользуется уважением в коллективе. Мы все живем одинаково, но если кто-то живет лучше, то его уважают. Все хотят жить лучше сегодня. Но если бы произошел скандал, если бы все вышло наружу, может быть, это и осуждалось бы. Есть у нас в коллективе люди, которые категорически к этому отрицательно относятся, но их совсем немного».*

Однако, как бы не были либеральны действующие нормы, большая часть респондентов убеждена - все должно делаться в пределах разумного: *«Нет осуждения, но все равно все должно делаться в пределах разумного. Если кто-то выходит за определенные рамки, то ему говорят: имей совесть».*

Что запрещают и что одобряют коллективные этические стандарты? Прежде всего, обращает на себя внимание тот факт, что запретительные нормы достаточно развиты и распространяются прежде всего на тех врачей, которые действуют без опоры на принятые стандарты внутри коллектива или не подчиняются требованиям заведующего отделением, делая вид, что их не касается то, что происходит в коллективе.

Весьма часто сложившиеся коллективные нормы не осознаются и не воспринимаются как реально действующие: *«Обсуждаются платы пациентов, но в шуточной форме. Хотя я бы не смогла назвать каких-то коллективных норм, их просто нет»*, - замечает в своем интервью одна из врачей - терапевтов городского стационара, в котором на фоне всех стационаров в городе практика НП наиболее развита.

Хотя большинство респондентов убеждено в том, что регулирующие нормы со стороны коллектива отсутствуют, материалы интервью позволяют говорить о том, что такие нормы действуют и имеют разветвленный и повторяющийся характер от отделения к отделению. Само содержание этих норм воспринимается респондентами как само собой разумеющееся, как атрибут повседневной жизни и повседневного общения, и потому эти нормы зачастую четко не осознаются.

К числу таких запретительных норм, которые нам удалось реконструировать по материалам интервью, можно отнести:

- запрет на вымогательство;
- запрет на огласку;
- запрет на сознательный обман пациента;
- частичный запрет на взимание платежей по тарифу;
- запрет на получение денег в случае осложнений и летального исхода;
- частичный запрет на слишком высокую активность в получении НП, за исключением тех случаев, когда речь идет об уникальных специалистах, звездах региональной и мировой величины;
- частичный запрет на получение денег с тяжелобольных, неимущих, одиноких больных;
- частичный запрет на распространение лекарств врачами в качестве дилеров фирм.

Разрешительные нормы также весьма широки и включают в себя как минимум следующий перечень

- разрешение коллектива на получение НП в виде благодарности от больного;
- разрешение на установление гибкой цены за услугу, в соответствии с возможностями пациента;
- разрешение получать вознаграждение в случае качественного и результативного лечения, не приведшего к осложнениям;
- разрешение вознаграждения за профессионализм, за владение уникальными технологиями;
- разрешение платы или подарков за внимательное отношение к больному;
- разрешение вознаграждения от состоятельного пациента в виде денег, оргтехники, бытовой техники, ремонта, идущего на общие нужды отделения;
- разрешение платы за уход для медсестер и санитарок.

Запрет на вымогательство как коллективная норма весьма распространен и многие врачи вынуждены придерживаться этой нормы, хотя там, где практика НП развита более всего, например в хирургии, она может замещаться разрешительной нормой типа «разрешение вознаграждения за профессионализм и владение уникальными технологиями». Жесткой границы между объектами применения этих норм не существует за исключением одной нормы - запрета на огласку.

Запрет на огласку является достаточно распространенной нормой, которая регулирует поведение практически всех врачей и медперсонала, включая заведующих отделений. Лица, нарушающие эту норму, как правило, осуждаются коллективом, потому что авторитет отделения остается весьма значимым фактором, не только для руководства, но и для рядовых врачей. Благодаря сформированному авторитету целого отделения им удается привлечь больше пациентов, нежели только собственными усилиями или индивидуальным именем, что заставляет с особым вниманием относиться к тому, какое общественное мнение складывается по отношению к тому или иному отделению: *«Я терпимо отношусь к деньгам, которые берут врачи и медсестры. У кого-то получилось - слава Богу. Лишь бы было во благо и той и другой стороне, и без шума»*, - замечает в своем интервью заведующая хирургическим отделением.

Весьма сильной запретительной нормой является также норма, отрицающая возможность брать деньги с тяжелых больных или с тех, кто не может заработать. В этом случае санкция коллектива возможна и может наступить незамедлительно, если это стало предметом огласки: *«Осудить за деньги в коллективе могут тогда, если это тяжелый больной или онкологический, или тот, кто по социальному статусу не может заработать. Осуждаются также то, когда сам доктор предупреждает – я тебе буду делать это и это, но ты будешь платить такие-то деньги. Я считаю, что больной сам должен платить столько, сколько он может»*, - убежден врач- уролог.

Следует отметить, что в складывающейся ситуации важным является не только то, что коллектив оказывает воздействие на своих членов только в случае угрозы огласки или в ситуации грубого нарушения норм, оставляя за собой право поддерживать корпоративную солидарность, иногда из чисто прагматических побуждений, но и то, что чувствительность медицинских работников к коллективным санкциям не является столь высокой, какой она могла бы быть в случае столь опасной практики.

Отдельные реплики из интервью позволяют говорить о том, что индивидуальное выживание и индивидуальный успех так важен для медиков - профессионалов, что они начинают демонстрировать все меньшую зависимость от коллектива и его норм, за исключением работы, которая изначально требует коллективных усилий. Поэтому личное лидерство в коллективе может служить тем заслоном, о который могут разбиваться многие попытки коллективных санкций. С лидером принято считаться и с ним считаются в коллективе, даже если это лидер неформальный: *«Нет, абсолютно никто повлиять на меня из коллектива не может. Я в своем коллективе лидер, и мне никто ничего в глаза не скажет и не будет обсуждать, что я больше получаю, чем они. У меня самой нет зависти к другим людям, которые получают больше меня – значит, они так могут. Но одна женщина мне все-таки завидует. Она не может этого показать, я намного сильнее ее. Я всегда смогу поставить ее на место. Поэтому она молчит и завидует»*.

Одним из важных механизмов нечувствительности к санкциям коллектива может являться также предрасположенность к внутреннему контролю по сравнению с коллективным контролем, который может восприниматься таким субъектом как избыточный и неприятный: *«Надо быть правым перед собой, а что коллега при этом ощутит и что скажет - не так важно. Со сколькими врачами бы я не встречалась, могу сказать - есть врачи, которые работают только за принцип. Таких врачей очень много. Неправильно думать, что по всей медицине врачи берут деньги. Особенно, если речь идет о периферии. Здесь вообще не берут денег. Как были земские врачи, так они и остались. Врачи, которые работают только за совесть»*, - убеждена одна из врачей районной больницы

Таким образом, можно говорить о том, что не существует раз и навсегда установленных правил и одинаковых санкций по отношению ко всем членам коллектива. Они весьма избирательны и учитывают неформальный статус в коллективе,

благоприятное или неблагоприятное отношение к данному человеку, уровень его готовности помогать другим. В том случае, если данный врач не уважаем в коллективе, санкции могут быть более жесткими, чем к тому, кто является «любимчиком». *«Нормы существуют, но все зависит от конкретного случая. В одном случае – осудили бы, а в другом – нет. Смотря о каком человеке и о какой ситуации идет речь»*, - считает один из врачей.

Даже по отношению к молодым врачам, которые порой могут позволить себе излишне инициативное поведение по поводу оплаты, более опытные врачи не ведут себя критически, а стараются действовать только в случае крайней необходимости, в ситуации, когда конфликт между пациентом и врачом становится достоянием гласности: *«С кем близко общаюсь из врачей – те удивляются молодым. У них взгляды другие, - замечает в своем интервью опытный врач акушер – гинеколог, - Им хочется жить нормально. Они смотрят вокруг. Но я бы не смогла сказать, что я их поддерживаю. Мы, люди из старой команды, не вмешиваемся в их дела и влиять на них мы никак не можем. Но если конкретное что-либо услышали или вышло наружу недоразумение или конфликт – тут конечно бы разобрались с ними. И заведующий отделением в первую очередь»*.

Показательно, что ряд оценок врачей дает возможность говорить о том, что осуждению среди врачей скорее подвергнется тот, кто не берет, чем те, кто берут: *«Конечно, все ругают того врача, который отказывается брать, потому что он портит общий фон. Но я не знаю тех, кто не берет. Может, я просто не знаю»*, - утверждает один из респондентов.

Также предметом коллективного обсуждения и коллективной санкции может стать тот, кто был неосторожен и попался на платеже. В этой ситуации реакция коллектива вполне предсказуема и мотивируется одним - не надо подставлять себя, а если попался невольно - продемонстрируют сочувствие: *«Каждый по-разному оценит поступок провинившегося. Но больше будет тех, кто будет осуждать того, кто попался. “Не надо было попадаться, вот дурак”. А если невольно попался - то посочувствуют»*, - размышляет один из опрошенных.

Полученные материалы исследования позволяют говорить о том, что по мере того, как врачи «привыкают к практике НП и научаются в ней жить по определенным схемам, они все в меньшей степени согласны влиять на нее посредством коллективных санкций, занимая все более «разрешительную» и либеральную позицию по отношению к тем, кто участвует в практике НП. Одна из наших респонденток, врач-терапевт из районной больницы выразила это в своем интервью достаточно точно: *«Когда я только начинала работать, была взаимная злоба у тех, кто брал на тех, кто не брал, и наоборот. А сейчас это стирается. Благодарность принимают все. И к ней все относятся благосклонно. Ведь надо на что-то жить»*.

Проделанный анализ позволяет убедиться в том, что внутри коллективов отделений сформировались разветвленные нормы по отношению к НП, как запретного, так и разрешительного планов. Однако нормы эти коллективно не осознаны и имеют в большинстве своем персонифицированный характер. Наиболее разделяемыми из запретительных норм являются: запрет на вымогательство и запрет на огласку. Из разрешительных норм - право на благодарность и право на установление гибкой цены на услугу врача или медперсонала. Нормы могут действовать избирательно, по отношению к разным членам коллектива, в зависимости от того, какой профессиональный или неформальный статус им удалось завоевать в коллективе. Со временем происходит все большая либерализация практики НП среди коллективов, что однако не отрицает наличие определенной доли врачей, которые относятся к данной практике весьма негативно.

4.2.3. Возможности использования коллективных норм для регулирования неформальных платежей

Анализ позиций медицинских работников по отношению к НП позволяет убедиться в том, насколько различны эти позиции и, одновременно, как они схожи между собой. Объединяет их одно - желание, чтобы государство позаботилось о медиках, оценивало их труд в соответствии с социальной значимостью и уровнем их образования и квалификации. При этом никаких конкретных надежд они с такими ожиданиями не связывают, понимая, что если до них и дойдут руки у государства, то это произойдет в последнюю очередь. Осознавая вынужденность НП, многие из опрошенных медиков говорят о том дискомфорте и напряжении, которые они испытывают, когда речь идет о НП. Наверное, поэтому среди них много сторонников «благодарности» и противников вымогательства.

Одновременно, нам бы не хотелось идеализировать ситуацию. В сознании врачей традиционные этические нормы сложно переплетаются с новыми нормами рыночного поведения, рождая сложные сочетания и формируя готовность как к нерыночному, так и рыночному поведению одновременно. Среди врачей и медперсонала уже сегодня сформирована определенная прослойка тех медиков, которые сделали НП средством улучшения своей жизни. И готовы обменивать свои квалифицированные и не очень квалифицированные услуги, на деньги и подарки больных.

Анализ индивидуальных и коллективных норм, действующих по отношению к НП, позволяет убедиться в том, что коллектив врачей, если и влияет на практику НП, то только в том случае, если поведение врачей и медперсонала выходит за рамки дозволенного и сопровождается конфликтом. В остальном - каждый имеет право «жить, как хочет». Единственное ограничение - не разрушать авторитет отделения и медучреждения в целом, так как именно он, в конечном итоге, вместе с профессионализмом врачей, определяют, сколько состоятельных пациентов, способных платить, и пациентов вообще, в том числе и статусных, будут хотеть у них лечиться. Поэтому особый запрет - запрет на огласку. Кроме того, любой конфликт предполагает вмешательство вышестоящих организаций, а это является нежелательным.

Индивидуализация этических регуляторов, множественность действующих норм приводит к тому, что каждый решает за себя - как ему лучше поступить в том или ином случае, мотивируя это тем, что «иначе не выжить». Проведенное исследование позволяет говорить о том, что среди повторяющихся индивидуальных этических стандартов, наиболее представлены такие из них, как «право получать плату в виде благодарности» и «право на выработку гибкой цены». Вероятнее всего, эти нормы можно считать уже массовыми для медиков, что не отрицает вероятности того, что среди них будут встречаться те, которые не согласятся подчиняться даже этим принятым коллективом нормам.

Результаты исследования не позволяют говорить о том, что коллектив совсем не участвует в этической регуляции поведения врачей или медперсонала. В том случае, если выработанный комплекс правил разрешительного и запретного характера в коллективе совпадает с индивидуальными нормами субъекта, тогда они способны влиять на практику НП. Наиболее иллюстративный пример касается такой нормы, как запрет на вымогательство. Весьма показательно, что запрет на вымогательство разделяется большинством профессионального сообщества медиков, а нарушающие этот запрет, в случае огласки чаще всего уходят из лечебных учреждений. В том случае, если подобного совпадения нет, тогда субъект продолжает реализовывать собственные схемы поведения, не считаясь с мнением коллектива, особенно, если он является уникальным специалистом.

Только согласованность коллективных и индивидуальных норм позволяет влиять на субъекта преобразующим образом, в противном случае - это влияние носит эпизодический характер.

Оценивая в целом уровень сформированности этических норм, можно утверждать, что врачебная этика современных медиков представляет собой сложный сплав из старых и новых норм, в котором им трудно разобраться самим. Хотя бы потому, что не существует жесткого императива сверху, который бы воспринимался как справедливый. Это приводит к тому, что ни один из индивидуальных или коллективных участников этого процесса не могут полноценно влиять друг на друга. Практика НП в этих условиях развивается стихийно, сдерживаемая только страхом и усталостью всех участников этого процесса: врачей, среднего и младшего медперсонала и управленцев. Нормы же, превращаясь из регуляторов в соблазн, перестают задавать ограничительные рамки для него, что позволяет предположить - практика НП, если ничего не менять, будет развиваться и дальше. Регуляторами для ее ограничения являются сегодня только индивидуальные и частично коллективные нормы, которые также весьма неустойчивы и имеют тенденцию к изменению. Но совсем не в ту сторону, которая бы устраивала общество.

4.3. Отношение субъектов управления и финансирования здравоохранения к неформальным платежам

4.3.1. Информированность субъектов социальной политики о практике неформальных платежей

Анализ материалов интервью позволяет убедиться в том, что субъекты социальной политики (субъекты управления здравоохранением) располагают достаточным уровнем знания относительно того, какой размах имеют НП, и по какой схеме они функционируют. Практически все респонденты, принявшие участие в обследовании, убеждены в том, что практика НП существует во всех государственных и муниципальных медицинских учреждениях своего региона.

Каналы, по которым руководители органов власти узнают о практике НП в подведомственных учреждениях, весьма многообразны:

- жалобы со стороны пациентов;
- жалобы со стороны вышестоящих администраторов, курирующих вопросы социальной политики регионе, а также начальников в областных и городских администрациях, коллег, получающих помощь в медучреждениях;
- жалобы со стороны страховых компаний;
- информация от врачей, заинтересованных в контактах с органами здравоохранения;
- информация от родственников, друзей, знакомых, пользующихся медицинскими учреждениями;
- информация от близкого окружения коллег и врачей.

Обычно предметом жалоб пациентов, по оценкам респондентов, являются требования к больным со стороны медицинских учреждений приобретать лекарства и расходные материалы, а также жалобы на некачественную медицинскую помощь, прежде

всего операции, приводящие к летальному исходу. Жалобы на НП медицинским работникам за их услуги чаще всего появляются в случае летальных исходов. По оценке управленцев, доля этих жалоб в общем потоке обращений невысока и колеблется в границах 5-10%.

Субъекты социальной политики в регионах не только осведомлены о приблизительном размахе неформальных платежей, но и хорошо представляют себе в каких учреждениях области и города эти платежи более всего выражены, в каких подразделениях областных и городских клиник они концентрируются. Осведомленность о действующих практиках неформальных платежей распространяется не только на клиники, расположенные в областных центрах, но и на медицинские учреждения в других городах и районах своей области.

Субъекты, представляющие законодательную власть в регионах, не склонны рассматривать эту практику как повсеместную и признают ее скорее вынужденный характер. Уровень жалоб в региональные органы законодательной власти по поводу НП также довольно редки. Чаще всего население жалуется на платность тех или иных услуг, например, операций, которые они не в состоянии оплатить.

Представители органов здравоохранения областного и городского уровней видят в лице главных врачей те фигуры, которые в первую очередь обязаны контролировать неформальные платежи в своих учреждениях, объясняя это большим набором рычагов для влияния на свой персонал, по сравнению с теми рычагами, которые есть у региональных управленцев. Одновременно управленцы отмечают низкую заинтересованность главных врачей, при полной их информированности, осуществлять функции контроля в полном объеме: *«Главные врачи знают все: кто, сколько и за что. Но не вмешиваются в эту практику, потому что они вынуждены думать на шаг вперед».*

Подавляющее большинство респондентов, признавая развитость практики НП в медучреждениях и необходимость влиять на ситуацию в случае поступающих жалоб, отмечает невозможность подобного вмешательства в силу неспособности *«обвинять кого-либо, не имея для этого проверенных оснований».*

4.3.2. Опреданность неформальных платежей в оценках субъектов управления и финансирования здравоохранения

Большинство из опрошенных управленцев видит причины существования НП в низком уровне финансирования лечебных учреждений и неоправданно заниженном уровне заработной платы врачей и медперсонала. При этом некоторые из респондентов прямо говорили об оправданности НП: *«Я думаю, что неформальная оплата останется до того момента, пока не изменится статус врача. Врач не должен получать меньше рабочего. Статус интеллигентного человека и профессионала должен как-то поддерживаться государством, иначе врач начинает поддерживать его сам, стыдясь этого и забывая о государстве, которое не хочет ему платить».* Руководители органов здравоохранения и руководители лечебных учреждений непременным условием сокращения НП называют *«существенное повышение заработной платы врачей и медперсонала».*

Важным механизмом, провоцирующим появление НП, по мнению управленцев, является также слабая дифференциация заработной платы врачей, отсутствие реальной зависимости размера заработной платы от проделанной работы. Именно это, по мнению управленцев, снижает уровень мотивации труда врачей и медперсонала, который пациенты пытаются поддержать своими средствами - благодарностями в различных

вариантах. *«Если врач получает только фиксированные деньги, то у него теряется мотивация к труду - убежден один из субъектов финансирования здравоохранения. - А в медицине врач находится практически на одном и том же окладе, который его никак не заинтересовывает. Пациенты проявляют инициативу и стараются ответить благодарностью врачу. Как бы это не звучало неприятно, но неформальные платежи позволяют сохранить мотивацию врачей к работе».*

Определенная часть управленцев в числе причин повсеместного развития практики НП видит интересы самих пациентов, которые демонстрируют высокий уровень готовности платить неформально в обмен за качественную медицинскую помощь и внимание.

Часть работников органов управления здравоохранением расценивает НП как *«неприемлемые и опасные»*, но рычагов воздействия на данную ситуацию они не имеют или не хотят искать. В этом «нежелании вмешательства» не последнюю роль играет корпоративная солидарность и неготовность к решительным шагам в этом направлении: *«Вмешиваться в практику неформальных платежей просто неэтично, - восклицает один из управленцев. - Ведь врач получает 30 долларов».*

4.3.3. Возможности контролировать неформальные платежи

Материалы исследования позволяют говорить о том, что представители всех управляющих страт - руководители органов здравоохранения, главные врачи, заведующие отделениями и старшие медсестры - убеждены в том, что контроль за НП необходим, но в сложившейся ситуации реализовать функции такого контроля в полном объеме не представляется возможным.

Руководители органов здравоохранения в значительной степени разделяют мнение о необходимости бороться с неформальными платежами, однако высказывают сомнение в возможности контролировать неформальные платежи, располагая существующими рычагами воздействия на складывающуюся ситуацию.

Руководители органов здравоохранения отмечают недостаточность правового поля по поводу практики платных услуг, что усложняет функцию контроля, делает контроль «нелигитимным». Особо управленцы отмечают «бессилие», которое они испытывают по этому поводу: *Для нас, для организаторов, неформальные платежи - это бич. Неприятно чувствовать свое бессилие. У меня просто нет рычагов, чтобы этим управлять. Если бы это было прописано законодательно, за что платит больной, за что - нет, это, наверное, резко бы снизило объем неформальных платежей. И нам было бы проще управлять. Это можно было бы проконтролировать», -* замечает в своем интервью один из руководителей органов здравоохранения.

Подавляющее большинство из них настаивают на том, что без привлечения «внешних сил» в лице Минздрава России, Государственной думы им с этой практикой явно не справиться: *«Нужно какие-то шаги предпринимать. Но решительно это делать на нашем уровне просто невозможно. Должно быть правило, должны быть указы, постановления, акты, которые позволили бы цивилизованно разрешить эту проблему. Нам не хватает рычагов, поэтому лучше эту ситуацию не видеть».*

Весьма парадоксальным является то, что каждая из групп управленцев убеждена в том, что функция контроля должна осуществляться не на том уровне, который они представляют, а она должна делегироваться на более низкие этажи управления. Так, среди работников органов управления здравоохранением четко выделяется группа лиц,

убежденных в том, что контроль за НП должен осуществляться не городскими или областными органами здравоохранения, а именно главными врачами, что внутренне снимает с них задачу контроля как целевую функцию, или по крайней мере существенно уменьшает ее: *«Неформальные платежи может контролировать только главный врач. Мы можем в это вмешаться, но тем самым мы будем выполнять функции главного врача. Мы можем заняться этой проблемой по каждому лечебному учреждению конкретно. По моему мнению, если поставить себе задачу искоренить это в масштабах данного конкретного учреждения, то это можно сделать очень быстро. Здесь придется действовать с привлечением определенных структур, силовых к примеру, использовать меченые деньги. Надо создать один, два, три прецедента, сколько потребуется, чтобы показать - контроль есть, и он очень жесткий. И на системе страха можно эту практику серьезно уменьшить. Это чревато ответственными мерами тех лиц, которые заинтересованы в ее сохранении. Поэтому главный врач всегда взвешивает последствия, и не всегда идет на необходимые меры, а механизмы контроля есть всегда. Ведь каждый из главных врачей сегодня откровенно сказал – он знает всех поименно. И знает уровень цен, с кого берется, а с кого нет».*

Руководители органов здравоохранения, предполагая, что функцию контроля должны осуществлять главные врачи, не уверены в том, что последним это выгодно: *«Мне кажется, что такие рычаги контроля есть. Но общаясь с главными врачами, я иногда начинаю сомневаться в том, что это так. Каждый главный врач перед собой ставит вопрос: «А что положительного я могу добиться в результате? Что меня может ждать отрицательного?» И при трезвом взгляде на вещи могу сказать - главных врачей устраивает ситуация не замечать. Поскольку они знают, кто за что и сколько берет, они всегда могут дать понять мелким командирам, что они в курсе всех дел. Давая всем понять, что он в курсе, главный врач получает дополнительные рычаги воздействия на неформальные отношения внутри коллектива, который помогает ему решать определенные официальные задачи».*

Руководители страховых компаний в регионах признают за собой право контролировать неформальные платежи и согласны выступать в такой роли, но, по их мнению, это должно касаться в основном вопроса приобретения лекарств, все же остальные вопросы они также делегируют главному врачу. *«Безусловно, мы не можем контролировать НП в полном объеме. Ведь мы тогда можем что-то узнать, когда к нам обращаются за помощью. Если кто-то тихо отдал деньги и не признался в этом, то откуда мы что-то узнаем. Я же не следователь, чтобы собирать информацию о врачах от других»,* - замечает в своем интервью один из руководителей страховой компании.

Поддерживает позицию о возможности лишь частичного контроля за НП и руководитель территориального фонда обязательного медицинского страхования, утверждая, что функция контроля за НП не может являться функцией их структуры: *«Нам своих проблем достаточно, помимо неформальных платежей. Но обращения к нам есть. В основном, это проблема компенсации затрат на медикаменты. У нас нет такого объема работы с гражданами. У нас страховые компании являются теми структурами, которые непосредственно работают с гражданами Поэтому основной поток обращений идет к ним».*

Одновременно руководители фондов медицинского страхования убеждены, что именно главные врачи призваны управлять ситуацией, чтобы снизить НП, однако и они не уверены, что последние справляются с этой функцией эффективно: *«Влиять на практику НП главные врачи могут, а как они влияют, я этого сказать не могу. Все зависит от конкретного главного врача. Есть главный врач сказал персоналу, и это закон для всех. А есть такие, скажет - это надо сделать, – а его пошлют. Это зависит от авторитета. Пользуется уважением в коллективе – тогда его будут слушать. Нет - никакими приказами положение не исправишь. Но разве главные врачи хотят на это влиять? Ведь*

часто они являются выходцами из своих коллективов. Поэтому формой контроля в данном случае может стать страхование медицинской организации. Другого пути нет. Прокуратура и следователи за каждым врачом не поставишь. Это зависит от совести каждого врача. Но это понятие для многих из них виртуальное».

Главные врачи и их заместители, в свою очередь, делегируют функцию контроля заведующим отделениями, считая, что в практику неформальных платежей надо вмешиваться осторожно и не делать резких движений, хотя бы потому, что в противном случае главный врач может остаться один без классных специалистов. *«Я считаю, что каждый руководитель должен быть немного шахматистом, - убеждена одна из заместителей главного врача, - Он должен проиграть ситуацию на 2-3 шага вперед. Ну хорошо, поймем мы их, выгоним одного, другого. А завтра нам позвонят, или будут рожать наши родственники, и что мы будем делать? Поэтому я думаю, что резких шагов делать не надо. Надо изыскивать какой-то вариант, надо изыскивать возможность, чтобы люди жили достойно»*

Так же, как и руководители органов здравоохранения, главные врачи в своих интервью отмечают отсутствие необходимых рычагов для реализации функции контроля, с одной стороны, с другой, его определенной опасности для сохранения квалифицированного врачебного персонала: *«Да, у меня не хватает рычагов влияния на неформальные платежи. А что Президент имеет очень большие рычаги влияния не эти процессы? У меня персонала 1500 человек, разве за всеми углядишь! Но если я все-таки захочу вмешаться, хорошие врачи уйдут в другую больницу. И все. Я останусь один. Но перестраивать эту практику все равно надо. Ведь больница должна развиваться».*

Определенное единодушие опрошенные главные врачи демонстрируют по поводу того, что целесообразно вмешиваться в эту практику только в том случае, если есть официальный сигнал о случившемся со стороны пациентов или заведующих отделений, хотя главные врачи отмечают, в свою очередь, что число таких официальных сигналов не столь высоко: *«Я не знаю о неформальных платежах, но если мне доложили, то я сразу виновных сдаю. Особенно когда речь идет об официальном заявлении. Врачи знают – у меня есть налоговая полиция, человек, который нас курирует. Я ставлю его в известность о случившемся. Когда все это делается осторожно и с умом – то почему нет? Я им всегда говорю, я все понимаю, но если Вы где-то, что-то напортачили, то Вы за больного отвечаете до самого конца. Поэтому мы очень следим за тем, как ведутся истории болезни».*

Главные врачи, анализируя ограничительные коридоры контроля, убеждены в том, что им удастся минимизировать практику вымогательства со стороны врачей, однако, полностью влиять на эти процессы они явно не могут, довольствуясь в результате только теми цивилизованными рамками, до которых им удастся довести практику НП: *«Довольно часто приходится разбираться с теневыми выплатами. Но бороться с этим нельзя. Единственное, что здесь удастся, это каким-то образом нивелировать элемент вымогательства. Недопустимо, когда с больного просто вытягивают деньги. «Дай и все». Здесь следует отслеживать прежде всего временные параметры и характер больных. А то ведь как бывает, поступает экстренный больной, а врач говорит: «Не дашь, не буду оперировать». Мы пытаемся таких врачей максимально карать. Чтобы другим было не повадно. Чтобы платежи были, но в цивилизованных рамках».*

Некоторые из опрошенных, прежде всего это руководители частных клиник, убеждены, что бороться с платежами можно и нужно, делегируя главную ответственность за результаты этой борьбы главным врачам, на которых собственно и лежит ответственность за сложившуюся ситуацию. Руководители частных клиник объясняют отсутствие развитой практики контроля, не сговором, а низким управленческим профессионализмом главных врачей: *«Конечно, главный врач в бюджетной медицине*

обязан это делать, и он может это делать. Просто он схему должен придумать и систему. Команду создать такую, которая будет работать на конечный результат. Очень удобно говорить - мы не можем этого сделать. Это просто непрофессиональное выполнение своих функций менеджера. На 100 %. Решить вопрос с заработной платой можно и нужно. А потом у главного врача есть КРУ, финансисты. Просто нужны хорошие менеджеры. Но хорошие менеджеры, как правило, плохо приживаются в медицине. Потому что они действуют не по правилам. И прежде всего они не идут на полусогнутых в Департамент здравоохранения, а кому это может нравиться. Там ты должен вести себя тихо и сидеть с низко опущенной головой, вот тогда ты хороший. Но из таких людей менеджеров не получается. Вот ведь в чем дело!». Подавляющее число опрошенных заведующих отделений и старших медсестер также склоняются к позиции, что функция контроля за неформальными платежами или не может быть осуществлена, или она нецелесообразна совсем. Более того, некоторая часть из них рассматривает НП как механизм, позволяющий сохранять потенциал врачей и в известном смысле делающий врачебный коллектив более управляемым. Заведующие отделениями при этом убеждены, что тотальный контроль над платежами теневого свойства осуществить просто нереально и глубоко ошибаются те, кто считает, что такой контроль возможен в принципе: «Проблемы НП - это проблемы врачей и их совести.. У нас есть закон. Возьмет, не заметили – ну и леший с ним. Это его дело. Не мое. Для этого есть судебные органы. Но если мне пожалуются – я буду разбираться. Однако всестороннего контроля я не могу добиться. Контролировать всех - не в моих силах. Как я могу это сделать? Вот час мы с Вами говорим, а что там происходит – я не знаю. Мне это и не нужно. А как я всех проконтролирую, реально этого просто невозможно сделать».

Некоторые из респондентов высказывают довольно парадоксальную точку зрения, свидетельствующую о том, что только неумелый руководитель всерьез может заниматься практикой контроля, да и то, только в том случае, если ему необходимо доказать вышестоящему начальству, что он способен управлять своим коллективом: «Теоретически это возможно - управлять НП. Я знаю отделения, где это есть. Но я хочу сказать - это возможно в подразделениях низкого уровня. Потому что так или иначе главный врач больницы, заведующий отделением понимают, что им выгодно, чтобы в больнице работали врачи экстракласса. И тогда сюда пойдут люди богатые. Тогда всем будет хорошо. Поэтому чем ниже уровень, тем больше заведующий отделением будет пыжиться навести порядок, чтобы доказать начальству и себе, как его сильно все боятся и уважают».

Оправданным контроль за НП и возможность вмешиваться в конфликты, заведующие отделениями признают в двух случаях. Во-первых, когда деньги вымогаются с больных. А во-вторых, в случаях, когда «у врача руки не оттуда растут», что естественно повышает риск осложнений и провоцирует конфликты по этому поводу.

Несмотря на убедительность аргументов, которые приводят заведующие отделениями, а вслед за ними и старшие медицинские сестры, которые являются еще более последовательными противниками контроля за НП среднему медперсоналу, все же нельзя не признать, что заведующие отделениями, так же как и главные врачи испытывают серьезный страх перед возможностью потерять квалифицированных врачей. Являясь практикующими врачами и, как правило, лидерами своего направления, они не заинтересованы в свертывании этой практики еще и по личным мотивам. В этой ситуации «плохой мир лучше хорошей войны». «Заведующий отделением, если он оперирует, то он тоже берет, - говорит один из респондентов, - Как же он остановит этот платеж, если он сам имеет такую практику? Поэтому он им позволяет брать, а они позволяют это делать ему. Его страх побеждается деньгами».

Означает ли проделанный нами анализ высказанных позиций, что практика контроля за НП не осуществляется совсем? Скорее всего, ответ на этот вопрос не будет

утвердительным. Осознавая, что практика НП трудно поддается контролю, многие из респондентов говорят о том, что они вынуждены искать и находить схемы этого контроля, хотя бы потому, что бесконтрольное развитие этой практики весьма опасно и чревато серьезными последствиями. Однако нельзя сказать, что все опрошенные нами управленцы относят себя к «вынужденным сторонникам контроля». Руководители частных организаций в медицине, а также сторонники моноцентричной модели власти в организации довольно последовательно реализуют функцию контроля, придерживаясь модели жесткого контроля за НП, в отличие от «модели контроля по отклонениям», которая находит наибольшее число сторонников среди управленцев всех уровней.

4.3.4. Модели контроля за неформальными платежами

Проведенное исследование позволяет говорить о том, что сегодня в лечебных учреждениях действуют несколько моделей контроля за неформальными платежами:

- выборочный контроль по официальным сигналам;
- выборочный контроль по неофициальным сигналам, прежде всего контроль за вымогательством;
- широкий жесткий контроль с использованием практики лишения денежных выплат, образовательных возможностей и др.;
- косвенный контроль путем формирования незаинтересованности сотрудников в НП за счет высоких окладов и премиальных вознаграждений, развития системы платных услуг;
- горизонтальный корпоративный контроль.

Наиболее распространенной моделью контроля в медицинских учреждениях является так называемый **«выборочный контроль по официальным сигналам»**. Эта форма контроля является в настоящее время доминирующей и наиболее распространена в стационарах всех видов. Чаще всего эти формы контроля используются в областных и городских больницах, ЦРБ реже в поликлиниках. Это наименее затратная по усилиям форма контроля, принимающая форму моментального реагирования, в случае поступления официального документа о факте НП.

Несмотря на то, что подавляющее большинство респондентов указывают на то, что случаи публичной огласки НП случаются, и они вынуждены расставаться с такими врачами, но все же бывают они не так часто. По оценкам руководителей органов здравоохранения и главных врачей, такие инциденты встречаются не чаще, чем 1-2 раза в год и даже реже, однако действенность подобной формы контроля достаточно высока. Как правило, подобные случаи получают публичную огласку и служат хорошим устрашающим аргументом в пользу прекращения таких практик.

Данная форма не может быть признана эффективной хотя бы потому, что она, в первую очередь, научает врачей и руководителей действовать так, чтобы не «выносить сор из избы», а совсем не минимизирует эту практику. Одновременно данный тип контроля служит хорошим предупреждением для врачей и формирует у определенной части из них внутренний страх потерять работу и подвергнуться общественному порицанию. При этом респонденты отмечают, что не всегда те, *«кто попадает официально»* на самом деле являются злостными взяточниками, и, как правило, официальные заявления по их поводу могут отражать, а могут и не отражать

выраженность НП на самом деле. Не исключено, что данный механизм используется как инструмент для избавления от неугодных.

Выборочный контроль по неофициальным сигналам. Среди действующих практик неформальных платежей особое неприятие среди врачей имеет практика вымогательства платежей врачами с пациентов. Респонденты в своих интервью демонстрировали завидное единодушие, отмечая свою готовность бороться именно с такой формой получения денег. В случае вымогательства достаточно не только официального, но даже неофициального сигнала, чтобы попасть «под колпак» руководителю. Как правило, вымогателя предупреждают, но в случае, если он не перевоспитался, его увольняют из учреждения. Время, даваемое на воспитание, зависит от отношения к вымогателю в коллективе, от уровня его профессионализма и даже от уровня материального благосостояния его семьи.

Безусловно, если существует сговор, или действует практика коллективного распределения платежей, случаи вымогательства контролируются не столь последовательно, как этого бы хотелось. Но если врач действует по схеме вымогательства «в одиночку», то здесь вероятность санкций возрастает многократно.

Широкий жесткий контроль с использованием финансовых рычагов распространен довольно широко в частных медицинских учреждениях, в то время как в бюджетных организациях он является скорее индивидуальной стратегией главного врача, нежели распространенной формой контроля.

В данном исследовании контроль по этому типу встречался у главного врача поликлиники и в частных клиниках. Разновидности подобной модели, но не в чистом виде, можно было встретить даже на уровне городского стационара или отдельного подразделения крупной клиники. Отдельные руководители были настроены весьма решительно против НП и осуществляли специально разработанные меры, чтобы минимизировать НП в своих учреждениях, хотя не все из них были убеждены, что им в полной мере удастся справиться с этой практикой: *«Я сторонник жестких мер, - размышляет в своем интервью один из главных врачей, - Здесь публичная казнь должна быть в обязательном порядке. Когда речь идет о слухах, то я предупреждаю этого врача, когда это происходит уже на уровне дела - тогда выгоняю».*

Весьма интересно, что ни один из главных врачей, являющихся сторонником тотального контроля над неформальными платежами, не прибегал к прямым методам такого контроля, а использовал не прямые методы воздействия, направленные на минимизацию практики НП. Главный врач одной из поликлиник, человек старой закалки и довольно искусный в аппаратной игре, понимая, что прямого обвинения в теневых выплатах предъявить нельзя, достаточно последовательно использовал метод «повышенного внимания», который неизменно приводил его к нужным педагогическим результатам: *« Я не могу говорить врачам прямо, Вы не чисты на руку, я не следователь, чтобы повторять: «Вы, Мария Ивановна, неправильно себя ведете!». Я этой Марии Ивановне создаю совершенно другие условия работы, повышаю контроль за ее действиями. Я проверяю режим ее работы, когда пришла, когда ушла, как она выполняет функции врачебной должности, то есть обращаю на нее свое пристальное внимание. И человек понимает, как это ни странно, хорошо понимает, что это значит. Такую же технику я использую для целого подразделения. Я усиленно начинаю наблюдать, чем же занимается данное подразделение. Почему падают доходы, почему у врача не хватает времени, почему у нее изменились показатели за месяц, И это дает хороший эффект. Второе. У нас сейчас есть очень хороший стимул - учеба. Повышение квалификации. На учебу едут лучшие, не имеющие жалоб со стороны пациентов. Жесткий контроль плюс противопоставление недобросовестных людей подавляющему*

большинству врачей, честных, добросовестных тружеников, создание вокруг таких людей соответствующей атмосферы, играет хорошую роль до сих пор».

Косвенный контроль. По мнению руководителей частных клиник, они создают такие условия, при которых страх потери работы или лишение вознаграждения сильнее, чем желание получить НП: *«Неформальные платежи у меня полностью отсутствуют. - убежден один из главных врачей частной поликлиники. - Могу положить руку на сердце. И объясню почему. Технически я это никак не делаю. Каждый человек, который у меня работает, очень дорожит своим рабочим местом. Он получает достаточную зарплату и поэтому потерять место боится. Когда моему доктору предлагают 100-200-500 рублей, он отказывается. А вдруг это я кого-то подслал».*

Весьма показательно, что, руководители частных клиник не спешат расставаться с нарушителями внутренней дисциплины, а используют механизм «депремирования» сотрудника, который действует весьма эффективно: *«Если мой сотрудник вдруг попадает на теневой оплате, то я его не выгоняю. К чему выгонять хорошего доктора? Ведь кадры – это все. Он просто получит такую зарплату, что не сможет прокормить свою семью. Один месяц проучится и больше не захочет. Я учу его снижением заработной платы. Повар, если украл, я заберу у него половину зарплаты. Или переведу на тарифную сетку. Это редко бывает. У меня коллектив изумительный, коллектив очень хороший. Они идут на работу, как на праздник. Надо отдать им должное».*

Эффективным способом контроля за НП, как считает главный врач одной из городских клиник, является развитие системы платных услуг, которая позволяет поставить под контроль многие процессы в больнице, при условии, что все денежные потоки и договора на платные услуги контролируются лично главным врачом клиники. Поставив цель - максимально развить систему платных услуг в клинике, руководитель этого учреждения, по его оценкам добился существенных результатов, а потому убежден, несмотря на вероятность появления «второго коридора оплаты» развитие системы платных услуг позволяет существенно снизить НП, при условии, что должный контроль существует, а врачи заинтересованы в работе по системе платных услуг, что достигается либо увеличением потока пациентов, либо ростом отчислений врачу, непосредственно занятому оказанием платной услуги.

Корпоративный контроль за НП реализуется в виде требований медицинских работников к своим коллегам о «справедливом» распределении НП. Содержание такого контроля обсуждалось в разделе 3.2.

Резюмируя анализ позиций субъектов управления и финансирования здравоохранения относительно практики НП, отметим, что управленцы всех уровней фактически оказались не готовы к борьбе с данным явлением в том масштабе, которое оно приняло. Об этом свидетельствует хотя бы то, что до сих пор в регионах не выработано каких-то единых подходов относительно того, как лучше регулировать практику НП. Правила и нормы только формируются, причем довольно медленно, отличаясь высокой вариативностью на фоне неуверенности основных действующих лиц в том, что подобная борьба вообще может принести какие-либо позитивные результаты. Многие процессы в этом направлении идут хаотично, а реальных лиц, способных взять на себя ответственность, практически нет. Те, кто рискует действовать решительно в этом направлении, не всегда уверены в результатах, представляя собой «одиноких борцов на поле брани» с явно превосходящим по силам противником. Не в лучшем положении оказались и главные врачи, которые, не только не могут, но иногда и не хотят участвовать в борьбе с неформальными платежами.

Государство, в свою очередь, также не в состоянии помочь региональным руководителям своими средствами в решении данной проблемы, предполагая что ее

решение целиком и полностью лежит на плечах руководителей органов здравоохранения областного и городского уровней.

В результате, ситуация фактически отдана на откуп руководителям отделений, которые выросли из врачебной среды и менее всего готовы искать и находить такие средства решения данной проблемы, которые бы устраивали общество в целом. Неоправданно медленно идет процесс становления новых правил деятельности медицинских учреждений в рыночной среде, и это означает лишь одно - практика неформальных платежей и дальше будет распространяться по мере того, как будут расти финансовые ресурсы населения, чтобы платить за медицину, но не полностью, а «по возможности». Сценарий развития событий, при котором врач получает деньги в свой карман, оказывается, устраивает почти всех.

4.4. Отношение медицинских работников к легализации платы за медицинскую помощь

Основной инструментальной задачей анализа неформальных платежей в данном исследовании являлось определение возможных последствий легализации теневой оплаты медицинской помощи. Если оказание медицинских услуг официально станет платным для пациентов, то произойдет ли замещение неформальных институтов оплаты формальными институтами, и как изменится доступность медицинской помощи для населения? Первым шагом в решении этой задачи было выявление отношения медицинских работников к идее легализации платежей населения за медицинскую помощь, предоставляемую в общественной системе здравоохранения.

подавляющее большинство опрошенных поддерживает эту идею, или готово ее поддержать при определенных условиях. Негативное отношение к пересмотру существующих гарантий бесплатного медицинского обслуживания продемонстрировали в основном субъекты социальной политики. Например, по мнению одного из руководителей областного органа представительной власти, *«люди не смирились с тем, что в больницах ничего нет. Наша проблема – мы не создали средний слой. Его нет. Ведь у нас нет счетов в банке. Есть поэтому только небольшая категория, которая может платить, надо создавать условия, пусть они лечатся и платят. Перечень платных услуг у нас есть. А вообще при приеме населения жалоб много на то, что просят принести простынь или купить лекарство. ... На каком основании, почему? Поэтому население с этим никогда не согласится при тех условиях, в которых они живут».*

Поддерживают идею легализации платежей населения за медицинские услуги, не обговаривая это дополнительными условиями, те медицинские работники, кому платят неформально лишь эпизодически или в небольших объемах в сравнении с зарплатой. *«Там, где не берутся платежи, врачи будут «за»». Для таких лиц введение обязательности оплаты пациентами предоставляемых им услуг – это реальный способ повысить свои доходы, сняв с себя груз риска и моральных неудобств, связанных с получением денег от пациентов в руки. В подтверждение этого заключения приведем выдержки из двух интервью: «Если будут платить больные за платные услуги, и врач будет получать, то, конечно, лучше и проще, чем они будут ходить с этими конфетами дурацкими, которые видеть уже больше невозможно. Коробка хороших конфет стоит 80 рублей. Пусть они идут, заплатят эти 80 рублей». Легальная оплата «удобнее, потому что точно знаешь, сколько получишь. Стабильно. А сейчас неизвестно, заплатят – не заплатят. А если будет закон, чтобы все сразу оплачивали, то все нормально».*

Те медицинские работники, которые систематически получают неформальные доходы в значительных объемах, заинтересованы в их сохранении, так как это дает им на сегодняшний день значительно бóльшую прибавку к заработной плате, чем оказание платных услуг. Поэтому они поддерживают возможную легализацию оплаты медицинской помощи, только если это значительно не снизит их доходы. *«Я не против, чтобы больные платили официально. Но чтобы я получала, как это сказать, ту сумму, которая бы соответствовала затраченным моим усилиям, моим знаниям».*

Врачи готовы пожертвовать частью своих доходов за уменьшение риска быть пойманным, за моральные неудобства, за то «унижение», которое испытывает большинство из них при беседах с пациентами. Однако цена вопроса для них не слишком велика. Медики готовы на легализацию неформальных платежей, если они будут получать не менее 70-80% от сумм неформальных платежей. *«Безусловно, их нужно легализовать, чтобы я спал спокойно, - сказал один из респондентов. - Я готов с тех денег, которые мне платят пациенты, платить налог 13%. - А если легализация все же приведет к существенному уменьшению Ваших доходов? - Тогда лучше оставить все по-старому».* *«Если же пропорция будет иной, то они будут брать большие деньги с пациентов, - считает другой респондент. - Лучше оставить все как есть. Потому что это лазейка.... Если все это будет легально, тогда будут заряжать такие суммы неформально, что больному мало не покажется».* Абсолютное большинство медицинских работников отмечает, что главным условием исчезновения неформальных платежей является высокая заработная плата, соответствующая их потребностям.

Почти все, кто позитивно относится к легализации платежей пациентов, считают, что при этом необходим дифференцированный подход к введению такой платы для разных категорий населения.

Практически никто не поддерживает идею сделать платными все виды медицинских услуг. *«Я заинтересована в развитии платных услуг, потому что чем больше заплатят люди, тем больше будет у меня зарплата. Но мне людей жалко».* *«У населения сейчас денег нет. У нас ведь сегодня ни у государства денег нет, ни у населения. Поэтому, если это ввести – то люди просто начнут умирать».*

Медицинские работники высказываются в пользу легализации оплаты лишь для тех, кто может платить. Для части населения медицинская помощь должна оставаться бесплатно. Приведем несколько характерных высказываний. *«Не каждый пациент может заплатить доктору, далеко не каждый. Посмотреть на категорию наших больных – это, в основном, сельские люди. Очень бедные, очень запущенные. Им порой не на что купить какой-то медикамент, которого нет в отделении, не то, что заплатить за какие-то услуги, процедуры или заплатить доктору. Есть, конечно, пациенты, которые имеют возможность заплатить, – это было бы существенной прибавкой к нашей зарплате».* - считает старшая сестра, работающая в областной больнице. *«Если сделать все операции платно, то это тяжело. Не все могут оплатить, - говорит врач-пульмонолог городской больницы. – «Если операция экстренная или патология - здесь, кто может платить – платит, кто не может – не платит. Какой-то наш знакомый не может заплатить, нет у него денег, одна только пенсия, и как? Купит также коньяк хирургам, ну, поговорит. Может какими-то другими бартерными услугами поможет потом: «Если у вас телевизор сломается, или машина...»».*

Но было представлено и другое мнение о возможности всех категорий населения участвовать в легальном софинансировании медицинской помощи: *«Нужно просто сделать медицину платной, потому что больной, если у него что-то заболело все равно придет лечиться, и поскольку он пришел лечиться, он деньги в любом случае зарабатывает или вообще-то где-то сможет достать их. Я считаю, что все услуги должны быть платные. Но сумма не должна быть большой. То есть, вот любой средний*

человек мог прийти в больницу и заплатить какую-то сумму. Конечно, не 25 000, а в пределах 500 рублей. Но каждый. Даже пенсионер такую сумму найдет». «Ну не настолько у нас экономически сейчас бедный народ, чтобы даже вот за оформление больного не нашлось денег заплатить. Когда вот он оформляется, в любое отделение. Там, допустим, 100 рублей положил в кассу больничную. И все. ...Небольшая какая-то, может быть, символическая. Вот с этого начать. Раз тебя встретили у порога - надо заплатить, потом уже смело с больным можно разговаривать. Не все у нас есть. Я тогда говорю больному: «Для того, чтобы вы поправились, мне нужно вот это, вот это, вот это. У меня набор лекарств вот такой, а вам бы желательно эти. Вот опять, при больнице аптека. Хотите, покупайте или...». И вот так вот постепенно мы можем перейти к практически платной, частично оплачиваемой медицине».

Ряд респондентов считает оправданным перевод на платную основу медицинской помощи, предоставляемой во вполне определенных ситуациях. Это уместно, *«когда у больного есть выбор, и он знает, за что он платит, - считает врач-терапевт районной больницы. Платное предоставление услуг допустимо, по ее мнению, там, «где имеют место какие-то косметические эффекты, и желание больного обследоваться без каких-то медицинских показаний. Например, он здоров, но хочет провести диагностику». «Было бы справедливо, чтобы те, кто может, платили за сервис, за выбор врача, быстроту госпитализации, - размышляет заведующий хирургическим отделением городской больницы. - У части населения деньги на это есть, но этих людей мало».*

Некоторые респонденты не поддерживают идею введения платного порядка предоставления медицинской помощи для одной части населения при сохранении бесплатного обслуживания другой его части из-за сложностей практической реализации этой схемы: *«А как же тогда врач будет получать, если он будет оперировать только неимущих? В нашей медицине как это сделать, как их разделить – мы же не можем делить палаты? Я хотела бы все-таки, чтобы оставалась сегодняшняя ситуация. Почему? - Потому что наше государство к этому не готово, и основная масса населения тоже. Но зачатки платной медицины надо уже сегодня развивать. Но не делать это быстро. Надо пробовать. Народ столько экспериментов претерпел!»*

Заключение

Данные исследования позволяют сделать вполне определенный вывод: при сохранении существующих правил, регулирующих условия получения населением медицинской помощи и условия оплаты труда медицинских работников, практика неформальных платежей за медицинские услуги и дальше будет развиваться по мере того, как будут расти финансовые ресурсы населения. Никакой реалистичный рост государственного финансирования здравоохранения не будет достаточным, чтобы предотвратить увеличение их размеров.

Если будет происходить постепенное увеличение государственного финансирования здравоохранения, но формальные институты, регулирующие условия предоставления населению медицинской помощи, не претерпят существенных изменений, то можно ожидать незначительного сужения предмета неформальных платежей для части населения (в частности, ослабления необходимости оплаты лекарств, медицинских материалов, операций по старым медицинским технологиям). Но размеры неформальных платежей, круг лиц их платящих и получающих все равно будет увеличиваться. Дифференциация возможностей разных категорий населения в получении медицинской помощи в этом случае будет возрастать.

В случае легализации в той или иной форме платежей населения за медицинскую помощь, можно ожидать следующих результатов. Цены на медицинские услуги будут неизбежно выше, чем прежние теневые цены, поэтому ухудшится экономическая доступность соответствующих медицинских услуг для низко- и среднедоходных слоев населения.

Масштабы замещения неформальных платежей формальными и сохранения теневой платы медицинскому персоналу будут определяться размерами платной части оказываемой медицинской помощи и тем, какая часть доходов от платных услуг будет доставаться непосредственно тому, кто эти услуги оказывает. Легальные доходы врачей и медсестер увеличатся, и необходимость получения неформальных платежей может ослабнуть для значительной части тех медицинских работников, кто их получал мало и эпизодически. Но ситуация мало изменится для тех, кто получает неформальные платежи систематически и в больших размерах. Любые формы их легализации без принципиальных изменений в налоговом законодательстве не позволят существенно увеличить заработную плату таких врачей и приблизить ее к нынешним размерам их фактических доходов. Большинство данной группы врачей сумеет преодолеть возникшие препятствия к взиманию денег с пациентов. К тому же не исчезнут социально-психологические причины неформальных платежей у пациентов: желание заручиться большим вниманием и уменьшить субъективную оценку риска. Легализация оплаты медицинской помощи и усиление контроля за практикой взимания неформальных платежей не смогут их упразднить. Учитывая менталитет отечественных врачей и населения, следует ожидать изобретения новых способов неформального получения денег с больных.

Если будет установлен минимум бесплатных услуг для всего населения, определены категории населения, которые сохраняют право на бесплатное медицинское обслуживание в полном объеме, а остальные граждане должны будут оплачивать полностью или частично получение медицинской помощи сверх установленного минимума, то следует ожидать сокращения, но не исчезновения неформальных платежей со стороны второй группы. Сочетание в рамках одного и того же медицинского учреждения предоставления платных и бесплатных услуг породит стремление

медицинских работников снижать качество бесплатных медицинских услуг и подталкивать их получателей к неформальной оплате лечения.

Если предоставление бесплатных и платных услуг будет разделено между разными медицинскими организациями, то есть государственным (муниципальным) медицинским учреждением, предоставляющим бесплатную медицинскую помощь, будет запрещено оказание платных услуг, то произойдет поляризация системы медицинского обслуживания. Медицинские учреждения разделятся на организации для бедных и богатых. Будет увеличиваться разрыв в качестве предоставляемого в них лечения. Цены на медицинские услуги в больницах для богатых будут включать все виды затрат, налоги, и поэтому лечение в них окажется для пациентов дороже. Институты неформальной оплаты медицинской помощи в больницах для богатых будут в значительной мере замещены институтами формальной оплаты, но произойдет это за счет удорожания доступа к медицинской помощи для средне- и высокодоходных слоев населения.

Анализ возможных вариантов легализации платежей населения за медицинскую помощь показывает, что реализация любого из них чревата серьезными негативными социально-экономическими и политическими последствиями. Однако сохранение существующих условий предоставления медицинской помощи без изменений также неизбежно приведет к росту социальной напряженности. По очень точному замечанию вице-губернатора одной из пилотных областей: *«в этой ситуации пока не просматривается ни одного приемлемого решения»*.

Результаты проведенного исследования позволяют сформулировать следующие **рекомендации для государственной политики**:

1. Легализация неформальных платежей не даст удовлетворительного решения существующей проблемы финансовой необеспеченности государственных гарантий медицинского обслуживания населения и замещения недостатка государственного финансирования неформальными платежами. Приемлемого решения этой проблемы пока не существует, и нужно выбирать то, которое минимизирует негативные последствия.

Таким решением представляется:

- обеспечение сбалансированности с размерами государственного финансирования не всей программы государственных гарантий, а ее части - программы обязательного медицинского страхования (ОМС);
- уточнение существующих гарантий в системе ОМС, не претендующее на масштабную легализацию платежей населения за медицинскую помощь;

2. Следует более четко определить обязательства государства по оказанию бесплатной медицинской помощи в системе ОМС. Нужно установить объемы медицинской помощи не только в целом по стране и субъектам Федерации (что сделано в существующей программе ОМС), но и определить конкретный состав, объемы медицинских услуг и лекарственного обеспечения, бесплатное предоставление которых государство гарантирует гражданам в случае разных видов заболеваний. Это должны быть медико-экономические стандарты, определенные по каждой нозологии, и отражающие не желаемый уровень оказания медицинской помощи, а экономически возможный для государства при реальных размерах финансирования здравоохранения.

Нужно четко определить состав медицинской помощи, который государство может действительно бесплатно предоставить сейчас всему населению в рамках системы ОМС. Этот пакет услуг должен быть сбалансирован с выделяемыми государством на его выполнение средствами.

При этих условиях и при усилении контроля за оказанием бесплатных и платных медицинских услуг может быть обеспечена доступность гарантируемого в системе ОМС пакета медицинских услуг и лекарственной помощи для всех граждан.

3. Гарантии бесплатного получения медицинской помощи сверх пересмотренной программы ОМС менять в обозримой перспективе нецелесообразно.

Они длительное время неизбежно будут оставаться несбалансированными с размерами их государственного финансирования. Получение соответствующих видов медицинских услуг должно предоставляться в порядке очереди, либо оплачиваться самими гражданами.

4. Неформальные платежи неизбежно сохранятся. Необходимо и возможно противодействовать их использованию по отношению к услугам, которые войдут в пересмотренную программу ОМС, сбалансированную с государственным финансированием.

5. Нецелесообразно пытаться бороться с неформальными платежами за услуги сверх пересмотренной вышеуказанным образом программы ОМС, уповая исключительно на административные и уголовные меры. Реалистичнее пытаться косвенно регулировать этот теневой рынок: поддерживать развитие легального платного сектора здравоохранения и регулировать в нем цены на монопольно предоставляемые медицинские услуги, использующие новые и эксклюзивные технологии, с тем чтобы легальные цены служили ограничителем для цен теневого рынка.

Для этого необходимы изменения в установленных государством правилах ценообразования на платные медицинские услуги.

Начатое исследование реальных условий получения населением медицинской помощи продолжается. В настоящее время в Независимом институте социальной политики реализуется проект, предусматривающий анализ распространенности среди населения различных моделей легальной и неформальной оплаты медицинской помощи, а также позиций населения по отношению к перспективам их изменения.