

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДЛЯ СРЕДНЕГО КЛАССА: ИНСТИТУТЫ И ПРАКТИКИ

Чирикова А.Е., д. с. н., главный научный сотрудник Института социологии РАН

Здоровье — важнейший нематериальный ресурс, который позволяет работнику поддерживать свою конкурентоспособность и эффективность на рынке труда и в других сферах экономической деятельности. Формально большинство населения имеет доступ к этому социальному ресурсу, однако в реальном измерении у различных социальных групп возникают проблемы с получением качественных медицинских услуг. Как правило, эта тема обсуждается в контексте социально уязвимых групп населения. Между тем более обеспеченные слои населения тоже вынуждены преодолевать многочисленные барьеры на пути к квалифицированной помощи. В связи с этим правомерен вопрос, насколько система российского здравоохранения удовлетворяет требованиям и ожиданиям российского среднего класса.

Настоящая статья посвящена анализу поведенческих стратегий представителей среднего класса в поддержании своего здоровья по оценкам врачей и самих представителей среднего класса, зависимости этих стратегий от правил, действующих внутри медицинских учреждений.

ВВЕДЕНИЕ

Система здравоохранения не только поддерживает необходимый уровень здоровья населения, но и в конечном итоге развивает культуру здоровья, формирует взгляд на здоровье как на базовую ценность человеческой жизни. Но правомерно и другое утверждение — средний класс оказывает существенное влияние на систему здравоохранения, так как именно эта социальная группа формирует определенные нормы поведения в отношении своего здоровья, которые затем распространяются на других акторов из иных социальных групп. Средний класс и система здравоохранения зависимы друг от друга. Именно поэтому так важно понять, как возможности системы здравоохранения в оказании качественной медицинской помощи соотносятся с установками, ценностями и поведенческими практиками представителей среднего класса.

В фокусе анализа — современные институты поддержания здоровья российского населения: институт государственных гарантий оказания медицинской помощи, правила обращения за медицинской помощью, платные медицинские услуги, предоставляемые в государственных и частных медицинских учреждениях, распространенность и правила неформальной оплаты медицинской помощи.

Специальная задача анализа — выявление барьеров (ограничений) в использовании перечисленных институтов и по оценкам самих представителей среднего класса, и по оценкам врачей, работающих в разных типах

медицинских учреждений, с одной стороны, а с другой — выявление общей направленности влияния институтов здравоохранения на качество и доступность медицинской помощи, за которой обращаются представители среднего класса.

Согласованный анализ оценок врачей и мнений представителей среднего класса относительно того, как сегодня российская система здравоохранения обеспечивает потребности среднего класса, позволит повысить надежность сделанных аналитических выводов. Результаты исследования, в свою очередь, могут лечь в основу долговременной политики развития системы здравоохранения, помогут сформулировать адекватные меры государственной политики в отношении среднего класса.

Эмпирической базой исследования служат интервью с врачами, руководителями государственных и частных медицинских учреждений, проведенные Независимым институтом социальной политики (НИСП) в 2002, 2003, 2007, 2008 гг. в рамках нескольких исследовательских проектов¹.

Оценки врачей дополнены материалами 9 фокус-групп (Москва и Воронеж, отв. исполнитель — д. с. н. А. Левинсон) и 15 глубинными интервью (Москва, отв. исполнитель — д. с. н. А. Чирикова), проведенными с представителями среднего класса в 2008 г. в рамках данного проекта. Для выявления специфики позиций среднего класса по сравнению с малообеспеченными и богатыми людьми использованы материалы вторичного анализа, а также 5 авторских интервью с представителями высшего класса.

Мы отдаем себе отчет в том, что полученные результаты, особенно в отношении оценок среднего класса, не репрезентативны, но надеемся, что они дают возможность прояснить контуры происходящих здесь процессов, что в дальнейшем позволит перейти к более масштабным исследованиям.

НУЖНЫ ЛИ СРЕДНЕМУ КЛАССУ ГОСУДАРСТВЕННЫЕ БОЛЬНИЦЫ И ПОЛИКЛИНИКИ?

Исследование российского населения с различным материальным достатком, образованием, возрастом, местом проживания, проведенное в 2007 г. Независимым институтом социальной политики, показало, что жители нашей страны по-прежнему предъявляют обширные и безусловные требования к государственным гарантиям оказания медицинской помощи. Большинство опрошенных считает, что следует сохранить право бесплатного доступа к основным видам амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских услуг, включая проведение общих анализов и диагностических процедур, ежегодных диспансеризаций и вакцинаций, услуги медицинских работников на дому у пациента. Еще более единодушны требования населения в отношении бесплатного стационарного лечения. Россияне готовы более или менее терпимо отнестись лишь к введению оплаты за возможность

¹ «Анализ последствий различных стратегий финансового обеспечения государственных гарантий в здравоохранении» (НИСП, 2002; рук. — д.э.н. С. В. Шишкин), «Анализ взаимосвязи формальных и неформальных правил предоставления социальных услуг населению на примере оплаты медицинской помощи» (НИСП, 2002–2003; рук. — д.э.н. С. В. Шишкин), «Анализ различий в доступности медицинской помощи для населения России» (НИСП, 2007; рук. — д.э.н. С. В. Шишкин), «Повышение оплаты труда в бюджетном секторе экономики: социально-экономические возможности и ограничения» (НИСП, 2007–2008; рук. — к.э.н. Л. Н. Овчарова, д.э.н. С. В. Шишкин), «Развитие практик неформальной оплаты медицинской помощи в 2002–2007 гг.» (НИСП, 2007–2008; рук. — д.э.н. С. В. Шишкин).

выбора комфортности условий пребывания в стационаре, а также за право выбора лечащего врача. Во всех остальных случаях императив сохранения государственных гарантий оказания медицинской помощи практически непреерекаем [Российское здравоохранение..., 2008].

Нужна ли система государственных гарантий и бесплатной медицинской помощи среднему классу? Ответ на этот вопрос формулируется и врачами, и представителями среднего класса без альтернатив — да, нужна.

Врачи государственных учреждений убеждены в том, что никакие иные формы не могут заменить для россиян с любым уровнем достатка привычные больницы и поликлиники, какой бы низкий уровень обслуживания они ни демонстрировали. Именно государственные учреждения сформировали должную инфраструктуру, привычные схемы обслуживания населения, и отказаться от института государственных гарантий — означает нарушить привычные устои жизни общества. Недооценка этого психологического фактора чревата серьезными последствиями.

Соглашаясь с тем, что государственная медицина обладает целым рядом недостатков, врачи стационаров и поликлиник уверены, что *«к ним никогда не зарастет народная тропа»*, хотя бы потому, что в медицине бывает много экстренных ситуаций, которые в случае отмены государственных гарантий просто некому будет разрешать. Если речь идет о плановых вмешательствах, представители среднего класса еще имеют выбор, в экстренных случаях сегодня у них такого выбора нет.

Преимуществом бюджетной гарантированной медицинской помощи является, по мнению врачей, сформированная инфраструктура, опыт врачей в ней работающих, возможность оказания комплексных медицинских услуг, а также налаженный механизм предоставления помощи, понятный населению.

Врачи признают, что качество и доступность такой помощи оставляют желать лучшего. Особенно, на их взгляд, в условиях мегаполиса страдает пожилое население, которому не так просто сегодня получить гарантированную помощь в больницах и которое вынуждено со всеми своими недомоганиями идти в поликлиники.

Представители среднего класса оценивают возможности государственной медицины относительно невысоко. Наибольшие нарекания у них вызывают откровенные поборы со стороны врачей и среднего медперсонала, особенно в больницах, огромные временные затраты, которые требуются для получения простейшей справки в поликлиниках, и, конечно, качество медицинской помощи. Однако все представители среднего класса признают, что институт государственных гарантий необходим *«хотя бы для тех бабушек и дедушек, малоимущих семей, которыми заполнены сегодня городские поликлиники, в силу невозможности оплатить услуги врачей в других местах»*.

Какие виды медицинской помощи нужны в системе госгарантий и кому они должны предоставляться, с точки зрения представителей среднего класса? Подавляющее большинство убеждено, что в экстремальных случаях бюджетная медицина просто необходима: *«Малоимущим, одиноким, пенсионерам, детям, студентам нужны гарантии, а остальные пусть платят. Непонятно, что делать с экстренными больными... Представляете ситуацию: больного экстренно доставляют в больницу, и врач его спрашивает: „А деньги у вас есть?“ А если нет, отправить умирать?...»* — недоумевает бухгалтер коммерческой компании. Следует признать, что ситуация в данном случае действительно затруднительная, и здесь вряд ли могут быть предложены простые и разделяемые всеми решения.

Но не только альтруизм в отношении малоимущих движет представителями среднего класса, когда они говорят о необходимости сохранения государственной медицины. Некоторые из них убеждены в том, что в случае тяжелых заболеваний они, вероятно, не будут в состоянии оплатить всех требуемых расходов. В этом случае помощь со стороны государства будет им необходима. Одновременно такие виды медицинской помощи, как высокотехнологические операции, качественная и быстрая диагностика, консультации высококвалифицированных врачей, стоматологическая помощь и другие, могут предоставляться, по оценкам среднего класса, платным образом.

Представители хай-класса в своих интервью проявляют относительно низкую заинтересованность в сохранении госгарантий для поддержания своего здоровья, но вместе с тем убеждены, что она необходима и не может быть отменена.

Особое место в оценках среднего класса отводится системе ведомственных больниц и поликлиник. Как следует из данных, полученных в фокус-группах, удовлетворенность работой этой системы, особенно у государственных служащих и клерков, по сравнению с предпринимателями, несколько выше, чем оценка обычных больниц и поликлиник. В то же время те респонденты, которые пользуются ведомственными учреждениями регулярно, свидетельствуют о том, что и там не избежать очередей, а аппаратура многих клиник нуждается в обновлении. Состояние ведомственных медицинских учреждений сильно диверсифицировано и зависит от готовности или неготовности ведомства содержать свою лечебную инфраструктуру в должном порядке. Именно поэтому диапазон оценок, данных ведомственной инфраструктурой представителями среднего класса, сильно поляризован — от самой высокой степени удовлетворенности до самой низкой.

Таким образом, проведенное исследование позволяет заключить, что пока средний класс не хочет и не может отказаться от бюджетной медицины и государственных гарантий. Для него более приемлема ситуация, при которой можно обращаться и к системе госгарантий, и к платной медицине. Величина свободных финансовых средств не позволяет среднему классу оплачивать все виды требуемой помощи, а лишь дает возможность компенсировать из собственных доходов некоторые виды медицинских услуг, доступные по цене. Не менее значимы и ценностные ограничения: представители среднего класса отвергают любые изменения, которые могут нарушить принцип справедливости и равной доступности медицинской помощи для всех слоев населения.

КАК СРЕДНИЙ КЛАСС ВЫБИРАЕТ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ И ВРАЧА

Диверсификация поведенческих стратегий среднего класса проявляется в выборе частной или бюджетной медицины, тех или иных медицинских учреждений, а также конкретного врача².

² Заметим, что, согласно данным исследования, проведенного под руководством Н.Е. Тихоновой, средний класс проявляет заметно большую активность в посещении врачей по сравнению с остальным населением. Доля посещавших врачей чаще одного раза в год среди среднего класса на 10–18% выше по сравнению с остальным населением. Это свидетельствует о том, что для среднего класса выбор медицинского учреждения и/или врача — это не эпизодический и не случайный выбор, поэтому его представители не могут не задумываться о том, как оптимально для своего времени и здоровья осуществлять выбор.

Опросы врачей, проведенные в 2002 и 2007 гг., дают однозначную и мало меняющуюся картину того, какие правила обращения за медицинской помощью сформировались за эти годы у населения. Прежде всего врачи отмечают, что поведение пациентов разнится в случае экстренной и плановой медицинской помощи. Когда больного привозят на «скорой помощи», вероятность собственного выбора у него, конечно, сохраняется (например, в случае знакомства или платы врачам «скорой помощи»), но все же выбор пациента минимален. Он вынужден отдаться в руки судьбе, по крайней мере на первом этапе. В дальнейшем больной может перейти к другому врачу, но не исключено, что это потребует неформальных платежей.

Сами врачи говорят, что положить своих знакомых в собственную больницу, если на то нет официальных оснований, даже им проблематично. Они вынуждены маскировать плановую помощь под экстренную, чтобы иметь возможность лечить больного.

Если помощь запланирована, то наибольшее преимущество, по мнению врачей, имеют медицинские учреждения и врачи, хорошо зарекомендовавшие себя и во врачебной среде, и среди простого населения. Пациенты с достатком предпочитают опытных и известных в городе или области врачей. Именно на них больные *«возлагают все свои надежды на излечение и готовы ждать месяцами, чтобы попасть на лечение именно к этому врачу»* в том случае, если деньги не позволяют сократить очередь до минимума. В свою очередь менее состоятельные пациенты вынуждены *«подчиняться ситуации и пользоваться помощью тех врачей, услуги которых им по карману»*. При этом врачи убеждены, что состоятельные клиенты, дожидаясь нужного им врача, и не желающие получать помощь от другого, менее авторитетного, *«теряют драгоценное время и иногда вредят своему здоровью, но никакие уговоры на них не действуют»*.

Интервью и фокус-группы практически повторяют оценки врачей по поводу ригидности стратегий выбора врача и медицинских учреждений представителями среднего класса. Большинство представителей среднего класса, как показывают данные опросов, убеждены в том, что единственно надежное средство получения хороших результатов лечения — выбор врача, а не клиники. И это не случайно. Даже в авторитетных клиниках могут работать врачи, не обладающие должным профессиональным опытом.

Объясняя, почему выбор доктора имеет преимущество перед статусом медицинского учреждения, бюджетного или частного, представители среднего класса говорят, что и в том, и другом случае платить все равно придется: *«Я выбираю не платную или бесплатную медицину, а врача. Когда недобросовестные платные врачи находят у тебя какое-то заболевание, они готовы тебя раздеть»*.

Таким образом, **стратегия выбора врача** независимо от места его работы сегодня более предпочтительна для представителей среднего класса. Вторая, менее распространенная стратегия — **выбор медицинского учреждения**, авторитетного среди лечащих и знакомых врачей и одновременно являющегося лидером в своей специализации. В основе такого выбора — уровень обеспеченности медицинского учреждения хорошей диагностической техникой и врачами, занимающимися разработкой новых технологий, ведущими научные исследования, хорошо знакомыми с новейшими методами лечения. При этом заранее предполагается, что авторитетные научные центры ведут тщательный отбор своих кадров и попасть в подобном учреждении в руки врача с низкой квалификацией практически невозможно. Это, по мнению представителей среднего класса, повышает вероятность получения квалифи-

цированной медицинской помощи и помогает избегать устаревших методов лечения.

Если сравнивать стратегии выбора врача у представителей среднего класса и хай-класса, то оказывается, что для последних важен не только выбор врача. Помимо качества медицинской помощи, определяющим для них являются комфорт и обеспеченность хорошим диагностическим оборудованием: *«Это даже не обсуждается, оборудование должно быть лучшим. Комфорт? Он должен быть, безусловно... В грязной клинике с осыпающейся штукатуркой я не просижу ни минуты...»* Таким образом, богатые люди не хотят мириться с плохими условиями в стационарах, отсутствием современной диагностической техники, очередями, какой бы квалификации врачи их ни лечили. Снижение стандартов комфортности возможно в случае экстренной помощи, но впоследствии они согласны приложить дополнительные усилия, чтобы обеспечить себе или родственникам необходимый уровень комфорта. Требования среднего класса по сравнению с богатыми людьми менее категоричны, хотя нельзя не признать, что комфорт и качество оборудования и для них имеют существенное значение.

Ориентированы ли представители среднего класса на лечение текущей болезни или согласны инвестировать свои ресурсы в профилактику возможных в будущем заболеваний? Результаты исследования дают основания утверждать, что, несмотря на высокую ценность здоровья, средний класс в большинстве своем ориентирован на короткие стратегии поддержания своего здоровья. Представители среднего класса предпочитают лечить заболевание в тот момент, когда оно проявилось, и именно за это платить деньги. Поведение среднего класса при обращении за медицинской помощью легко укладывается в рамки известной пословицы: *«Пока гром не грянет, мужик не перекрестится»*.

Отсутствие мотивации формирования долгосрочных стратегий в поддержании здоровья у большинства опрошенных, по мнению представителей среднего класса, обусловлено не только нехваткой времени и средств, но и отсутствием культуры профилактики здоровья, которая в России, к сожалению, пока не сложилась. Небольшая часть респондентов ориентирована на более длинные стратегии лечения, но только в отношении определенных болезней, которые в прошлом уже доставили им неприятности.

Итак, проделанный анализ стратегий обращения за медицинской помощью и выбора врача показал, что поведение представителей среднего класса в этих случаях имеет ряд особенностей. Средний класс ориентируется преимущественно на репутацию и квалификацию врача, а не на форму собственности того или иного медицинского учреждения. Оно может быть бюджетным или частным, в любом случае лечение будет оплачено — официально, в кассу, или в карман врачу. Таким образом, репутация врача и уровень его профессионализма для подавляющей части представителей среднего класса важнее, чем уровень медицинского учреждения, в котором тот работает. Не вызывает сомнения и тот факт, что сочетание авторитета врача и репутации медицинского учреждения все же наиболее предпочтительно, нежели только авторитет врача, при прочих равных условиях.

Небольшая часть среднего класса настаивает на необходимости обращения за медицинской помощью в специализированные медицинские учреждения — лидеры в научных исследованиях и разработках в данной отрасли медицины, так как это гарантирует использование более современ-

ных методов лечения, защищает от неквалифицированного вмешательства. В этом случае репутация медицинского учреждения преобладает. Однако все же предпочтительнее сочетание авторитета медицинского учреждениями с хорошими рекомендациями работающих там врачей.

Представители хай-класса еще более требовательны к квалификации врача и авторитетности медицинских учреждений. Их стратегии поиска одновременно ориентированы и на врачей-звезд, и на репутацию клиник. В известном смысле требования богатых людей более синтетичны, а преград для получения качественной медицинской помощи у них существенно меньше, даже в сравнении со средним классом. Их мотивация поддержания своего здоровья включает профилактику, однако высокая загруженность не всегда позволяет реализовывать упреждающую стратегию поддержания здоровья.

Таким образом, преимущественная ориентация среднего класса на короткие стратегии поддержания здоровья в ущерб длинным имеет под собой как объективные, так и субъективные основания. Демонстрируемые стратегии носят достаточно инерционный характер и вряд ли могут быть изменены одномоментно.

ИНСТИТУТ ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНЫ ДЛЯ СРЕДНЕГО КЛАССА: ЗА ЧТО И КОМУ СОГЛАСНЫ ОФИЦИАЛЬНО ПЛАТИТЬ ОБЕСПЕЧЕННЫЕ ПАЦИЕНТЫ?

Социологические исследования разных лет фиксируют явную зависимость между величиной доходов населения и официальной платой за медицинские услуги. Так, по данным РМЭЗ, в 2004 г. самые состоятельные пациенты платили за визит к медработникам почти в 2,5 раза чаще, чем представители групп с более низкими доходами. Наиболее часто состоятельные пациенты обращались за платной амбулаторной помощью, причем делали это по собственному желанию.

Опираясь на данные различных исследований [Российское здравоохранение..., 2004, с. 37], можно утверждать, что представители среднего класса демонстрируют более выраженную готовность к пользованию платными услугами по сравнению с низкодоходными группами населения.

Исследования 2008 г. подтвердили эту закономерность. Если среди представителей среднего класса пользовались платными медицинскими услугами 56% респондентов, то среди прочих слоев населения этот показатель был почти в 2 раза ниже (31%) [Тихонова Н.Е., 2002, с. 104].

Важно, что именно средний класс рассматривает затраты на отдельные виды платной помощи как необходимые и возможные, так как здоровье для него — важный ресурс для сохранения требуемого уровня интенсивности труда и избавления от риска потери работы. Причина обращения к платной помощи — низкое качество аналогичных бесплатных медицинских услуг [Тихонова Н.Е., 2002, с. 104]. В то же время прочее население, прежде всего малообеспеченные, пытается с помощью денег бороться с недоступностью медицинских услуг.

Оценки самих врачей 7-летней давности относительно перспектив развития платной медицины были весьма настороженными. В ходе интервью, проводившихся в 2002 г., большинство врачей рассматривало развитие платных услуг в своих учреждениях как преждевременный процесс, во многом

вынужденный, возникший в силу необходимости зарабатывать деньги для сохранения в рабочем состоянии своих медицинских учреждений. Вовлеченность врачей в практику предоставления платных услуг была относительно низкой и не превышала 15–20%. Противники развития системы платных услуг настаивали на том, что этому не соответствуют ни состояние материальной базы медицинских учреждений, ни готовность населения платить за услуги врачам, ни правила предоставления платной помощи. Аргументация врачей во многих случаях была вполне рациональна.

В основе негативных оценок лежала в первую очередь слабая заинтересованность врачей в предоставлении платных медицинских услуг. И их вполне можно было понять. Врачи, которые непосредственно оказывали платные медицинские услуги больному, получали на руки не более 10–15% и лишь в редких случаях около 20%. Такое распределение средств врачи считали несправедливым. В поликлиниках к недовольству, связанному с несправедливостью распределения, прибавлялось недовольство тарифами на оказание платных услуг, что в конечном итоге формировало повышенную неудовлетворенность врачебного корпуса системой оказания платных медицинских услуг.

Результаты исследований 2007 г. позволяют говорить о том, что готовность врачей к оказанию платных услуг за прошедшее 5-летие существенно возросла. По нашим данным, около половины всех опрошенных врачей (47%) имели надбавки к зарплате за предоставление платных услуг [Российское здравоохранение..., 2008, с. 83], т.е. фактически были вовлечены в практику предоставления платных услуг³. Однако это далеко не повсеместное явление. До сих пор в некоторых учреждениях процент получаемых врачом средств остается униженно низким: «*Наша больница зарабатывает приличные деньги, но врачам от этого ни горячо, ни холодно. Нам на зарплату выделяют от 3 до 7%. Это оскорбительно...*» — замечает один из наших респондентов.

В частных клиниках доля средств, попадающих в руки врачей от лечения больного по системе платных услуг, значительно выше, чем в государственной медицине, и составляет, по оценке врачей, 20–40% от объема получаемых за лечение денег. Такое распределение доходов формирует большую удовлетворенность врачей частных клиник размером получаемого вознаграждения. Именно поэтому они оценивают его как более справедливое по сравнению с врачами из бюджетной медицины [Российское здравоохранение..., 2008 с. 99].

Однако в своих интервью врачи, как и раньше, говорят о недопустимости предоставления платных и бесплатных услуг под одной крышей. Справедливости ради стоит заметить, что многие медицинские учреждения за прошедшие годы сделали немало, чтобы развести платные и бесплатные

³ Большинство врачей из стационаров свидетельствовали о том, что в среднем 15–20%, иногда эта цифра достигала 25%, в получаемой ими зарплате принадлежит средствам от платных услуг. Многие из них сегодня воспринимают платные услуги как единственно возможное средство для увеличения своих доходов.

Врачи амбулаторно-поликлинических учреждений имеют существенно меньшую долю от платных услуг в заработной плате, но и эта доля за истекшие 5 лет возросла, по их собственным оценкам, в 1,2–1,5 раза у врачей-специалистов первой или высшей категории, а также у врачей, осуществляющих диагностику с помощью сложной аппаратуры. Администрация медицинских учреждений научилась более рационально распределять средства от платных услуг, несколько сократив долю отчислений на административный аппарат, что помогло обеспечить более лояльное отношение врачей к системе платных услуг.

услуги, выделив, где это возможно, отдельные помещения с отдельным входом для лечения платных больных⁴.

Сегодня, как и 7 лет назад, для многих врачей *«неясно, откуда берутся тарифы на те или иные услуги и как они рассчитываются»*. Непрозрачность технологии установления цен до сих пор остается причиной скрытых конфликтов в медицинских учреждениях. Несмотря на то что вопрос распределения надбавок за платные услуги сегодня решается в большинстве медицинских учреждений с участием коллективного органа — совета трудового коллектива или экономического совета, до сих пор около четверти врачей убеждены в том, что *«не удастся добиться справедливости в распределении надбавок за платные услуги»*, причем *«административное своеволие и некомпетентность бухгалтерии»* продолжают определять действующие практики распределения доходов от платных услуг.

Однако, в целом, можно говорить о том, что готовность врачей к оказанию платных медицинских услуг за прошедшие годы значительно возросла. Сегодня участие в оказании платных медицинских услуг медицинскими работниками воспринимается как признание их профессионального мастерства, а не только как возможность заработать дополнительные деньги.

В то же время материалы опроса врачей не дают основания утверждать, что процесс формирования условий для предоставления платных услуг пациентам завершен. Для эффективного развития подобной практики требуется серьезное повышение квалификации врачей, работающих в бюджетных учреждениях, наращивание кадрового и профессионального потенциала работников бухгалтерий, улучшение качества менеджмента стационаров и амбулаторных учреждений.

Готов ли средний класс официально оплачивать медицинские услуги? За что он согласен платить в первую очередь? И что он сам думает по этому поводу?

Результаты, полученные в ходе исследования «Анализ различий в доступности медицинской помощи для населения России», проведенного в 2007 г. [Российское здравоохранение..., 2008, с. 51], позволяют предположить, что готовность среднего класса оплачивать расходы на медицинскую помощь должна быть относительно высокой. Именно обеспеченные слои населения, как следует из этого исследования, заметно чаще других выражают готовность в отдельных случаях перейти на платные формы медицинского обслуживания, даже когда существует формальная возможность получения этих же услуг бесплатно. К примеру, только 6% обеспеченных пациентов были согласны в любом случае ждать очереди на бесплатное обследование, тогда как среди малообеспеченных людей численность таковых составила 49% [Российское здравоохранение..., 2008, с. 53].

Какими мотивами руководствуется средний класс, выбирая те или иные стратегии лечения для себя?

⁴ Важно, что сочетание платного и бесплатного медицинского обслуживания на базе государственных медицинских учреждений вслед за врачами негативно воспринимается и большинством населения. Около 40% всех опрошенных и 31% обеспеченных респондентов отрицательно оценивают такую практику, полагая, что развитие дополнительной платной медицинской помощи в государственных поликлиниках и больницах приводит к ухудшению функционирования бесплатной системы медицинского обеспечения. Однако именно среди состоятельных людей наиболее высокая доля тех, кто убежден, что сочетание платной и бесплатной медицинской помощи ведет не к ухудшению, а к улучшению бесплатной помощи, подтягивая ее к стандартам платной.

Сегодня средний класс, официально или неофициально, является активным потребителем платных услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями. Он готов сокращать время ожидания в очередях или сроки попадания в стационар, стремится получать качественную медицинскую помощь и способен в полной мере осознать ценность здоровья благодаря высокому образовательному уровню. Кроме того, он убежден, что *«бесплатной медицины в России нет, потому как и бесплатным врачам надо платить, но в карман»*.

Практически все представители среднего класса — участники фокус-групп и интервью — говорят о том, что сегодня они за медицинскую помощь платят и намерены платить в перспективе, если та предоставляется квалифицированными врачами. Кроме квалификации, представители среднего класса согласны платить за сокращение временных издержек и индивидуальный подход врача к больному. Это означает не только коммуникативную активность и доброжелательность со стороны врача, но и способность к точной диагностике и индивидуальному назначению лечения.

Условием для расширения системы платных услуг, по мнению некоторых представителей среднего класса, должна быть конкуренция среди врачебного корпуса, понимание того, что не каждому врачу стоит платить деньги за его услуги, а лишь тем, кто имеет хорошую репутацию и считается лучшим во врачебном сообществе: *«Невидимый рейтинг среди врачей все равно существует. Мы же знаем, какой врач хорошо лечит, а какой нет. К тому, кто лечит плохо, мы не пойдем и за деньги»*, — замечает профессор вуза. Это необходимое условие, так как наибольший страх у представителей среднего класса вызывает перспектива перехода на 100%-ную оплату медицинских услуг, благодаря которой *«придется платить и неграмотным врачам, <...> которые сядут на место платных врачей и будут лечить так же плохо, как и без денег»*.

Однако не следует считать, что представители среднего класса ориентированы только на получение платной медицинской помощи и совсем не доверяют квалификации врачей, работающих в государственных больницах и поликлиниках на бесплатной основе. Большинство из них убеждено, что *«отсутствие системы официальной оплаты ничего не говорит об уровне квалификации врача. Следует ориентироваться на конкретного врача»*.

Таким образом, оплата медицинских услуг в глазах среднего класса является не только средством демонстрации своего жизненного успеха, а в первую очередь средством защиты от низкоквалифицированной медицинской помощи, которую может предоставить бесплатная медицина. Большинство респондентов подчеркивает, что стремление платить за качество предоставляемых услуг вовсе не означает согласия на запредельные цены, которые сегодня все же не по карману среднему классу, хотя бы потому, что он не располагает безграничным объемом средств, а считать деньги, несмотря на достаток, все-таки умеет.

У представителей хай-класса предпочтительность платных услуг перед бесплатными не вызывает сомнений. Они согласны платить за все виды услуг, включая экстренную помощь, но не отвергают вероятности *«использования своего капитала знакомств, чтобы по возможности уменьшить расходы на лечение»*.

Итак, институт платных услуг, сформировавшийся к настоящему времени в России, исключительно востребован у представителей среднего класса. Причина подобной востребованности — **избыточно негативные ожидания в от-**

ношении качества медицинской помощи, которую может предоставить пациентам государственная медицина. Феномен негативных ожиданий в отношении государственной медицины, в свою очередь, порождает повышенный спрос на платные услуги у тех пациентов, которые могут платить за лечение.

В целом можно утверждать, что представления врачей и пациентов относительно возможностей платной медицины существенно не расходятся между собой: и те, и другие понимают ограничения этого института для удовлетворения запросов среднего класса. Однако уровень психологического доверия к системе платных услуг и со стороны врачей, и со стороны пациентов еще относительно невысок. С подобным положением дел примиряет лишь то, что уровень доверия к бесплатной медицине еще ниже. Не может не вызывать тревогу и тот факт, что врачи, непосредственно привлеченные к осуществлению платных услуг, не демонстрируют достаточной мотивационной включенности, хотя и признают, что платные услуги для многих — единственный способ увеличить свои маленькие зарплаты.

Идея соплатежей как возможный выход из сложившейся ситуации недоверия звучала в интервью с представителями среднего класса достаточно настойчиво. И вновь приемлемым для себя средний класс считал разделение трат на медицину между государством и состоятельным населением, при условии что государство берет на себя более затратную часть, а на его долю приходится меньшее финансовое бремя. Потребность в диверсификации стратегий сохранения своего здоровья у среднего класса, когда он рассчитывает одновременно и на платную, и на бесплатную медицину, вполне рациональна, так как повышает вариативность предоставления медицинской помощи, охраняя средний класс от непредвиденных и неподъемных трат на здоровье.

Оценки представителей среднего класса подтверждают тот факт, что платная медицина, оставаясь востребованной у пациентов из этой страты, к сожалению, не может гарантировать потребителю приемлемого соотношения цены и качества услуги. В условиях только начинающегося в России кризиса представители среднего класса пока способны платить запрашиваемые медиками средства, но смогут ли они делать это в дальнейшем, определенно утверждать нельзя. Как свидетельствуют данные исследования, большинство представителей среднего класса в условиях кризиса экономить на здоровье не собираются, но никто из них не может сказать, как глубоко этот кризис затронет их собственные намерения в отношении здоровья.

Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают вывод, полученный НИСП в 2007 г. в массовом опросе: «Даже обеспеченные и либерально настроенные слои населения не готовы к полному отказу от патерналистской модели организации здравоохранения. <...> Сохранение финансируемой государством системы бесплатного оказания медицинской помощи выступает общественным императивом» [Российское здравоохранение..., 2008, с. 52].

СРЕДНИЙ КЛАСС И НЕФОРМАЛЬНАЯ ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Практики неформальной оплаты медицинских услуг и сопровождающие их институциональные изменения НИСП изучает с 2002 г. По результатам исследования неформальных платежей в медицине к настоящему периоду

опубликовано несколько монографий, а также сборников статей, в которых описание и анализ этих практик приводится достаточно развернуто [Бесплатное здравоохранение..., 2002; Неформальные платежи за медицинскую помощь..., 2003; Российское здравоохранение..., 2004; Российское здравоохранение..., 2008 и др.]. В настоящем исследовании мы остановимся лишь на некоторых закономерностях функционирования практик неформальных платежей и на тех изменениях, которые претерпели эти практики за 5 лет, разделяющие исследования [подробнее об этом см. Российское здравоохранение..., 2008].

Воздействие различных факторов, вышедших на первый план за истекшее 5-летие (рост государственных расходов на здравоохранение, введение федеральных доплат работникам здравоохранения, активизация борьбы против получения врачами денег от пациентов и др.), привело к разнонаправленным изменениям в практиках неформальных платежей в разных секторах оказания медицинской помощи.

Обобщая тенденции институциональной динамики неформальной оплаты медицинской помощи, базирующиеся на оценках врачей и руководителей медицинских учреждений, можно сделать вывод о том, что на периферии пространства таких практик происходило сокращение их масштабов как под воздействием проводимой государственной политики (усиление санкций со стороны правоохранительных органов и значительное, но селективное увеличение оплаты труда медикам), так и за счет развития легального рынка медицинских услуг, расширяющего альтернативные возможности получения доходов врачами. Напротив, в зонах большого распространения неформальных платежей масштабы незаконных выплат росли. Более того, развивались их институциональные формы (широкое использование модели оплаты по конспирируемому тарифу) и усиливалась их легитимизация в сознании врачей.

Разнонаправленность институциональных изменений фиксирует как анкетный опрос врачей, так и материалы интервью⁵.

В целом исследования 2002 и 2007 гг. **фиксируют высокую готовность состоятельных пациентов к неформальной оплате**, за некоторыми исключениями, обусловленными социальным капиталом или административными ресурсами (например, госчиновники), способными заменить для таких пациентов неформальные платежи. В чем причина такой высокой готовности? Прежде всего эта готовность определяется страхом не получить вовремя квалифицированную помощь, который мобилизует пациентов на то, чтобы добиваться от врачей с помощью денег или другого капитала того, чего те, по мнению пациентов, могут и не сделать, если требуемых денежных вливаний не будет.

Чего состоятельные пациенты хотят от медиков за свои деньги, по оценкам врачей? Недостаточно разбираясь в качестве оказываемой помощи, как считают врачи, состоятельные пациенты хотят выкупить с помощью денег внимание, индивидуальный подход, сокращение времени ожидания приема у авторитетного врача, хорошую диагностику, качественные материалы для операции, приличные условия нахождения в больнице и др. При этом

⁵ Так, 45% опрошенных врачей убеждены, что практики оплаты труда врачей в конвертах за последние 5 лет расширились, 42% считают, что они остались прежними, и лишь 11% отметили их уменьшение. В интервью тенденция сужения практики неформальных платежей прослеживается более заметно.

врачи убеждены, что если обеспеченные люди не имеют административного ресурса (не занимают высоких должностей во власти, партии, административных структурах) и не имеют сверхдоходов, рождающих повышенные амбиции, то они *«не упрямятся и дают деньги врачам без сопротивления, хорошо понимая, какие маленькие зарплаты платит медицинским работникам государство»*.

По версии врачей, неформальные платежи от представителей среднего класса — *«естественное желание состоятельной прослойки населения восстановить справедливость в оплате и поддержать авторитет врачей в их собственных глазах»*.

Именно этим врачи объясняют тот факт, что крупные и мелкие предприниматели помогают больницам и отдельным отделениям в них сделать ремонт, приобрести компьютерную технику, мебель, хирургические и иные инструменты. Они спонсируют врачей в поездках по России и за рубежом для участия в симпозиумах и конференциях, причем во многих случаях инициатива исходит от предпринимателя, который предлагает посильную помощь в таких необходимых для стационаров и поликлиник формах. Бесспорно, хирургические, гинекологические, родильные и урологические отделения в стационарах имеют преимущества перед другими инфраструктурными единицами, но и эти вложения спонсоров помогают медицинским учреждениям хоть как-то поддерживать свою инфраструктуру.

Некоторые из врачей настаивают на том, что неформальные платежи не только помогли врачам выжить в середине 1990-х, но и впоследствии *«дали толчок развитию профессионализма врачей»*.

Врачи убеждены, что *«если бы деньги приходилось брать только от состоятельных пациентов, вопрос о неформальных платежах можно было бы снять с повестки дня»*. Тем более если бы деньги платились в виде благодарности и означали бы удовлетворенность больного проведенным лечением. В этой ситуации каждая из сторон «теневых контрактов» достигала бы своих целей. Однако не все так благополучно, когда речь идет об обеспеченных клиентах и неформальных платах врачам. В реальности врачи не исключают, что некоторые пациенты из среднего класса становятся объектом вымогательства со стороны врачей, благодаря чему *«им приходится платить за лечение больше денег, чем рядовым пациентам»*. Не исключается врачами и такой вариант, что их собратья по цеху намеренно *«пугают состоятельных пациентов, чтобы получить от них дополнительное вознаграждение за лечение»*. Однако не только врачи, по мнению медиков, завышают цену своих усилий.

Оценивая возможности среднего класса платить за медицинские услуги, некоторые врачи убеждены в том, что состоятельные люди мобилизуют все свои связи, чтобы снизить цены на услуги врача или совсем отказаться от выплат, а в результате *«еще и недоплачивают врачам, потому что норовят воспользоваться знакомствами или своим статусом...»*.

Столь высокие ожидания врачей относительно доплат со стороны обеспеченных пациентов, переоценка собственных усилий, с одной стороны, и естественное стремление представителей среднего класса обезопасить себя от неквалифицированного врачебного вмешательства — с другой, приводят к завышению цен на медицинские услуги на неформальном рынке. Это, в свою очередь, негативно сказывается на менее состоятельных пациентах, которые вынуждены подстраиваться под принятые теневые цены, рамки которых задают более денежные пациенты. Хотя нельзя не признать, что цены на теневом рынке услуг формируются достаточно гибко, учитывая интересы обеих сторон.

Этим негативные следствия, порождаемые готовностью среднего класса платить врачам в карман, не ограничиваются. Руководители лечебных учреждений говорят о том, что желание среднего класса сэкономить на формальных платежах приводит к «теневому контракту» между врачом и пациентом, в результате которого страдает лечебное учреждение, не дополучающее доходы по платным услугам.

Не менее неприятное последствие — поведение среднего медперсонала, который привыкает к платам от состоятельных пациентов и перестает добросовестно выполнять свои функции, если речь идет о менее обеспеченных людях, которые не могут доплачивать за уход.

Таким образом, врачи справедливо фиксируют весьма противоречивое влияние практики неформальных платежей на состояние институтов здравоохранения, однако в их оценках явно **переоценивается добровольный характер неформальных плат** за врачебные услуги со стороны состоятельных пациентов.

Суждения о распространенности практик неформальной оплаты со стороны самих представителей среднего класса вскрывают поистине широчайший масштаб данного явления. К мнению о том, что это явление приняло массовый характер, присоединяются все группы опрошенных из представителей среднего класса — от клерков и специалистов до менеджеров и владельцев малого бизнеса — не только в Москве, но и в регионах России: *«В бюджетных больницах всегда все деньги идут в карман врача. Это стало нормой, даже если ты официально заплатил деньги в кассу за операцию или обследование...»*.

Понимая, что не заплатив в карман, можно остаться без помощи, средний класс, как и остальное население, неофициально платит за более точную диагностику, сокращение времени ожидания в очередях, выбор врача в поликлиниках. В стационарах он готов платить среднему медперсоналу за уход, хирургам за высокотехнологические операции, а всем остальным врачам — за качество лечения, внимание и индивидуальный подход. В противном случае риски получить некачественную помощь резко возрастают.

Особые деньги представители среднего класса согласны платить за квалификацию врача, его научный и административный статус, чтобы избежать непредвиденных последствий. Услуги среднего медперсонала, по мнению состоятельных людей, также должны оплачиваться — это сохраняет время и дает надежду, что ты сам и твои родственники не окажутся без помощи. Объясняя мотивы подобных неформальных выплат, представители среднего класса говорят о том, что *«так дешевле и удобнее, тем более если тебя лечит знакомый доктор... Хотя для такой формы оплаты требуется взаимное доверие, иначе этого не стоит делать...»*.

Некоторые обеспеченные пациенты поступают так, руководствуясь императивом справедливости, полагая, что если заплатить деньги в кассу, врачу из этой суммы достанется слишком мало. Другие убеждены в том, что если денег не дать, это плохо отразится на больных, которые будут вынуждены терпеть плохое настроение врача и медперсонала. Некоторые из респондентов специально подчеркивают, что неформальные выплаты врачам превратились в повседневные нормы и воспринимаются пациентами как нечто само собой разумеющееся, хотя для такого восприятия нет никаких оснований, ведь самим платящим деньги за их услуги никто не предлагает.

Лояльные к врачам пациенты настаивают на том, что средний класс сам воспроизводит механизм неформальных выплат, так как привык к нему с детства и не считает нужным разрушать его даже в ущерб своему кошельку: *«Почему я плачу деньги в карман врачу? Это традиция. Так сложилось достаточно давно, еще в советские времена. Когда я была маленькая, мама носила врачу конфеты. И сейчас мне хочется отблагодарить врача»*.

Живучесть этой традиции обуславливается еще и тем, что *«выплаты врачам не такие уж дорогие»*, иначе платить за подобные услуги было бы не под силу.

Однако подобную лояльность к врачам демонстрируют далеко не все представители среднего класса. Их в первую очередь возмущает то, что врачи не брезгают «скрытым вымогательством», фактически ставя больных перед необходимостью платить, что явно расходится с представлениями врачей о добровольности подобных выплат: *«Врачи любой ценой хотят получить деньги от больного, вплоть до того, что он не войдет в палату, если не заплатишь. Каждый раз врачу надо дать с его согласия и многозначной улыбки!»* — восклицает один из участников фокус-группы.

Размышляя о ценообразовании и моделях неформальных платежей, представители среднего класса говорят о том, что они имеют определенную долю свободы в выборе суммы платежа врачу. Но им проще, когда врачи сами озвучивают стоимость оказываемой услуги, особенно если речь идет о консультации и последующем нестационарном лечении. Если врачи не соглашаются обсуждать цену с пациентом, возможны два варианта: подгонка цен под прейскурант платных услуг и выяснение цены услуги у знакомых, порекомендовавших данного врача.

Примечательно, что, платя деньги в кассу, нередко средний класс по своей инициативе дает дополнительные деньги или делает подарки врачам, как по окончании успешного лечения, так и в праздничные даты.

Для богатых пациентов вопрос платить или не платить не стоит. Они согласны платить, если врач им помог. Но все же более предпочтительной для богатых людей является пусть высокая, но официальная плата, которую они могут дополнять дорогими подарками или спонсорской помощью.

Итак, проведенное исследование подтвердило предположение, что именно обеспеченные люди склонны к неформальным выплатам как механизму защиты от некачественной помощи врачей. Масштабы неформальных выплат в самых различных формах (деньги, подарки, спонсорская помощь) среди представителей среднего класса распространены максимально. Хотя состав участвующих в подобных практиках далеко не однороден по внутренней мотивации. Среди них можно выделить как минимум две группы лиц: **добровольных и вынужденных сторонников**. Добровольные сторонники убеждены, что *«справедливость должна быть восстановлена, если государство не хочет платить врачам»*, вынужденные же сторонники, не доверяя бесплатной медицине, согласны инвестировать деньги в качественную медицинскую помощь, в сокращение временных издержек, в комфортные условия пребывания в стационаре, а главное — в снижение риска от некачественного врачебного вмешательства.

Представители среднего класса вслед за врачами убеждены в том, что неформальные выплаты позволяют им сэкономить на медицинских расходах, особенно если речь идет о государственной медицине, потому что *«бесплатной медицины не бывает»*. Хотя нельзя утверждать, что все представители среднего

класса используют механизм снижения официальной цены при неформальных выплатах. Скорее, подчиняясь традиции, они исходят из принятых среди других пациентов цен, следуя за размером установившейся в этом стационаре (отделении, палате) платы за услуги.

Характерно, что средний класс склонен поощрять врачей подарками, если лечение оказалось результативным или врач был внимателен к больному. Важно, что даже при официальной оплате состоятельные пациенты в ряде случаев могут доплатить врачу, понимая несправедливость распределения средств в пользу администрации и в ущерб лечащим врачам.

Наибольшую обеспокоенность у представителей среднего класса вызывают, однако, не врачи, а средний медперсонал — медсестры, работающие на «скорой помощи»: их настойчивые требования неформальной оплаты за доставку в нужную больницу переходят всякие границы.

Одновременно, пусть и единицы, но обеспеченные люди все же убеждены в том, что официальная плата предпочтительнее неформальной. Как ни парадоксально, такую установку генерируют пациенты, пользующиеся частной медициной, где контроль неформальных платежей строже.

Выявлены закономерности неформальной оплаты у представителей среднего класса как особой социальной группы позволяют заключить: именно средний класс является основным субъектом воспроизводства неформальных платежей в России. Страхи состоятельных россиян, подогреваемые врачами, служат мощным стимулятором таких платежей. Ценность здоровья остается ведущей у людей, которые научились зарабатывать деньги, и вряд ли они изменят свои ценностные приоритеты. Не случайно, подавляющее большинство согласны платить очень много, когда речь идет о жизни и смерти, собственной или близких людей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ОПТИМАЛЬНЫ ЛИ СТРАТЕГИИ СРЕДНЕГО КЛАССА ПО ПОДДЕРЖАНИЮ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

В ситуации, когда институты здравоохранения не могут обеспечить качественную медицинскую помощь, средний класс вынужден выкупать доступность и квалифицированные медицинские услуги у учреждений здравоохранения, используя официальные и, что более тревожно, неофициальные платежи.

Принципиально, что авторитетный врач, способный оказать квалифицированную медицинскую помощь, — ключевая фигура выбора. Лишь во вторую очередь представители среднего класса ориентируются на репутацию медицинского учреждения, хотя сочетание этих двух факторов наиболее предпочтительно. По мнению представителей среднего класса, эффективность лечения у квалифицированного и неквалифицированного врача настолько различна, что по этой причине стоит предпринимать усилия и тратить деньги.

Поиск и выбор нужного врача представители среднего класса осуществляют через «сеть знакомств», дополняя в ряде случаев рекомендациями врачей, которым пациенты доверяют. Такая стратегия, по мнению представителей среднего класса, дает наиболее надежные результаты, но не может применяться в экстренных случаях, когда времени на поиск врача по знаком-

ству не остается. В результате пациент вынужден подчиняться сложившимся обстоятельствам. Чтобы минимизировать риски, средний класс прибегает к разным моделям оплаты усилий врачей и среднего медицинского персонала, формально и неформально.

Несмотря на то что императив «за здоровье надо платить» не имеет под собой формальных обоснований, он реально организует сегодня работу как государственной, так и частной медицины. Корни этого императива уходят в советское время, где сформировалась устойчивая традиция благодарить врача, которая преобразовалась в установку «платить в карман».

Опрошенные в ходе исследования врачи в большинстве своем убеждены, что представители среднего класса нередко сами выступают инициаторами неформальных платежей, пытаясь компенсировать несправедливость государства. Отчасти это так, но лишь отчасти. Большинство представителей среднего класса считают себя вынужденными плательщиками.

Важно, что оплата в карман из эпизодического действия превратилась в устойчивый феномен благодаря страхам одних и обидам других на фоне неопределенности материального положения в будущем, что нередко, когда речь идет о среднем классе или низком уровне финансовой обеспеченности самих врачей.

Часть врачей по мере овладения новыми технологиями и расширением возможностей лечения превращаются в убежденных сторонников известной позиции «*квалификация врача стоит денег*». Именно они выступают своеобразными активаторами неформальной оплаты, особенно когда речь идет о представителях среднего класса. Наряду с оплатой по модели благодарности развиваются другие модели, в том числе модели конспирируемой оплаты и даже оплаты по тарифу, которые нельзя назвать лояльными по отношению к потребителям медицинских услуг. Хотя нельзя не отметить, что за последние 5 лет требования оплаты на периферии зоны распространения платных услуг несколько смягчаются, в их центрах, так называемых ядрах кристаллизации, они не только не уменьшаются, но и усиливаются. Это значит, что некоторые врачи все же сочли необходимым легитимизировать свои доходы за счет подработок в частных клиниках и иных местах, но назвать этот процесс массовым вряд ли возможно.

Государственная медицина, в свою очередь, оставаясь инерционным институтом, применительно к среднему классу ведет себя достаточно хищнически, предполагается, что если у людей есть деньги, то они обязаны платить за свое здоровье. Пациенты, имея избыточно негативные ожидания относительно возможностей бесплатной медицины, фактически следуют этим установкам врачей, а не борются с ними.

Широко развившаяся в последнее десятилетие практика оплаты денег в кассу позволяет снять часть проблем среднего класса, прежде всего проблему сокращения временных издержек, хорошей диагностики, дает возможность проведения высокотехнологических операций, но одновременно она не отменяет практики неформальной оплаты, которая доминирует во взаимоотношениях врача и пациента из среднего класса. Максимальное число участников исследования — представителей среднего класса свидетельствует о том, что они платили врачам в карман, чтобы защитить себя и своих родных от невнимания, плохого ухода и некачественной помощи.

Почему неформальные платежи оказываются ценностно предпочтительнее для людей среднего класса? Полученные оценки свидетельствуют о том,

что они не только позволяют сэкономить средства, которых не так и много, но и предстают в глазах среднего класса устоявшейся традицией, которую невозможно разрушить, не нанеся ущерба себе или близким.

Определенная роль в сохранении и воспроизводстве этой традиции принадлежит механизму распределения денежных средств, получаемых бюджетной медициной от платных услуг, которая в должной мере не учитывает интересы врача, непосредственно оказывающего ту или иную услугу, а отдает преимущество в выплатах администрации. В результате качество платной медицинской помощи ненамного выше той, которая оказывается бесплатно. Врач не мотивирован на достижение хорошего результата лечения. Это не может удовлетворить представителей среднего класса. Императив справедливости для обеспеченного россиянина дороже денег. Он согласен доплатить врачу в карман или сделать подарок, даже в том случае, если оплатил услуги в кассе.

Несмотря на то что платные медицинские услуги, за которые представители среднего класса согласны платить официально, решают далеко не все возникающие проблемы, тем не менее они отрицательно, по мнению респондентов, сказываются на качестве услуг, оказываемых бесплатно, понижая их до неприемлемого уровня. Однако это не означает, что представители среднего класса согласны отказаться от услуг бесплатной медицины совсем. Настаивая на том, что «*бесплатной медицины не бывает*», они все же убеждены, что бюджетные медицинские учреждения должны сохраняться. Основные причины две. Первая — стремление к справедливости. В случае отказа от бесплатной помощи малоимущие, старики, студенты окажутся без государственной поддержки, чего, по мнению представителей среднего класса, допустить никак нельзя. Вторая, не менее важная причина — страх перед тем, что даже у обеспеченных людей денег может не хватить на оплату всех медицинских услуг. Поэтому представители среднего класса являются сторонниками сочетания платной и бюджетной медицинской помощи, где за ними остаются разовые и недорогие платы, а за государством — экстренная помощь и дорогостоящие услуги при тяжелых заболеваниях.

Не исключено, что настойчивость в необходимости сохранения гарантированной государством медицинской помощи у среднего класса обусловлена тем, что у него пока не сформировалась стратегии профилактики здоровья. Большинство опрошенных признаются в том, что они лечат болезнь, когда она «*тебя прижала*». Мотивация такого поведения весьма разнообразна — от нехватки времени до отсутствия привычки. Тактические стратегии лечения, ориентация на избавление от текущей болезни, а не на профилактику порождают неуверенность в том, что в случае необходимости денег хватит на все этапы оказания медицинской помощи. Отсюда приверженность идеологии патернализма со стороны государства.

Таким образом, можно говорить о том, что стратегии среднего класса в поддержании собственного здоровья оказывают весьма противоречивое влияние на развитие российской системы здравоохранения. Вынужденность подобных стратегий не спасает положение. Представители среднего класса, поддерживая своими деньгами сложившиеся институциональные практики, делают систему здравоохранения далеко не оптимальной для самих себя. Более того, консервируя подобные практики, средний класс заставляет менее состоятельных пациентов следовать сложившимся традициям из-за страха не получить помощи вообще. Не хотелось бы представлять ситуацию та-

ким образом, что без негативных императивов, воспроизводимых средним классом, система российского здравоохранения резко шагнула бы вперед. Но нельзя не признать, что консервация действующих правил предоставления качественной медицинской помощи закрепляет в сознании врачей установку «за качественную помощь надо платить», что заметно удорожает медицинскую помощь и развращает систему здравоохранения изнутри. В то же время готовность платить за профессионализм стимулирует развитие врачебного сообщества, однако цена, которую платит за это средний класс и все остальное население, весьма высока.

ВЫВОДЫ

1. Средний класс сегодня вынужден выкупать у системы здравоохранения качественную медицинскую помощь, а не получать ее на общих основаниях. Несмотря на это, нельзя говорить о том, что система российского здравоохранения соответствует требованиям среднего класса. Спасает положение только тот факт, что средний класс в России научился создавать собственную систему защиты от некачественной медицинской помощи (сеть знакомств, денежные компенсации врачам в виде неформальных и официальных платежей и др.), однако и она не всегда гарантирует надежные результаты.
2. Средний класс демонстрирует выраженную готовность к сочетанию платной и бесплатной медицинской помощи. Установка на частичный патернализм побеждает идеологию равного партнерства с государством из-за недостатка ресурсов.
3. Страх перед неспособностью оплатить все медицинские услуги в случае тяжелой болезни и стремление к справедливости в отношении малоимущих делают средний класс сторонником сохранения государственной медицины.
4. Ценность здоровья у среднего класса достаточно выражена, однако он остается заложником коротких стратегий в поддержании своего здоровья.
5. Ни система государственной медицины, ни система частной медицины не могут удовлетворить потребности среднего класса. Поиск баланса развития этих институтов и есть путь совершенствования системы здравоохранения.
6. Неформальные платежи оказываются сегодня более ценностно-предпочтительными для среднего класса, чем оплата в кассу. Однако это не только механизм экономии собственных ресурсов, но и попытка компенсировать несовершенство системы оплаты труда врача для повышения его мотивации.
7. Какими бы мотивами ни руководствовался средний класс, доплачивая врачам неформально, ясно одно: поведение среднего класса на поле неформальных платежей оказывает весьма противоречивое влияние на развитие системы здравоохранения. С одной стороны, неформальные платежи поддерживают профессионализм врачей, с другой — воспроизводят негативные императивы «за качество надо платить», поддержание которых не по карману для остальных, менее состоятельных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

- Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. — М.: НИСП, 2002.
- Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. — М.: МОНФ, НИСП, 2003. С. 142.
- Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / Под ред. С.В. Шишкина. — М.: НИСП, 2008. С. 50–52, 83.
- Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / Под ред. С.В. Шишкина. — М.: НИСП, 2004. С. 37.
- Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность. — М.: НИСП, 2008.
- Тихонова Н.Е.* Состояние здоровья среднего класса в России // Мир России. 2002. №4. С. 104.