

РАМА В. БАРУ

КОММЕРЦИАЛИЗАЦИЯ И ГОСУДАРСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ИНДИИ: СМЕНА ЦЕННОСТЕЙ И ОРИЕНТИРОВ¹

В данной работе рассматриваются последствия коммерциализации медицинских услуг в отношении ценностей и устремлений врачей, работающих в государственных больницах Индии. На основе подробных интервью с вышедшими в отставку врачами государственных медицинских учреждений описывается сложная взаимосвязь между распространением коммерческих медицинских услуг, изменениями в государственном секторе и в экономике и обществе Индии в целом за последние четыре десятилетия. В фокусе внимания взаимозависимость элементов социально-экономического развития и ее воздействие на организационную культуру, а также влияние на ценности, стандарты и устремления врачей. Вначале на основе имеющихся исследований читателю предлагается характеристика структуры и основных черт смешанной экономики в здравоохранении Индии. В этом контексте далее проводится анализ степени и природы перемен в ценностях и устремлениях врачей государственных больниц.

1. СТРУКТУРА И ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЛАТНЫХ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ИНДИИ

После приобретения страной независимости руководство Индийского национального движения приступило к строительству государства социального благосостояния с предоставлением услуг здравоохранения всем гражданам вне зависимости от их платежеспособности. Доклад комитета Бхора, который положил начало развитию системы здравоохранения в Индии, предусматривал полные и универсальные медицинские услуги, финансируемые в основном государством. В частном секторе преобладали

¹ Bara Rama V. Commercialization and the Public Sector in India: Implications for Values and Aspirations // M. Mackintosh, M. Koivusalo (Eds.). Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses. — Basingstoke: UNRISD and Palgrave Macmillan, 2005. P. 101–116. Перевод и публикация осуществлены с разрешения United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). UNRISD не несет ответственности за возможные ошибки, допущенные в переводе. Перевод В.Ф. Танина под науч. ред. С.В. Шишкина. Печатается по: Рама В. Бару. Коммерциализация и государственное здравоохранение в Индии: смена ценностей и ориентиров // SPERO. Социальная политика: экспертиза, рекомендации, обзоры. 2007. № 7. С. 149–162.

частнопрактикующие врачи, составлявшие около 78% от числа врачей, получивших профессиональное медицинское образование. Комитет признавал наличие большого числа частных врачей, а также существование частной практики государственных врачей. Призывая к полному искоренению частной практики в рамках государственной структуры здравоохранения, в отношении частных врачей комитет предлагал более мягкий подход. Таким образом, в период после получения независимости в рамках государственной системы здравоохранения были сохранены и частные медицинские услуги, которые в последующий период стали развиваться неконтролируемым образом. В результате здравоохранение приобрело характеристики смешанной экономики, и вследствие скудости финансовых средств и неразвитости государственного сектора частный сектор в начале 1980-х гг. получил законные права в государственной политике здравоохранения².

В частном секторе здравоохранения Индии на первичном уровне по-прежнему преобладают частные врачи — как прошедшие ординаторскую практику, так и не прошедшие ее. Вторичный и третичный уровни включают в себя дома сестринского ухода и больницы, предоставляющие госпитальное обслуживание с количеством от пяти до тысячи койкомест. В такой обширной и разнообразной стране, как Индия, рост частного сектора на вторичном и третичном уровнях здравоохранения за последние пять десятилетий характеризовался региональными различиями, причем в более процветающих штатах общее количество койкомест в частном секторе было выше, чем в более бедных штатах [Baru, 1996].

В сельских и городских районах частные медицинские услуги на вторичном и третичном уровнях предоставляются в основном единоличными собственниками или товариществами, состоящими из врачей-предпринимателей, в то время как на третичном уровне преобладают крупные бизнес-группы и врачи — нерезиденты Индии, принадлежащие к среднему и высшему среднему классу. В условиях Индии, как и повсюду, рост частного сектора не происходит независимо от государственного сектора, наоборот, он взаимосвязан с ним по ряду направлений. Сюда входят правительственные субсидии в форме государственного страхования, концессий на инфраструктуру и технологии, а также разрешение на «платные» койки в государственных больницах и частную практику государственных врачей, так же как и субсидируемое государством высшее и среднее медицинское образование, поставляющее кадры для частного сектора. Эта довольно сложная система взаимоотношений может быть названа смешанной экономикой в здравоохранении, которая имеет серьезные политические последствия для характера роста, качества и системы отчетности в обоих секторах [Baru, 1998].

² GOI, 1983.

2. КОММЕРЦИАЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО СЕКТОРА

Характер и степень взаимозависимости между государственным и частным сектором не были пока исследованы в должной степени. Такая взаимозависимость проявляется в форме частной практики государственных врачей, поставки медицинских препаратов и техники в государственные больницы частными фармацевтическими компаниями и компаниями по производству медтехники, появления частных медицинских высших и средних учебных заведений, финансирования исследований и определения приоритетов под влиянием частных интересов, таких как интересы фармацевтических корпораций, компаний по производству медицинской техники и международных финансовых агентств. Хотя в литературе широко обсуждалась частная практика государственных врачей как форма «стяжательского поведения», снижающего эффективность государственных систем в развивающихся странах, такая практика не исследовалась с позиции степени и природы вовлеченности государственных врачей в частный сектор и, наоборот, интересов государственного сектора в частном.

В некоторых работах говорится о том, как развитие частных интересов девальвирует государственный сектор [Gish, 1975], однако эта тема не была еще в должной степени исследована. В условиях Индии в течение последних трех десятилетий наблюдаются укрепление и рост предложения частных медицинских услуг. Вовлеченность государственных врачей в частный сектор приобрела гораздо более сложный характер и более не ограничивается индивидуальной частной практикой, глубоко проникая в сектор частных услуг на вторичном и третичном уровнях. Государственные врачи выступают в качестве консультантов частных больниц, а иногда даже являются владельцами частных домов сестринского ухода. В Хайдарабаде было проведено два исследования [Devi, 1985; Varu, 1998], рассмотревших произошедшие перемены в частной практике. В 1960–1970-е гг. частная практика больничных врачей в основном ограничивалась консультациями во вне рабочее время в районах их проживания. С развитием домов сестринского ухода и больниц возникли взаимонаправленные отношения. Государственные врачи стали поощрять пациентов обращаться за лечением в частные больницы, в которых они работали консультантами, в то время как частные клиники становились зависимыми от притока пациентов, направляемых государственными врачами.

Анализ включенности частных интересов в государственный сектор важен для понимания воздействия такого процесса на эффективность и качество государственных услуг. Работающие в государственном секторе врачи признают, что частная практика влияет на качество медицинской помощи пациентам, уровень образования и исследований. Такие врачи единодушно

считают, что частная практика должна разрешаться в виде консультаций во внерабочие часы, в то же время они считают нежелательным, чтобы государственные врачи действовали в качестве консультантов в частных больницах, поскольку они не смогут уделять должное время пациентам, преподаванию, проведению исследований, как и тому, чтобы быть в курсе новейших достижений в своей области. Работа государственных врачей в частных домах сестринского ухода способствует направлению пациентов в частные клиники, в результате чего малообеспеченные пациенты вынуждены платить за медицинское обслуживание [Вагу, 1998. Р. 145–146].

В условиях Индии развитие частного сектора проходило в зависимости от государственного сектора. Частный сектор использовал недостатки государственного сектора для дальнейшего укрепления своих позиций в оказании медицинских услуг. Недостатки государственного здравоохранения широко обсуждались, в их числе недофинансирование, нехватка медикаментов, отсутствие персонала, скудное диагностическое оборудование, большое количество больных и черствое поведение врачей и среднего медицинского персонала. С конца 1970-х гг. наблюдалась стагнация расходов на государственное здравоохранение, а в 1980-е гг. в некоторых штатах Индии эти расходы даже были сокращены, в то время как стоимость медицинского обслуживания резко возросла. Недостаточность финансирования отрицательно отразилась на базовых элементах инфраструктуры государственного сектора, необходимых для эффективной работы, таких как здания, обеспеченность лекарствами и оборудованием. Низкое качество инфраструктуры является основной причиной недовольства врачей, работающих в государственном секторе, которые часто вынуждены лечить пациентов без необходимых лекарств, диагностических обследований и других вспомогательных мер. Это вызывает неудовлетворенность пациентов и является одной из главных причин, вынуждающих их выбирать услуги частного сектора.

Большие частные клиники могут платить сотрудникам более высокую зарплату, чем государственные клиники. Это приводит к огромным и постоянно увеличивающимся различиям в уровне доходов в частном и государственном секторах. Более квалифицированный персонал государственного сектора и врачи из более обеспеченных семей легче переходят в частную медицину, таким образом оставляя в государственном секторе лиц, менее успешных по обоим вышеназванным параметрам. Все это вызывает растущее разочарование у врачей, работающих в государственном секторе. Государство также активно способствовало развитию частного сектора, особенно на вторичном и третичном уровнях здравоохранения, предоставляя различные субсидии и концессии в форме земли и сниженных таможенных пошлин на импорт высокотехнологичного оборудования. Большинство исследований государственного и частного секторов фоку-

сировали внимание на структурных вопросах, преимуществах и ограничениях каждого из секторов. Однако должного освещения не получали вопросы о том, как частные интересы, будь то внутри либо вне системы государственного здравоохранения, влияли на ценности и устремления врачей, работающих в государственном секторе. Ценности и устремления формируются не только под воздействием институциональных факторов, но и под влиянием перемен в обществе в целом.

Настоящее исследование было проведено среди врачей, вышедших в отставку и работавших ранее или работающих в настоящее время в учебном и клиникодиагностическом центре — Всеиндийском институте медицинских наук (AIIMS) в Нью-Дели. Мы включили в наше исследование врачей из AIIMS, поскольку этот центр отвечает всем параметрам «идеального государственного госпиталя». Это и щедрое финансирование, и подбор академически компетентного персонала и студентов, запрет на частную практику врачей, а также репутация образцового учреждения для обучения, медицинских исследований и оказания клинической помощи. В определенном смысле институт является символом отлично функционирующего государственного учреждения, которое обладает наилучшим клиническим, педагогическим и исследовательским потенциалом в стране. Он также является символом лучшего государственного учреждения, с точки зрения условий труда персонала и преданности таким ценностям, как высочайшее качество медицинских услуг, этический кодекс и равноправие, которые и поныне рассматриваются как положительные атрибуты государственных систем. Поэтому изучение мнения докторов, связанных в прошлом или настоящем с этим центром, может служить маркером изменения ценностей и осветить причины такой трансформации. Эти данные могут служить критерием для сопоставления с другими государственными клиниками, где финансирование было неадекватным, врачам разрешалась частная практика и наблюдалась коммерциализация медицинских услуг за последние четыре десятилетия.

Были проведены интервью с 15 ведущими врачами, вышедшими в отставку после работы в институте в течение не менее трех десятилетий. Мы просили врачей поделиться воспоминаниями об эволюции института, его рабочей культуре, организационных плюсах и минусах, распространении коммерческих медицинских услуг и переменах в ценностях и устремлениях врачей, имевших место со временем. Эти подробные интервью не были просто воспоминаниями о прошлом, они затрагивали также причины тех перемен, которые произошли в ценностях и устремлениях. Это дало нам возможность определить пути, по которым рост частных интересов (как внутри, так и вне государственных учреждений) сказывался на трансформации ценностей и устремлений предоставляющих медицинские услуги лиц в течение последних четырех десятилетий.

Мы также раздали опросные листы 57 докторам, профессорам и доцентам пяти отделений: онкологии, акушерства и гинекологии, терапии, педиатрии и офтальмологии. Мы выбрали эти пять отделений, поскольку именно на этих специализациях сфокусирован частный сектор. После многочисленных письменных и личных напоминаний мы смогли собрать ответы 37 врачей.

3. ТРАНСФОРМАЦИЯ ЦЕННОСТЕЙ И УСТРЕМЛЕНИЙ: СЛОЖНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

Данные интервью и ответов на опросных листах раскрывают сложные взаимовлияния организационных и социальных факторов. Полученная информация характеризует картину исторического развития института и позволяет выявить факторы, способствовавшие переменам в культуре труда и ценностях врачей.

Доктора отмечали особый статус и репутацию, которыми обладал и продолжает обладать институт как в рамках страны, так и на международной арене. Его историю информанты разделили на три фазы: ранний период, примерно с 1950-х до середины 1960-х гг., средний период, до конца 1970-х и поздний период, с 1980-х по настоящее время. Все респонденты подробно рассказывали о переменах в ценностях, нормах и устремлениях врачей и о причинах этих перемен. Пожилой профессор, проработавший около тридцати лет в институте, изложил историю этого центра:

«AIIMS был создан с целью подготовки медицинских врачей самой высокой квалификации. Хотя основное внимание уделялось исследованиям и обучению, осуществлялось и лечение пациентов. Когда я пришел в институт, он был только что создан. Институт постоянно развивался и в раннем периоде, и в среднем периоде, и в начальные годы позднего периода. Однако в последние годы обстановка в AIIMS постепенно стала ухудшаться. Преданность делу, стремление достичь наилучшего результата уходят в прошлое. В итоге размывается ощущение гордости за свой институт... Беззаветно преданными делу остались лишь те, кто пришел в него с самого начала»³.

Ранний период деятельности института врачи описывали с большой гордостью, рассказывая также о культуре работы в нем.

«Институт обладал инфраструктурой, превосходившей все другие учреждения страны того времени. Он предоставлял высокую степень академической свободы, хотя руководство эффективно использовало ад-

³ 30 июля 2003 г.

министративные решения. Кандидатов на аспирантский курс отбирали исключительно на основе способностей. Не практиковалось продвижение в должности по выслуге лет, и кандидаты на более высокие посты всех уровней должны были действительно конкурировать друг с другом. Практика в AIIMS давала возможность приобрести большой опыт и многому научиться. В то время в AIIMS поступали больные из самых разных слоев общества с самыми различными заболеваниями — от самых простых до самых сложных»⁴.

«Когда я пришел в институт, я сразу же получил возможность работать в замечательной группе единомышленников, что было для меня чрезвычайно важно. До того я всегда говорил себе, что когда-нибудь буду работать в институте. Я всегда стремился попасть в этот лучший институт страны. Первое, что поразило меня в нем, было обилие высокообразованных ученых, разделявших общие идеалы и открытых для новых научных исследований. Там было столько маститых коллег, чьи имена были хорошо известны в области медицины. В то время я был молод, и для меня было счастьем иметь возможность общаться и обмениваться идеями с ними. Одно это уже было важным фактором академического и личного роста, и такая возможность в AIIMS была... Уже выйдя на пенсию, я осознал, что еще одним бесценным подарком института своим сотрудникам была возможность быть самим собой... принадлежать себе. Институт предоставлял особую свободу, когда даже самые младшие сотрудники могли обращаться за грантами на исследования»⁵.

Действительным стимулом для многих ведущих врачей была репутация института как образцового центра обучения, исследований и клинической практики. Институт также был известен своей академической и клинической свободой, поэтому деньги не были главным стимулом для сотрудников. Один из старейших врачей вспоминает:

«Деньги не были для меня самым важным. Полагаю, что это можно сказать про большинство врачей моего поколения. Возможно, это было особой чертой личности, характерной для врачей института. Мною двигало стремление приобрести имя и известность. В лучший институт страны поступали самые сложные, самые разнообразные пациенты, мы имели дело со случаями, с которыми никогда бы не встретились в каком-либо ином госпитале. Поэтому у нас была возможность продолжать учиться, расти профессионально, овладевать медициной в ее полном объеме. Это было отличительной чертой AIIMS. Если кто-то мог привлекать исследовательские гранты в пределах Индии или за рубежом, это тоже встречало одобрение. Многое из того, что я достиг в моей профессии, я достиг благодаря тому, что был в институте.

⁴ 19 июля 2003 г.

⁵ 5 ноября 2003 г.

В ранние годы институт привлекал лучшие умы как среди студентов, так и среди преподавателей. Благодаря хорошему финансированию в институте имелось самое современное оборудование и проводились самые современные исследования. По мнению большинства врачей, в средний период начались «трудности и сложности», проистекающие из ряда факторов — организационных и социально-экономических. Среди них были такие факторы, как растущее политическое вмешательство в автономию института, вмешательство в подбор и продвижение персонала, увеличение количества больных и нагрузки на врачей, проникновение частного капитала в здравоохранение, рост потребительских настроений. Все опрошенные врачи уверенно называли в качестве основной причины постепенного упадка института потерю автономии вследствие растущего политического и бюрократического вмешательства.

В первые годы развития института политического вмешательства в дела AIIMS не было вообще. В то время президентом института была министр здравоохранения Раджкумари Амрит Каур (*Rajkumari Amrit Kaur*). Именно она приезжала в институт для встреч с директором, иное не практиковалось. Но постепенно личные интересы ведущих врачей в отношении продвижений по службе и подбора кадров создали ситуацию, когда внешние органы власти стали диктовать свои решения AIIMS⁶.

«Это время было периодом расширения института. Большинство врачей считают, что в ходе этого расширения было утеряно чувство единения, которое существовало в институте в его ранние годы.

В более поздние годы произошло значительное расширение AIIMS, в него пришли новые люди, обучавшиеся в иных институтах с иными ценностями. Именно тогда начались проблемы, поскольку уровень квалификации врачей и вспомогательного персонала постепенно стал падать. При таком расширении «чувство коллектива» и «единения» постепенно стало уходить. Началось медленное размывание ценностей, которыми руководствовались врачи. Причем винить в этом только пришлых врачей не приходится, поскольку данное явление связано и с девальвацией социальных и моральных ценностей общества в целом. Изменились цели, которыми руководствовались врачи, их интересы фокусировались уже не на процветании института в целом, а на собственном благополучии. На раннем этапе «собственные интересы» подчинялись общим. Позднее собственные интересы взяли верх. Врачи хотели получить больше для себя лично — командировки за границу, более высокие доходы и т. д. Все более важными становились политические связи. Стало распространяться нездоровое отношение к делу»⁷.

«Думаю, что по мере неразумного расширения института люди становились все более разобщенными. Каждый был сам за себя. Полагаю,

⁶ 26 июля 2003 г.

⁷ 30 июля 2003 г.

что это отражало процессы, проходившие по всей стране. Данное явление не ограничивалось стенами института, мы видим, как изменился мир — наш мир лишен добра и участия. В нем нет заботы о людях. Мы наблюдаем это вокруг нас постоянно. Люди просто стали другими. Я думаю, что процессы, происходившие в институте, отражали общие социальные перемены»⁸.

«Две важные причины изменений в культуре труда в Институте были связаны с организационными факторами — отсутствием вертикальной мобильности и ростом числа больных на одного врача. Это породило конфликт среди врачей, находившихся на среднем карьерном уровне, и стало значимым источником фрустрации и отсутствия мотивации. Об этих явлениях прямо говорили как ушедшие в отставку, так и работающие в институте в настоящее время врачи.

В конце 1970-х гг. институт достиг точки насыщения. Перспективы продвижения по службе становились туманными, поскольку практически не оставалось вакантных должностей. Каналы карьерного роста сузились. Стало формироваться чувство разочарования. Денег было мало, мало было и возможностей для мобильности. Был разрешен наем со стороны на должности доцентов и профессоров, что усугубило атмосферу фрустрации»⁹.

Работавшие в то время в институте врачи наблюдали постепенный сдвиг в сторону частного сектора. Почти половина респондентов отметили, что за последнее десятилетие около 10–15% врачей переместились в частный сектор. Некоторые отделения, включая кардиологию, онкологию и офтальмологию, потеряли большую часть врачей высшего и среднего уровня. В качестве основных причин перехода в частные больницы назывались более высокая заработная плата, минимальное административное вмешательство, наличие новейшей техники и меньшее количество пациентов на одного врача.

Согласно имеющейся статистике, с течением времени наблюдалось резкое увеличение количества больных на одного врача. Когда AIIMS был впервые создан, он получил статус лечебно-диагностического центра, но с течением времени потребность в услугах врачей общей практики и узких специалистов возросла. По последним данным, AIIMS обслуживал 2 200 000 пациентов в год. Это крайне негативно сказалось на количестве времени и усилий, которые врачи были в состоянии уделять пациентам.

«Число пациентов росло настораживающими темпами. В AIIMS обращается огромное количество пациентов, и, очевидно, многим из них требуется обследование. Наплыв пациентов очень велик, мы вынуждены назначать все более поздние даты визитов, что приводит к формированию неудовлетворенности пациентов»¹⁰.

⁸ 5 ноября 2003 г.

⁹ 26 июля 2003 г.

¹⁰ 13 сентября 2003 г.

«Во время моей работы в AIIMS огромными факторами стресса были отсутствие необходимого оборудования и большая нагрузка по количеству пациентов. Это создавало препятствия в лечении пациентов. Естественно чувствовать себя усталым, приняв 20–25 пациентов в день. Можно ли винить доктора, если он примет ошибочное клиническое решение в таком состоянии?»¹¹

Причиной огромного наплыва пациентов было то, что система лечебно-диагностических центров в Дели и его окрестностях практически развалилась. Это создало огромную дополнительную нагрузку на институт, негативно сказавшись на качестве оказания медицинской помощи населению.

Институт перестал быть диагностическим центром, постепенно превращаясь в обычный госпиталь. Сотрудники института не могли контролировать сложившуюся ситуацию, поскольку не могли отказывать пациентам и не делали этого. Таким образом, ситуация усугублялась, и врачи пытались с ней справиться. Но наступает такой момент, когда вы больше не в силах выдерживать подобную нагрузку. Мы читали в газетах обвинения в адрес врачей, которые грубо обращались с пациентами. Я не говорю, что ситуация оправдывает такое поведение врачей, но когда события развиваются подобным образом, я думаю, они серьезно влияют на положение врачей»¹².

«Качество лечения пациентов, являющееся нашей основной задачей, значительно ухудшилось, и не из-за низкой квалификации персонала (врачей), но, скорее всего, из-за огромного наплыва пациентов. Я считаю, что было бы неправильно полагать, что врачи менее компетентны сейчас, чем это было ранее. Они все еще преданы своему делу, многие из них и сейчас делают все возможное для поддержания репутации института»¹³.

4. РАСПРОСТРАНЕНИЕ КОММЕРЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ЦЕННОСТИ И УСТРЕМЛЕНИЯ ВРАЧЕЙ

Рост частного сектора на третичном уровне медицины также поставил под сомнение «гегемонию» института с точки зрения технологической оснащенности и качества лечения пациентов. В 1980–1990-е гг. — период начала быстрого распространения частного медицинского обслуживания на вторичном и третичном уровнях — государство предлагало субсидии частному сектору на технологические и инфраструктурные цели, что вызвало значительное увеличение импорта медицинского оборудования в частные клиники. Все это создало прямую конкуренцию между государственным и частным секторами.

¹¹ 28 августа 2003 г.

¹² 5 ноября 2003 г.

¹³ 1 февраля 2004 г.

«Возьмем, например, ситуацию в Дели, где уровень развития частного сектора в медицине был нулевым в 1974 г. В том же 1974 г. институт имел самое новейшее, сложное и современное оборудование. В частном же секторе оборудование было самое примитивное, позволявшее проводить простейшие обследования. Поэтому врачи стремились работать в институте. Персонал института испытывал глубокое удовлетворение, поскольку это было лучшим местом работы, как с точки зрения оснащенности оборудованием, так и с точки зрения атмосферы и профессиональной удовлетворенности»¹⁴.

«Первоначально частный сектор не был развит и основные исследования и применение достижений науки в медицине проводились в AIIMS. Работать в AIIMS было огромным удовольствием... хотя зарплата составляла всего лишь 30 000 рупий. Гораздо больше значили такие дополнительные факторы, как участие в конференциях, поездки в командировки, общение с другими учеными»¹⁵.

«Ухудшение положения в других государственных клиниках произошло раньше, чем в AIIMS. Еще в начале 1970-х гг. клиники стали испытывать кризис. До этого врачи государственных больниц, где была разрешена частная практика, четко разграничивали во времени и пространстве свою государственную и частную практику так, чтобы не страдала их работа в качестве преподавателей и государственных врачей. Однако с ростом частного сектора в 1970-е гг. все изменилось. Стала процветать коррупция. Но в AIIMS частная практика никогда не разрешалась»¹⁶.

Рост частного сектора на третичном уровне породил огромные различия в условиях труда, количестве обслуживаемых пациентов и заработной плате врачей в государственном и частном секторах. Для части врачей определяющим фактором для перехода в частный сектор были деньги, для других поводом для сомнений и даже недооценки работы в государственном секторе явилось разочарование, вытекающее из отсутствия перспектив продвижения и признания.

«В 1970-х гг. некоторые врачи переехали на Ближний Восток. <...> Эта тенденция началась почти за 20 лет до кризиса. Я знал людей, не получавших продвижения по службе и говоривших, что можно поехать на какое-то время на заработки, пока не подвернется подходящая перспектива. Поэтому я бы не сказал, что для врачей института деньги никогда не были значимым вопросом, это было бы неверно. Однако причины разочарования могли быть различными. Не вся молодежь уезжала, а лишь некоторые врачи, которые явно отличались от остальных. Это было личное решение, связанное с жизненной мотивацией людей, тем, чего они хотели получить от жизни, чего хотели добиться для своих семей, а также с иными

¹⁴ 4 ноября 2003 г.

¹⁵ 18 ноября 2003 г.

¹⁶ 19 июля 2003 г.

обстоятельствами их жизни. Таким образом, на эти решения влияло большое число внешних факторов»¹⁷.

«В начале 1970-х гг. институт посетила группа медиков, которые обсуждали с нами доходы частных врачей в сравнении с доходами государственных врачей. Доходы у частных врачей были в 5–10 раз выше. В 1974 г. я получал 1200–1300 рупий как доцент в AIIMS, позднее эта ставка была пересмотрена. Но даже тогда я был счастливейшим человеком. На мои потребности денег хватало. Жилье мне было предоставлено в институтском кампусе, расходов на транспорт не было. Нас вполне устраивала получаемая сумма. Деньги не были решающим фактором. Мы прекрасно знали, что кто-то за пределами института зарабатывал значительно больше. Частный врач общей практики зарабатывал в десять раз больше меня. Хотя в других государственных больницах перемены произошли гораздо быстрее, в институте они чувствовались гораздо меньше. В других государственных медицинских институтах на уровне штата разрешалась частная практика. Работавшие там врачи зарабатывали достаточно и получали профессиональное удовлетворение от лечения пациентов в таких медицинских учреждениях»¹⁸.

5. ЧАСТНЫЙ РЫНОК, СРЕДНИЕ КЛАССЫ И ПОТРЕБИТЕЛЬСКАЯ КУЛЬТУРА

В 1960–1970-е гг. государственный сектор был основной сферой занятости врачей и среднего медицинского персонала. Частный сектор был в основном ограничен первичным уровнем здравоохранения, существовало всего лишь несколько частных учреждений вторичного уровня. Третичный уровень был полностью в государственном секторе, потому стимулов к переходу в частные клиники не имелось. Однако все это изменилось с ростом частного рынка в здравоохранении на вторичном и третичном уровнях в 1980–1990-е гг.

«Когда я работал в AIIMS, все мы были счастливы, живя в скромных коттеджах на кампусе, получая нашу зарплату, но имея возможность обсуждать между собой наши исследования, нашу работу, публикации. Мы были группой счастливых людей. Причастность к институту была сродни страсти. Мысль о том, что кто-то зарабатывает в другом месте в десять раз больше, не отравляла жизнь нашего поколения. Мы счастливо занимались своей работой и приходили в восторг от приглашения на международные или национальные конференции, от участия в рабочих группах исследова-

¹⁷ 5 ноября 2003 г.

¹⁸ 4 ноября 2003 г.

тельских проектов. Все эти научно-академические возможности мы ценили очень высоко»¹⁹.

Появление современных частных госпиталей предоставило альтернативную возможность молодым людям. Ранее никаких возможностей для них вне стен государственных институтов не было, и им приходилось оставаться работать там вне зависимости от степени удовлетворенности. Но с развитием частного сектора появились очень хорошие клиники, предоставлявшие удобную возможность медицинской практики на основе новейших медицинских достижений. Однако представители старшего поколения уходили из института только в отставку. Очень немногие уходили в досрочную отставку. Врачи говорили, что до пенсии осталось немного лет, они достойно работают, и нет смысла уходить. А в частных клиниках можно работать после ухода на пенсию.

Со временем ценности, ожидания и нормы врачей изменились, но это по большей части произошло в соответствии с изменениями ожиданий и устремлений всего среднего класса.

Приход глобализации и консьюмеризма... Консьюмеризм, растущие желания и доступность благ также способствовали материальным настроениям. Сегодня в нашем обществе все хотят получать гораздо больше, чем раньше. И врачи не являются исключением, а структура их заработной платы не выросла со временем. Другая причина перемен заключается в том, что произошло с медицинским образованием. Сегодня около 30% студентов обучаются в частных медицинских колледжах, где они платят 1 млн, 1,5 млн, 2 млн рупий за человека, а за дальнейшую специализацию — еще 2,5–3 млн рупий. Родители хотели бы вернуть эти затраты, и сам молодой человек также считает, что надо заработать эти деньги. И заработать их быстро. Люди во всех секторах общества хотят зарабатывать быстрые деньги, и врачи, являющиеся частью общества, не исключение. И все же я бы сказал, что из всех профессионалов врачи лучше адвокатов, дипломированных бухгалтеров и пр., с точки зрения коммерциализации их профессии и сострадания пациентам. Большая часть врачей все еще предана своему делу»²⁰.

В ходе интервью были обсуждены перемены в экономике и обществе начиная с конца 1970-х гг., характеризующиеся ростом рынков и консьюмеризма, которые повлияли на изменение представлений о статусе среднего класса.

«Образ жизни людей, занятых в частном секторе, стал явно более привлекательным. Сформировались огромные различия в жизненном уровне. Смена ценностей врачей отражала сдвиги социальных ценностей в обще-

¹⁹ 5 ноября 2003 г.

²⁰ 4 ноября 2003 г.

стве в целом. С развитием рынков и появлением консьюмеризма менялись и устремления, и ожидания людей. Коммерческие интересы стали влиять на человеческие ценности»²¹.

«Мир вокруг расширился, Индия развивалась, стали приходить большие деньги. Молодые люди замечали, что их друзья в мире бизнеса, например имеющие степень MBA, зарабатывают огромные деньги. И они приходили к мысли, что более не могут жить по-старому... Каким бы хорошим, преданным делу, востребованным доктором вы ни были, если у вас есть семья, вы захотите послать детей в хорошую школу или учиться за границу, при этом вы видите, что люди, работающие где-то, а не врачами в институте, зарабатывают большие деньги и могут все это себе позволить. Когда затрагиваются интересы семьи, и хорошие доктора начинают понимать, что им тоже нужны деньги. Им кажется, что они не дают семье всего, что должны. И это порождает неудовлетворенность. У старшего поколения основной причиной неудовлетворенности было отсутствие служебных перспектив, а у молодежи, как я полагаю, — нехватка денег. Доктора отдают столько сил и времени работе, а их вознаграждение ничтожно по сравнению с тем, что получают другие»²².

Образ жизни людей, занятых в частном секторе, становился все более привлекательным. В это время появились корпоративные больницы, такие как Apollo и Escorts. Такие больницы привлекали врачей тем, что они получали там ключевые посты и полную ставку в отличие от других мест, где работали приходящими консультантами. В это время уже не только врачи, но и технический персонал стали уходить из AIIMS в Escorts. Людям хотелось повысить свой уровень жизни. И 1980-е гг. были периодом, когда многие наиболее именитые врачи AIIMS достигли пенсионного возраста. Их с радостью приняли корпоративные больницы, поскольку одно их имя уже привлекало пациентов.

6. КОНТРАСТЫ В КУЛЬТУРЕ ТРУДА: ГОСУДАРСТВЕННЫЕ И ЧАСТНЫЕ БОЛЬНИЦЫ

Растущая коммерциализация затронула ценности и устремления врачей и таким образом повлияла на культуру труда в государственных больницах. В ходе подробных интервью мы пытались выявить различия в культуре труда в государственных и частных медицинских учреждениях. Сюда входят и процедура найма, и гарантия занятости, критерии вознаграждения, процедуры принятия консультативно-клинических решений, уровень и степень использования медицинского оборудования, виды проводимых

²¹ 19 июля 2003 г.

²² 5 ноября 2003 г.

научных исследований и применимость принципов равенства и справедливости.

«Частный сектор более индивидуально ориентирован как с позиции врачей, так и с позиции пациентов. В частных больницах каждый сам за себя. Наблюдается тенденция монополизировать пациента. В случае, если пациента направляют ко мне и просят провести обследование, я не ставлю под вопрос его необходимость, а просто делаю то, что меня просят, независимо от того, правильно это или нет. Потому что, если я этого не сделаю, врач, направивший ко мне пациента, решит, что я пытаюсь его дискредитировать, и в глазах пациента его авторитет упадет. И он не пошлет ко мне очередного пациента. Так построена вся система. Приходится подстраиваться и делать то, чего требует от вас система. Проводится много ненужных анализов просто из опасения последующих судебных исков»²³.

«В частных клиниках пациент приходит к конкретному врачу, заявляя, что желает попасть на прием именно к доктору Х. Пациент платит и хочет попасть к лучшему врачу. Поэтому молодым врачам трудно успешно начинать карьеру в частном секторе. Пациент, обратившийся за операцией в клинику Гангарам, заявляет, что хочет оперироваться только у доктора Y и ни у кого другого. Это одна из причин, почему пациент обращается в частную клинику, там он может получить помощь именно от того врача, которого выбрал, что невозможно в государственной. В государственной клинике вы не можете потребовать, чтобы вас оперировал профессор, потому что там вас принимают в отделение № 1 и лечить вас будут врачи отделения № 1, но никто не сможет вам гарантировать, что вас будет оперировать светило медицинской науки.

В других видах бизнеса организация значит больше, чем отдельный сотрудник, но в медицине организация в большой степени зависит от репутации отдельных врачей. Поэтому врачи с большим клиническим опытом рассматриваются как «брендовые продукты». Ведь пациента привлекает в большей степени имя врача, чем сама клиника. Это дает отдельным врачам большую значимость и престиж»²⁴.

«С другой стороны, в государственных клиниках в гораздо большей степени практикуется коллективный подход к лечению пациентов. В государственных клиниках гораздо шире используются консультации и обсуждения консилиумом врачей при принятии клинических решений, в то время как в частных клиниках жестче конкуренция среди врачей. Она вытекает из принципа вознаграждения врачей за каждого пролеченного пациента, поэтому совместное ведение пациентов усложняет, а иногда подрывает практику врачей.

²³ 18 ноября 2003 г.

²⁴ 22 августа 2003 г.

В государственных клиниках шире возможность совместной работы и поддержки со стороны коллег. В частном же секторе каждый сам за себя и большинство врачей принимают решения единолично»²⁵.

Доктора, работающие в институте в настоящее время, говорят об аналогичных ценностях. Консультативное принятие клинических решений, равенство в вопросах лечения и командный дух отмечаются как три основные ценности культуры труда в институте. Главными плюсами работы в институте являются его статус и престиж как ведущего медицинского учреждения, обширный диапазон клинической практики и гарантия занятости. С другой стороны, слабыми сторонами являются институционально-административные барьеры, большое число пациентов на одного врача, отсутствие справедливости в подборе и продвижении персонала, низкая заработная плата (в сравнении с частным сектором) и плохая отчетность. Растущие перспективы индивидуализированной медицинской практики в частном секторе и огромная разница в заработной плате, так же как и меньшая загруженность врачей, представляют все больший соблазн для ухода в частные клиники, особенно в условиях социально-экономической либерализации. Постепенная девальвация государственного сектора усугублялась ростом приватизации и консьюмеризма, характерных для этого периода.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Формирование ценностей и устремлений является сложным социальным процессом. Из ответов врачей выявляется сложное взаимодействие между факторами социального происхождения, организационными и социально-культурными факторами, повлиявшими на изменение ценностей и устремлений работающих в государственном секторе врачей за 40-летний период. Эти перемены явились отражением изменений в организационных и социально-политических условиях в стране.

Фазы институционального роста отражают три эпохи социально-политического развития Индии: социалистическую эпоху Неру, период после правления Неру и эпоху либерализации. Ценностями, направлявшими политику государства во времена Неру, были опора на собственные силы, создание собственного технического потенциала при государственной поддержке и ориентация на создание государства всеобщего благосостояния. Это был период роста государственных институтов для оказания услуг здравоохранения, подготовки высшего и среднего медицинского персонала, период финансирования научных исследований и инвестиций в произ-

²⁵ 19 июля 2003 г.

водство лекарственных препаратов и медицинского оборудования. Роль частного сектора предусматривалась только на первичном уровне здравоохранения в рамках услуг частнопрактикующих врачей.

Сокращение государственных инвестиций в период после правления Неру ограничило рост государственного сектора, негативно сказавшись на доступности и качестве медицинского обслуживания. Несмотря на имеющиеся недостатки, государственный сектор продолжал быть основным поставщиком медицинских услуг в большинстве штатов. Появление частных клиник стало результатом роста среднего класса как в сельских, так и в городских районах; именно этот класс явился «поставщиком и потребителем» таких медицинских услуг. Это не был класс «крупных владельцев собственности, средний класс зависел от образовательного и культурного капитала и вытекающей из него возможности профессиональной карьеры» [Misra, 1961]. Исследование социального происхождения врачей, работающих в частном и государственном секторах, показало, что и те и другие в основном являются выходцами из среднего класса.

Политика либерализации 1980-х гг. имела прямые последствия для смены ценностных ориентиров у представителей средних слоев общества, настроения которых широко отражали переход от коллективизма «государства всеобщего благосостояния» к большему индивидуализму эпохи после правления Неру. Рост и дифференциация частных больниц стали вызовом монополии государственного сектора с точки зрения оборудования, инфраструктуры и условий труда специалистов. Растущая привлекательность частного сектора, оттеняемая недостатками государственных клиник, о которых подробно говорилось выше, способствовала экономическим и институциональным процессам, оказавшим глубокое воздействие на уровень нематериального, затрагивая ценности и устремления врачей.

Врачи старшего поколения характеризовали эти нематериальные факторы как разочарование в государственном секторе, исчезновение чувства гордости, которое испытывали врачи ведущего государственного медицинского учреждения, появление ощущения ущемленности по сравнению с врачами частного сектора, работающими в лучших условиях и имеющими более высокий уровень жизни. Также произошла переоценка в понимании профессионального успеха и мобильности в свете более привлекательных возможностей, предоставляемых частным сектором. Для нынешнего поколения государственных врачей мотивацией работы в государственном секторе на первых этапах карьеры является последующее продвижение на более высокие должности в частном секторе. Такие устремления появляются от переосмысления категорий успеха, статуса

и должного уровня жизни врача, что характерно для среднего класса в настоящее время.

Даже в условиях идеологического наступления на государственный сектор интервью с работающими в настоящее время в институте врачами показали, что они видят в такой работе свои плюсы. Государственные врачи единодушно отмечали, что государственные больницы просто необходимы, особенно в развивающейся стране и особенно для бедной части населения. Сильной стороной государственного сектора является комплексный подход к обучению, исследованиям и лечению пациентов. В частных клиниках основной акцент делается на лечебные процедуры и лишь в небольшой степени на исследования. В последние годы наблюдался активный рост частных медицинских колледжей, которые привлекают преподавателей и используют инфраструктуру государственных учебных заведений. Все это будет и дальше способствовать подрыву статуса государственных учреждений.

Было бы неправильно говорить о том, что врачи, в настоящее время работающие в государственных медицинских учреждениях, недостаточно квалифицированы или преданы делу. Врачи признают, что постоянное стремление к прибылям в частном секторе порождает нездоровые практики. Поэтому по-прежнему предпочтительны клиники некоммерческого типа, инвестирующие в исследования и поддерживающие культуру, способствующую этической медицинской практике. Институт все еще представляет собой идеальное государственное медицинское учреждение, особенно для профессионалов, получивших в нем подготовку и работающих в нем. Растущая коммерциализация значительно подрывает культуру труда государственных клиник. Однако преданность базовым ценностям, таким как равноправие, консультативный характер работы и заинтересованность в исследованиях, не утрачена и по-прежнему является мотивацией действий врачей, проработавших долгие годы в институте, даже если они и уходят в частный сектор.

БЛАГОДАРНОСТИ

Хочу поблагодарить врачей и администрацию госпиталя Ситарам Бхартия, госпиталя Гангарам и Всеиндийского института медицинских наук в Нью-Дели за то, что они потратили свое драгоценное время на беседы с нами и заполнение опросных листов. Хочу также поблагодарить г-жу Уджала Дхака за исследовательскую помощь и доктора Ракеша Тхакура за помощь в передаче опросных листов врачам AIIMS. Благодарю Морин Макинтош, Мери Койвусало и Имрана Квадир за комментарии и предложения по первому варианту настоящей работы.

ЛИТЕРАТУРА

- Baru R. V.* Private and Voluntary Health Services: an Analysis of Inter-regional Variations/R. V. Baru // Monograph submitted to the UNDP. — New Delhi, 1996.
- Baru R. V.* Private Health Care in India: Social Characteristics and Trends/R. V. Baru // Sage Publications. — New Delhi, 1998.
- Devi P. Rama.* Practices of doctors at some government hospitals in Hyderabad // Unpublished M. Phil dissertation. — University of Hyderabad, 1985.
- Gish O.* Planning the Health Sector. — London: Croom Helm, 1975.
- Madan T. N.* Doctors and Society. — Ghaziabad: Vikas Publishing House, 1980.
- Misra B. B.* The Indian Middle Classes: Their Growth in Modern Times. — London: Oxford University Press and Royal Institute of International Affairs, 1961.