

Т е м а н о м е р а : З д о р о в ь е н а с е л е н и я

В л и я н и е с т а т у с а п а ц и е н т а н а п о в е д е н и е в р а ч е й



Чирикова Алла Евгеньевна – доктор психологических наук, главный научный сотрудник сектора исследований личности ИС РАН

E-mail: chirikova_a@mail.ru

Влияние статуса пациента на поведение врачей¹

Аннотация

В статье рассматривается влияние статуса пациентов на лечебную деятельность врачей разных специальностей, представляющих лечебные учреждения различного уровня. Для сбора данных использовался метод интервью с врачами и руководителями системы здравоохранения. Показано, что современные врачи по-разному строят свою лечебную деятельность в отношении высоко- и низкостатусных пациентов, богатых и бедных больных, в отношении своих родственников и коллег.

Ключевые слова: статус пациента, сценарии поведения врачей, богатые и бедные пациенты, родственные и корпоративные связи, внимание врача

Настоящее исследование продолжает цикл эмпирических работ, начатый в Независимом институте социальной политики и продолженный в Высшей школе экономике под руководством С. В. Шишкина. Цикл посвящён анализу мотивации и неформальных правил деятельности российских врачей [Богатова и др. 2002; Шишкин 2004, Колосницына и др. 2011]. Цель данного исследования – изучить влияние статуса пациента на отношение врачей к нему.

Мы продолжаем анализировать ситуацию во врачебном сообществе, используя базовый методологический подход, который был и остаётся для нас определяющим, – рассматривать происходящее в российской медицине, опираясь на позиции самих врачей, с последующей типизацией вскрытых тенденций. В этом случае, проводя рефлексивный анализ, который может быть обозначен как «экспертиза над экспертизой», ключевым для нас остаётся стремление учесть все существующие представления относительно складывающейся ситуации, какими бы противоречивыми они ни были.

Второй обязательный аспект такого методологического принципа – осознанный отказ от рассмотрения проблем в медицине как проблем, расположенных исключительно в одной исследовательской сфере. Именно поэтому во всех наших

¹ В статье представлены результаты исследования, выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» в 2012 г. Руководитель исследования – д.э.н., профессор Шишкин С. В.

исследованиях экономические аспекты проблемы переплетаются с социальными, позволяя анализировать происходящее как сложный социально-экономический феномен.

Как и в остальных наших исследованиях, основным методом сбора данных был и остаётся метод интервью, которые проводятся с различными группами врачей и руководителями системы здравоохранения. Вряд ли стоит доказывать продуктивность данного метода для реализации целей исследования, где основное – это система внутренних представлений врачей о возможных и уже происходящих изменениях в медицине. Сошлёмся для доказательности на зарубежный опыт, где исследователи мировой медицины, анализируя возможности качественных методов, приходят к важному выводу, который остаётся верным и для России: «Качественные методы могут играть важную роль для более глубокого понимания проблем и стратегий в отношении трудовых ресурсов в здравоохранении. Качественные методы особенно важны для понимания сложных окружающих условий, необходимых для разработки и тонкой настройки гипотез, которые вполне могут быть проверены с помощью количественных исследований» [Lievens, Lindelow, Sirneels 2011].

Было проведено 57 интервью с разными группами врачей: руководителями медицинских учреждений (главными врачами, руководителями областных департаментов здравоохранения), заведующими отделениями, врачами разных специальностей. В фокусе исследований оказались: Федеральные институты системы здравоохранения, Областные клинические больницы, Городские клинические больницы, Центральные районные больницы, Городские поликлиники.

Исследование проводилось в трёх российских регионах: Вологодской и Калужской областях и в Москве в течение 2012 г.

Влияет ли статус пациента на профессиональное поведение врачей?

Статус пациента и его влияние на профессиональную деятельность врача в условиях российской реальности практически не исследован, хотя нельзя не признать, что он вполне способен перестроить как стратегии лечебной деятельности, так и характер взаимодействия врача и пациента. Особенно если речь идёт о серьёзной болезни и длительном лечении, требующем глубокого контакта обеих сторон.

Немногочисленные исследования, проведённые российскими социологами, свидетельствуют о том, что говорить о выраженном влиянии статуса пациента на процесс лечебной деятельности вряд ли целесообразно. К примеру, в работе

Е. Александровой, выполненной применительно к врачам-стоматологам, однозначно свидетельствуется: статус пациента может влиять на отношение врача к больному, но не может перестроить стратегии лечения, используемые врачом: «Отнесение к VIP-пациенту, направленному к врачу по распоряжению начальства, определённо не несёт статистически актуального значения. Особенных изменений поведения врача при взаимодействии с ним не наблюдается, вероятность информирования администрации о работе врача не меняет коммуникативных стратегий последнего». Однако, как считает автор, «это не означает, что «VIP-пациент от начальства» проходит лечение на обычных условиях. По-видимому, привилегии его положения реализуются на организационном уровне и касаются выбора удобного для пациента времени следующего приёма, отсутствия «задержек» начала приёма и одновременно с этим терпимости к опозданиям пациента; преимуществ при оплате лечения (скидки на лечение, нередко назначаемые администрацией, возможность отсрочить оплату или же расплачиваться в валюте, не принимаемой от иных пациентов) и т. д. [Александрова 2005: 23].

Не показывает проведённое исследование и влияния материального статуса пациента на стратегии лечения, используемые врачом: «На статистическом уровне в отношении состоятельного VIP-пациента вариаций коммуникативного поведения врача в зависимости от стоимости оказанного пациенту лечения не проявляется на изучаемом нами массиве данных. Однако наблюдение показывает, что такой тип пациентов пользуется «особыми условиями» обслуживания. Наряду с преимуществами, описанными для «VIP-пациента от начальства», для состоятельного пациента существуют и другие привилегии (кофе перед началом приёма, выход врача на работу в свой выходной день, проведение ряда операций в бесплатном режиме и т. д.). Однако они также касаются организационных, а не медицинских вопросов» [Александрова 2005: 23].

Возникает вопрос, можно ли тезис о независимости процесса лечения больного от его социального и материального статуса распространить на более широкий круг пациентов, всегда ли врачи нечувствительны к статусным характеристикам больного, или речь идёт исключительно о стоматологической сфере услуг? Если зависимость от статуса все же существует, то распространяется ли она на всё врачебное сообщество или только на его определённую часть?

Ответы на поставленные вопросы мы попытались найти, опираясь на материалы интервью с врачами разных специальностей. Анализ показал, что действующие здесь закономерности носят далеко неоднозначный характер.

Нельзя не признать, что наиболее типичным и стереотипным ответом на вопрос, как влияют материальные или социальные особенности пациента на лечебную деятель-

ность врача, является утверждение: *«Для врача все пациенты одинаковы и к ним нужно относиться ровно, даже если это бомжи»*.

Тем не менее, материалы исследования позволяют говорить о том, что привычный взгляд на пациентов, построенный на равенстве последних, всё более отступает на периферию в последние годы, и врач невольно оказывается перед сложным моральным выбором – следует ли богатого пациента лечить иначе, чем бедного; можно ли ожидать от врачей повышенного участия, если нуждающимся в медицинской помощи окажется другой врач или близкий родственник; стоит ли мобилизовать все свои знания, если перед вами начальник, да ещё и капризный?

Весьма важно, что поднятая нами проблема не имеет сегодня однозначного решения. Различные группы врачей демонстрируют различные этические установки и правила, которыми они руководствуются при взаимодействии с пациентами. И эти различия в представлениях неизбежны, так как опираются на индивидуальный этический выбор. С другой стороны, не стоит думать, что выбор стратегии врача в процессе лечения пациента обусловлен исключительно особенностями этических норм врачебного сообщества. Нередко сам пациент в процессе взаимодействия с врачом провоцирует его на те или иные реакции, что обусловлено определёнными ожиданиями пациента по поводу того, как врач должен с ним себя вести.

Согласно оценкам, полученным от врачей в ходе исследования, ожидания пациентов по поводу того, как должен врач лечить больных, существенно меняются в последние годы, *независимо от их материального или социального статуса*. Подавляющее большинство опрошенных нами врачей всех специальностей признают: *«Пациент изменился, как и изменились его представления о том, как ему должен помогать врач»*. К сожалению, большинство полученных оценок имеет скорее негативный, нежели позитивный окрас, что ещё в большей степени затрудняет процесс выстраивания бесконфликтных отношений. Это не означает, что здесь не может быть предпринято эффективных шагов, направленных на смягчение складывающейся ситуации. Для того чтобы предпринятые шаги принесли результат, следует понять, кто является источником накапливающегося напряжения. В данном случае источником напряжения могут быть все участники триады – врач, пациент, система здравоохранения, что вполне подтверждают оценки, сделанные врачами в ходе исследования.

Врачи настаивают на том, что весьма часто источником напряжения являются завышенные ожидания со стороны пациентов, и это создаёт определённое недопонимание во взаимоотношениях: *«В 1990-е гг., когда работала система советского здравоохранения, отношения между врачом и пациентом*

имели несколько иной вид. Тогда был другой уровень требований пациентов к медицине... Сегодня пациент стал более грамотный и более требовательный. Есть интернет, в интернете можно посмотреть любые законы... В этой ситуации можно понять и пациентов, и врачей... Но работать стало намного труднее. Врачи оказались просто не готовы к возросшим трудностям во взаимодействии... Сегодня им приходится действовать на свой страх и риск. И нельзя сказать, что у них всегда получается выстроить подобное взаимодействие бесконфликтно», – замечает один из московских врачей.

Некоторым пациентам врачи просто отказывают в адекватности и не хотят видеть в нескладывающихся отношениях свою вину: «Возрастание напряжённости – это негатив пациентов. Они изначально настроены против врача, мы им ещё ничего не сделали, а они уже недовольны... Я Вашу больницу не знаю, но я уже всем недоволен... Я считаю, что меня лечили неправильно... Вы виноваты, вы, вы и вы. Я пожалуюсь президенту, премьеру и министру... Врач в ответ – я ещё ничего не делал... Вот видите, Вы продолжаете хамить».

Нередко для пациентов отношения с врачом являются более значимыми, нежели результативность самого лечения, что вызывает иногда вполне оправданную негативную реакцию со стороны врачебного сообщества: «Пациенты теперь чуть что бегут жаловаться в вышестоящие инстанции, причём сами не могут разобраться в сути вопроса, а всё равно думают, что врачи во всём не правы. Но ведь это далеко не так. Я могу это подтвердить на своём опыте общения с родителями больных детей. Родителям нравится, когда с ними врач общается, но они далеко не всегда понимают, как он лечит. Им главное, чтобы их не волновали, а я только этим постоянно и занимаюсь. Маме это не нравится... Правда её не устраивает. Родители плохо понимают, даже если говоришь что-то серьёзное о состоянии здоровья их ребёнка, они хотят слышать только хорошее», – убеждена вологодский врач-педиатр.

В то же время врачи не склонны «красить чёрной краской всех пациентов» и искренне полагают, что те из них, кто доверяют врачу, ведут себя без излишних вызовов и не заставляют врача отвечать за все неполадки в своих медицинских учреждениях, как правило, получают от врача гораздо больше, нежели ожидали. Именно поэтому выстраивание отношений между врачом и пациентом требует длительного и заинтересованного друг в друге контакта, которого так часто не хватает ни одной, ни другой стороне: «Перед болезнью все равны. Есть пациенты, у которых небольшой воспалительный процесс, а они права качают с большим гонором. У каждого доктора, наверное, есть такие пациенты... Это все отмечают, везде стало так. Но бывают и другие пациенты.

К примеру, те, кто прошёл через всякие тернии...с их болезнями... Они понимают и знают стоимость врачебного труда, цену врачебного внимания... У меня есть тяжёлые пациенты... Онкобольные. Никогда они не будут требовать что-то без очереди. Они осознали тяжесть труда врачей-хирургов... Ведь мы действительно стараемся, делаем, вытягиваем... Они никогда не придут и не скажут: почему у Вас очередь на УЗИ целый месяц?».

Одновременно врачи склонны признать, что пациентам сегодня чрезвычайно сложно, особенно тем, которые знают о серьёзности своего заболевания и хотят получить не формальные рекомендации со стороны врача, а его человеческое участие: *«В отношениях важную роль играет психологический настрой пациента, особенно если речь идёт об онкологии. Деваться ему порой некуда. И он идёт ко мне, любыми правдами и неправдами пытаюсь чего-то добиться... Потому что верит – именно его случай излечим, надо только договориться с врачом...»*, – размышляет в своём интервью директор Федерального медицинского центра.

Некоторые из врачей демонстрируют понимание трудностей, с которыми сталкиваются пациенты в жизни, но, тем не менее, только своими силами изменить ничего не могут: *«Сегодня пациентам очень трудно. Они приходят к врачу как к социальному работнику. Есть только два места, где их могут выслушать: священник и врач. Поэтому они многого от врача ждут... Отсюда и возникающие проблемы. Мы не можем дать того, чего хотят пациенты, а они не могут понять, что это именно так»*.

Более того, врачи признают, что вымогательство и низкое качество лечения сегодня присущи российской медицине, что может приводить к напряжению отношений: *«К нам идут пациенты и думают, что здесь все взяточники и вымогатели... Правильно, что у них формируются такие ожидания, потому что во многих больницах Москвы всё происходит именно так»*, – замечает один из заместителей главного врача московской больницы.

Если одни врачи признают неготовность врачебного корпуса реагировать на повышенные запросы пациентов, то другие видят в росте требовательности не только особенности культурного уровня пациентов, но и вполне объективные причины, связанные с возросшей бюрократической нагрузкой врачей: *«Пациенты стали более требовательными. А нагрузка врачей и писанина, особенно по национальному проекту, стала просто невыносимая. Не заполнишь карт – не получишь денег... Пациенты обижаются, требуют внимания, а врачи от нагрузки просто разрываются... Вот вам и повод для конфликтов, которые вспыхивают мгновенно. Даже мне приходится*

иногда разбираться с жалобами, хотя врачи всеми силами стараются не выносить сор из избы», – поясняет главврач вологодской городской поликлиники.

Настаивая на том, что ожидания пациентов нередко завышены, а порой просто неадекватны, некоторые врачи признают, что иногда и сами провоцируют напряжённость во взаимоотношениях: *«С врачами тоже что-то не так. Идёт общий уровень деградации общества... Врачи – это часть общества... И когда, извините, мы видим трамвайных хамов на каждом углу,... разве вы сомневаетесь в том, что они иногда надевают белые халаты...», –* замечает один из главных врачей больницы.

Обвиняя самих себя и пациентов в нарастающей конфликтности отношений, врачи тем не менее рассматривают себя скорее жертвами существующей ситуации, нежели её инициаторами. Практически врач сегодня остаётся один на один со своими проблемами, в то время как система здравоохранения отказывается реагировать на накопившиеся проблемы: *«Работать в последние годы стало намного тяжелее. Усталость от борьбы с агрессией накапливается. Наступает самое настоящее выгорание. Население с каждым днём становится всё более требовательным и не намерено считаться с нашими ограничениями. Получается, что мы все недостатки системы здравоохранения вынуждены пропускать через себя и отвечать за них перед населением... А почему всё ложится на наши плечи, а нас никто не слышит. Дали немного денег, и как хотите. А деньги уже давно потеряли тот вес, который имели вначале. Нагрузки никоим образом не компенсируются. Мы на передовой, и война всё равно продолжается, как бы мы ни делали вид, что у нас всё хорошо. Напряжение накапливается. Может быть, именно поэтому сообщество врачей пытается его снизить, не нападая друг на друга. Но по такому пути идут не все. Некоторые накопившееся раздражение выплёскивают на больных и друг на друга», –* восклицает врач-терапевт из вологодской поликлиники.

Многие врачи видят в нарастании напряжённости не только ошибки или загруженность врачей, некорректность пациентов и безвыходность в той или иной ситуации, но и непродуманные действия со стороны средств массовой информации, которые, глубоко не вникая в ситуацию, подчас нагнетают и так высокий уровень напряжённости: *«Если постоянно рассказывать человеку, что здравоохранение – это сфера обслуживания, как парикмахерская, то очевидно, что в результате именно такие ожидания и формируются... Когда во всех передачах рассказывают, что врачи – убийцы и взяточники,... естественно, что напряжённость растёт...», –* убежден главврач московской больницы.

Какое бы многообразие факторов не вызывало рост напряжённости, негативно окрашивая образ пациента, следует признать, что врачи оценивают складывающуюся ситуацию отнюдь не одномерно. Именно поэтому не исключено, что позитивные изменения в формирующемся образе пациента могут произойти только в том случае, если будет трансформирована вся триада: врач-пациент-система здравоохранения. Но для этого каждый её член должен осознать, что выстраивание позитивного образа друг друга – не просто забавное занятие для тонких интеллектуалов, но реальный ресурс, способный повысить эффективность деятельности системы здравоохранения.

Как бы ни искажался образ пациента под влиянием сложных отношений двух партнёров по взаимодействию, процесс лечения больных нельзя приостановить. Как и нельзя сделать всех пациентов одинаковыми для врачей. Осознанно или неосознанно врачи ведут себя по-разному в отношении различных групп пациентов, хотя признать этот факт им бывает сложно. Поэтому можно вполне обоснованно говорить о двух типах поведения врачей по отношению к пациентам.

Первый тип – это **нормативное поведение**, опирающееся на утвердившиеся ценности, согласно которым для врача все больные равны. Равенство лечения и равенство отношений по отношению к пациенту – ключевые ориентиры в поведении врача с нормативным поведением. Исключение составляют только пациенты-родственники, друзья, сами врачи и их знакомые и родственники. В этом случае даже врачи с устоявшейся нормой «равенства всех перед болезнью» признают, что они будут предпринимать особые усилия, чтобы помочь своему «непосредственному окружению». Второй тип – это осознанная ориентация на материальные и социальные различия, существующие между пациентами. Признание того факта, что врачи не могут не учитывать подобных отличий, существующих между пациентами, и иногда добровольно, а иногда вынужденно должны учитывать их в процессе лечения больного. Такой тип поведения врачей по отношению к пациентам обозначается нами как **адаптивное поведение**. Оба типа поведения сегодня достаточно распространены в повседневной практике врачей. Разобраться в том, руководствуясь какими внутренними побудителями врачи выбирают тот или другой тип поведения, можно на примере пациентов, различающихся по материальному и социальному статусу, имеющих дружественные или родственные связи с врачебным сообществом, оплачивающих услуги врачей или лечащихся бесплатно.

Два типа поведения врачей по отношению к пациентам: первый тип – это нормативное поведение, опирающееся на утвердившиеся ценности, согласно которым для врача все больные равны; второй – адаптивное поведение, это осознанная ориентация на материальные и социальные различия, существующие между пациентами.

Материальный статус: не замечать или получать выгоду?

Ответ на вопрос, влияет ли материальный статус пациента на поведение врача в процессе лечения, поделил участвующих в исследовании медиков на две неравновесные группы. Тех, кто признаёт, что материальный статус пациента важен, и тех, кто настаивает, что обеспеченность больного не может перестроить работу врача, скорее важны различия в культурном и образовательном уровне пациента.

Среди сторонников равенства стратегий лечения и ровного отношения к пациенту много врачей из поликлиник, которые чаще других вынуждены сталкиваться с больными из малоимущих слоёв населения: *«Не принято среди врачей делить пациентов на бедных и богатых, на умных и глупых, на образованных и необразованных... Врач должен относиться ко всем одинаково. Я бы разделила пациентов на культурных и бескультурных, если уж говорить о различиях между пациентами... Люди воспитанные и невоспитанные, – вот где лежат основные различия между пациентами»*, – убеждена зам. главврача по медицинской работе одной из вологодских поликлиник.

Сторонников независимости лечения от материального статуса больше, чем представителей иной группы, но нельзя исключить, что реально многие врачи признают факт зависимости процесса лечения от материального фактора, но не хотят это озвучивать публично. В то же время не стоит думать, что все защитники равенства обязательно лукавят. Норма помощи любому больному и норма равного отношения к пациенту, независимо от материального статуса, остаются пока действующими во врачебном сообществе, особенно если речь идёт не о московском, а о региональном срезе. Сторонники нормативного поведения весьма убедительны в своих доводах и искренне убеждены, что должны в первую очередь следовать этическому кодексу врача, в котором основное – «Не навреди»: *«Я даже к бомжам ровно отношусь. Они не всегда виноваты в том, что оказались в столь плачевном состоянии... Не моё право их осуждать... Моя задача – помочь всем. Чем я смогу, тем обязательно помогу... Материальный статус не самый главный для меня... Самое главное – помочь человеку и удовлетвориться тем, что ты смог это сделать»*, – замечает зав. терапевтическим отделением московской городской больницы.

Чтобы врачи замечали различия между пациентами, важно правильно себя вести и вызывать симпатию, а не обладать крупной суммой денег: *«Если человек не хамит, то мне без разницы, бедный он или богатый. Как говорят, от тюрьмы и от сумы не зарекайся. Другое дело, что есть люди, кото-*

Существуют две неравновесные группы врачей: те, кто признаёт, что материальный статус пациента важен, и те, кто настаивает, что обеспеченность больного не может перестроить работу врача, скорее важны различия в культурном и образовательном уровне пациента.

рые вызывают симпатию, даже находясь в асоциальном слое. Потому что ведут себя нормально. А есть такие, что просто руки опускаются», – делится своими убеждениями главврач городской больницы из Вологды.

Особенно выпукло нормы равенства отношения и лечения действуют применительно к детям, которых, по представлениям врачей-педиатров, следует лечить серьёзно при любом материальном положении родителей: *«Для меня пациент-ребёнок в любом случае пациент, что он бедный или богатый. Я буду с каждым делать то, что надо... По возможности мы всё равно пытаемся сделать что-то бесплатно, без денег, если материальные возможности родителей плохие.. Свои деньги для бедного ребёнка я тратить не буду, у нас есть плановые обследования, есть очередь на них, её надо дождаться, но через месяц или через два я ему всё равно обследование сделаю»*, – убеждена молодая заведующая неврологическим отделением вологодской областной детской клинической больницы. Хотя некоторые из педиатров всё же замечают: *«Я знаю, что дети состоятельных родителей требуют большего внимания, – богатые родители очень требовательны. Иначе они могут доставить много неприятностей»*.

Врачи, сформировавшиеся в советское время, в принципе не допускают никакого иного поведения по отношению к пациенту, кроме как независимость от материального положения: *«Я вырос из советской школы. Для меня все пациенты – это люди, которые больны... Да я бы сам себя не уважал, если бы «смотрел в рот» пациенту с деньгами, а бедного не слушал внимательно. Ведь я такой же бедный человек, только в белом халате»*, – делится своими размышлениями зав. урологическим отделением городской больницы № 1 г. Вологды. Поддерживает высказанную позицию и акушер-гинеколог, заведующая отделением ЦРБ Вологодской области: *«Я воспитана старой советской школой, поэтому я не могу перешагнуть через собственные убеждения, ... отмахнуться от малоимущей женщины»*.

Некоторые врачи с большим опытом работы связывают своё безразличное отношение к материальному статусу пациента с профессиональной практикой, которая диктует свои жёсткие правила, согласно которым борьба за жизнь больного не даёт должного времени, чтобы разбираться в его материальной состоятельности. Особенно если речь идёт об экстремальных случаях: *«Мне не важно, сколько денег у больного. Я Склиф прошла, а это мясорубка. Мне всяких людей привозили, у них вши, и чернота под ногтями, к ним вообще страшно прикоснуться... Я не брезгую никогда»*, – утверждает московский врач-рентгенолог. Врачи с профессиональным опытом нередко с большей готовностью сочувствуют несостоятельным больным, признавая за ними особые душев-

ные качества, которых порой не бывает у состоятельных больных: *«Я в своё время не пошла работать в платный диагностический центр, хотя у меня неоднократно была такая возможность. Там лечатся люди определённого уровня, они тоже своеобразные. А простые пациенты более благодарные».*

На сложности выстраивания отношений с состоятельными больными настаивает и другой респондент, зам. главврача по медицинской работе одной из Вологодских поликлиник: *«Здесь всё не так просто, когда речь идёт о материальном положении. Чем богаче пациент, тем более он капризен. С ним тяжелее. Это только кажется, что состоятельные пациенты чаще других благодарят врача. Да, они могут принести какой-то подарок, подарить цветы, но бабушки со своими 200 рублями иногда бывают щедрее. Состоятельные больные, а таких мало, очень требовательны и очень недоверчивы к врачам, потому как понимают, врач одет плохо, едва сводит концы с концами, за что его уважать? Если есть возможность, то такие больные лечатся в других местах, а к нам приходят только за больничными листами».*

Несмотря на своё нежелание обращать внимание на материальный статус больного, сторонники нормативного поведения всё же признают, что им приходится корректировать лечение, исходя из возможностей больного оплатить то или иное лекарство. Нередко им приходится назначать менее дорогие, но не столь действенные лекарства, чтобы обеспечить, несмотря на материальные затруднения, процесс лечения. Особенно это относится к пожилым пациентам: *«Если пациентка старая и беспомощная, пытаюсь отнестись к ней внимательнее. Жалко... Иногда выписываю ей более дешёвое лекарство, чем могла бы, если бы у неё были деньги. Пишу запатентованное международное название и выписываю менее дорогой аналог. Иногда спрашиваю, Вы сможете купить лекарство по такой-то цене? Если не может, тогда ищу другие варианты. Если богатые люди, всё равно спрашиваю, Вы можете купить себе антибиотик по 500-700 рублей?... Во всём остальном пытаюсь быть ровной»,* – замечает в своём интервью врач-терапевт из вологодской городской поликлиники.

Некоторые из врачей, особенно районных поликлиник, где контингент больных состоит в основном из малоимущих пациентов, привыкли к практике коррекции лечения подобных больных и не видят в поиске более дешёвых аналогов российского производства никаких существенных угроз для здоровья пациентов: *«У нас есть большой рынок лекарств, именитые фирмы, за бренд которых мы платим деньги. Но если возьмём российские препараты, то они ничуть не хуже. Поэтому я выписываю более дешёвые лекарства, которые тем не менее эффективны»,* – отмечает хирург-гинеколог из

Центральной районной больницы. Однако большинство врачей всё же вынуждены признать: *«Более дешёвые аналоги являются менее действенными».*

Несмотря на то, что сторонники нормативного поведения страстно защищают свои этические принципы, лежащие в основе отношений врача и пациента, всё же и они вынуждены констатировать, что принцип равного отношения к пациенту постепенно теряет свою действенность среди врачей: *«Каждый человек, независимо от своего статуса, происхождения, национальности, должен получать качественную медицинскую помощь. Но это часто бывает просто декларацией. Мы хотим, чтобы было так. На самом деле так не всегда получается... Я могу сказать, что сегодня в лечебном учреждении, к счастью или к несчастью, работают врачи из советского времени... Для них зависимость врача от социального или материального статуса пациента является неприемлемой. Но таких врачей становится всё меньше. Растёт другое поколение врачей. И вряд ли они будут руководствоваться нашими принципами. Уже через 10 лет мы будем иметь другую медицину»*, – с горечью констатирует начмед вологодской областной детской клинической больницы.

Сторонники адаптивного поведения последовательно настаивают на том, что материальное благополучие следует использовать на благо больного и было бы неправильно его не замечать. Тем более что по оценкам самих врачей, материально обеспеченные пациенты более привержены лечению и лучше исполняют указания врача: *«У богатых людей есть преимущества перед другими больными... Это так, потому что они чаще других соблюдают рекомендации... Они хотят вести здоровый образ жизни, следят за своим здоровьем... Не всё врач решает, от больного много зависит... Возьмём божжа и богатого... Конечно богатому лучше... Что говорить... Внимания и ответственности от врачей богатому достанется больше»*, – убеждён главврач московской больницы. Подтверждает позицию главврача и его зам. по хирургии: *«Богатые точно лучше лечатся. Они в Германию ездят оперироваться... Но наша больница чем отличается? У нас божжей попробуй выгони... Так что лечим всех подряд... Но к богатым внимания больше, чего греха таить... Все же люди... Все хотят заработать».*

Однако этой позиции весьма убедительно противостоит позиция врача (заведующая кардиологическим отделением калужской городской больницы) с нормативным поведением, которая убеждена, что и у бедных людей приверженность к лечению может быть весьма высокой в рамках имеющихся возможностей: *«Градации по материальному статусу среди пациентов просто нет... У богатых тоже бывает наплева-тельное отношение к своему здоровью... Бедные люди чаще*

стремятся выполнить рекомендации. Даже несчастные пенсионерки, которым никто не помогает, пытаются правильно лечиться...Они всегда внимательно тебя слушают... Кругом они сэкономят, а лекарство себе купят».

Исследуемая проблема особенно распространена в московских клиниках, где многие услуги дефицитны: *«Мы живём по законам того общества, в котором живём. Безусловно, материальное положение пациента имеет значение... Половина контингента федерального института – это «позвоночники»... Людям без денег лечить рак очень трудно...»,* – говорит директор федерального медицинского центра. Находит связь между материальным статусом и эффективностью лечения именно хронических заболеваний невропатолог московской поликлиники: *«Конечно, в какой-то степени материальный статус значим. Существует, допустим, хроническая болезнь, ты медленно и поступательно делаешь обследование: это надо исключить, другое... Тогда деньги не имеют значения. А бывает так, что у болезни острое начало. И необходимо в короткий промежуток времени провести лечебные действия. Именно в этом случае имеет значение материальный статус больного. Состоятельный человек может пойти и сделать хорошее обследование, а потом начать лечиться хорошими препаратами... Но когда человек не имеет такой финансовой возможности, то лечение просто замедляется. Здесь уже начинаешь подключать административные ресурсы для обследования... Можно, конечно, таких пациентов сразу госпитализировать, если нет никаких своих возможностей. Не всегда получается, но ты стараешься этому поспособствовать».* Даже педиатры, которые относятся к неформальным платежам резко отрицательно, вынуждены признать, что деньги для тактики лечения ребёнка имеют значение: *«Тактика лечения в плане назначения препаратов у бедных и богатых разная. Если у людей есть деньги и они любят принимать дополнительные препараты, то почему им их не предложить? Но более дешёвые лекарства требуют более длительного применения для получения нужного эффекта. А состоятельные люди ценят своё время. Иногда оно им дороже, нежели деньги. Да и денег на детей они не жалеют».* Таким образом, врачи с адаптивным поведением убеждены – лечить состоятельных пациентов легче.

Не стоит думать, что богатые больные вызывают у врачей с адаптивным поведением только желание угодить. Некоторые врачи не отказывают себе в удовольствии *«нахамить богатому»*, если он ведёт себя слишком вызывающе по отношению к врачам. Подобное поведение воспринимается другими врачами как вполне оправданное, так как *«богатые больные нередко забываются, и их невредно ставить на место».*

Между сторонниками и противниками нормативного подхода располагается группа врачей, которые нашли компромиссный способ поведения, позволяющий им не выходить за рамки своих этических представлений и в то же время демонстрировать скорее адаптивное поведение: *«Конечно, лечить алкоголика или бомжа... не очень приятно... Хотя я стараюсь делать то, что обязан... Но сверх этого делать ничего не буду»*, – утверждает молодой хирург из московской клинической больницы.

Таким образом, нельзя сказать, что материальный статус однозначно влияет на поведение и отношение врача к пациенту. Может быть, именно поэтому врачи с нормативным поведением склонны скорее не замечать этот статус, нежели от него зависеть. Но даже «нечувствительные к деньгам» врачи признают, что иногда материальный статус обеспечивает состоятельному пациенту большее внимание и лучшее лечение, если статус дополняют образованность, воспитание и уважение к врачу. Неуважительное поведение приводит к отторжению, и воспользоваться своей материальной состоятельностью пациент может в другом медицинском учреждении.

Исследование позволяет говорить о том, что морально-этические ценности и нормы врачей по отношению к пациенту развиваются в противоположных направлениях. В одном случае врачи склонны руководствоваться устоявшимися в обществе этическими нормами и правилами, настаивая на их целесообразности при любой социальной дифференциации. В другом – врачи согласны пересматривать и адаптировать сложившиеся нормы к новым условиям социального расслоения. Естественно, что в крупном мегаполисе, каковым является Москва, сторонников учёта материальных факторов в лечении пациента больше, чем в регионах. Но в любом случае трансформация этических норм среди врачей – это не одномоментный процесс, и вряд ли стоит надеяться, что в один прекрасный день все врачи станут думать и лечить одинаково. Остаётся понять: могут ли нормы справедливости регулировать отношения врача и пациента? Будут ли врачи с нормативным поведением эффективнее коллег с адаптивным? Или учёт материального статуса позволяет хотя бы небольшой группе пациентов получать более качественную медицинскую помощь?

Социальный статус пациента: сценарии поведения врачей

При рассмотрении социального статуса врачи чётко различают в своих позициях пациентов умных и образованных – с одной стороны, а с другой – начальников, которые не обязательно высокообразованны, но зато обладают серьёзным

капиталом социальных связей. При обсуждении вопроса о том, важен ли для врача уровень образования и культура поведения пациентов, все респонденты без исключения признают, что *«с умными и интеллигентными пациентами работать намного приятнее»*.

Аргументируя свою точку зрения, педиатр московской поликлиники отмечает: *«На характер пациентов влияет их образованность и воспитанность. Я могу общаться с любым пациентом, меня от этого никто не освобождал. Но приятнее общаться с образованными и воспитанными пациентами. И, как правило, общение с ними более результативно»*.

Причина такого предпочтения кроется прежде всего в понимании и уважении, исходящих от пациента по отношению к врачу: *«У образованных и интеллигентных людей нет представления, что врач им всё должна и всем обязана. Они в жизни много работали и знают, как это трудно даётся – работать хорошо. Такие люди относятся к нашей работе более терпеливо и даже более сочувственно.... Чем выше уровень образования, тем с пациентом легче. Но, к сожалению, прослойка понимающих пациентов не очень высока. Их не более 25-30%»*.

На трудности в процессе лечения пациентов с невысоким уровнем образования указывает и заведующая кардиологическим отделением городской калужской больницы: *«Да, есть люди с низким образованием, им вталкиваешь одно, а они всё равно тебя не понимают... Такой пациент обычно думает, что если его пролечили в больнице, то он уже здоров. И мы смотрим друг на друга, а понять не можем... Тогда я ещё раз объясняю, что необходимо продолжать пить таблетки и вести правильный образ жизни... Мне в ответ – у меня память плохая, и вообще зачем мне пить таблетки... Начинаешь его снова убеждать... Это забирает много времени и сил»*.

Однако если речь идёт о социальном положении пациента, то врачебное сообщество оказывается весьма неоднородным по своим представлениям о том, как должен вести себя врач в этой связи. Как и в случае с материальным статусом, можно выделить три различные группы врачей, по-разному реагирующих на социальное положение пациентов.

Позиция первой группы – *«перед болезнью все равны»*, второй – *«врач вынужден быть с начальниками осторожнее и успешнее»*, третьей – *«главное – сделать вид»*.

Врачи, действующие в рамках первого сценария, убеждены, что внимание к больным со стороны родственников и уровень образования – гораздо более значимы для процесса лечения, чем высокий статус, который они стараются не замечать: *«Для меня все пациенты одинаковы. Хотя в процессе лечения... каждый человек индивидуален... Независимо от*

Три различные группы врачей, по-разному реагирующих на социальное положение пациентов. Позиция первой группы – «перед болезнью все равны», второй – «врач вынужден быть с начальниками осторожнее и успешнее», третьей – «главное – сделать вид».

статуса, возраста, социального положения... это прежде всего человек. Однако приятнее общаться с теми больными, за которых переживают родственники... Важно, чтобы о судьбе больного кто-то думал», – замечает зав. терапевтическим отделением московской клинической больницы.

Некоторые из врачей, демонстрирующих поведение в рамках первого сценария, настаивают на том, что врач не может сделать для больного сверх возможного. Поэтому делить больных на рядовых и начальников, когда у тебя уже нет возможности воздействовать на болезнь, вряд ли стоит: *«Когда дело идёт о болезни, то пациенты для меня все равны. Если помочь нельзя в силу каких-то причин, то будь ты хоть пять раз академиком,... что я могу сделать? Вот приходит пациент и даёт визитку, что он всем владеет в Москва-сити, а суть вопроса в чём? Я ему говорю, это всё хорошо, но о чём речь? Если я могу, то я помогу, а если нет, то ваши статусы ни при чём»*, – полагает зав. отделом федерального медицинского центра. Более того, утверждается, что «времени отдаёшь деревенскому пациенту больше, потому что академик понимает всё быстрее».

Врачи небольших больниц, в которые статусные больные попадают редко, не чувствительны даже к уровню образования, а к социальному положению тем более: *«На практике лечения социальный статус пациента не отражается»*, – убеждена зав. отделением ЦРБ Вологодской области. Подтверждает позицию коллеги и главврач ЦРБ Калужской области, которая убеждена, что безразличие к статусам вполне оправдан: *«К статусу наши врачи относятся очень спокойно...Они говорят: все больные. Тут у нас был на приёме глава администрации... Ему надо было УЗИ сделать... Ему надо было на совещание, и его пропустили быстрее. Хотя доктора сердятся: подумаешь – шишка, пусть идёт на общих основаниях. У меня все такие доктора. Они в данном случае поступают справедливо»*.

Некоторые из врачей, поддерживающих данный сценарий, полагают, что больших возможностей у врачей лечить по-разному начальников и дворников просто нет, особенно, если речь идёт об экстренной помощи: *«Какой бы ни был больной, я всё равно ему должен оказать необходимый объём экстренной помощи... в рамках его травмы... Не существует хорошего и плохого гипса... И директор, и дворник получают один и тот же гипс»*, – полагает молодой врач-дежурant одной из московских больниц.

Иногда ограничением в престижном лечении начальников являются применяемые технологии, что позволяет утверждать: сам процесс лечения трудно изменить, однако скорость лечения и сервисные условия могут быть согласованы с высоко-статусным пациентом: *«Применительно к выбору технологии*

различия нет. Можно для такого пациента только создать лучшие сервисные условия. Таким образом, материальный социальный статус имеет значение, но не в выборе чисто медицинских услуг. Скорее это влияет на выбор парамедицинских услуг. И тут различия есть – статусные больные скорее получают услугу, нежели все остальные», – убеждён директор федерального медицинского центра. Поддерживает своего коллегу и зам. главного врача калужской городской больницы, уверенная, что начальники требуют к себе повышенного внимания со стороны администрации больницы в любом городе, где бы медицинское учреждение ни находилось, но предложить ему особенное лечение врач не сможет даже при желании: «Да, наверно, всё равно придётся посмотреть и проконтролировать, чтобы всё было сделано правильно, если речь идёт о начальнике. Но в процессе лечения не будет ничего особенного. Даже диагностики я ему не могу предложить особенной. Наверное, я бы специально проверила законность соблюдения всех действий, чтобы потом не оказалось что-то не так».

Характерно, что для некоторых врачей, действующих в рамках данного сценария, стремление пациентов при помощи статуса завоевать себе место под солнцем оборачивается совсем неожиданными действиями: «Для меня не имеет значения статус пациента. Имеет значение, пришёл пациент за помощью или он пришёл для «галочки». Спрашиваешь, что Вас беспокоит? Отвечает: я кандидат в депутаты... Это что? У Вас такой диагноз? Вот тогда и помогает опыт психиатрии... Я такого человека раздеваю до трусов. В бане все равны. И тогда будь это сантехник или кандидат в депутаты, спесь всё равно уходит», – делится один из московских врачей. Для некоторых врачей настоятельные просьбы быть внимательными, приводят к противоположной реакции: «У меня, если меня просят свои, может быть обратная реакция. Я не люблю, когда мне кого-то навязывают, руководство говорит: сделай... Мне проще, когда человек идёт по проторённому пути. Поступает из поликлиники... Они все для меня одинаковые. А вот к этим, идущим по рекомендации... я как-то не очень отношусь... Хотя понимаю, что иногда просто вредничаю», – откровенно излагает свою позицию московский врач.

Врачи, действующие опираясь на вторую позицию «врач вынужден быть с начальниками осторожнее и успешнее», в свою очередь, говорят о том, что именно начальники нередко «создают славу больнице – хорошую или плохую», что заставляет врачей, особенно руководителей медицинских учреждений, действовать по отношению к ним весьма внимательно и осторожно: «Больной социально значимый, это не любой больной. У такого пациента есть возможности и связи. Он может рассказать о ситуации своим коллегам.

При удачном исходе он может поблагодарить, а при неудачном – куда-то достучаться.... И тогда неприятностей не оберёшься», – считает главврач московской больницы. На необходимости обращать внимание на статус пациента настаивает и директор Федерального медицинского центра: «Статус имеет значение... Врачи вынуждены учитывать материальный и социальный статус пациента, потому что есть понятие директорского больного... Эти больные идут от директора и заместителей. Соответственно, секретарь ведёт эти списки... И с такими больными надо быть повнимательнее».

Не менее существенной в этом случае является не только жалоба со стороны статусного пациента, но и его похвала, поэтому главврач московской больницы настоятельно рекомендует своим врачам особенно стараться: *«Безусловно, когда ты лечишь начальника, то разница по сравнению с рядовым пациентом есть. Все врачи хотят добиться хорошего результата. И получить потом благодарность».*

Иногда стимулом для особого отношения к высокостатусному пациенту является роковое стечение обстоятельств, при котором болезнь у начальников всегда чем-то усложнена: *«Если говорят, это человек от Ивана Ивановича..., и вообще он зам. министра, такому больному всё делается с двойным тщанием. С начальниками, как следует из опыта, как правило бывают “косяки”... Всё течение заболевания идёт худшим из предполагаемых вариантов образом... Чего-то ты и не ожидал, а оно есть... Я всем таким пациентам искренне говорю, в ответ на их слова, нам бы побыстрее – будет лучше, а не быстрее... Я сделаю всё, как положено. Начальники – это самый худший вариант из всех», – убеждён врач Федерального медицинского центра.*

Однако нередко принадлежность пациента к начальственному классу заставляет врача излишне нервничать, что приводит не к позитивному, а к негативному результату. Тем более что врач часто и не может предложить начальнику какое-то особое лечение: *«Статус пациента учитывать следует. Но это не значит, что у нас в больнице начальство или богатые больные получают лучшее лечение. Часто получается наоборот. Когда перед тобой начальник, то ты стараешься избежать каких-то рисков, делаешь много лишних обследований. Часто врач боится делать рискованные процедуры, потому что они могут обернуться большими неприятностями».* Поддерживает своего коллегу и врач из Калуги, который убеждён, что бюджетные медицинские учреждения плохо приспособлены к учёту статуса, и статус не обязательно влечёт улучшение лечения: *«Я на частном приёме могу учитывать статус, который, конечно, имеет значение... Это*

иногда плохо влияет на меня, да и на пациента тоже. Часто начинается излишняя суета и тревога. Холодность ума теряется. Ты стараешься, упуская основную канву болезни».

Для врача необходимость быть мобилизованным в процессе лечения распространяется не только на начальников, но и на их ближайших родственников, особенно детей: *«Если это сын или дочь какой-то шишки, тогда ребёнка надо очень серьёзно патронировать... Вокруг такая свистопляска начинается. Начмед придёт, главврач придёт... Надо быть всё время начеку. Не надо таких пациентов... В принципе для меня все больные одинаковые. Но с некоторыми больными можно нажать неприятности, поэтому становишься более внимателен и осторожен»*, – считает молодой реаниматолог из детской областной больницы.

Третья группа с позицией «главное – сделать вид» тоже, как правило, запускается «сверху». Главные врачи предупреждают лечащих, что они должны быть особенно внимательны. Врачи упорно делают вид, что стараются, но внутри себя убеждены: лучше, чем простых людей, лечить начальников они не могут и не всегда хотят: *«Главврач и начмед будут стараться, будут бегать и интересоваться процессом лечения, как бы чего не вышло, а мне всё равно... Лишь бы капризов не было и явного неуважения. А то все статусные люди, искренне верят, что они небожители. А я так не считаю, но им в этом не признаюсь»*, – делится своими размышлениями зав. хирургическим отделением вологодской больницы, известный хирург.

Желание руководства избегать неприятностей, которые могут возникнуть при лечении начальников, вполне понятно, но сами врачи не всегда руководствуются страхом нанести вред репутации больницы. Иногда внутренняя самооценка оказывается важнее просьб высшего начальства: *«Для меня статус пациента малозначим. Если только главврач не вызовет и не скажет, ты там будь повнимательней, это директор завода... не надо..., чтобы он плохо говорил о нас. Но меня зачем предупреждать, я и так стараюсь сделать всё возможное... Для меня моя репутация дороже. Однако сделать вид, что понял и постараюсь, всегда можно...»*, – полагает зав. урологическим отделением вологодской городской больницы № 1.

Но чаще всего врачи играют в «особое внимание» для начальников, потому что так легче избежать неприятностей: *«Приходят некоторые пациенты и говорят: доктор, посмотрите меня получше. Мой отец знает кто? Но это только в магазине или ресторане можно получше обслужить. Я смотрю всех одинаково. И тех, кого начальство приводит, и просто бабушку. Для меня разницы в этом случае абсолютно никакой нет. Ко мне приходят даже высокопоставленные священнослужители, и что? Но иногда приходится притво-*

ряться... Потому что потом скандала не оберёшься», – говорит зав. эндоскопическим отделением областной клинической больницы.

Таким образом, лечащие врачи при работе с высокостатусными пациентами будут предельно внимательны и постараются сделать всё как можно быстрее, если это позволяет лечебный процесс. Будут у таких пациентов преимущества и в скорости диагностики. Однако сама технология лечения останется без изменения. В целом общая готовность врачей учитывать статус пациента, если их не подталкивают к вниманию и осторожности в отношениях со статусным пациентом руководители медучреждений, является не столь высокой. Особенно она низка в ЦРБ. Напротив, федеральные учреждения и известные московские клиники «на всякий случай» стараются для таких пациентов предоставить максимальный объём услуг. В том числе лучший сервис. Но и они признают – здесь отсутствует какой-то особый набор возможностей. В лучшем случае речь идёт о скорости диагностики и повышенном внимании со стороны врачей.

Весьма парадоксально, как показывают результаты исследования, ведут себя те врачи, которым их этические принципы не позволяют социально дифференцировать пациентов. Такие врачи не только не стараются выделить статусных больных, но и делают всё возможное, чтобы показать им, что «перед болезнью все равны».

Различия в сценариях поведения различных групп врачей по отношению к статусным больным позволяют высказать весьма спорную гипотезу, нуждающуюся в дальнейшей проверке. Суть её в том, что старые нормы равенства врачебного поведения постепенно разрушаются, в то время как новые этические принципы работы со статусными пациентами только формируются. Во врачебном сообществе пока не сложился единый этический кодекс, который бы позволял считать одно поведение приемлемым, а другое – недопустимым. Поэтому некоторым врачам легче сделать вид перед своим начальством или пациентом, что они учитывают начальственный статус, вместо того, чтобы в открытой полемике отстаивать свои этические принципы.

Платные и бесплатные пациенты: выше головы не прыгнешь!

Различия в поведении врачей по отношению к платным (которые официально платят деньги в кассу) и бесплатным пациентам, по их словам, минимальны. Это обусловлено не тем, что врачи не ощущают разницы между теми и другими больными, а прежде всего тем, что платные услуги могут

сохранить время больного, заставить врача быть более внимательным, но не могут повлиять на качество лечения. Однако неформальная оплата способна повлиять на характер контакта врача и пациента, изменить уровень включённости врача в проблемы пациента, улучшить диагностику и скорость лечения. Одновременно нельзя не признать, что есть врачи, которые в принципе отказываются от лечения больных, если не заплачены деньги, мотивируя это тем, что их труд должен быть достойно оплачен. А если пациент этого не понимает, то пусть идёт к другому врачу с более низкой квалификацией, который не научился ценить свой профессионализм.

Когда речь идёт о формальной оплате, некоторые из врачей принципиально не хотят учитывать платность или бесплатность лечения: *«Платность для меня не имеет значения. В любом случае, если больные обслуживаются по полису или за деньги, они обслуживаются одинаково»*. Подобная установка среди врачей достаточно распространена. Врачи в ходе интервью настаивают: *«Квалификация врача всё равно не повышается, если он лечит платного больного. Он же не может вылезти из своей шкуры... сделать сверх того, что он умеет. Единственное, что врач может быть внимательнее и вежливее»*, – считает главврач калужской поликлиники. Поддерживает позицию главврача и его заместитель: *«О различиях между теми и другими пациентами судить сложно... У нас мало платных больных... Мы больше занимаемся профосмотрами... Но даже если бы у нас платных больных было больше, выше головы не прыгнешь»*.

Врачи, работающие в поликлиниках, чаще других не видят разницы в платных и бесплатных больных: *«Платность или бесплатность оказания услуги совершенно не важна. У меня в силу специальности нет потока платных пациентов. Это муниципальная служба. И клиника городская. О какой платности мы говорим, если приходят бабушки и дедушки и хотят бесплатно выписать угольные таблетки... Ведь они стоят копейки... Если брать мужское население в контексте урологии, то они все ветераны и инвалиды... Какие для них могут быть платные приёмы?»* – восклицает врач-уролог из калужской городской поликлиники. В то же время, по его мнению, плата за лечение может влиять на характер лечения и обеспечивать более лёгкое излечение пациента, например, в случае с оперативным вмешательством: *«Когда речь идёт о платности и бесплатности, то можно говорить о выполнении или не выполнении каких-то манипуляций... Причём всегда есть альтернатива бесплатных операций... Но отношение к больному при этом всё равно не отличается»*.

В известном смысле платность может улучшить условия лечения, но не может изменить его принципиально, и тем более повлиять на квалификацию врача: *«Опухоль в желудке*

может вырасти у любого пациента... Это хирургия... Может в психиатрии или в терапии всё как-то иначе... Также и в стационаре. Там платного больного можно положить в палату, где лежит меньше больных. Но больше для него сделать трудно. Особенно сейчас. В молодости все искали шовные материалы... Анестезиологи искали ампулы для наркоза... А сейчас всё есть... Для любых больных».

Среди врачей, которые настаивают на необходимости равного отношения и лечения для тех и других групп пациентов, встречаются принципиально нежелающие работать с платными пациентами, чтобы не повышать и так высокую загрузку врача в плане оформления необходимой документации и повышенной психологической адаптации, которую нередко врач обязан осуществлять по отношению к платному пациенту: *«Я платно не принимаю. Это опять лишние бумаги..., они уже до того надоели... Я уже столько написала бумаг, что их хватит до Луны... Денег больше? Но всех денег не заработаешь, а платные больные более требовательны... У меня уже нет сил с капризами считаться»,* – замечает 80-летняя врач-терапевт одной из калужских поликлиник.

Молодые врачи пока не определились, как платность отражается на лечении, но на установление контакта с врачом всё же оказывает влияние. Хотя особого преимущества в лечении или усилиях врача такие пациенты получить не могут: *«Платные пациенты – не наглые. Они действительно пришли за лечением. Но в моей консультационной работе я особой разницы между платными и бесплатными пациентами не чувствую. Для меня имеет значение при бесплатной консультации количество потраченного времени. А так, я стараюсь ровно ко всем больным относиться. Самое главное при работе с пациентом – его личностные особенности. Иногда возникает такой контакт, что просто хочется помочь больному. Бесплатно, просто за спасибо. Такой больной будет принимать таблетки, и ему станет легче»,* – убеждена молодой кардиолог калужской областной клинической больницы.

Тем не менее, некоторые врачи всё же отмечают, что неуловимая разница между платными и бесплатными больными существует, и с ней нельзя не считаться: *«Ожидания у платных больных однозначно повышенные. Я стараюсь максимально быть внимательным со всеми людьми, но на платных я обращаю особое внимание. Когда больной входит, то можно сразу понять, платный он или нет. Бесплатный больной ведёт себя достаточно вальяжно, ему всё это досталось бесплатно. Как правило, платный пациент вкрадчив, он даже пытается что-то записывать. Переспрашивает... И это не случайно. Если не слушать врача, то придётся прийти ещё раз».* Зам. главврача калужской городской больницы не

сомневается в том, что платным больным приходится уделять больше внимания, чем остальным, хотя бы потому, что они более требовательны как к самим врачам, так и к условиям, которые им может предоставить медицинское учреждение: *«Для платных больных есть дополнительное питание. Что написано в уставе о положении платных больных, то и есть. В стационаре они требуют к себе чего-то такого... и приходится им это предоставлять»*.

Для некоторых врачей важны как платные, так и бесплатные пациенты, так как и те, и другие нередко формируют имидж врача и его востребованность, поэтому бесплатные больные также получают надлежащую помощь. Но для платных больных стараний больше, хотя бы потому, что платные пациенты дают возможность заработать: *«Платность – это важно... Мы заинтересованы в том, чтобы больше зарабатывать. Чтобы о нас пошла хорошая информация... Когда есть большая заинтересованность, то больше стараешься... Но если больные бесплатные, то это не обязательно совсем опускает твою профессиональную планку. Любой врач, если он знает, что сейчас работает на свой имидж, будет стараться... Человеку свойственно идти вперёд. Ему свойственно расти, а уровень обращаемости есть показатель твоего профессионального роста и твоего уровня»*, – считает зам. главного врача областной больницы.

Таким образом, можно утверждать, что действующие внутри врачебного сообщества нормы и правила фактически блокируют любые проявления различий между пациентами. Безусловно, наличие платных больных у врача повышает его статус внутри врачебного сообщества, однако утверждать, что те небольшие деньги, которые врач получает за платные услуги, могут в корне изменить поведение, способы лечения и отношение врача к пациенту, вряд ли возможно.

Наиболее заметна сегодня, как следует из оценок врачей, разница в платных и бесплатных услугах в родовспоможении. Именно эта сфера медицины одной из первых почувствовала, что хорошая медицинская работа может приносить реальные деньги. Второй такой сферой, безусловно, является хирургия. При этом врачи-хирурги убеждены: во всём остальном невозможно сделать пациенту лучше или хуже от того, что один согласен платить, а другой не может себе этого позволить. Третья сфера – это онкология. Онкологический больной за счёт денег и социального капитала может выиграть время, а также обеспечить себе более современные методы лечения. И, похоже, что в онкологии платные больные существенно выигрывают, хотя и здесь всё относительно и зависит от течения болезни.

Сформулированные выводы распространяются только на официальную плату, которая идёт через кассу. В случае неформальных платежей вряд ли будет наблюдаться столь

низкая чувствительность врачей к различиям между платными и бесплатными больными. Наши более ранние исследования (Шишкин С. В. и др. 2002, 2007, 2011) убедительно показали, что врачи весьма ориентированы на получение платы-благодарности в карман, что заставляет их быть особенно внимательными по отношению к тем больным, кто, по их мнению, способен осуществить такой платёж.

Именно поэтому можно утверждать: процесс дифференциации пациентов по платёжеспособности постепенно идёт. Медленнее это происходит в поликлиниках, быстрее – в областных клиниках. Тем не менее, ещё можно надеяться, что российские врачи с советского времени и до сих пор сохраняют некие этические нормы, которые не позволяют им относиться к бесплатным больным с полным равнодушием. Равно как и платные больные не могут надеяться, что врач ради уплаченных денег «прыгнет для них выше своей головы». Но мотивация к получению хорошего результата лечения во втором случае может быть выше, особенно если врач ориентирован не профессионально, а материально.

Корпоративная взаимопомощь: чем врачи в процессе лечения могут помочь родственникам, друзьям, коллегам по работе?

Родственники, друзья и коллеги по работе – это та группа пациентов, для которых этические нормы и правила, принятые внутри врачебного сообщества, позволяют делать всё возможное и даже больше.

Возможности, которые врачи выделяют как обязательно реализуемые в данном контексте, это:

- обеспечение максимального выигрыша во времени при госпитализации;
- доступность лечения;
- ускоренная и расширенная диагностика;
- бесплатное оказание врачебных услуг, максимальная ориентация на бесплатную помощь;
- повышенное внимание;
- обеспечение дефицитными лекарствами.

Столь развёрнутый список предпочтений для родственников и лиц из корпоративного окружения ещё раз свидетельствует о том, как не эффективно сегодня функционирует система российского здравоохранения. В результате врачи самостоятельно вынуждены компенсировать все недочёты, понимая, что без их помощи близкие люди – могут оказаться

Процесс дифференциации пациентов по платёжеспособности постепенно идёт. Медленнее это происходит в поликлиниках, быстрее – в областных клиниках.

Родственники, друзья и коллеги по работе – это та группа пациентов, для которых этические нормы и правила, принятые внутри врачебного сообщества, позволяют делать всё возможное и даже больше.

в затруднительном положении. Именно поэтому многие врачи убеждены, что следует воспользоваться врачебными связями: *«Я лично столкнулась с тем, что пока не скажешь, что это мой папа, мало кто шевелится. Как-то у папы случилась почечная колика. Поехали мы в больницу. Приехали, ждали полчаса, никто даже не подошёл. Я позвонила своему молодому человеку, хирургу, объяснила ситуацию. Только через него мне удалось мобилизовать врачей. Это встречается везде и всюду. Я поняла, что врачам надо помогать в первую очередь. Поэтому когда обращаются и говорят, – я врач, то конечно стараешься... Наверное, это неправильно, но это заведено не нами. Здесь как раз видно, что врачи способны друг друга поддерживать»,* – делится своими впечатлениями молодая врач из Калуги.

Самый широко используемый дополнительный ресурс для близкого окружения – это большее внимание и развернутая диагностика. Цена ошибки велика, отсюда стремление сделать всё как можно более тщательно: *«Родственники – это, конечно, мотивирует дополнительно... Внимания больше, без сомнения. Возможно, более развернутая диагностика... Иногда может быть даже избыточная.., я постараюсь выявить дополнительно смежные проблемы, постараюсь быть предельно осторожным и внимательным»,* – замечает один из московских хирургов.

Важным преимуществом для близкого окружения может быть также выигрыш во времени в процессе обследования и диагностики: *«Я могу сократить время обследования. Просто возьму интересующего меня пациента за руку и проведу его по всем кабинетам... В результате он обследуется не за 2 часа, а за 30 минут...И нигде не будет сидеть в очереди»,* – рассказывает один из наших московских респондентов.

Столь же важно сокращение временного ресурса для родственников, если речь идёт о диспансеризации: *«Чем хорошо работать в медицине – это возможностью лечить своих родственников. В рамках порядка, принятого в нашем учреждении, я могу для своего родственника сделать всё быстро... Будет ли врач более внимателен к моему родственнику? Это зависит от совести врача... Так что преимущество, на мой взгляд, в плане времени... Я могу договориться с докторами, заранее записать на приём...»,* – убеждён молодой московский врач-травматолог.

Также для своих родственников врачи постараются сделать всё максимально бесплатно, хотя нередко им приходится испытывать при этом известный душевный дискомфорт: *«Единственное, что я могу для родственника сделать – это провести какие-то обследования бесплатно. Могу УЗИ сделать просто так.., пойду на какую-то уступку. Этим родственники ставят меня в несколько неудобное положение...»*

Но у нас так заведено... Мне просто неудобно, что я пошлю родственников в кассу и они должны будут услугу оплатить. Но это может быть мои личные предрассудки... Возможно в учреждении стоит рассмотреть отдельную квоту для родственников и работающих врачей, по которой всё лечение для них проводится бесплатно», – считает молодая врач-маммолог из Федерального медицинского центра.

Важно, что в некоторых клиниках не только сами врачи пытаются особым образом помочь своим родным, но и само лечебное учреждение создаёт условия, чтобы сделать доступность необходимых услуг выше, особенно если речь идёт о дефицитных услугах: *«Если взять наш институт, то у нас родственники оформляются по амбулаторной карте, по бюджету... У нас есть разрешение записывать на лечение родственников первой линии: мамы, папы, дети... И для них всё, что от нас зависит, мы делаем», – мнение врача из того же Федерального медицинского центра.*

Однако некоторые врачи, несмотря на родственные связи, пытаются дистанцироваться от лечения близких родственников, считая невозможным для себя вмешиваться в процесс лечения и демонстрировать недоверие к лечащему врачу: *«Родственников своих я вообще никогда не лечил... Потому что я считаю это неправильным... Я даже не вмешивался ни коим образом... в ход их лечения и обследования. Если врач взялся лечить моего родственника, то я ему полностью доверяю. Даже вопросов к врачу быть не может, хотя мы сидим в одной ординаторской. Я не лезу никогда смотреть анализы... Если нужно, он мне сам всё скажет...», – делится своими размышлениями один из московских врачей.*

Схожим образом медики ведут себя по отношению к врачам из своего коллектива – они всегда готовы поделиться вниманием, доступностью, обеспечить зелёную улицу при любых обстоятельствах, уверенные в том, что подобное поведение в отношении своих коллег должно быть неотъемлемой частью корпоративной этики: *«У нас есть один приоритет – коллеги. Даже водитель скорой помощи из района может рассчитывать на то, что мы ему поможем в первую очередь... Это корпоративная этика. Также мы внимательно относимся к родственникам своих коллег... Им всегда зелёная улица, но качество диагностики при этом не меняется. Здесь речь может идти только о скорости обследования», – считает зав. отделением калужской областной больницы. Признают, что повышенное внимание к врачам есть компонент корпоративной этики и другие респонденты, отмечая при этом, что лечить коллег совсем не простое дело: *«Врачи будут поддерживать врачей из своего коллектива. Лечить своего коллегу всегда сложнее. И коллеге лечиться сложнее. Врачи с коллегой всегда вниманием поделятся. Но у врачей в смысле болезни всё не**

так. У них всегда болезни получаются с какими-то заковычками... Так что всё это не просто...», – размышляет директор Федерального медицинского центра.

Даже в поликлиниках родственники и врачи могут рассчитывать на более внимательное отношение медиков: «Если врач или родственник, это другое дело... У меня, например, такое чувство, что врачей и родственников надо защищать, в том числе от бездушности медицины. Чем могу помочь? Мы обеспечиваем им доступность в первую очередь. Больше внимания. Если обычно доктору некогда поднять голову и посмотреть на пациента, то здесь я её хотя бы подниму... И времени на больного потрачу не 7 минут, а где-то минут 15», – считает главврач одной из калужских поликлиник.

Внимание – не единственный ресурс, который используется врачами для своих коллег. Для таких больных врачи постараются сделать всё бесплатно и максимально быстро: «Если позволяет ситуация, я сделаю всё возможное, чтобы убыстрить лечение. Но только если это необходимо. И помощь я окажу бесплатно... Я понимаю, что какие-то официальные вещи ты не можешь сделать бесплатно, но где можно, надо помогать бесплатно», – полагает врач из Федерального медицинского центра.

Врачи, ставшие пациентами больниц, могут рассчитывать, что медики сделают всё возможное, чтобы достать для них дефицитное лекарство: «Если коллега к нам лёг, а у нас нет дорогостоящего препарата, то мы обязательно его доставим... Если надо провести консультацию, то мы организуем её. Созвонимся с кем надо и сделаем всё на свете... Врачи будут мобилизованы, своих надо поддерживать», – замечает главврач ЦРБ.

Важно, как полагают врачи, не только силами врачебного сообщества помогать коллегам, но необходимо, чтобы государство предусмотрело для врачей льготы в оказании медицинской помощи, как это сделано для некоторых иных социальных категорий: «Хотелось бы, чтобы у врачей были особые условия... Получается, что отдельные категории населения к нам прикреплены. Например, УВД или железнодорожники... А врачи нет. Ты можешь надеяться только на то, что коллега внимательно тебя примет. Не лучше, чем других, а нормально», – считает врач-маммолог из того же Федерального центра.

Тем не менее, некоторые врачи всё же не считают своих коллег особой категорией пациентов, которым они должны что-то помимо обычных усилий: «Всё зависит от тяжести заболевания. И от прогноза состояния больного. А совсем не от принадлежности к врачебному классу. Так вообще далеко зайти можно. Министрам одно внимание, простым людям – другое. Для меня все равны», – замечает в своём интервью

зав. кардиологическим отделением городской больницы. Столь же последовательно в отношении разных групп пациентов ведёт себя и участковый терапевт из Калуги: *«Если кому-то что-то надо, если больной нуждается в помощи, не важно какой он и откуда... Человеку надо помочь, и я ему помогу... Для любого человека я пойду и договорюсь о талоне на обследование, и мне не откажут».*

Эмоционально врачам порой не нравится лечить коллег и их родственников, так как избежать усиленного внимания со стороны врача-пациента удаётся далеко не всем: *«Врач и его родственник – это вообще ужасно... Значит будут профессиональные вопросы, профессиональное обсуждение... Ещё кого-то пригласят для консультации. Лечить врача – это очень трудно...»*, – полагает главврач московской больницы.

Как бы врачи не настаивали на разных порциях внимания по отношению к близкому окружению, лечить иначе, нежели им позволяет уровень профессионализма, они всё равно не могут: *«Близкому или уважаемому тобой человеку, например, коллеге по цеху, ты отдашь больше внимания, сил, сердца. Когда к тебе приходит врач на пенсии, то проявляешь к ней особое уважение. Это не значит, что ты её лучше лечишь. Просто выказываешь дополнительное уважение. Достаточно трудно лечить больного хуже, чем ты можешь это делать»*, – убеждён врач из ЦРБ.

Схожей точки зрения придерживается и зам. главврача областной клинической больницы, врач акушер-гинеколог: *«Пациентку я в любом случае посмотрю, родственница она или коллега. Но здесь всё зависит не от родственных связей, а от личности. Я сделаю это максимально профессионально, насколько способна. Я не могу сделать лучше или хуже... Пусть это будет пациентка от Путина... Я сделаю так, как умею... И в операционной буду работать так, как умею... Независимо от того, какой пациент лежит на операционном столе... И я знаю, что в моём окружении очень много людей, которые поступят точно также».*

Таким образом, можно заключить, что корпоративная этика врачей складывается из норм, поддерживающих лояльность к близкому кругу. Необходимость защиты подобных пациентов складывается из осознания того факта, что система российского здравоохранения пока не столь эффективна, чтобы можно было оставить близких людей без специального контроля за процессом лечения. Одновременно следует признать, что диапазон возможностей врачей для поддержания таких пациентов кроется скорее в сервисе и диагностике, нежели в качестве лечения. Последнее, по мнению врачей, продолжает оставаться устойчивой величиной, повлиять на которую возможно лишь косвенным образом, отдав своего пациента более квалифицированному врачу, ускорив диагностику или

время предоставления медицинской услуги, повысив качество сервисных услуг. Характерно, что делают это врачи бесплатно прежде всего потому, что взимание денег со своих коллег или родственников не приветствуется. Не исключено, что в этом случае благодарности приветствуются, но они носят исключительно добровольный характер, повышая тем самым самооценку врача: гордость за принадлежность к врачебному сообществу и возможность помочь своему ближнему в трудной ситуации.

Заключение

Проведённое исследование позволяет утверждать, что большинство врачей признают действующей этическую норму, согласно которой родственники, знакомые и врачи имеют «зелёный свет» в медицинских учреждениях различного типа.

В отношении материального и социального статусов пациента, платности или бесплатности лечения единства позиций среди врачей не наблюдается.

Медики по своим представлениям относительно значимости статусов делятся на две неравные группы. Первую группу, большую по численности, составляют врачи, защищающие принцип равенства пациента перед болезнью. Это, как правило, врачи, выросшие из советского прошлого, для которых признать важность материального или социального статуса означает отказ от сложившихся морально-этических норм, которые им передали их учителя. Вторая группа – это врачи, которые признают значимость денег в современной жизни, и убеждены, что их отсутствие может существенным образом повлиять на качество лечения. Эта группа врачей в своих представлениях более реалистична и не рассматривает присутствие денежной компоненты в процессе лечения как некий постыдный факт. Скорее наоборот, такие врачи научаются видеть преимущества богатых и статусных больных, которые более других нацелены на качественное лечение и берегут своё время. О материальной выгоде от лечения таких пациентов врачи умалчивают, но можно предположить, что какая-то часть врачей имеет определённую прямую или косвенную выгоду.

Весьма показательно, что давление на врачей по поводу пациентов, обладающих социальным статусом, со стороны руководства медучреждений, не способствует требуемой мобилизации врачей. Некоторые медики научаются демонстрировать повышенное внимание, однако никаких сверхусилий на самом деле предпринимать не хотят. Принцип «сделай вид» оказывается в этом случае основным. Другие, в противовес первым, стараются сделать всё на высоком профессиональ-

Корпоративная этика врачей складывается из норм, поддерживающих лояльность к близкому кругу. Необходимость защиты подобных пациентов складывается из осознания того факта, что система российского здравоохранения пока не столь эффективна, чтобы можно было оставить близких людей без специального контроля за процессом лечения.

ном уровне, независимо от указаний сверху. Такие врачи не в состоянии мобилизовать себя больше существующего уровня профессионализма. В известном смысле внешние сигналы от медицинского начальства о необходимости сделать всё наилучшим образом преобразуются у таких врачей во внутреннюю убежденность, что нельзя прыгнуть выше головы по приказу сверху.

Некоторые врачи, в противовес императиву «сделай вид», придерживаются парадоксальной линии поведения в отношении высокостатусных пациентов, предпочитая ставить «блатных» и богатых «на место». Однако делают они это только в том случае, если подобное поведение не угрожает их положению в медицинском учреждении. Тот факт, что такая линия поведения хоть и неявно, но всё же существует, свидетельствует о накопившемся раздражении по поводу дифференциации больных, которая на самом деле, видимо, выражена сильнее, чем об этом принято говорить. Скорее, в полученных оценках считается разочарование в поведении богатых и начальников (которые могли бы в ответ на усилия врача быть к нему более благодарными), чем полное врачебное равнодушие к социальным различиям пациентов. Те врачи, которые с гордостью говорят о ценности равного отношения ко всем пациентам, без учёта их материального и социального статусов, а также сложившихся корпоративных связей, скорее всего не лукавят, но явно переоценивают значимость этой нормы для врачебного сообщества и не хотят замечать явных перемен в обществе.

Тем не менее, вряд ли стоит думать, что медики – это однородная социальная группа по своим морально-этическим нормам. Тот факт, что набор этих норм достаточно вариативен, свидетельствует о том, что процесс трансляции норм корпоративной этики внутри врачебного сообщества системно не осуществляется, а носит достаточно стихийный характер. Хотя нельзя сказать и обратного, что корпоративная этика полностью потеряла свою регулируемую роль для врачей. Перепутье есть реальное состояние, в котором одни держатся за принятые консервативные представления, другие же пытаются выработать новые ориентиры, но не решаются транслировать их всему сообществу в целом. В результате интеграция врачебного сообщества по схожести морально-этических норм затрудняется, хотя врачи продолжают верить, что они живут единым медицинским цехом, в котором успех каждого врача зависит от коллективных усилий.

Набор морально-этических норм вариативен и свидетельствует о том, что процесс трансляции норм корпоративной этики внутри врачебного сообщества системно не осуществляется, а носит достаточно стихийный характер. Хотя нельзя сказать и обратного, что корпоративная этика полностью потеряла свою регулируемую роль для врачей. Перепутье есть реальное состояние, в котором одни держатся за принятые консервативные представления, другие же пытаются выработать новые ориентиры, но не решаются транслировать их всему сообществу в целом.

Библиографический список

1. Александрова Е. С. 2005. Социологический анализ восприятия пациента врачом-стоматологом: «особые» пациенты и их медицинская карьера. Магистерская диссертация. 2004/2005 уч. г. – М.: Московская Высшая школа социально-экономических наук. Фонд неопубликованных материалов.
2. Богатова Т. В., Потапчик Е. Г., Чернец В. А., Чирикова А. Е., Шилова Л. С., Шишкин С. В. (руководитель проекта). 2002. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. Независимый институт социальной политики // URL: <http://www.socpol.ru/publications/pdf/book1.pdf> [дата посещения: 11.02.2013].
3. Колосницына М. Г., Потапчик Е. Г., Селезнёва Е. В., Темницкий А. Л., Шейман И. М., Шишкин С. В. 2011. Условия труда и мотивация медицинских работников (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении). Препринт. – М.: НИУ-ВШЭ // Официальный сайт НИУ-ВШЭ. URL: http://www.hse.ru/data/2011/12/05/1271846229/WP8_2011_12f.pdf [дата посещения: 11.02.2013].
4. Чирикова А. Е. 2009. Институты здравоохранения и развитие среднего класса // Управленческое консультирование. Актуальные проблемы государственного и муниципального управления. № 4.
5. Шишкин С. В. (рук. колл.), Бесстремьянная Г. Е., Красильникова М. Д., Овчарова Л. Н., Чернец В. А., Чирикова А. Е., Шилова Л. С. 2004. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчёт. Независимый институт социальной политики // URL: http://www.socpol.ru/publications/#health_informal [дата посещения: 13.01.2013].
6. Lievens T., Lindelow M., Sirneels P. 2011. Понимание проблем трудовых ресурсов здравоохранения: Пособие по некоторым вопросам использования качественных методов // Руководство по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения, адаптированного для применения в странах с низким и средним уровнем доходов / Под ред. Mario R. Dal. – ВОЗ. С.153.