

# СИСТЕМА ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

*Сборник статей и материалов полевых исследований  
под ред. И. В. Кошкаровой*

СТРАНА ОЗ  
МОСКВА 2012

УДК 614(470+571)(08)  
ББК 51.1(2)я43  
С40

Издание подготовлено при финансовой поддержке Фонда «Хамовники» в рамках проекта «Система поддержания здоровья в современной России» (№ 2011 002)

*Коллектив авторов:* С.Г. Кордонский, Ю.А. Крашенинникова, А.Е. Колонуго, А.Р. Тукаева, А.А. Позаненко

*Научный редактор* И.В. Кошкарова  
*Редактор* Г.А. Скрябина  
*Юридическая поддержка:* Д.Ю. Левшиц  
*Дизайн, верстка, препринт:* «Три квадрата»  
*Корректор* А.Г. Маргынова

Система поддержания здоровья в современной России : сб. ст. и материалов полевых исслед. / [С. Г. Кордонский и др.] ; под ред. И. В. Кошкаровой. – М. : Страна Оз, 2012. – 400 с. – ISBN 978-5-906139-01-6.

Сборник посвящен отечественным институтам и практикам поддержания здоровья. В нем представлены основные результаты исследовательского проекта «Система поддержания здоровья в современной России». В книгу вошли статьи и материалы социологических экспедиций, проведенных в 2011–2012 годах в шести регионах страны. Обсуждаются вопросы интерпретации феномена «здоровье», особенности распределения ресурсов и эффективность государственной политики в области здравоохранения, роль альтернативных практик борьбы с болезнями. Книга адресована специалистам в области общественных наук и управления здравоохранением, а также широкому кругу читателей, интересующихся социальными проблемами современной России.

*Позиция каждого автора является независимой и может не совпадать с позицией Фонда и его учредителя.  
Распространение осуществляется бесплатно.*

ISBN 978-5-906139-01-6

© Авторы текстов, 2012

## ОТ РЕДАКТОРА

Данная книга представляет собой сборник статей и материалов, подготовленных по результатам исследовательского проекта «Система поддержания здоровья в современной России», реализованного при содействии Фонда поддержки социальных исследований «Хамовники» в 2011–2012 годах.

В сборник вошли очень разные по жанру и тематике тексты, каждый из которых позволяет по-новому взглянуть на происходящее в здравоохранении.

Свой ответ на вопрос «Что такое здоровье?» в установочной статье дает С.Г. Кордонский. Он разбирает феномен «здоровье» с помощью построения веерных матриц. Формализм матричной логики позволяет выстроить онтологии и увидеть разные картины мира. Это система координат.

Государственное здравоохранение, которое в быту воспринимается как нечто необъятное, постоянное и сложно поддающееся пониманию, в логике автора оказывается лишь частным случаем, одним из предлагаемых для рассмотрения срезов системы поддержания здоровья.

Статья – повод для размышлений и о «приватизации» здоровья. Является ли здоровье распределяемым «сверху» ресурсом, получение которого зависит от места пациента в государстве, или оно – один из товаров в рыночной экономике? Если товар, то его можно использовать «с умом», удачно капитализировав его, а можно «спустить» очень быстро.

Логическим продолжением «онтологического» раздела сборника служит следующая часть, посвященная корпорациям. Если воспринимать государственную систему здравоохранения как форму распределения ресурсов на поддержание здоровья граждан, то имеет смысл подумать о тех, кто контролирует и распределяет эти ресурсы, монополизируя право лечить людей. Использование понятия «корпорации», казалось бы не применимого к сфере медицины, дает возможность показать скрытую борьбу внутри медицинского сообщества: за бюджеты, за признание со стороны государства, за власть и авторитет.

Основная задача, которую ставит перед собой автор, – продемонстрировать, как важно различать интересы государства, пациентов и корпораций. Проанализировав то, что происходит в настоящее время в этой сфере, мы вынуждены сделать вывод, что наиболее успешно взаимодействуют между собой государство и корпорации. Пациент зачастую остается в стороне. Во всяком случае, именно этот вывод напрашивается после прочтения другой части нашего сборника, посвященной полевым исследованиям.

От профессиональных медиков обратимся к их альтернативе. В прессе нередко можно встретить опасение, что при такой динамике государственного здравоохранения в недалеком будущем нам всем придется лечиться лишь у знахарей и колдунов. Как показывают полевые исследования, это реальность сегодняшнего дня в российской глубинке, где целители (в основном, целительницы) успешно помогают своим односельчанам (и не только) в борьбе с недугами. Статья «Сельское целительство. Опыт наблюдения» дает эскиз картины жизни деревенских знахарок: как и кого они лечат, каковы их образ жизни, отношения с властями и официальной медициной.

В последней части сборника можно ознакомиться с реальными фактами из жизни государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения и заменяющих их альтернативных институтов поддержания здоровья в сельской местности и малых городах России. Подборка эмпирических материалов, собранных в ходе ряда экспедиций, систематизирована по регионам. В маршрут полевых исследований были включены регионы как успешные, с точки зрения государства, так и регионы, состояние экономики которых, а в связи с этим и здравоохранения, оставляет желать лучшего.

О том, что сегодня реально происходит в российской медицине за пределами Москвы и крупных городов, вряд ли можно узнать из СМИ или официальных докладов. Журналисты пишут, в основном, о вопиющих случаях, чиновники и аналитики обычно измеряют «среднюю температуру по больнице». Особенность представленных данных в том, что они характеризуют реальную, повседневную деятельность отдельных больниц, поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктов, аптек и других организаций в разных поселениях и территориях.

Хотим надеяться на то, что материалы книги дадут пищу для размышлений и позволят сделать самостоятельные выводы о том, как лечатся многие жители России, как на местах воплощается в жизнь государ-

ственная политика в сфере здравоохранения и почему мы имеем столь негативное мнение граждан страны об этой системе.

Разумеется, за время проведения исследований и подготовки сборника к печати ситуация в российском здравоохранении в чем-то изменилась. Общие тенденции сохранились, и картина остается точной, но кое-какие мелкие детали из предлагаемого описания остались в прошлом. Профильное отраслевое министерство в мае 2012 года сменило название с Минздравсоцразвития на Минздрав, поменялось и его руководство. Крайне активно трансформируется нормативная база в соответствии с новым Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», меняется статус муниципальных учреждений здравоохранения и так далее. Отметим самое важное, на наш взгляд, из того, что происходит в настоящий момент.

С 1 января 2012 года полномочия органов власти муниципальных районов и городских округов в сфере охраны здоровья были переданы органам государственной власти субъектов РФ. Естественно, каждый регион оказался готов к этим изменениям по-разному. Где-то муниципальные медицинские учреждения действительно перешли под управление региональных властей, где-то их положение не изменилось благодаря решению об обратном делегировании полномочий муниципалитетам. Не до конца продуманная реформа вызывает новые проблемы, в основном, из-за плохого состояния передаваемого муниципального имущества и неопределенности новых функций муниципальных властей в сфере здравоохранения.

Передача полномочий с муниципального уровня на региональный связана с новой схемой оказания медицинской помощи, заложенной в региональных программах модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы. Сами эти программы, с общим беспрецедентным объемом финансирования, должны были обеспечить рывок в обновлении материально-технической базы и кадров российских больниц. Однако уже сейчас ясно, что поставленные задачи не будут выполнены полностью и в положенные сроки. За четыре месяца до завершения программ было освоено лишь 54 % запланированного объема средств. Примечательно, что модернизация здравоохранения существенно ускорилась во время выездных проверок Минздрава России летом 2012 года. По данным министерства, к 1 сентября количество регионов, в которых процент реализации программ модернизации составлял меньше 50 %, сократилось с 73 до 20.

Профильное отраслевое министерство преподнесло еще один «сюрприз» гражданам нашей страны. Он называется Проект постановления Правительства Российской Федерации «Об утверждении порядка и условий предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам». Общественное обсуждение этого документа уже закончилось, и очевидно ничто не помешает ему вступить в силу с 1 января 2013 года.

Почему появился этот документ – понятно. Недавний опрос медицинских работников Институтом общественного проектирования показал, что теневой доход медицинских работников составляет 37 % от их официального заработка. Государство, очевидно, посчитало необходимым каким-то образом вывести эти средства из тени. Однако вряд ли новый порядок сможет добавить системе справедливости. Есть опасность, что больной получит за деньги те услуги, которые ему полагаются бесплатно по программам, обеспеченным государственными гарантиями.

Предсказать, что произойдет после вступления в силу этих правил, сложно. Общество и граждане не очень готовы к такому повороту событий. Одни ожидают уменьшения очередей в поликлиниках и стационарах, снижения уровня недовольства больных. Другие – прямо противоположного результата: социальное расслоение увеличится; диагностика ухудшится и качество лечения, с большой долей вероятности, – тоже. И могут пойти насмарку все небольшие достижения по увеличению продолжительности жизни, которые были достигнуты такими невообразимыми затратами государства.

Эта книга адресована тем, кто старается разобраться в вопросах, связанных с такой важной социальной сферой, как забота о здоровье. Не зная и не понимая того, что собой представляет система поддержания здоровья, как она устроена изнутри, как происходит взаимодействие различных ее уровней – невозможно понять, что нас ожидает в самом ближайшем будущем.

В конце концов, все мы являемся потенциальными пациентами.

---

## О ПРОГРАММЕ ИССЛЕДОВАНИЙ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ

**И**нституты и практики поддержания здоровья представляют особый интерес как предмет социологического описания ситуации в современной России. Можно назвать по крайней мере две причины.

Во-первых, забота о здоровье занимает значительную часть повседневной жизни людей и является базовой для их экономической и иной деятельности, обеспечивая самые насущные потребности. Отношения по поводу болезней и различных недугов, их лечения и предупреждения составляют важнейшую сферу социальных отношений в целом.

Однако доминирующее положение в изучении этих взаимодействий и институтов, возникающих на их основе, традиционно занимают медицинские науки. Социальные отношения рассматриваются (или не рассматриваются, т. е. попросту игнорируются и выпадают из фокуса внимания ученых) сквозь призму экономики и организации работы государственной системы здравоохранения, а также развития официальной медицины. В нашей стране социология медицины пока играет в основном обслуживающую роль для решения задач, поставленных медиками, а основной массив исследований посвящен оценке мнений граждан о качестве медицинской помощи.

Во-вторых, охрана здоровья относится к наиболее проблемным и трудновыполнимым, по признанию самих властей, социальным обязательствам Российского государства. Государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения – это получатели значительных бюджетных вливаний, которые от года к году увеличиваются (с 2001 по 2010 год – почти в четыре раза). Однако удовлетворенность граждан организацией лечения в стране, согласно опросам общественного мнения, только уменьшается. На протяжении двух постсоветских десятилетий отечественная система здравоохранения живет под знаком постоянных реформ, при этом ее состояние оценивается самими чиновниками как «плачевное», а медиками – как «ужасное», вне зависимости от эволюции векторов государственной политики.

Представляется, что поиск причин этих постоянных расхождений между целями государственной политики в сфере здравоохранения и получаемыми результатами следует начинать с описания того, что происходит на самом деле в социальной среде, на которую эти преобразования направлены, и изучения того, как эта среда реагирует на изменения, спускаемые «сверху».

Предлагаемый нами подход акцентирует внимание на сложности внутренней структуры данной среды, определяемой как «система поддержания здоровья», в отличие от системы здравоохранения, которая формируется из отношений между государством, медицинскими учреждениями различного типа и пациентами.

С точки зрения отдельного человека, забота о здоровье включает не только обращение в медицинское учреждение, но и многое другое. Спектр практик, имеющих отношение к поддержанию здоровья, огромен: от потребления лекарств, купленных в аптеке без рецепта, или консультации врача и эпизодического следования советам знакомых до приверженности изошренным схемам тренировок своего тела и духа и нетрадиционным системам оздоровления.

Мир вещей, практик и идей, который подразумевается людьми при словосочетании «поддержание здоровья», практически необозрим. Государственная система здравоохранения довольно часто оказывается на его периферии – в глазах самого пациента, который зачастую обращается к ней, только когда «сильно припрет».

Вокруг тех или иных практик заботы о здоровье формируются отдельные социальные среды и формы экономической деятельности (начиная от малозаметных обществ анонимных алкоголиков и деятельности знахарок в деревнях, заканчивая миллиардной фитнес-индустрией). Влияние государства на эти среды в рамках выполнения им функций по поддержанию здоровья населения фрагментарно и хаотично.

Другими словами, в современной России система поддержания здоровья не ограничивается государственной системой здравоохранения, на перманентном реформировании которой сосредоточены усилия чиновников в постсоветские годы. Ее удельный вес в деле обеспечения здоровья людей – с точки зрения социологов – не является настолько доминирующим, как это представляется в нормативных и стратегических документах развития социальной сферы в Российской Федерации. Там проводится прямая зависимость демографических показателей и уровня здоровья населения от доли государственного финансирования ме-

дицины в ВВП. Государственная система здравоохранения может быть рассмотрена лишь как каркас, на котором крепятся другие формы общественных отношений по поводу здоровья/болезни.

## ОПИСАНИЕ КАК ОСНОВА ПОНИМАНИЯ

Программа социологических исследований системы поддержания здоровья должна содержать описание и этого каркаса, и того, как различные внешние агенты, связанные со здоровьем, взаимодействуют с государством и государственной системой здравоохранения. Это подразумевает непредвзятую фиксацию реального многообразия общественных отношений как в учреждениях здравоохранения, так и вовне.

Описание в данном случае означает констатацию тех или иных феноменов и взаимосвязи между ними на основе наблюдений, интервью, анализа литературы, нормативно-правовых актов, доступных статистических данных, другой информации из открытых источников. Такое описание носит принципиально качественный характер и не ставит целью количественную оценку изучаемых феноменов, а также максимально полный охват изучения проблематики.

Обязательным условием этой работы является осознание социальных, политических, культурных условий формирования дискурсов, в рамках которых сейчас обсуждается медицина в России, их ангажированности и ограниченности. Это включает поиск ответов на большой круг вопросов, в том числе: насколько можно доверять медицинской статистике; чем обусловлены результаты массовых социологических опросов, фиксирующих отношение людей к государственной медицине и собственному здоровью; какие феномены в сфере поддержания здоровья «не замечает» государственная политика и почему они отсутствуют в нормативном правовом поле и так далее.

Конечная цель – формирование более широкого, чем общераспространенное в сфере государственного управления и в российском публичном поле представления о том, каким образом, с помощью каких институтов и практик обеспечивается поддержание здоровья в нашей стране.

Работа в этом направлении велась последние три года. За счет средств благотворительного Фонда «Хамовники» и проектно-учебной лаборатории муниципального управления НИУ ВШЭ были реализованы

два проекта с обширной программой полевых исследований: «Здравоохранение как распределение ресурса “здоровье”» (2010–2011 гг., руководители – к.ф.н., проф. С.Г. Кордонский, д.ф.н., проф. Ю.М. Плюснин) и «Система поддержания здоровья в современной России» (2011–2012 гг., руководитель – к.и.н. Ю.А. Крашенинникова, руководитель экспедиционной части – А.Р. Тукаева).

Последний проект, по сути, объединяет несколько самостоятельных исследований с единой тематикой, но разными предметами описания и источниками информации. Их основные результаты представлены в настоящем сборнике.

Первый текст – методологический. В нем разбираются эпистемологические основания эмпирических исследований феномена «здоровье» и предлагается модель, позволяющая создать из отдельных описаний фрагментов цельный образ системы поддержания здоровья.

Второй текст задает общие подходы к анализу одного из срезов системы – корпоративного. Он содержит интерпретацию взаимодействий различных агентов и институтов, объединенных общим стремлением к завоеванию монополии на выполнение определенных функций по поддержанию здоровья в системе. В центре внимания – профессиональное медицинское сообщество и его отношения с государством.

Третий является примером описания отдельного социального института, альтернативного государственной системе здравоохранения, – сельского целительства.

Материалы последней, самой большой по объему, части сборника – попытка зафиксировать разнообразие отношений по поводу поддержания здоровья на ограниченной территории, на уровне муниципального района. Устройство системы рассматривается здесь с точки зрения достаточности государственной медицинской помощи для рядовых граждан. Выбранный способ описания заключается в детальном изложении фактов деятельности медицинских учреждений и альтернативных им структур на территории обследованных муниципальных образований.

Разумеется, это лишь первые шаги в осмыслении системы поддержания здоровья, отдельные «кирпичики» для создания ее полной картины. Участники проекта и не ставили своей целью описать все многообразие феноменов, в нее входящих. Скорее, они попытались продемонстрировать масштаб проблемы и дефицит понятийных инструментов для их описания. Однако даже эти первые результаты окажутся полезными

представителям и медицины, и общественных наук, и государственного управления, поскольку дадут возможность взглянуть на проблемы отечественного здравоохранения под иным углом зрения.

## ИНФОРМАЦИЯ О ПОЛЕВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Полевые социологические исследования по данной проблематике проводились в 2010 – 2012 годах на базе проектно-учебной лаборатории муниципального управления Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». В состав исследовательской команды входили сотрудники лаборатории, аспиранты, магистранты и студенты старших курсов факультета государственного и муниципального управления НИУ ВШЭ. Основные участники экспедиций (интервьюеры, аналитики): А.Э. Ахунов, Д.В. Бойков, Д.Г. Валиева, А.В. Гаврикова, М.А. Ефремова, Н.Н. Жидкевич, И.И. Зарипов, Я.Д. Заусаева, А.Е. Колонута, В.В. Ладыгин, О.М. Моргунова, А.А. Позаненко, М.А. Покидова, И.В. Попова, С.В. Пыжук, Л.В. Черепанова, Е.В. Шуралева.

География экспедиций включала разные регионы России, но ограничивалась сельской местностью и небольшими городами (в основном, с численностью населения в 10 – 30 тыс. чел., в редких случаях – более 50 тыс. чел.). Иными словами, изучалась ситуация в российской глубинке, вне столицы и региональных центров.

В ходе экспедиционных поездок проводились экспертные интервью с муниципальными чиновниками, работниками системы здравоохранения, представителями альтернативной медицины, аптекарями, активистами местного общества; беседы с местными жителями; наблюдения в медицинских учреждениях; сбор статистической и иной информации. Обследовались как государственные учреждения здравоохранения, так и иные институты поддержания здоровья.

В период с мая 2010 года по март 2011 года было проведено 8 экспедиций, взято 199 интервью. В Костромской области обследованы Мантуровский, Кологривский, Буйский, Нерехтский районы, городской округ Мантурово. В Татарстане материал собирался в 5 муниципальных районах (Спасский, Чистопольский, Нижнекамский, Актанышский, Муслумовский районы). Наиболее полно была исследована ситуация в Мантуровском и Чистопольском районах.

В период с апреля 2011 года по март 2012 года состоялось 10 экспедиций в 6 регионов: Ленинградскую область (Кировский, Подпорожский районы), Костромскую область (Чухломский, Солигаличский, Островский районы, г. о. Галич), Ивановскую область (Южский, Палехский, Родниковский районы), Саратовскую область (Базарно-Карабулакский район), Алтайский край (Чарышский район) и Пермский край (Косинский, Чердынский, Красновишерский, Кизеловский, Чайковский районы). Всего проведены 348 интервью и бесед.

Кроме того, в рамках исследовательской работы по направлению «Корпорации в системе поддержания здоровья современной России» было проведено 32 глубинных интервью с медиками, имеющими заметные достижения в профессиональной сфере. Цель исследования – сбор экспертных мнений о проблемах российского медицинского сообщества, особенностях отношений внутри него, неформальных правилах и нормах. Экспертные интервью проводились в Москве, Перми, Томске, Новосибирске, Барнауле и Санкт-Петербурге.

#### Благодарности

Проведение полевых исследований, как и подготовка данной книги, были бы невозможны без финансовой помощи со стороны Фонда поддержки социальных исследований «Хамовники». Выражаем глубокую признательность Фонду и лично его учредителю А.И. Клячину за содействие в реализации нашей исследовательской программы.

Большой вклад в общую работу внесли все исследователи – участники экспедиций, формировавшие уникальную базу эмпирических данных о текущей ситуации с поддержанием здоровья в российской глубинке. Мы также ценим помощь коллег с кафедры местного самоуправления НИУ ВШЭ в организации полевых работ.

Отдельные слова благодарности – медикам, участвовавшим в экспертных интервью, за открытость и готовность обсуждать самые болезненные проблемы российского здравоохранения и их профессии.

*С.Г. Кордонский, Ю.А. Крашенинникова  
Июнь 2012*

С. Г. Кордонский

## ОНТОЛОГИИ ФЕНОМЕНА «ЗДОРОВЬЕ»

П риступая к эмпирическим исследованиям социальных институтов и практик, связанных с поддержанием здоровья, следует предварительно сформулировать начальные условия описаний такого рода. Иными словами, нужно ответить на вопросы, для кого и при каких условиях существуют изучаемые феномены.

Отправной точкой в этом направлении может стать констатация того факта, что единого общепринятого определения здоровья, включающего подход к его поддержанию и сохранению, не существует.

Объем и содержание этого понятия варьируются в зависимости от обстоятельств и целей научных и практических построений. Каждый специалист при этом исходит из особенностей своей предметной области. Условно говоря, биолог определяет здоровье одним образом, медик – другим, чиновник (государственный или муниципальный служащий) – третьим. Нам представляется, что эти определения имеют равное право на существование. Решаемая задача заключается в том, чтобы найти форму, в которой они будут взаимодополняющими, а не исключаящими друг друга или конкурирующими.

Как и другие базовые понятия, описывающие социальную реальность, понятие «здоровье» отличается у разных социальных групп в соответствии с их картинами мира. Последние зависят от места социальной группы в общественных отношениях и отношения членов группы к предмету. Несколько примеров.

- В словаре естественных наук здоровье человека определяется исключительно через биологическое понятие организма: это состояние человеческого организма как живой системы, характеризующееся полной ее уравновешенностью с внешней средой и отсутствием каких-либо выраженных изменений, связанных с болезнью.
- Согласно определению ВОЗ, предложенному в момент ее создания в 1948 году, здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия/самочувствия, а не только отсутствие

болезни или немощи («*a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*»). Это определение включает не только биологический, но психологический и социальный аспект жизни человека.

- С точки зрения противников официальной медицины, натуропатов, «объективно здоровый» человек – это фактически супермен, отличающийся от общей массы людей выносливостью организма (никогда не болеет, успевает за день сделать столько, сколько мы за неделю, и т. д.). Их понимание здоровья кардинально отличается от принятого в медицине определения тем, что подразумевает оценку состояния человека не в данный момент времени, а вообще.

- Согласно индийской традиционной «науке жизни и долголетия» – аюрведе, здоровье также лишено социальной составляющей, но включает духовный элемент и собственное представление о физическом организме человека. Это баланс, уравновешенное состояние трех телесных субстанций (*дош*), семи тканей (*дхату*), трех видов отходов (*мал*) и метаболического огня (*агни*) в сочетании с ясностью и равновесием чувств, ума и духа.

В России базовый закон в сфере здравоохранения («Об основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан») не давал определения самого здоровья, ограничиваясь констатацией того, что такое охрана здоровья граждан. В новом законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дается следующее определение: «Это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний и физических дефектов». Такая калька с англоязычного определения ВОЗ расширяет рамки понятия «здоровье» (и следовательно, компетенций государства в сфере охраны здоровья) от «состояния организма» до «благополучия», которое в гораздо большей степени, чем понятие «болезнь» и даже «самочувствие», зависит от конвенциональных индикаторов, которыми будут его измерять.

Описание системы поддержания здоровья, на наш взгляд, возможно только через описание существующих интерпретаций/видений основных групп, вовлеченных во взаимоотношения по поводу здоровья, с учетом того, что каждая из этих интерпретаций отражает и формирует часть реальности, хотя они порой конфликтуют друг с другом.

Для описания предлагается аналитическая модель, в основу которой положена веерно-матричная логика. Согласно ей, феномены могут быть рассмотрены и проанализированы через внутренние уровни их органи-

зации, для которых возможны разные предметные представления («картины мира»), и отношения между уровнями организации.

Под уровнем организации в данном случае понимается смысловой срез (сечение) некоего феномена, осуществленный людьми, которые по роду деятельности вовлечены в отношения по поводу этого феномена. Содержание среза (сечения) составляют объекты (понятия), существование которых является несомненным для данной группы людей. Таких срезов может быть множество. Ни один из срезов не может считаться основным (базовым, фундаментальным), все срезы имеют равное право на существование. Феномен в целом может быть определен только сопряжением всех срезов как взаимодополняющих.

В большинстве случаев содержание этих срезов близко к тому, что называется предметом исследования, управления или организации<sup>1</sup>. Применительно к системе поддержания здоровья выделяются разные предметы, такие как собственно медицинский, биологический и пр. Каждому предмету соответствует свой метод, реализуемый соответствующими специалистами. Так, предмету медицины соответствуют медицинские методы, применяемые соответствующими специалистами – врачами.

Предлагается рассмотреть систему поддержания здоровья в разрезе шести предметов – уровней:

- биологический;
- личный (психологический);
- общественный (социально-психологический);
- коммерческий;
- корпоративно-медицинский;
- государственный.

Порядок представления этих уровней отражает не столько их иерархию, сколько интуитивные представления о связях между ними, и может меняться в зависимости от задач работы. Государственное здравоохранение для нас выступает частным случаем, одним из срезов системы поддержания здоровья.

Иерархия уровней системы поддержания здоровья вводится в исследовании исключительно с целью структурировать предметное поле и показать фрагментарность и ограниченность, казалось бы, общепринятого и «понятного» представления о феномене здоровья. Предлагаемая схема анализа не ранжирует уровни по степени значимости или превосходства/подчинения. Напротив, рассматривая их в определенном порядке, мы можем в дальнейшем обнаружить несоответствие этого порядка практике их отношений.



Введение такой схемы позволит нам проанализировать в дальнейшем те или иные явления в сфере поддержания здоровья через отношения между различными уровнями, акцентировав внимание на сложных переплетениях интересов различных групп.

**БИОЛОГИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ.** На данном уровне здоровье воспринимается через биологические (генетические, физиологические, физико-химические, механические) особенности людей, которые – при соответствующих диагностических подходах – могут рассматриваться как проявления болезней или естественные нормы здоровья.

Биологическое здоровье, понимаемое как «состояние организма», является предметом изучения ученых-биологов самых разных специализаций. Оно фиксируется в количественных характеристиках (вес, рост, количество тех или иных веществ в организме, размеры и устройство органов и т. д.), измеряемых с помощью физических, химических и иных методов. Соответственно, поддержание здоровья может описываться здесь, например, как повышение до необходимого уровня гемоглобина в крови.

Ключевое значение при таком понимании здоровья играет понятие нормы. Однако вводится оно на других уровнях, в первую очередь на государственном (в нормативных документах) и корпоративно-медицинском (в описаниях симптомов болезней).

На этом уровне между собой конкурируют различные модели и представления о человеческом организме: традиционный для западного мышления взгляд на человеческий организм и альтернативные версии, предполагающие наличие «биоэнергетической активности» и пр.

**ЛИЧНЫЙ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ) УРОВЕНЬ.** На данном уровне здоровье определяется человеком по самооценке и сводится к самочувствию: «чувствую себя здоровым» или «я нездоров».

Личное здоровье далеко не всегда совпадает с биологическим. Также оно отличается и от здоровья, определяемого медиками-профессионалами в процессе диагностики пациента. Большинство людей, не имея специальных знаний о человеческом организме и устройстве медицины, руководствуется в этом случае обыденной логикой и здравым смыслом. Многие конфликтные ситуации в процессе оказания медицинской помощи обусловлены расхождением в оценках состояния здоровья, данных самим пациентом и его врачом<sup>2</sup>.

Формы поддержания личного здоровья – самолечение, самоконтроль. Используя их, человек управляет своими биологическими состоя-

ниями и особенностями. В другие социальные отношения личное здоровье проецируется как особый статус, который человек присваивает себе сам и ведет себя соответствующим этому статусу образом – как больной или здоровый.

Описаны различные типы личностей – в зависимости от того, каким образом люди сами управляют своими биологическими состояниями. Зависимости самочувствия людей от их психологических типов изучаются психологами.

**ОБЩЕСТВЕННЫЙ УРОВЕНЬ.** На данном уровне здоровье определяется членами социальных групп путем наделяния самих себя и других определенными статусами именно в этой группе. К институтам общественного здоровья можно отнести: фиксацию статуса больного в группе; перевод из статуса в статус (из статуса больного в статус здорового и обратно); поддержание статуса советами, рекомендациями, созданием условий и пр.; совместное выполнение разного рода обрядов, направленных на поддержание здоровья или лечение.

Межличностные взаимодействия могут в целом не иметь терапевтической направленности. Социальные группы могут формироваться для выполнения не связанных со здоровьем задач (таких как исполнение религиозных обрядов, совместной экономической, политической, культурной деятельности). Однако отношения в группах, как правило, фиксируют статусы их членов, связанные с их «физическими возможностями» и/или «психологическими особенностями».

В жизни отдельных локальных сообществ важную роль играют не только нормы болезни/здоровья, но и стереотипы в классификации заболеваний и болезненных состояний, а также обусловленные ими представления о социальной справедливости. Они дают ответы на следующие вопросы: какой человек является больным/инвалидом? Нуждается ли он в сочувствии/поддержке со стороны общества и государства? Какие болезни считаются заслуженным наказанием? Соответственно, нужно ли лечить наркоманов, алкоголиков, ВИЧ-инфицированных и прочих?

Отдельно следует отметить терапевтические группы непосредственного взаимодействия, формирующиеся вокруг харизматических лидеров-гуру, обучающих членов группы технологиям обращения со своими биологическими состояниями, такие как группы йоги, холотропного дыхания и множество иных форм терапевтической практики. В большинстве своем они построены на идеях «с Востока», в которых оздоровление тела сочетается с совершенствованием духа (души), что предполагает со-

четание психических практик и физических упражнений, а восприятие организма человека отличается от современной западной медицины. Многие такие практики подвергаются жесткой критике со стороны Русской православной церкви (РПЦ) за «оккультизм». Однако благодаря их популяризации и коммерциализации как части современной фитнес-культуры, благодаря вплетению их в модный и навязываемый маркетологами «здоровый образ жизни», они воспринимаются их участниками-потребителями в первую очередь как оздоровительные практики, а не духовные.

Более распространенный тип межличностных взаимодействий по поводу поддержания здоровья – это обмен информацией о самолечении и оздоровительными средствами вне каких-либо устойчивых терапевтических групп. Например, консультации соседей в поселении, среди которых есть «более просвещенные» (травники, знахари, фельдшеры, аптекари) в части борьбы с недугами, или взаимодействие читателей и авторов газеты «Здоровый образ жизни», а также дискуссии форумов на тему здоровья и болезней.

Общественное здоровье изучается социальными психологами и социологами.

**КОММЕРЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ.** На этом уровне здоровье покупается и продается на рынке соответствующих услуг. В системе коммерческого здравоохранения человек приобретает статус пациента-покупателя. Цена этого статуса складывается из оплаты медицинских, а также иных услуг, направленных на поддержание здоровья (индустрия «здорового образа жизни», «правильного питания» и т. д.), приобретение лекарств и необходимых приспособлений.

Ключевую роль здесь играет платная медицина, в которую вовлечены частнопрактикующие врачи и частные клиники, страховые медицинские организации, а также компании-участницы фармацевтического рынка (аптеки, производители лекарств и т. д.).

Кроме того, коммерческие отношения нередко скрыты под другими формами отношений по поводу здоровья: государственные и ведомственные медучреждения берут официальную и неофициальную плату за свои услуги, существует рынок нетрадиционной медицины и народного целительства, способы получения прибыли от участия людей в социальных движениях терапевтического толка (продажа литературы, сопутствующих товаров) и т. д. Рассмотреть их можно в процессе анализа взаимодействия различных уровней поддержания здоровья.

На коммерческом уровне используется особый экономический «язык», который формируется в основном за счет понятий и идеологем, заимствованных из экономической науки, при их существенном упрощении. В нем взаимодействие между субъектами приобретает денежное выражение, здоровье рассматривается как способ получения прибыли и предмет инвестиций, а характер отношений интерпретируется через категории спроса и предложения товаров и услуг.

Сфера медицины рассматривается здесь как один из рынков, для которого характерна регулятивная роль свободной конкуренции. Здоровье становится предметом личных, корпоративных и государственных инвестиций: хорошее самочувствие и отсутствие заболеваний выглядит результатом специальных вложений времени, финансовых и иных затрат.

По умолчанию подразумевается, что затраты людей и государства на поддержание здоровья формируются объективно, как результат конкуренции на рынке медицинских и иных услуг в данной сфере. Данная картина мира неизбежно сталкивается с очевидным фактом, что спрос на услуги медиков и производителей медикаментов в конечном счете определяется не самими потребителями (больными), их волей и желаниями, а наличием у них проблем со здоровьем, а также структурой и иерархией специализаций медицинских учреждений.

Это «язык» предпринимателей и специалистов, работающих на рынках, связанных с медициной и здоровьем, а также исследователей-экономистов, которые обычно выступают независимыми экспертами в вопросах реформирования государственной системы здравоохранения.

**КОРПОРАТИВНЫЙ ИЛИ СОБСТВЕННО МЕДИЦИНСКИЙ УРОВЕНЬ.** На этом уровне здоровье определяется (задается) медицинскими и фармакологическими корпорациями. Под корпорациями в данном случае понимаются группы участников отношений в системе поддержания здоровья, обладающие каким-то монопольным статусом и взимающие с этого статуса ренту. Корпорации формируют потребности людей в лечении прежде всего за счет своей монополии на знание о болезнях, в том числе – на описание состояния здоровья/болезни, на ведение типологии заболеваний, стандартов их лечения и т. д., а также на право вмешательства в деятельность организма (в процессе лечения).

Внутри медицинского сообщества, которое целиком можно описать как единую корпорацию со своей системой понятий, языком, правилами поведения и иерархией, можно выделить множество корпораций, нередко конкурирующих между собой за монополию знания о человеческом

здоровье и бюджетные потоки.

Представления о здоровье, которые реализуют в своей практике врачи и фармацевты, определяются корпорациями. Так, у кардиологов одно представление о здоровье и соответствующая социальная практика, у дерматологов – другое. Нередки случаи, когда какая-то болезнь становится социальным фактом только потому, что корпорация это пролоббировала. Многие медицинские практики считаются жизненно необходимыми в основном благодаря усилиям корпораций.

Неотъемлемой характеристикой корпоративного языка является «медиализация» (восприятие отдельных социальных феноменов как медицинских, в категориях здоровья/болезни и биологических угроз), за счет чего сфера компетенции врачей неуклонно расширяется, включая все новые и новые сферы (роды и материнство, стресс, сон, агрессия, старение и т. д.).

Медицинский язык применяется за рамками профессионального сообщества и как маркетинговый ход – для продажи товаров и услуг, не имеющих прямого отношения к медицине (например, йогурты «для укрепления сердечной мышцы»).

**Государственный уровень.** Для государства ценность здоровья человека опосредована тем, способствует или препятствует оно решению государственных задач. Соответственно, вопросы здоровья/болезни рассматриваются либо в связи с выполнением социальных обязательств государства перед своими гражданами, либо в связи с достижением определенных целей в области демографии, обороноспособности страны и производительности труда.

Государство вводит собственное понятие здоровья и операционализирует его в нормативных актах, утверждающих списки болезней, стандарты лечения, а также правила поведения тех, кого оно признает больными.

Фактически здоровье определяется государством как способность (или неспособность) быть трудовым и мобилизационным ресурсом определенного качества. Государственные институты здравоохранения относят человека к категориям «годного к военной службе», «годного для обучения в вузе», «больного туберкулезом», «психически больного», «инвалида» и так далее.

На государственном уровне язык описания здоровья формируется организаторами и управленцами от здравоохранения, чиновниками, реализующими в своей практике иные представления о здоровье, нежели другие специалисты. В результате в него попадают лишь те заболевания,

которые имеют социальную значимость или в отношении которых государство признает какие-то социальные обязательства. Например, в российском нормативно-правовом поле до последнего времени не существовало понятия «орфанные» (редкие) заболевания<sup>3</sup>.

Важную роль в официальной картине мира играют понятия, моделирующие реальность в соответствии с ситуативными интересами управления, вроде введенных в нормативных актах конструктов «социально значимые заболевания» или «высокотехнологичная медицинская помощь». Ключевыми соображениями при введении тех или иных определений (и фиксации того, что попадает или не попадает под определение) являются задачи распределения ресурсов или контроля.

### ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ УРОВНЯМИ КАК СИСТЕМА ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Уровни системы поддержания здоровья сопряжены друг с другом, зависимы друг от друга и проецируются друг на друга. Однако далеко не все элементы этой системы (уровни, сопряжения уровней и связи между ними) являются предметом описания и анализа. Большая часть этих элементов находится вне поля внимания как медиков, так и социологов. Мы же исходим из предположения, что все названные выше уровни здоровья актуальны, все отношения между ними имеют эмпирические референты.

Рассмотрим отношения между уровнями системы поддержания здоровья. На строки таблицы вынесены наименования названных выше уровней организации системы поддержания здоровья. Каждому уровню организации соответствуют специалисты, то есть люди, профессионально исследующие или действующие на этом уровне организации.

Биологи работают с биологическими феноменами, а чиновники – с государственными. Но поскольку система поддержания здоровья представляет собой некое целое, и биологи (как и все остальные специалисты) имеют свое представление о государственных реалиях, и чиновники имеют свое представление не только о государственном управлении, но и о биологических, психологических и всех прочих реалиях.

Совокупность таких межуровневых представлений задается таблицей 1, в которой каждый уровень (предмет – строка таблицы) и соответствующий метод (специалист – столбец таблицы) пронумерованы. Соотношения между предметами и методами тем самым получают

Таблица 1.

## ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ УРОВНЯМИ ФЕНОМЕНА ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Уровни ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	Биологи	Психологи	СОЦИАЛЬНЫЕ ПСИХОЛОГИ	КОММЕРСАНТЫ ИЛИ ЭКОНОМИСТЫ	Врачи-члены ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОРПОРАЦИЙ	Чиновники
Уровни структуры	1	2	3	4	5	6
Биологический	Биологическое здоровье / организм	Личностно пе- реживаемые особенности биологического строения и функционаиро- вания	Общественно значимые биологические особенности (слепота, глухота и пр.)	Коммерчески привлекатель- ные биологи- ческие особенности (полнота, худо- ба, состояние кожи и пр.)	Биологические особенности как основа для постановки диагноза	Государственно оформленные нозологи, типы болезней, заданные списками
Личностный	Биологические типы личности (меланхолики, сангвиники и пр.)	Психическое здоровье	Общественно значимые лич- ностные осо- бенности (эмо- циональная лабильность, зависимость от стимулято- ров и пр.)	Коммерчески привлекатель- ные личност- ные особеннос- ти (нарушение сна, колебания настроения и пр.)	Личностные особенности как основа для постановки диагноза	Осударст- венные (признанные государством) личностные особенности, требующие учета и психо- логической помощи
Общественный	Общественные организации и социальные группы, осно- ванные на био- логически де- терминирован- ных социаль- ных особеннос- тях (женские организации, гомосексуалис- ты и пр.)	«Психологичес- ки» детерми- рованные общественные особенности.	Социальное (общественное) здоровье	Коммерчески привлекатель- ные обществен- ные отношения по поводу здоровья	Признанные официальной медициной обществен- ные терапев- тические группы и практики	Осударств- венные обще- ственные формы самоорганиза- ции и помощи, связанные с поддержани- ем здоровья
Коммерческий	Коммерция на биологии (БАДы, фит- нес-индустрия и пр.)	Бизнес на сочувствии (частные психо- терапевты и пр.)	Бизнес на об- щественных отношениях по поводу здо- ровья (платные семинары, се- мьевые пирами- ды, рынок оз- доровительной прессы и пр.)	Покупаемое и продаваемое здоровье	Коммерциали- зированные медкорпора- ции	(дипломирован- ные знахари, кружки ЗОЖ, запрещенные секты и пр.)
Корпоратив- ный	Корпорации, специализиру- ющиеся на нейтрализации «биологиче- ских» угроз	Корпорации, специализиру- ющиеся на нейтрализации «психологиче- ских» угроз	Корпорации, специализиру- ющиеся на нейтрализации «социальных» угроз	Корпорации, замаскирован- ные под ком- мерческие структуры (фарм. фирмы и пр.)	Медицинское здоровье	Признанные государством (лицензиро- ванные) и зап- рещенные ви- дны коммерции на здоровье (госрегулиру- вание оборота лекарственных средств и пр.)
Государст- венный	Государствен- ные службы контроля биологических состояний (санэпидем- надзор и пр.)	Государствен- ная система психиатричес- кой и психо- логической помощи населению (пропаганда ЗОЖ)	Государствен- ные ЛПУ, выполняющие социальные функции (вра- чарей, целеите- лей, больницы как институты признания)	Фактически приватизиро- ванные гос. ЛПУ и платные услуги в гос. ЛПУ	Государствен- ные учрежде- ния здравооо- рания	Государствен- ное здоровье

двузначные номера, а их отношения описываются как элементы системы поддержания здоровья.

Каждый элемент системы поддержания здоровья (клетка таблицы) институализирован и представлен в социальной практике как определенный вид деятельности, имеющий ту или иную организационную форму. То есть, с позиций принятой методологии (вводящей шесть уровней структуры системы) существует, по меньшей мере, 36 форм институализации системы поддержания здоровья.

Каждый элемент этой системы представлен отношениями между предметами (уровнями структуры) и методами, носителями которых являются предметные специалисты. Отношения между одноименными предметами и специалистами интерпретируются нами как соответствующие предметам формы знания о системе поддержания здоровья. Так, государственное здравоохранение ограничено 11 формами (элементы строки «государственный» и столбца «чиновники»).

*Биологический предмет (уровень) системы поддержания здоровья в представлениях разных специалистов.*

Рассмотрим биологический предмет (уровень) в его отношениях с другими методами (специалистами), включаемыми нами в систему поддержания здоровья.

Отношение 1.1. Биологи, исследуя людей своими методами, выделяют множество биологических характеристик, называя их биологическими свойствами. Само понятие биологического в данном тексте не конкретизируется, хотя, если в этом возникнет необходимость, то можно выделить отдельно различные предметные аспекты биологической структуры (физиологические свойства, биохимические свойства, генетические свойства и пр.). Выделенные биологами свойства могут – с точки зрения других специалистов в системе поддержания здоровья – составлять базу признаков аномальных биологических состояний, то есть симптомов, часть которых интерпретируется другими агентами системы поддержания здоровья как проявления болезней.

Отношение 1.2. Психологи, исследуя биологические особенности людей, выделяют свойства, которые оказывают влияние или определяют их психологические особенности. Из всего многообразия биологических свойств для психологов в данном случае значимы только те, которые связаны с психическими особенностями людей. Часть этих свойств рассматриваются ими как аномальные. Функцией психологов в рамках системы

поддержания здоровья является оказание психологической помощи и осуществление психологическими методами коррекции аномалий.

Отношение 1.3. Социальные психологи, анализируя «биологию» людей, выделяют феномены, имеющие биологическую природу, но определяющие их предмет исследования, отношения между людьми. Таковы, например, особенности памяти, устройства и функционирования органов восприятия, дефекты опорно-двигательного аппарата и многое другое, оказывающие влияние на структуру межличностных отношений и значимые в рамках групп непосредственного взаимодействия. Функцией социальных психологов в рамках системы поддержания здоровья является коррекция (их методами) межличностных отношений, связанных с биологическими особенностями (аномалиями) людей.

Отношение 1.4. С точки зрения коммерсантов значимы те биологические особенности людей, за коррекцию которых они готовы платить. Это, например, излишняя полнота или чрезмерная худоба, состояние кожи и полости рта, облысение и многое другое. Многие такие «патологии» вводятся в социальный оборот внешним образом, через социальную рекламу. Тем самым создается потребность в лечении и формируется контингент людей, готовых платить за коррекцию своих биологических особенностей. Функция коммерсантов в данном случае заключается в оказании платных услуг при коррекции биологических особенностей.

Отношение 1.5. С позиций врачей и членов врачебных корпораций значимы те биологические особенности людей, которые они рассматривают как симптомы и синдромы болезней. Профессиональная деятельность врачей направлена на диагностику симптомов болезней и лечение. Многообразие биологических симптомов и практик лечения привело к формированию врачебных специализаций, каждая из которых оформлена как корпорация со своими стандартами диагностики и лечения и практиками их реализации.

Отношение 1.6. Для чиновников системы государственного здравоохранения «биология» представлена как имена-названия болезней в соотношении их с социальными статусами людей, носителей этих болезней. Чиновники – в соответствии со значимыми для них биологическими признаками – присваивают людям, носителям этих признаков, соответствующие статусы (туберкулезник, диабетик, инвалид, ограниченно трудоспособный и пр.). Процедура присваивания статусов на основании биологических признаков осуществляется государственными институтами диагностики. Чиновники определяют социальные статусы

людей, имеющих проявления болезней, фиксируя их способность или неспособность заниматься какой-либо деятельностью.

*Личностный предмет (уровень) системы поддержания здоровья в представлениях разных специалистов.*

Отношения между личностным (психологическим) уровнем структуры и различными уровнями функционирования системы поддержания здоровья могут интерпретироваться следующим образом.

Отношение 2.1. Классы и типы личностей, особенности которых определяют различное отношение к своему здоровью и склонность к самолечению.

Отношение 2.2. Личное здоровье (отношение личности к личностному уровню организации).

Отношение 2.3. Общественно значимые (в рамках групп непосредственного взаимодействия) психологические особенности, такие как эмоциональная лабильность или зависимость от стимуляторов разного рода.

Отношение 2.4. Коммерчески привлекательные личностные особенности, за коррекцию которых люди готовы платить. Это могут быть нарушения сна, навязчивые состояния или любые другие личностные особенности, мешающие, с точки зрения покупателя услуги, достижению его целей или просто нормальной жизни. Эти состояния вводятся – как поддающиеся терапии – в социальный оборот рекламой, общественным мнением и другими социальными инструментами, создавая рынок соответствующих услуг.

Отношение 2.5. Личностные особенности, которые становятся болезнью, требующей лечения, для контроля за которыми необходимо использовать услуги и товары, производимые медицинскими и фармацевтическими корпорациями. Таков, например, институт психоанализа и институт лечения пограничных состояний. Введенные в социальную практику ноотропы, седативные препараты, аспирин и его производные (эти препараты или безрецептурные или рецептурные, но их продают без рецепта) образуют весьма объемный рынок, полностью контролируемый корпорациями.

Отношение 2.6. Психологические симптомы и синдромы, которые признаны государством патологическими. Люди, носители этих симптомов, считаются государством аномальными и при наличии признаков «общественной опасности» ставятся на учет в соответствующие медици-

нские заведения. Система психиатрической и психологической помощи в значительной степени монополизирована государством, которое в разных формах противодействует выполняющим те же социальные функции феноменам общественной, частной и корпоративной частей системы здравоохранения.

*Общественный предмет (уровень) системы поддержания здоровья в представлениях разных специалистов.*

Отношения между общественным (социально-психологическим) уровнем структуры и различными уровнями функционирования системы поддержания здоровья могут интерпретироваться следующим образом.

Отношение 3.1. Общественные объединения или организации людей со сходными – по их мнению – биологическими аномалиями, такими как глухота, слепота, нетрадиционная сексуальная ориентация и множество других. Эти люди, будучи членами организации, теми или иными способами монетизируют свою аномальность, получая какие-то преференции или прямые доходы.

Отношение 3.2. Общественные объединения или организации людей по признаку личностных особенностей, например, группы анонимных алкоголиков.

Отношение 3.3. Социальное (общественное) здоровье как отношение членов групп непосредственного взаимодействия к общественному уровню организации системы поддержания здоровья.

Отношение 3.4. Коммерчески привлекательные формы общественных отношений по поводу здоровья. Это разного рода платные терапевтические группы. В отличие от собственно общественных форм они интегрируются не вокруг личности авторитета (мага, знахаря, гуру), а вокруг оплачиваемого по твердой таксе консультанта, гарантирующего достижение лечебного эффекта при условии покупки рекомендуемых им препаратов, исполнения обрядов и упражнений, применения разного рода приборов и воздействий типа лазерной терапии или магнитного поля.

Отношение 3.5. Организационные формы общественного уровня поддержания здоровья, приобретшие корпоративный статус. Таковы сообщества людей, использующих разные техники управления здоровьем и лечения, которые вошли в арсенал официальной медицины, но, по сути, использование их базируется на вере и авторитете учителя, нежели на строгом научном знании. Это группы, практикующие «дыхание по Бу-

тейко», исповедующие «метод Дикуля» и множество других, жестко конкурирующих друг с другом за влияние на пациентов.

Отношение 3.6. Государство может признавать или, напротив, не признавать различные общественные формы борьбы с болезнями. В первом случае оно их контролирует (в форме зарегистрированных НКО, выдачи дипломов народных целителей), финансово и ресурсно обеспечивает, во втором – подвергает преследованию, объявляя сектантством и мошенничеством.

*Коммерческий предмет (уровень) системы поддержания здоровья в представлениях различных специалистов.*

Отношения между коммерческим уровнем структуры и различными уровнями функционирования системы поддержания здоровья могут интерпретироваться следующим образом.

Отношение 4.1. Формы коммерции на биологических препаратах и техниках. Это рынки БАДов, безрецептурных лекарств, трав и всего того, что по мнению покупателей может благотворно влиять на собственные биологические особенности, представляющиеся им аномальными.

Отношение 4.2. Бизнес на личностных особенностях людей, которые мешают последним, по их мнению, нормально жить. Это рынок ведовства и колдовства, психоанализа и гипноза, и многого другого.

Отношение 4.3. Бизнес на социальных отношениях по поводу здоровья. Это разного рода платные терапевтические группы, ролевые игры, и другие формы коллективных способов нейтрализации тех форм межличностных отношений, которые – по мнению участников такого рода игр – настолько мешают им жить, что они готовы платить за их компенсацию. Сюда же можно отнести варианты извлечения прибыли с деятельности сетевых пирамид по продаже БАДов и с продажи каналов обмена «оздоровительной» информацией между людьми (например, газет, заполненных рецептами самолечения, присланными самими читателями).

Отношение 4.4. Коммерческое здоровье как отношение коммерсантов и экономистов к коммерческому уровню организации системы поддержания здоровья. Такое здоровье продается и покупается на рынке частной медицинской помощи.

Отношение 4.5. Коммерциализированные медицинские корпорации, основным источником ренты для которых является не государственный бюджет, а расходы самих пациентов.

Отношение 4.6. Институты признания или запрета государством коммерческой деятельности по поводу здоровья: выдача разрешений, лицензий, контроль.

*Корпоративный предмет (уровень) системы поддержания здоровья в представлениях различных специалистов.*

Отношения между корпоративным (медицинским) уровнем структуры и различными уровнями функционирования системы поддержания здоровья могут интерпретироваться следующим образом.

Отношение 5.1. Корпорации, специализирующиеся на нейтрализации биологических угроз и извлекающие ренту с их нагнетания.

Отношение 5.2. Корпорации, специализирующиеся на нейтрализации психологических угроз и извлекающие ренту с их нагнетания.

Отношение 5.3. Корпорации, специализирующиеся на нейтрализации социальных угроз и извлекающие ренту с их нагнетания.

Отношение 5.4. Коммерческие структуры, обладающие монопольным или привилегированным положением на рынке и благодаря этому извлекающие ренту. Это фармацевтические фирмы, под препараты которых создаются болезни и формулируются новые угрозы; частные клиники, находящиеся под протекцией государственных структур, и другое.

Отношение 5.5. Корпоративное (медицинское) здоровье, подтверждаемое профессионалами-медиками в соответствии с их специализацией и обеспечиваемое их деятельностью.

Отношение 5.6. Институты признания государством корпораций и контроля над ними: номенклатура медицинских специальностей, нормативная база, регулирующая деятельность врачей, формирование специальных бюджетов и др.

*Государственный предмет (уровень) системы поддержания здоровья в представлениях различных специалистов.*

Отношения между государственным уровнем структуры и различными уровнями функционирования системы поддержания здоровья могут интерпретироваться следующим образом.

Отношение 6.1. Государственные институты, в функции которых входит управление и контроль над биологическими состояниями. Это разного рода диагностические и мониторинговые структуры, службы контроля (санитарно-эпидемиологическая служба, ветеринарная служ-

ба, противочумная служба, организации врачебно-трудовой, судебно-медицинской и военно-медицинской экспертизы).

Отношение 6.2. Государственная система психологической и психиатрической помощи, созданная для того, чтобы контролировать (компенсировать) аномалии личности. Сюда же можно отнести государственные институты по воздействию на отношение людей к своему здоровью (пропаганда здорового образа жизни, например).

Отношение 6.3. Институты государственной системы здравоохранения, выполняющие социальные функции, например больницы, решающие задачи ухода за стариками.

Отношение 6.4. Государственные организации, выполняющие свои функции за деньги. Это платная медицинская помощь, оказываемая государственными, но фактически приватизированными учреждениями и организациями здравоохранения.

Отношение 6.5. Государственные учреждения как место функционирования медицинских корпораций. Специализированные службы оказания медицинской помощи по отдельным специальностям.

Отношение 6.6. Государственное здравоохранение как система организаций и учреждений (отношение чиновников к государственному уровню поддержания здоровья – диагональный элемент таблицы), его институты, органы управления и распределения ресурсов.

\* \* \*

Как и для чего можно применять эту схему? Во-первых, для определения эпистемологических оснований исследований социальных институтов поддержания здоровья.

Мы показали, что феномен «здоровье» нельзя описать целиком. Это сложносоставной комплекс взаимодополняющих, но порой конфликтующих понятий, которые необходимо разводить в процессе исследования. Предложенная таблица иллюстрирует разнообразие картин мира, которые возникают при обращении к этому феномену у разных специалистов. Разумеется, она не является исчерпывающей. Список специалистов, обладающих собственными представлениями о здоровье и действующих в соответствии с ними, можно было бы расширить, пропорционально увеличив количество предметных областей системы поддержания здоровья.

Признание мировоззренческого разнообразия дает возможность очертить границы применимости представлений о здоровье. Исследователь, занимающийся эмпирическим изучением в данной области, должен понимать, каковы его ограничения, обусловленные выбором предмета и областью компетенции. Например, экономист, использующий рыночный язык, объективно упускает из виду некоммерческие отношения по поводу поддержания здоровья (обмен по принципу «услуга за услугу»), составляющие значительную часть неформальной экономики.

Во-вторых, веерно-матричная логика позволяет понять мотивацию основных действующих лиц, вовлеченных в отношения по поводу здоровья, и объяснить механизмы государственной политики в области здравоохранения.

Так, весьма распространенные в управленческой среде упрощенные представления о том, как устроена система поддержания здоровья, ограничиваются двумя уровнями: (1) биологическим и (6) государственным. В этой обыденно-государственной картине мира поддержание здоровья является монопольной функцией государства, которое фиксирует какую-то часть биологических особенностей в своих нормативных документах (называет их болезнями) и формирует институты для их диагностики и лечения.

Экономика такой системы проста и основана на представлениях о том, что болезни существуют объективно, а государство должно заботиться о том, чтобы люди не болели. Поэтому усилия и ресурсы государства направляются на диагностику болезней и на их лечение. При этом расширение диагностического поля приводит к увеличению количества больных и к соответствующему росту потребности государственного здравоохранения в ресурсах. Однако такая онтология феномена «здоровье» явно ограничена, поскольку не включает понятие людей как социальных субъектов и многообразие межличностных, общественных, рыночных и корпоративных отношений между ними.

При осознании внутренней сложности феномена «здоровье» становится заметной коллизия, отражающая изменения системы поддержания здоровья в современной России по сравнению с СССР. В официальной советской картине мира здоровье, в соответствии с описанной выше упрощенной логикой, было сферой не только заботы, но и безусловной монополии государства. Иными словами, здоровье было в чистом виде ресурсом, который выделялся гражданам пропорционально их значимости для государства, в соответствии с сословным статусом, а врачи яв-



лялись агентами государства по распределению этого блага. Различные негосударственные агенты, от адептов альтернативных учений и до частных врачей и фармацевтов, подвергались гонениям.

Хотя государственная монополия на борьбу с болезнями ушла в прошлое вместе с советским государством, данная картина мира нередко встречается и сегодня, причем не только в умах чиновников, но и медиков, и простых граждан. Восприятие здоровья как выдаваемого и получаемого по принципу «сколько положено» ресурса оказалось весьма живучим, несмотря на крах сформировавшей его официальной идеологии.

Параллельно в обществе идет процесс, который можно назвать «приватизацией» здоровья. Последнее превращается в товар: его можно продать и купить, в него стоит инвестировать деньги, свободное время и силы. Здоровье фактически становится личным делом каждого человека, несмотря на сохраняемые в Конституции РФ социальные гарантии государства. Представления о здоровье как о ресурсе и как о товаре конфликтуют друг с другом, отражая социальное напряжение и воплощаясь в политические проблемы. Люди, рассматривающие заботу о своем здоровье исключительно как пользование государственной системой здравоохранения, на практике сталкиваются с тем, что бесплатный медицинский «паек» включает очень ограниченные и некачественные услуги, а для его получения нужно потратить свое время (которое, в отличие от советского мироустройства, также теперь конвертируется в деньги). Те граждане, кому дорого собственное здоровье и время, отказываются от государственной медицины, обращаясь к замещающим ее различным общественным, коммерческим и корпоративным агентам.

В настоящей работе мы провели внутреннюю структуризацию системы поддержания здоровья по эпистемологически-лингвистическому критерию: основанием для выделения уровней системы служили области компетенции различных специалистов. Подобным образом она может быть проанализирована по административно-территориальному и экономическому критериям. В первом случае в основу структуры будут положены иерархии организаций, в функции которых входит поддержание здоровья; во втором – основные ресурсы, используемые для поддержания здоровья (личное время, гонорар, деньги, ресурсы и т. д.). Такие аналитические построения и поиск эмпирических референтов для них являются задачей дальнейших исследований.

Ю.А. Крашенинникова

## КОРПОРАЦИИ В СИСТЕМЕ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Принято считать, что в сфере здравоохранения есть интересы населения (потенциальных и действительных пациентов), трансляторами которых должны выступать медики, и интересы государства. В картине мира, создаваемой нормативными актами, официальными выступлениями представителей государства и их лояльными интерпретаторами в средствах массовой информации, эти интересы едины: власть заботится о здоровье своих граждан, для чего содержит государственную систему здравоохранения и регулирует всех других агентов в системе поддержания здоровья.

Альтернативная, критическая позиция заключается в том, что наше государство, вопреки Конституции РФ, экономит на здоровье своих граждан, ущемляет их интересы, что проявляется в разрушении системы здравоохранения. Государство, по сути дела, подталкивает своих граждан самостоятельно заниматься поддержанием собственного здоровья, затрачивая на это минимальное количество государственных средств.

И в том, и в другом случае не принимается во внимание, что у самой системы здравоохранения, у ее участников, у тех, кто занимается лечением людей, есть свои интересы, которые отличаются от интересов и пациентов, и государства. Чтобы увидеть и зафиксировать эти особые интересы заинтересованных сторон, мы обратились к понятию корпорации и попытались применить его к анализу ситуации в современном российском здравоохранении.

Используя слово «корпорации», мы имеем в виду группы участников отношений в системе поддержания здоровья, стремящиеся к завоеванию монополии на выполнение определенных функций и на распоряжение выделяемыми под эти функции ресурсами, что позволит им извлекать ренту со своего монопольного статуса и распределять ее между «своими».

Ключевой характеристикой корпораций в предлагаемой аналитической модели является стремление контролировать ресурсы, выделяе-

мые на поддержание здоровья из государственных бюджетов и кармана самих пациентов. Вторичные, вытекающие отсюда черты, – единая система ценностей и внутренних корпоративных правил (корпоративный дух и самоуправление); защита и лоббирование своих интересов, влияние на государственную политику; внутренняя иерархия, позволяющая распределять ренту между участниками корпорации пропорционально их весу и статусу.

Как и промышленные корпорации, корпоративные агенты системы поддержания здоровья нацелены на монополизацию рынков.

Однако в отличие от производства товаров и услуг, в случае со здоровьем можно, на наш взгляд, говорить о том, что сами рынки медицинских услуг формируются усилиями корпораций. Решающее значение приобретает монополия официальной медицины на знание о здоровье человека (болен ли человек, что он должен лечить и каким образом, определяет врач)<sup>4</sup>. Корпорации отстаивают свои монопольные права на реализацию определенных практик лечения или иных действий, ставя под сомнение право на существование иных компонентов системы поддержания здоровья, таких как самолечение или альтернативная медицина.

Профессиональное медицинское сообщество принято представлять как единую корпоративную группу. Исторически лечение и было монопольным предметом средневековой врачебной корпорации, а формы организации современной официальной медицины сохранили черты этой обособленности. Однако для целей нашего описания более подходит взгляд на пространство медицины как на поле множества корпораций, поскольку это позволяет увидеть неравномерность распределения ресурсов, понять причины расстановки приоритетов в борьбе с различными болезнями и зафиксировать конкурентную борьбу различных интересов.

Борьба за ресурсы – *modus vivendi* корпораций. Возможности завоевания ресурсов и монополии в сфере медицины неразрывно связаны с формулированием угроз здоровью населения, на борьбу с которыми и выделяются ресурсы. Если общество и государство не понимают важность той или иной болезни, или вообще не считают ее заболеванием, то они не будут платить за борьбу с ней. Кроме того, в перманентно дефицитной экономике здравоохранения всегда актуальна задача определения приоритетов – необходимо выбирать, на что потратить средства в первую очередь и в каком количестве. Конкуренция между корпорациями возникает, поскольку ресурсов всегда оказывается меньше, чем этого требуют изменяющиеся потребности. Поэтому каждой нужно дока-

зать, что их предмет деятельности наиболее значим в деле поддержания здоровья нации.

Работа с понятием «корпорации» в данном контексте требует еще нескольких уточнений.

Во-первых, это не правовой статус. Хотя от государства и зависит, получит ли определенная группа интересов в здравоохранении монополию на распоряжение каким-то ресурсом, в юридическом смысле корпораций не существует. В отличие от идеальной модели корпоративного государства, в анализируемом нами пространстве нет оформленных институтов контроля за деятельностью корпораций, а также их политического представительства. Взимание ренты, как таковое, не легализовано, поэтому государство может его произвольно объявлять коррупцией.

Во-вторых, это не стабильные, фиксированные группы, а изменяющиеся общности, положение, формы защиты интересов и внутренняя расстановка сил которых зависят от многих факторов. Поэтому бессмысленно, на наш взгляд, выстраивать структуру корпоративного уровня системы поддержания здоровья. Мы можем лишь дать типологию различных видов корпораций.

В-третьих, принадлежность к корпорации далеко не всегда прослеживается на индивидуальном уровне, в персональной самоидентификации врачей и других ее участников. Понимание корпоративных интересов и задач во многом зависит от места во внутрикорпоративной иерархии: для рядовых членов оно может быть минимальным, тогда как верхушка, устанавливающая правила и нормы, отлично осознает роли всех участников в жизни корпорации. Корпорации далеко не однородны, они жестко иерархичны, и возможности извлечения ренты на уровне, приносящем личное удовлетворение, есть далеко не у каждого. Медицинская среда сегодня в России очень разнородна даже в рамках одних и тех же медицинских направлений. Уровень доходов и образ жизни сельского хирурга и хирурга, работающего в высокотехнологичном центре или в московской государственной или частной клинике, диаметрально отличаются.

Предлагаемый подход нетипичен для исследований в рамках различных дисциплин, занимающихся вопросами здравоохранения и медицины. Термин «корпорация» в таком понимании применительно к организации медицины фактически отсутствует в научном обороте, а процессы, фиксируемые с его помощью, находятся вне фокуса интереса научного сообщества в России. Из существующих в арсенале обществен-

ных наук категорий «корпорация» в нашем понимании наиболее близка понятию «группа интересов», используемому в политологических дисциплинах, но также редко применяемому при изучении ситуации в здравоохранении. Речь идет о «группе интересов» в его широком, функциональном понимании как социальной группы, стремящейся оказать влияние на власть в своих интересах.

Описание корпоративного уровня системы поддержания здоровья имеет три серьезных трудности. Это ограничения, без учета которых представленная здесь работа будет выглядеть, в лучшем случае, забавной умозрительной конструкцией.

Во-первых, необходимо иметь в виду многозначность выбранного нами центрального термина для описания современных реалий в российской медицине. Слово «корпорация» имеет различную смысловую нагрузку в истории Средневековья (сословно-профессиональное объединение цехового типа), в социологии (распространенное словарное определение корпорации как группы лиц, объединяющихся на основе единых – профессиональных, коммерческих, сословных – интересов), в экономике (форма организации бизнеса, акционерное общество), в юриспруденции (юридическое лицо, объединяющие физических лиц, но обладающее автономией от них), в политике (объединение людей по профессиональному признаку, представляющее свои интересы во власти). Если словосочетание «университетская корпорация» прочно вошло в лексикон социологов и историков науки, а также применяется в публичном поле, то за «медицинской корпорацией», во всяком случае, в русском языке, закрепилась лишь одна смысловая коннотация, отождествляющая корпорацию с коммерческим предприятием. Кроме того, под «корпоративной» медициной нередко подразумевают медицину ведомственную.

Во-вторых, это сложности получения информации и введения ее в научный оборот. Многие формы корпоративных взаимоотношений обычно интерпретируются в публичном поле как проявления коррупции и нарушения закона, а потому осуждаются и рассматриваются как аномалии, как отклонения, а не как сложившиеся практики. В ходе интервью представители медицинского сообщества обычно охотно рассказывают о неформальных нормах и практиках их корпораций, но при условии анонимности и «не под запись». Упоминания тех или иных персон и учреждений могут быть чреватые, по мнению врачей, какими-то санкциями со стороны власти пресекающих. Иными словами, жизнь кор-

пораций трудно зафиксировать в научном тексте, поскольку фактура, на которую следует сослаться при ее описании, нередко более подходит для разоблачительной журналистики. Это налагает некоторые ограничения на использование иллюстративного и доказательного материала в нашем описании и, возможно, придает ему излишнюю обобщенность.

В-третьих, вследствие того, что в сфере медицины очень высока степень государственного регулирования (от лицензирования всех основных видов деятельности и контроля оборота всей продукции медицинского назначения до бюджетного финансирования большинства медучреждений в России), корпоративные интересы замаскированы под государственные. Необходимо, хотя бы аналитически, начинать их различать.

Наши задачи на данном этапе описания корпораций в системе поддержания здоровья в современной России сводятся к тому, чтобы предложить общий подход к анализу данного феномена и широкими мазками обрисовать процессы формирования корпораций, борьбы за ресурсы и извлечения ренты. Для этого мы предпримем несколько шагов:

- попытаемся свести многообразие форм корпораций к нескольким типам и рассмотрим корпорации в отношениях с другими участниками системы поддержания здоровья и друг с другом;
- проанализируем особенности профессионального медицинского сообщества в России, определяющие развитие корпоративных отношений;
- рассмотрим наиболее заметные стратегии в формировании профессиональных медицинских корпораций и в качестве примера опишем одну из них;
- наконец, разберем основные способы извлечения корпоративной ренты из ресурсов, выделяемых государством на поддержание здоровья.

В заключение – несколько слов о круге используемых источников. Помимо нормативных документов, средств массовой информации и других открытых источников, позволяющих составить представление о публичном дискурсе корпораций и позиции государства, мы использовали материалы собственных экспертных интервью с представителями медицинского сообщества<sup>5</sup> (далее в тексте цитаты из них выделены курсивом) и результаты полевых экспедиционных исследований системы здравоохранения, проводившихся в 2010 – 2011 годах в ряде регионов России проектно-учебной лабораторией муниципального управления НИУ ВШЭ.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРПОРАЦИЙ

При описании корпоративного уровня системы поддержания здоровья можно выделить три группы субъектов, извлекающих ренту из распоряжения ресурсами. Прежде всего, это собственно **профессиональные (медицинские) корпорации**, организованные по принципу врачебных специализаций и направлений медицины (кардиологи, онкологи, дерматологи, терапевты и пр.). Свое организационное воплощение они находят в медицинских научных обществах, а также в отдельных службах по нозологиям, выделяемых в рамках управления государственной системой здравоохранения. Именно этот тип будет главным предметом анализа в данной работе.

Внутри каждой профессиональной корпорации существуют частные подразделения, связанные с особенностями их медицинской технологии, приемами диагностики и лечения, историей и именами врачей, персонифицирующих данное направление, а также местом дислокации. «Московские» и «питерские» части профессиональных медицинских корпораций существенно отличаются от провинциальных. Между этими частными подразделениями профессиональных корпораций отношения, как правило, конфликтны, однако конфликты довольно редко выходят в публичную сферу.

Особняком стоят профессиональные медицинские корпорации, обслуживающие отдельные социальные группы (военная медицина, медицина ФСИН, космическая медицина, медицина МВД, ядерная медицина, железнодорожная медицина и т. д.). Введение таких корпораций как отдельной категории обосновано существованием корпуса специальных нормативных актов, определяющих их деятельность (обычно это ведомственные акты), а также отдельной сети медицинских, оздоровительных учреждений и автономной от профильного министерства системой их управления. Существуют специальные бюджеты на поддержание описанных выше корпораций (в виде отдельных строк в федеральном и ведомственных бюджетах). Внутри этих корпораций сложились собственные иерархии отдельных медицинских направлений.

К другому типу корпораций следует отнести участников коммерческих отношений, которые несмотря на кажущуюся игру по рыночным правилам, по сути, действуют как корпоративные структуры. Они получают ренту оттого, что формируют рынки под свои интересы. Сюда можно отнести деятельность фармацевтических, биотехнологических и

иных компаний, выполняющих исследовательские, конструкторские и производственные функции в создании лекарственных препаратов, медицинской техники и оборудования. Они разрабатывают средства лечения и диагностики, а также обеспечивают удовлетворение потребностей рынков, часто ими самими и сформированными.

Введение этого типа **производственных корпораций** необходимо, чтобы зафиксировать ту сторону их активности, которая не укладывается в рамки чисто коммерческих отношений.

Помимо этого вокруг отдельных бюджетов, выделенных на противодействие определенным социальным и биологическим угрозам, формируются ситуационные или долговременные союзы различных агентов. Угроза может быть действительной либо сконструированной с помощью социальных технологий, как это было в случае с «птичьим» и «свиным» гриппом. Такие союзы включают не только профессиональные медицинские и производственные корпорации, но и других агентов (ведомства, общественные организации пациентов и т. д.). Этот тип условно можно назвать **бюджетными конгломератами**.

В «выбивание» и освоение средств на нейтрализацию угрозы включаются представители многих структур, которые заинтересованы в дополнительном финансировании. Так, при угрозе эпидемий формируются бюджетные корпорации, в которые входят работники фармацевтической промышленности, эпидемиологи, ученые иммунологи, вирусологи, бактериологи, зоологи и ветеринары (в случае зоонозов), а также военные, обеспечивающие меры безопасности, и другие специалисты. В случае борьбы с психиатрическими заболеваниями это, помимо врачей-психиатров, другие врачи, средний и младший медицинский персонал, работающие в государственных психиатрических учреждениях медицинские психологи, специалисты по социальной работе<sup>6</sup>, сотрудники психоневрологических диспансеров, подчиняющихся управлениям социальной защиты населения, а также негосударственные агенты – производители специфических лекарственных средств, пациентские организации, правозащитные НКО.

Однако ведущую, систематизирующую роль в бюджетных конгломератах все же играют члены профессиональных медицинских корпораций. В учреждениях государственной психиатрической службы психиатры по рангу выше других членов команды (психолог, социальный работник, медсестра и др.), которая лечит пациента «бригадным методом».

В понятие «противотуберкулезная помощь» входят, согласно профильному закону, не только медицинские, но и «социальные, санитарно-гигиенические и противоэпидемические» мероприятия. Координационная функция лежит на противотуберкулезных диспансерах.

Распределение ролей в бюджетных конгломератах можно представить следующим образом. Члены профессиональной корпорации во взаимодействии с агентами производственных корпораций формулируют наличие угроз, удостоверяя их своим авторитетом и знаниями. В том случае, если угроза акцептована государством или надгосударственными структурами (обычно – Всемирной организацией здравоохранения), для ее нейтрализации государством выделяется определенный бюджет. В этот бюджет включаются расходы как собственно на медицинские аспекты нейтрализации угрозы, так и на обеспечение деятельности врачей и медперсонала. В обеспечении принимают участие органы государственной, региональной и местной власти, военнослужащие и правоохранители и многие другие профессиональные группы. Медицинские и технические средства нейтрализации угроз обеспечивают производственные корпорации, заинтересованные, естественно, в максимальном объеме закупок.

Таким образом, выделяемые типы корпораций построены на разных принципах, а их институциональные проявления сильно различаются. Эти типы также могут пересекаться, накладываться друг на друга, как в случае с бюджетными конгломератами. Предлагаемая типология показывает, что корпорации в системе поддержания здоровья не тождественны медицинским профессиональным группам. Субъекты, извлекающие ренту из распоряжения ресурсами, гораздо многообразнее, и их влияние не следует недооценивать.

Далее постараемся кратко, с некоторыми примерами, описать, как публично проявляют себя корпорации, как они действуют.

#### БОРЬБА ЗА РЕСУРСЫ И ФОРМУЛИРОВАНИЕ УГРОЗ

Как уже говорилось, основным содержанием деятельности корпораций является борьба за ресурсы, выделяемые на поддержание здоровья людей, и конкуренция на этом поле с другими корпорациями. В каком виде происходит формулирование угроз, на устранение которых должны быть направлены усилия медиков и других членов бюджетных конгло-

мератов? Можно выделить две основные стратегии, условно говоря, интенсивный и экстенсивный путь.

Если медицинская область сложилась достаточно давно, задача расширения ресурсной базы решается за счет **обоснования социальной значимости того или иного заболевания**, что дает возможность получения дополнительных бюджетных средств на борьбу с ним. В этом случае круг конечных адресатов, к которым обращаются с аргументами, ограничивается государственными структурами, потенциальные и реальные пациенты из него выпадают. В то же время, «профильные» пациенты могут служить вспомогательным инструментом для давления на власть.

Другой путь – превращение каких-то социальных явлений в медицинские проблемы. Современная история медицины показывает, что медиализация, как экспансия медицины в иные сферы путем наделения тех или иных феноменов (в основном, нежелательных типов социального поведения) статусом болезни, оказывается наиболее успешной формой увеличения ресурсной базы существующих профессиональных корпораций и формирования новых. Она позволяет осваивать и бюджетные источники, и средства самих пациентов. Последнее важно в случае, если проблема, например облысение, не признается государством как социально значимая, и бюджет на нее не выделяется. Рассмотрим их подробнее.

#### ОБОСНОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Социальную значимость болезни придают либо значительное число заболевших людей, либо тяжелые последствия этого заболевания для экономики. Поэтому основным инструментом ее обоснования является оперирование данными медицинской статистики.

Излюбленный аргумент корпораций – приписывание определенным заболеваниям характера эпидемии или пандемии. Конструкты вроде введенного ВОЗ оксюморона «глобальная эпидемия хронических неинфекционных заболеваний» призваны донести до лиц, принимающих решения о финансировании здравоохранения, остроту всемирной угрозы от неинфекционных заболеваний<sup>7</sup>. В этом же ряду и заявление Всероссийского общества психиатров о том, что «психические расстройства в нашей стране приобрели масштаб социальной эпидемии»<sup>8</sup>.

Традиционно заметное место в борьбе за ресурсы занимает констатация объективных причин увеличения болезней в современном мире или расширения возможностей диагностики. Например, так обосновывают свою значимость врачи-флебологи: «Варикозное расширение вен, как и многие другие болезни, связано с тем, что за последние 30–40 лет наш образ жизни поменялся. Мы мало ходим, мало бегаем, мало занимаемся спортом. Мы в основном едим рафинированную пищу. Поэтому с каждым годом частота заболеваемости варикозной болезнью увеличивается примерно на 1 процент»<sup>9</sup>.

С точки зрения врачей, высокие показатели заболеваемости или их рост – скорее, хорошо, чем плохо, поскольку они отражают в первую очередь эффективность диагностики и, соответственно, работы системы здравоохранения на определенной территории. В то же время, именно они дают возможность обосновывать необходимость выделения дополнительных государственных средств на борьбу с тем или иным заболеванием или группой заболеваний. «Диалектика» использования данных статистики как способ аргументации сводится к обоснованию постоянного расширения работы системы здравоохранения. При получении ресурсов (например, диагностического оборудования, врачебных ставок) увеличивается выявляемость заболеваний, что дает возможность претендовать на очередные дополнительные ресурсы для борьбы со сформированной угрозой.

Соответственно, для «внутреннего» использования в системе здравоохранения статистика по заболеваемости оказывается источником информации о работе медицинских учреждений. Для «внешнего» использования – обоснованием расширения фронта работы медицинских корпораций. Например, в одном из экспертных интервью нам описывали анализ в региональном министерстве здравоохранения ситуации по заболеваемости в муниципальных районах следующим образом. Если показатели ниже средних по субъекту РФ – то плохо, так как это означает, что либо нет профильного специалиста, либо обращаемость низкая, либо ставят неправильные диагнозы; если выше – то это «не всегда плохо». «Внешнее» же использование предполагает, что высокая заболеваемость – это плохо само по себе, это угроза общественному здоровью. Поэтому она становится основным аргументом при выделении целевых бюджетных средств.

В наиболее выигрышном положении с точки зрения использования аргументации с опорой на официальную статистику оказываются те медицинские направления (службы), которые занимаются лидирующими

по причинам смертности и уровню заболеваемости недугами. Для других специальностей более результативным оказывается публично заявлять о недостоверности статистики.

Поскольку и чиновники, и профильные медики понимают приблизительность подсчетов количества отдельных заболеваний из-за трудностей их диагностики, статистика по ним становится предметом особенно активных спекуляций в борьбе за дополнительные бюджеты и ресурсы. Часто на страницах прессы встречаются заявления ведущих специалистов (в духе «ученые бьют тревогу») или представителей общественных организаций о том, что, по их подсчетам, реальное количество страдающих тем или иным заболеванием в разы превышает официальную статистику. Приведем для примера заголовки некоторых информационных сообщений новостных интернет-ресурсов: «ВОЗ: официальные данные о заболеваемости туберкулезом в России сильно занижены», «Официальная статистика онкологических заболеваний у детей в России занижена на 30 процентов», «Официальная статистика заболеваемости муковисцидозом в России занижена в несколько раз», «Россия занижает статистику по ВИЧ и СПИДу»<sup>10</sup>.

Поскольку взаимодействие корпорации с внешним миром строится на основе борьбы за ресурсы (бюджеты) и их освоения, оценка ею текущей ситуации основана на стратегии, которую можно назвать «прибеднением». Достижения, удачи, высокие результаты в картине мира, формируемой корпорациями, возможны, только если они связаны с расширением фронта работ и новыми проблемами, которые дают возможность претендовать на новые бюджеты. Например, для государства закупка нового диагностического оборудования в поликлиники хороша сама по себе, поскольку отражает заботу властей о здоровье населения. С корпоративной точки зрения это также достижение, но оно влечет за собой проблему дефицита кадров, а также увеличение выявляемости болезней, что обуславливает необходимость увеличения штата и зарплаты докторов, выделения дополнительных государственных средств на лекарства и так далее.

Вне публичного дискурса (например, в анонимных интервью с медиками) ситуация обычно выглядит лучше, чем это представляется в СМИ. Нередко эксперты констатировали, что по их специальности дела обстоят более-менее ничего, и за последнее десятилетие положение в чем-то даже улучшилось. А рассказы о том, как «все плохо», были основаны на материале других направлений медицины. Либо сравнение происходило



с положением медиков на селе. Например, главный внештатный эндокринолог в одном из субъектов РФ сказал нам, что региональная целевая программа по диабету была, но она закончилась, а новой – не планируется, поскольку в этой сфере сейчас более-менее стабильная ситуация, «подстрижено все хорошо», «образно говоря – сделан капитальный ремонт, теперь нужен периодически косметический». Ситуация оценивалась как критическая лишь в том случае, если наблюдалась острая борьба между отдельными группами внутри одной профессиональной корпорации. В этом случае эксперты говорили о «развале» их профильной медицинской службы.

Наконец, следует отметить, что нагнетание социальных угроз происходит в условиях серьезной внутренней конкуренции между корпорациями. Поэтому общественные кампании об «эпидемии» того или иного заболевания в нашей стране обычно сопровождаются разоблачениями в подтасовке фактов, критикой в адрес ангажированных экспертов, обслуживающих интересы отдельных фармацевтических компаний, и тому подобное.

**Медикализация.** Это сложный процесс, довольно хорошо изученный в социологии медицины и воспринимаемый в критическом ключе исследователями-гуманитариями. Отношение медиков к ней, за исключением редких разоблачающих медикализацию «отщепенцев»<sup>11</sup>, сводится к признанию того, что некоторые социальные явления становятся сферой заботы их профессионального сообщества. Однако медики воспринимают это как объективный обоснованный процесс<sup>12</sup>. В то же время в процессе лоббирования новая болезнь нередко подается будто существующая давно (или всегда), но как «открытая» медицинской наукой лишь недавно<sup>13</sup>.

В России медикализация во многом вторична. Новые болезни не изобретаются здесь, а заимствуются из-за рубежа, при поддержке авторитета международных медицинских ассоциаций и транснациональных фармацевтических компаний. Однако у нас существуют и свои доморощенные диагнозы для виртуальных болезней, обеспечивающие фронт работ медикам (подробнее об этом – в разделе про национальные особенности российской медицины).

Медикализация оказывается успешной стратегией для отдельных медицинских корпораций. В случае с медикализацией беременности и детского возраста – это педиатры и акушеры-гинекологи, в случае с ожирением – эндокринологи, с новыми психическими и психосоматическими расстройствами – психиатры, неврологи и т. д.

Кроме того, медикализация позволяет формироваться новым бюджетным конгломератам. Например, диагноз «ожирение» в тех странах, где этой проблеме уделяется серьезное общественное и государственное внимание, не только обеспечивает заказами фармацевтическую индустрию и занятость врачей-эндокринологов, хирургов-косметологов, но и дает дополнительный стимул развитию фитнес-индустрии, вплоть до того, что посещение фитнес-залов оплачивается работодателем или страховой компанией. В России диагноз «посттравматические стрессовые реакции» вдохнул новую жизнь в производство ноотропных препаратов и дал возможность милиции получить дополнительные бюджетные ресурсы на реабилитационные мероприятия для сотрудников, выполнявших служебно-боевые задачи в районах Северо-Кавказского региона, а также увеличить загрузку ведомственных психологов и неврологов<sup>14</sup>.

Как отмечалось ранее, медикализация давно стала предметом специального изучения социологами, особенно в рамках критической социологии медицины. Однако, только сейчас предпринимаются попытки количественно измерить объем расходов, связанных с медикализацией немедицинских проблем, в общих расходах на поддержание здоровья нации. Так, в 2010 году группа американских исследователей подсчитала расходы на медикализацию в бюджете домохозяйств США за 2005 год<sup>15</sup>. Они оценили стоимость борьбы с 12-ю медикализированными состояниями<sup>16</sup>, включая медицинские расходы (плата больницам, аптекам, врачам и другим поставщикам медицинских услуг), а также немедицинские расходы (транспортные расходы, снижение производительности или пропуск из-за болезни рабочих дней). Оценка расходов производилась на основе данных ряда национальных опросов, отчетов фармацевтических компаний и др.). В целом получилось 77,1 млрд долларов, т. е. 3,1 % от общего объема расходов на здравоохранение в США в 2005 году. Почти половина этих расходов приходится на неосложненную беременность и косметологию (body image services).

В отличие от обоснования социальной значимости заболеваний, медикализация как стратегия формулирования угроз нацелена не только и не столько на государственные структуры, распределяющие ресурсы. С помощью рекламы и СМИ корпорации пытаются воздействовать на самих потенциальных потребителей медицинских и смежных услуг и на общество в целом. То есть круг контрагентов, вовлеченных в корпорацию, здесь может быть более узким и не включать в себя сообщества пациентов. Напротив, иногда сами «больные» оказываются активными

противниками присвоения их социальным или личностным проблемам статуса медицинских угроз<sup>17</sup>, хотя история XX века дает и альтернативные примеры<sup>18</sup>.

При этом и в случае медиализации, и в случае обоснования социальной значимости основную нагрузку в публичной активности несут на себе профессиональные медики в лице ведущих научных институтов, медицинских ассоциаций при поддержке производственных корпораций.

#### Неравенство в мире корпораций:

##### ИЕРАРХИЯ И КОНКУРЕНЦИЯ

Какие-то корпорации оказываются более успешными в формулировке и обосновании угроз, какие-то – менее. В зависимости от этого различается их вес и статус в обществе, а значит, и возможность дальнейшего расширения ресурсной базы.

В успешности по «выбиванию» ресурсов отдельными профессиональными корпорациями важную роль играет личностный фактор – наличие лидера, имеющего политический вес. Кроме того, важно, в каких отношениях корпоративная элита находится с представителями власти. Так, по экспертным оценкам, корпорация по борьбе со СПИДом была успешна, когда эту тему курировал Роспотребнадзор (Г.Г. Онищенко), и главным эпидемиологом страны был один из патриархов российской медицины, экс-президент РАМН академик В.И. Покровский, а «ответственным» за борьбу с ВИЧ-инфекцией в стране – его сын, директор Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом академик В.В. Покровский. Стоит отметить, что эпидемия ВИЧ-инфекции и СПИДа не получила распространения в РФ только потому, что вышеназванные специалисты не дали развалиться в начале 1990-х годов советскую систему надзора за инфекционными заболеваниями. В настоящий момент вопросы формирования государственной политики и государственных закупок лекарств для лечения и профилактики ВИЧ/СПИД переданы в Министерство здравоохранения (ранее – и социального развития) Российской Федерации. Концептуальные вопросы борьбы с данной угрозой определяет главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ/СПИД А.И. Мазус. Однако являясь директором московского профильного центра, он воспринимается региональными специалистами как «лишь один из равных».

Важно и то, кто стоит у руля государственной системы здравоохранения. Наши эксперты приводили в пример советский опыт. Высшие руководители всегда занимались лоббизмом своей «родной» медицинской специальности. Когда академик Е.И. Чазов был руководителем IV Главного управления при Минздраве СССР, он «продвинул кардиологию»; в бытность хирурга Б.В. Петровского министром здравоохранения СССР «получила развитие хирургия», фтизиатра С.П. Буренкова – «массово внедрялись флюорографические осмотры населения, пробы Манту, прививки от туберкулеза». Такой лоббизм закономерен, поскольку эти люди хорошо разбирались в проблемах своей специальности, но «мужество руководителя в том и состоит, чтобы не скатываться к лоббированию одного узкого направления в медицине, которое хорошо ему знакомо, в ущерб другим». Личный фактор – заинтересованность чиновников, принимающих решения, в увеличении финансирования того или иного медицинского направления, – начинает действовать и тогда, когда они сталкиваются с собственной болезнью или недугом родственников.

Что касается конкуренции между корпорациями, то она проявляется не только в заочном состязании по убедительности обоснования социальной значимости «своих» угроз здоровью нации, но и в попытках (реальных или мнимых) одной из них захватить сферу влияния другой, при посягательстве на уже выделенные ресурсы. Это возможно в самых разных вариантах.

Так, несмотря на все усилия государства, в России очень плохо идет переход от участковых терапевтов к врачам общей практики, которые юридически имеют право выполнять часть функций узких специалистов (офтальмолога, гастроэнтеролога, отоларинголога и т. д.).

Сложные позиции у другой медицинской специальности, которая претендует на охват широкого круга медицинских проблем, – иммунологии. На Западе появление отдельной специальности врача-иммунолога долго тормозилось «из-за нежелания врачей других специальностей делиться пациентами». Поэтому западная практическая иммунология «развивалась в недрах онкологии и провалилась». В нашей стране сложился специфический большой рынок иммуномодуляторов, хаотично потребляемых населением без обращения к врачу. Несмотря на это, в российской государственной системе здравоохранения иммунологи в большинстве своем воспринимаются лишь как «люди, назначенные отвечать за прививки».



Отечественному бюджетному конгломерату по борьбе с туберкулезом приходится отбивать нападки с Запада, который в лице ВОЗ, Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и других иностранных экспертов в конце 1990-х – начале 2000-х пытался убедить Россию отказаться от флюорографии как приоритетного диагностического метода. По мнению рентгенологов, этот метод, уникальный для России, «очень неточный» и был внедрен в советское время с целью максимально массового охвата населения. В стране сложился специфический рынок флюорографов отечественного производства, соответственно, попытки перейти на другие методы диагностики блокируются корпорацией.

Порой конкурентная борьба выливается и в такие забавные публичные баталии, как это было в начале 2011 года при распределении ресурсов, выделенных в региональной программе модернизации здравоохранения Свердловской области. Несогласный с предложенной региональным министерством здравоохранения схемой закупки оборудования депутат городской думы Екатеринбурга и директор Уральского института кардиологии Я.Л. Габинский заявил: «Не надо впихивать городу гинекологическое оборудование. Наш министр здравоохранения – акушер-гинеколог, видимо, поэтому он усиливает эту специальность? А как же мы, кардиологи?»<sup>19</sup>.

Так или иначе, конечным результатом конкурентной борьбы корпораций является получение или расширение ресурсной базы, что позволяет их членам извлекать дополнительную ренту из своего статуса. В случае профессиональных медицинских корпораций разница в возможностях контроля над ресурсами проявляется в массовых представлениях о статусности отдельных специальностей.

Отметим, что существует их формальная иерархия, установленная государством в фиксированном перечне медицинских профессиональных квалификационных групп<sup>20</sup>. Среди специалистов с высшим образованием врачи-специалисты, работающие в поликлиниках, ниже по статусу, чем врачи-специалисты в стационарах, отделениях «Скорой помощи» и учреждениях медико-социальной экспертизы, а также чем терапевты, педиатры и семейные врачи. Выше терапевтов по статусу хирурги, оперирующие в стационарах. Они приравниваются к старшим врачам и старшим провизорам.

Однако эта официальная иерархия не совпадает с представлениями самих врачей о статусности и элитности той или иной врачебной специ-

альности. Наиболее престижными в медицинской среде считаются те из них, что дают возможность врачу хорошо зарабатывать официальным и неофициальным путем, в том числе за счет пациентов. Иными словами, престиж специальности зависит от возможностей извлечения ренты, что может различаться в разных регионах и сферах. Другой важный критерий – моральная отдача, которая также связана с получением благодарности от пациента («*престижность этих специальностей определяется не только возможностью заработка, но и тем, что это нужные, востребованные специальности, а сам врач получает удовлетворение от своей работы, например стоматолог видит свой результат налицо*»).

Так, по словам опрошенных нами московских экспертов, актуальный внутрикорпоративный рейтинг престижности выглядит следующим образом: челюстно-лицевая хирургия, гинекология, урология («*все, что вокруг естественных отверстий*»). На эти специальности самый большой конкурс в медицинских вузах, вокруг них сложились, по всей видимости, самые крупные теневые рынки торговли рабочими местами в столице и крупных городах. В Пермском крае наряду с традиционно элитными акушерами-гинекологами и стоматологами очень престижны узкие хирурги и кардиохирурги, поскольку здесь они «*хорошо зарабатывают*» за счет высокотехнологичных операций в местном Институте сердца, а также надбавок из регионального бюджета. В муниципальной районной больнице где-нибудь в сельской местности – своя шкала престижности: терапевты там престижнее узких специалистов, поскольку они получают т. н. «путинские» надбавки в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». По выражению одного из экспертов, «*любую специальность можно сделать престижной, если оплачивать ее как по тарифам высокотехнологичной помощи*».

Внутри профессиональных медицинских корпораций также нет равенства. Им присуща иерархичность, которая воспринимается как объективная, поскольку строится на меритократических принципах. Наибольший объем ресурсов концентрируется в сферах узкой специализации и высоких технологий. Здесь специалисты – действительно «штучный товар», в их подготовку инвестировано немало средств. Возможности для получения ренты несравненно выше, чем в рядовой районной больнице. И даже «человеческий материал», с которым приходится иметь дело, – лучше. По словам одного из экспертов, «*наименее престижна работа в поликлиниках, где максимален риск, что на тебя выльет свое недовольство пациент. В высокотехнологичных*

центрах, в научных центрах – самые покладистые пациенты, т. к. приходят после третичного отбора».

В формировании верхушки корпораций большое значение имеет фактор родственных и семейных связей. Представители одних семей контролируют руководящие посты в головных институтах по отдельным специальностям, в научных обществах, в органах управления здравоохранением. Присущая медицинской профессии в целом, династичность воспринимается как негласная корпоративная норма.

Наименьший объем ресурсов «доходит» до низовой, массовой прослойки – рядовых врачей, районных и муниципальных поликлиник и больниц. С точки зрения защиты интересов корпорации, их роль состоит в поставке пациентов своим более профессиональным коллегам в столицах и региональных центрах (а теперь – и межрайонных). В каждой медицинской специальности должны быть *«простые врачи, которые будут лечить какие-то фрагменты и сортировать больных»*, и *«специалисты высокой квалификации, которые решают нестандартные задачи и думают о пациенте, видят проблему широко»*. *«Ставку надо делать на то, чтобы сельские врачи не лечили, а выполняли лишь функцию диспетчеров для оперативного выявления и направления больных»* – поясняют ситуацию эксперты.

Однако если ресурсов, распределяемых на самый низовой уровень, слишком мало, то установленная официально монополия корпорации на определенный вид деятельности может нарушаться и даже работать ей во вред.

Жесткий дефицит кадров в сельской местности приводит к тому, что позиции нескольких узких специалистов там занимает один врач, или же функции врача (постановка диагноза, назначение лечения) выполняет фельдшер, не имеющий высшего медицинского образования. Специалисты из региональных и федеральных медицинских учреждений зачастую этим пользуются, оказывая платные услуги сельским жителям. Однако в этом случае они больше теряют: у них нет отлаженного потока больных, с помощью которого можно успешно осваивать бюджетные средства.

Наиболее финансово обеспеченный сегмент российской медицины – это высокотехнологичная помощь (ВТМП).

По данным Минздравсоцразвития России на 2012 год на ВТМП в федеральном бюджете запланировано 51,8 млрд рублей, причем по сравнению с 2006 годом ее финансирование выросло более чем в пять раз. Все-го в России ВТМП за счет средств федерального бюджета оказывают 250

медицинских учреждений (117 федеральных и 133 региональных)<sup>21</sup>. Во многих профессиональных медицинских корпорациях квоты на ВТМП – основной ресурс, получаемый от государства. Остановимся на нем подробнее.

ВТМП относится к тем феноменам, которые существуют в реальности благодаря признанию со стороны государства и специально выделенным на эти цели бюджетам. Иными словами, это понятие не медицинское по своей сути, оно – из словаря государственного управления и обозначает способ распределения ресурсов.

Высокотехнологичными в нашей стране являются только те операции и другие методы лечения, которые включены в специальный перечень, утверждаемый профильным министерством<sup>22</sup>. Волевым решением на основе экспертных оценок власти определяют, что относится в медицине к высоким технологиям, а что – нет<sup>23</sup>. Ключевым фактором выступает цена вопроса. Ранее ВТМП и фигурировала в нормативных актах как «высокотехнологичные (дорогостоящие) виды медицинской помощи», финансирование которых брал на себя федеральный бюджет. Впрочем, представление о том, что является дорогостоящим, довольно растяжимо. Оплата из федерального бюджета различных видов лечения, включенных в перечень ВТМП, различается – от 17 тыс. рублей в офтальмологии до сумм, превышающих миллион рублей, в онкологии, нейрохирургии и отоларингологии.

При этом, по оценкам экспертов, стоимость квот ВТМП существенно завышена *«из-за завышенной зарплаты, откатов на расходные материалы»*. Стоимость расходных материалов в России больше, чем на Западе (например, в Германии стоимость стента для аортокоронарного шунтирования – около 400 евро, в России – до 2000 евро).

Распределение квот по различным медицинским направлениям идет не в соответствии с реальной ситуацией по заболеваемости и выявляемости. Напротив, квотирование подстраивается под конкретные научные и финансовые интересы тех групп, которые обладают наибольшим влиянием. Так, в экспертном интервью мы слышали рассказ о том, как один из научных лидеров-нейрохирургов, работающий по исправлению редкой патологии мозга, «выбил» примерно половину от всех квот своего института на один вид операции. Выделенных средств оказалось больше, чем пациентов в наличии.

Разберем внутрикорпоративное распределение ресурсов на примере сердечно-сосудистых заболеваний. Корпорациям, специализи-

рующимся на угрозах здоровью в этой сфере, сегодня не нужно особо доказывать государству свою значимость. После победы над инфекционными заболеваниями инфаркты являются, согласно официальной статистике, одной из основных причин смертности населения. Поэтому борьба с ними является центральным приоритетом государственной политики в сфере здравоохранения. Но ресурсы распределяются неравномерно. Основные средства «закачиваются» в самый передовой, ресурсоемкий и элитный сегмент – сердечно-сосудистую хирургию. Это позволило врачам данной сферы войти в число наиболее престижных, с точки зрения самих медиков, специальностей, и вызвало процесс обособления более узких профессиональных корпораций (рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение, аритмология и др.). Вокруг дорогостоящего лечения за государственный счет сложились теневые рынки платной диагностики и расходных материалов, которые пациентам предлагается купить за свой счет.

Однако там, где больше всего ресурсов, и самая высокая конкуренция. В России сегодня сформировался весьма своеобразный рынок высокотехнологичной помощи, где основным дефицитным товаром является пациент, под которого и резервируются квоты в бюджете. За него борются отдельные подразделения корпорации кардиохирургов: старые федеральные клиники разной ведомственной подчиненности (Минздрав, РАМН и ФМБА), недавно построенные высокотехнологичные центры в федеральных округах, региональные кардиоцентры.

В разных регионах мы слышали похожие истории: многие клиники стремятся к большему количеству операций (так, что *«работают по ночам»*), и центральную проблему для них представляет нехватка пациентов из-за низкой выявляемости патологий и нежелания самих больных ложиться на операцию (так, что *«людей хватают на улицах»*). В сибирском регионе безусловный лидер на рынке ВТМП – Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. Е.Н. Мешалкина (ННИИПК), подчиняющийся напрямую Минздраву РФ: *«У него есть квоты на такие виды медицинской помощи, которые другим клиникам не удастся получить»*. Томский кардиологический центр (ГУ НИИ кардиологии СО РАМН) *«поскромнее»*: в нем оказывается и хирургическая, и терапевтическая помощь, но федеральные квоты получают только три хирургических отделения. Поэтому и дефицита пациентов здесь нет, стабильная очередь на госпитализацию в один-два месяца.

Держатели основных ресурсов страдают оттого, что слишком слабо обеспечена низшая прослойка – рядовые кардиологи в районных поликлиниках. Последние годы эта группа становилась еще меньше, поскольку из-за надбавок, введенных национальным проектом «Здоровье» для участковых врачей общего профиля, многие кардиологи переквалифицировались в терапевтов. По словам одного из экспертов, *«проблема в том, что для получения ВТМП в региональной или федеральной клинике пациент должен доехать, т. е. больного необходимо выявить и убедить в необходимости поездки и операции. Для этого врачи на периферии должны быть «подкованы» по всем тем направлениям, по которым оказывается ВТМП, но так не бывает»*.

Сегодня конкуренция обострилась с введением в строй окружных высокотехнологичных центров, которые *«создаются на пустом месте»*, без специалистов, при этом общее количество федеральных квот не увеличивается. Получается, что новые клиники отнимают деньги у действующих федеральных НИИ и региональных клиник, которые проводят такие же операции. При этом они нередко с помощью административного ресурса пытаются вменить в обязанность региональным клиникам, чтобы те *«поставляли»* определенное количество пациентов в соответствии с выделенными квотами на регион, проводили выявление и первичное обследование пациентов. Региональные кардиологи не заинтересованы в такой подготовительной работе, поскольку она мало оплачивается, в отличие от самой операции.

Конфликтны взаимоотношения и между головным институтом в области сердечно-сосудистой хирургии – Научным центром сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева и другими кардиоцентрами. С одной стороны, центр и лично его глава Л.А. Бокерия – главный и очень успешный лоббист кардиохирургии перед властью. С другой, он является главным конкурентом для остальных участников рынка ВТМП и использует свою монополию на развитие научного знания в кардиологии для получения максимального количества ресурсов, чем *«лишает благосостояния целую кучу специалистов в регионах»*. В экспертных интервью нам приходилось слышать, что *«его позиция – центристская, базируется на убеждении, что на периферии не могут качественно оперировать, требует направлять всех больных к нему»*.

В такой ситуации ключевое значение для центров, оказывающих ВТМП, приобретают возможности лоббирования интересов учреждения во власти (*«торг идет на уровне профильного департамента высокотех-*

нологичной помощи Минздравсоцразвития»). Также важен агрессивный маркетинг, включающий работу с благотворительными фондами и «де-санты» специалистов в областные и районные больницы для выявления пациентов, которым нужны дорогостоящие операции. Из московских клиник в регионы приезжают специальные экспедиции для сбора больных, организуются «пароходы здоровья» и т. п. Нам рассказывали, как руководство одного областного министерства здравоохранения запретило специалистам «чужого» кардиоцентра общаться с местными кардиологами и пациентами, поскольку ранее заключило негласное соглашение с другим кардиоцентром.

При этом рост объемов ВТМП не означает улучшения кардиологической помощи в целом. Ориентированные на максимальное количество операций, клиники стремятся «побыстрее выписать пациентов, чтобы освободить койки для новых». С точки зрения государства, длительное пребывание в таких центрах также не оправданно, поскольку очень дорого для бюджета. Однако при возвращении в свои регионы и «обычные» больницы пациенты сталкиваются с отсутствием адекватной лекарственной терапии, ухода и реабилитации, что нередко сводит на нет эффект операций, обрекает их на осложнения и инвалидность. Об этом говорят сами врачи-кардиологи. Представители других, менее успешных профессиональных корпораций также обращают внимание, что для сохранения здоровья нации более значима была бы профилактика и предупреждение сердечно-сосудистых заболеваний.

Как видно на примере кардиологии, там, где речь идет о распределении ресурсов с участием корпораций, усугубляется неравенство внутри медицинского сообщества и возникает скрытая конкуренция между различными группами. Причем она выше там, где выделяется больше ресурсов. Такая зависимость, на наш взгляд, более очевидна, чем прямая связь увеличения объема бюджетных средств и улучшения здоровья нации, о которой так часто говорят государственные деятели и медицинские чиновники, рапортуя об успехах здравоохранительной политики.

#### «С позиций официальной медицины»: ОТНОШЕНИЕ К АЛЬТЕРНАТИВНЫМ ИНСТИТУТАМ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Появление и бытование корпоративных структур проявляется, в том числе, через отношение к другим институтам и практикам поддержания здоровья. В публичном поле авторитетными медиками формулируется какая-то позиция, отражающая это отношение. Она представлена в СМИ и присутствует в виде расхожих мнений в обществе, воплощается в резолюциях медицинских объединений и институтов, в экспертных заключениях и академических публикациях.

В самых общих словах, корпоративный взгляд на систему поддержания здоровья – это позиция официальной медицины, которая обладает монополией на знание о здоровье и распоряжается им как своим основным ресурсом. Мы не затрагиваем здесь конкуренцию между отдельными корпорациями и внутрикорпоративную борьбу за авторитет, которая также нередко выглядит внешне как «борьба за истину» – за истинно верные методики лечения (например, нужно ли проводить поголовную вакцинацию населения и какие вакцины использовать), за признание научных школ, за «объективную» оценку состояния здоровья населения.

Формулирование официальной позиции – одновременно и стратегия удержания монопольных позиций. Тактика может быть разной. Есть как минимум три варианта:

- поглощение;
- разоблачение «сверху», не всегда разделяемое рядовыми членами корпораций;
- отказ от монополии (если рынок невыгодный/незначительный).

**Поглощение.** Корпорации признают в альтернативных методах врачевания «здравый смысл», дают им научное объяснение и инкорпорируют их в официальную лечебную практику. Так, во многих российских медучреждениях сегодня можно полечиться с помощью иглоукалывания, фитотерапии, гирудотерапии, мануальной терапии. Причем не только в специальных частных клиниках, но и в государственных больницах и поликлиниках, где это один из распространенных видов платных услуг. Существует специальная медицинская (корпоративная) инфраструктура для оценки и признания нетрадиционных и народных методов: специализированные научно-исследовательские институты, обучающие курсы в медицинских вузах, научные журналы<sup>24</sup>, должности главных экспертов по народной медицине при органах управления здра-

воохранением, профессиональные ассоциации, научно-практические конференции и т. д.

Финальная стадия поглощения – профессиональное оформление «альтернативной» деятельности в виде медицинской специальности и установление требований для ее государственного лицензирования в новом качестве. Например, официально правом заниматься рефлексотерапией и мануальной терапией в нашей стране с 1997 года имеют только лица с высшим медицинским образованием и специализацией в области неврологии/травматологии<sup>25</sup>. Постепенно медицинские корпорации, специализирующиеся на реабилитации больных в рамках санаторно-курортного дела, не только присваивают методы народной медицины, но и стремятся подключить их к государственным ресурсам, а именно к системе обязательного медицинского страхования<sup>26</sup>.

**Разоблачение.** Корпорации могут бороться с конкурирующими институтами поддержания здоровья, объявляя их ненаучными, шарлатанскими и представляющими угрозу здоровью нации. Так, например, обстоит дело с популярной «уринотерапией», которая благодаря таланту телевизионного шоумена и целителя Г. Малахова воспринимается многими россиянами как равноценная замена визита к врачу. Примечательно, что в истории уринотерапии в России был период попыток ее признания официальной медициной, связанный с деятельностью изобретателя препарата гравидан (на основе мочи беременных женщин) А. А. Замкова и Государственного института урогравиданотерапии в 1930-х гг. Отражением попыток «онаучить» уринотерапию в период расцвета биомедицинских советских экспериментов стала посвященная ей статья в Большой медицинской энциклопедии 1936 года издания<sup>27</sup>.

Нередко борьба за сохранение монополии принимает форму «крестового похода» отдельных лидеров мнений на телеэкране, хотя в жизни противники могут мирно сосуществовать. Например, особо критикуемые медиками издания с советами по поддержанию здоровья регулярно печатают интервью и статьи врачей, в основном титулованных. Нередко на страницах такой прессы соседствуют советы и рекомендации от представителей научных обществ и врачебных ассоциаций, кандидатов или докторов медицинских наук – со статьями эзотериков, экстрасенсов и прочих «нетрадиционных» специалистов.

**Отказ от монополии.** Наконец, существует вариант ухода агентов официальной медицины из тех сфер, которые не представляют для них особого интереса. При этом альтернативным институтам поддержания

здоровья дается свободное поле для деятельности. Фактически это происходит сегодня в российской глубинке. Заметное сокращение возможностей получения жителями квалифицированной медицинской помощи сопровождается там ростом самолечения и активностью разного рода альтернативных агентов – знахарок, поставщиков уникальных методик «компьютерной диагностики организма» и «квантовой медицины» и др. Сами местные медики относятся к этому довольно спокойно.

Другой пример – рынок услуг реабилитации наркоманов в России. На нем работают в основном не государственные наркологические диспансеры, а различные общественные структуры, включая религиозные секты (неопятидесятники, «Церковь Иисуса Христа», «Новый завет») и организации полутюремного типа (вроде реабилитационных центров фонда «Город без наркотиков»). Как пояснил нам один из экспертов – врач-нарколог, это связано с тем, что в 1990-е годы, когда в стране началась «героиновая интервенция», врачи только учились, как лечить наркоманию, как выводить пациентов из кризиса («про героиную зависимость до этого знали только по книжкам, а книжек было мало»). Реабилитацией им «некогда было заниматься». Поэтому при фактическом согласии и властей, и медиков, функцию возвращения наркоманов к нормальной жизни взяли на себя такие общественные организации, оказавшиеся весьма эффективными благодаря специфическим методам работы.

Рассмотрим в этом ключе отношение медиков к **самолечению**: какие тактики здесь используются, в какой форме оно принимается и отвергается корпоративными структурами.

Существует множество примеров, как человек, не обращаясь напрямую к каким-то специальным агентам, сам ставит себе диагноз, лечится и предпринимает активные шаги по поддержанию личного здоровья. Сам лечит своих детей и ближайших родственников. Знания о том, что нужно делать, он черпает из разных источников (поликлиника, аптека, СМИ, советы знакомых, традиции в собственной семье, жизненный опыт, Интернет и др.). Одобренная официальной медициной информация в этих источниках составляет лишь некоторую часть.

Однако официальная медицина рассматривает самолечение преимущественно в одном ключе – как самостоятельное выполнение тех действий, которые являются прерогативой профессиональных медиков. То есть такие формы самолечения, как, например, поход в баню для лечения простуды, она вообще не замечает.



Некоторые из этих действий являются допустимыми и даже делегированными пациенту – оказание первой помощи при чрезвычайных ситуациях, борьба с легкими заболеваниями вроде простуды (чтобы снизить нагрузку на врачей в поликлинике), некоторые простые процедуры и соблюдение установленных докторами правил для хронических больных. Делегирование происходит в виде официальной пропаганды (инструкции Роспотребнадзора РФ по поведению в период эпидемии гриппа, «медицинская» часть уроков ОБЖ, takzdorovo.ru и многое другое), в виде «школ пациентов», где хронических больных учат самостоятельно жить с болезнью (диабетиков – делать инъекции инсулина, гипертоников – измерять давление в определенном режиме). В любом случае, обязательным элементом такого самолечения является присутствие врача как инструктора и учителя, даже если его совет сводится к тривиальному совету «ешьте в зимний период больше свежих овощей и фруктов».

В сельской местности формой инструктажа могут быть, например, рукодельные плакаты на стенах районной поликлиники с информацией о «полезных травах», как мы наблюдали в Алтайском крае. Рукописный текст на листе формата А4 у кабинета стоматолога гласил: «Полезные травы: плоды шиповника повышают иммунитет; плоды боярышника снижают кровяное давление; мята и мелисса тонизируют; мать-и-мачеха для профилактики инфаркта, инсульта; лепестки жасмина и шиповника повышают работоспособность. Комбинируйте эти растения. Смесь можно добавлять в заварку обычного листового чая».

Часть практик самолечения считается вредными и даже опасными, если речь идет о тяжелых, сложных заболеваниях или о бесконтрольном приеме рецептурных препаратов. Собственно, самолечение и рассматривается в профессиональном медицинском дискурсе как проблема в основном в связи с употреблением легальных, т. е. зарегистрированных лекарств и других медицинских товаров без консультации с врачом (self-medication). Это основной предмет озабоченности медиков и их традиционной конкуренции с фармацевтами.

Однако последние годы отношение к самолечению, понимаемому таким образом, изменилось. Исторически государственная регламентация деятельности аптек происходила под лозунгами борьбы с самолечением. Большая медицинская энциклопедия 1-го издания обосновывала национализацию аптек в Советском Союзе, так характеризуя деятельность частных точек продажи лекарств: «И тут и там аптека является

проводником санитарного невежества, лекарственного фетишизма, самолечения, а порой простого обирательства»<sup>28</sup>.

Сегодня же в этой конкурентной борьбе за пациента победителями выступают фармацевты – производители и продавцы средств самолечения. Ведь речь идет о масштабных рынках, растущих по мере того, как пациент все чаще приобретает лекарства напрямую в аптеке, не обращаясь к врачу.

Идеологическую подпорку этому процессу обеспечивает концепция «ответственного самолечения», подводящая «объективное» основание под то, что относительно недавно считалось угрозой с точки зрения медицинской корпорации. Она трактует самолечение как отражение того, что «в настоящее время люди предпочитают брать на себя большую персональную ответственность за содержание своего здоровья»<sup>29</sup>. А государства и страховые компании, согласно ей, «поддерживают ответственное самолечение, включая самостоятельный выбор и прием ЛС, так как это существенно сдерживает рост затрат на поддержание здоровья»<sup>30</sup>. Продукт лоббизма глобальной фарминдустрии<sup>31</sup>, концепция ответственного самолечения сегодня потихоньку признается и врачами, и государством в нашей стране. Врачи-инструкторы заменены в ней на наставников-фармацевтов. Последние являются «ведущими консультантами для населения в ежедневном поддержании здоровья и ключевыми фигурами в обеспечении лекарственных средств»<sup>32</sup>. В оборот вводится понятие «фармацевтическая опека» – ответственность провизора и фармацевта перед конкретным пациентом за результат лечения приобретенными лекарствами.

Отношение медиков к **различным формам альтернативной медицины** также неоднозначно и определяется, на наш взгляд, местом во внутрикорпоративной иерархии и возможностями извлекать ренту от сотрудничества с агентами нетрадиционного лечения. Отметим, что в медицинском дискурсе предпочтительнее противоположная формулировка: в профессиональной литературе обычно говорят о «традиционной» или «народной» медицине.

Легализация альтернативных методов лечения, разрешение их использования государством происходит после выработки экспертного заключения, составленного уполномоченными институциями медицинского сообщества (научно-исследовательскими институтами и клиническими центрами). Помимо оценки эффективности альтернативных методов с точки зрения официальной медицины, такие структуры занимаются выработкой правил их использования врачами: в виде методи-

ческих рекомендаций, программ курсов повышения квалификации<sup>33</sup>, наконец, требований к лицензированию этих методов как отдельных видов медицинской деятельности. Таким образом, традиционные практики служат для них и источником дохода.

Такие структуры существуют при большинстве ведущих образовательных и научных учреждений в российской медицине (НИИ традиционной медицины при РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра традиционной медицины Российского университета дружбы народов, кафедра нелекарственных методов лечения и клинической физиологии с курсом психотерапии и клинической психологии<sup>34</sup> Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и т. д.). Основной площадкой для онаучивания альтернативных практик до недавнего времени был Федеральный научный клиничко-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения, выдававший экспертные заключения на альтернативные методики. Он был ликвидирован в 2009 году, к большому сожалению всей «традиционной» медицинской общественности.

Отметим, что структура организации профессионалов, занимающихся альтернативными методами лечения, копирует медицинскую структуру, что придает этим занятиям более научный облик. Так, в России действуют, среди прочих, Ассоциация гирудологов России и стран СНГ, Фитотерапевтическое общество, Российское гомеопатическое общество, Российская гомеопатическая ассоциация, наконец, Российская профессиональная медицинская ассоциация специалистов традиционной и народной медицины (РАНМ). Среди членов последней – не только представители признанных специальностей вроде гирудотерапии и фитотерапии, но и адепты лечения всех болезней перекисью водорода, специалисты по биоэнергокоррекции, целители.

Одно из альтернативных официальной медицине учений – гомеопатия. В советское время гомеопатия существовала легально с переменным успехом. Так, в 1938 году было разогнано Всероссийское общество врачей-гомеопатов<sup>35</sup>, на 1968 год пришлось массовая кампания по борьбе с ней: приказом Минздрава СССР были ликвидированы общества врачей-гомеопатов, запрещено обучение этому методу лечения в клиниках и издание гомеопатической литературы, а гомеопатам вменялось в обязанность владение «современными методами обследования и лечения больных»<sup>36</sup>.

Однако на сегодняшний день врач-гомеопат – это вполне уважаемая профессия. Идет активное лоббирование профессионализации

ее в России. Занятия ею с 1995 года разрешены в государственной системе здравоохранения в России<sup>37</sup>, но она не является клинической специальностью. Разумеется, России еще далеко до некоторых стран, где визиты к гомеопатам оплачиваются в рамках системы обязательного медицинского страхования.

В пику этому в информационном пространстве бытует представление о противостоянии гомеопатии и официальной медицины. Оно укрепляется за счет борьбы против «шарлатанства» в медицине, которую ведут отдельные активные представители медицинского сообщества и журналисты<sup>38</sup>. Реальный конфликт, на наш взгляд, связан с тем, что гомеопатические средства регистрируются в качестве лекарственных средств (в отличие от БАДов) и фактически конкурируют с традиционными (аллопатическими) лекарствами за кошельки пациентов. Основная критика гомеопатии сводится к тому, что эффективность таких средств клинически не доказана и сравнима с плацебо, поэтому их потребление – пустая трата времени и средств потребителей.

Помимо признания, официальная медицина занимается борьбой с альтернативными методиками, борясь за своего пациента. Активные представители медицинского сообщества видят свою социальную миссию в том, чтобы разъяснить народу опасность «непроверенных» целителей, соблазнительных по легкости методов лечения, а также пропагандистов отказа от официальной медицины (например, приверженцев родов на дому или противников прививок). Рубрика «альтернативно одаренные» – одна из самых популярных в ведущем медицинском ЖЖ-сообществе «Убийцы в белых халатах»<sup>39</sup>.

На низовом уровне официальная и «альтернативная» медицина нередко мирно сосуществуют в головах медиков. В поездках по разным регионам России мы встречали массу подтверждений этому. Сельские врачи отправляют пациентов к «проверенным» знахаркам (по принципу – «а вдруг поможет»). Рядовые медицинские специалисты в свободное от основной работы время, а порой и во время ее, практикуют альтернативные методы лечения. При этом они говорят, что разочаровались в подходах западной медицины и на своей практике убедились в ее несовершенстве. Например, одна врач общей практики в Пермском крае агитировала интервьюеров за «восточные методы» и рассказывала о вреде прививок. Другая, по словам местных жителей, увлекается магией и дает советы вроде такого: натереть «могильные» косточки на ногах землей с трех могил, собранной на кладбище.

Одновременно такая попутная деятельность служит медикам формой дополнительного заработка. Вот несколько примеров врачей, с которыми мы общались в регионах. Психиатр практикует лечение неврозов, депрессий и фобий методом наложения рук. Педиатр после работы в районной поликлинике проводит платную «биорезонансную диагностику всего организма» в арендуемой комнатке в офисном центре. Участковый терапевт имеет параллельный бизнес в пантолечении. Зубной врач распространяет БАДы. Главврач ЦРБ предоставляет помещение в больнице «московским» гастролерам, за 1500 руб. проводящим «компьютерную комплексную диагностику всего организма».

То, что в глазах медицинского истеблишмента является откровенной профанацией и нарушением профессиональных стандартов, для рядовых врачей в российской глубинке – норма. Она основана не только и не столько на их разочаровании в официальной медицине, преподаваемой в вузах, сколько на реальной востребованности альтернативных методов пациентами.

## ПОРТРЕТ РОССИЙСКОГО МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА

Медики как отдельная профессиональная группа – один из основных участников системы поддержания здоровья и главное действующее лицо в жизни корпораций. Мы попытаемся составить своего рода коллективный портрет российских медиков, выявив в нем те особенности самоорганизации, психологии профессионального сообщества и национальную специфику медицинского знания, которые определяют развитие корпоративных отношений. Нас интересует, прежде всего, как воспринимают себя сами врачи, как определяют свое место в обществе, как видят свою роль в отношениях с государством.

Необходимо уточнить, что речь в разделе идет преимущественно о врачах (в данном случае слово «медики» будет служить синонимом), то есть медиках, имеющих высшее профессиональное образование. Их отношения с другими работниками системы здравоохранения (средний, младший медицинский персонал), как и профессиональная самоидентификация, оставлены за скобками. Это оправданно с учетом исторически сложившегося обособления профессионального сообщества врачей как отдельного сословия и исключительно обслуживающей роли медсестер и санитарок. Как отмечал британский исследователь медици-

нской профессии Д. Ларкин, признание легальной монополии врачей сопровождалось выстраиванием субординации других работников системы здравоохранения: «Эти группы могут сами считать себя «профессионалами», но у них нет главного – контроля знания и его применения. Они лишены права ставить диагноз, находятся под постоянным наблюдением сверху и лишены возможности самостоятельно контролировать свою базу знаний»<sup>40</sup>.

## САМООРГАНИЗАЦИЯ И ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СОСЛОВИЯ

В отличие от многих других профессий, медицина обладает рядом особых атрибутов, которые формируют профессиональную общность людей, занимающихся лечением и уходом за больными. Эти атрибуты также делают медицину в значительной степени закрытой для проникновения профанной публики. Они дают эффективные инструменты отсеечения «чужаков», например представителей «альтернативной» медицины, от практик поддержания здоровья. В числе таких механизмов – собственный язык (латынь), закрепленное законодательно разрешение заниматься медициной только тем, кто имеет специальное образование, свой кодекс этических правил, символическая униформа (белый халат).

Отметим, что слово «сословие» до сих пор присутствует в лексике российского медицинского сообщества и используется для обозначения своей профессиональной группы, причем без какого-либо негативного подтекста. В частности, им оперируют те общественные организации, которые заявляют о себе как о защитниках и выразителях интересов всех отечественных медиков<sup>41</sup>.

Перечень атрибутов и степень формализации профессиональной идентичности различаются в зависимости от страны и контекстно обусловлены особенностями развития медицины и взаимоотношений государства с медиками. Например, во Франции все врачи в обязательном порядке входят в профессиональные объединения (ордена/гильдии, в зависимости от специализации), устанавливающие правила и нормы их деятельности. В самом названии (l'ordre) заложена преемственность со средневековыми корпорациями, автономно осуществлявшими руководство над деятельностью своих членов. В России традиции саморегулирования врачебного сообщества менее развиты, но также сложились



профессиональные объединения в виде научных обществ и ассоциаций по отдельным медицинским специализациям.

Кроме этого, в нашей стране существует ряд других общепризнанных форм обособления медиков, которые позволяют им дистанцироваться от других профессиональных сообществ и социальных групп, символически заявить о себе в публичном пространстве, а также служат самоидентификации. Это собственная система этических координат и внутренних правил, обособленное научное знание, система внутренних иерархий, регалий и званий, а также корпоративный календарь. Однако эти атрибуты либо навязаны отечественным врачам сверху, то есть «сословие» формируется государством, либо их ценность размыта для самих медиков. Рассмотрим их подробнее.

**Профессиональная этика.** Символом особой профессиональной этики врачей, как известно, является клятва Гиппократа, имеющая различные национальные интерпретации и современные версии. В нашей стране клятва существует скорее как норма, навязанная выпускникам медицинских вузов государством.

В СССР с 1971 года была своя «Присяга врача Советского Союза», текст которой утверждался Указом Президиума Верховного Совета СССР. В 1990-е годы ей на смену пришла «Клятва российского врача», принятая медицинским сообществом. Она была утверждена на IV Конференции Ассоциации врачей России в ноябре 1994 года. В 1999 году переработанный текст клятвы был включен в Федеральный закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (статья 60). В новом законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» клятва врача также фигурирует как обязательный элемент процедуры получения диплома выпускником медицинского вуза, т. е. ей придается статус нормативной правовой нормы (статья 71).

Однако, по словам опрошенных нами медиков, этическая ценность клятвы в значительной степени сегодня нивелирована в профессиональной среде, она воспринимается как пустая формальность: *«Клятва Гиппократа – это красиво, но для ее исполнения у врачей нет ни оборудования, ни физических сил»*. Более того, законодательно установленный перечень обязательств этического толка вызывает настороженность как потенциальный инструмент репрессий со стороны властей (*«включают клятву в закон, чтобы можно было посадить врача за ее неисполнение»*) и необоснованных претензий со стороны пациентов.

Не воспринимая клятву как добровольно взятые на себя обязательства, российские врачи руководствуются общепринятыми нормами морали (*«для хорошей деятельности врача достаточно следования общечеловеческим этическим правилам»*) и внутренними, негласными правилами цеховой солидарности. Последние особенно важны в условиях слабого развития публичных механизмов саморегулирования: *«Цеховой принцип в медицине никто отменить не может, здесь он наиболее ярко выражен. Для нормального функционирования сообщества должны либо существовать официально установленные корпоративные правила, либо, если их нет – поддерживаться высокий уровень доверия друг к другу самих специалистов»*.

Что касается официально установленных корпоративных правил, то они, конечно, существуют, но в декларативном виде. Например, есть Этический кодекс российского врача, утвержденный IV Конференцией Ассоциации врачей России в ноябре 1994 года; Кодекс врачебной этики Российской Федерации, одобренный Всероссийским Пироговским съездом врачей в июне 1997 года, и наконец, Этический кодекс медицинской сестры России, принятый межрегиональной Ассоциацией медицинских сестер России. Однако их реальная легитимность в профессиональном обществе очень невелика, поскольку сами профессиональные ассоциации не имеют той регулятивной силы, которая необходима для контроля над соблюдением установленных этических правил.

**Корпоративный календарь.** На сегодняшний день в календаре немало праздников и памятных дат, имеющих отношение к медицинской профессии или медицине в целом. Среди них есть один официальный российский праздник, День медика, отмечаемый с 1980 года в третье воскресенье июня<sup>42</sup>. Как замечали участники наших экспертных интервью, профессиональный праздник гораздо охотнее отмечается медсестрами и санитарками, нежели врачами, многие из которых относятся к нему достаточно равнодушно, как к служебному мероприятию. Однако респонденты подчеркивали значение этого праздника для повышения статуса врача в обществе: *«День медработника нужен, чтобы почувствовать свою значимость, свою коллегиальность, единение со своим сообществом, что важно в условиях, когда государство принижает статус врача»*. Отдельного праздника фармацевтического работника (провизора) в России нет, в отличие от Украины и Белоруссии, а среди российских фармацевтов обсуждается необходимость его принятия.

Остальные «медицинские» дни календаря – это международные памятные даты, установленные по инициативе либо ВОЗ (в календаре 2012 г. таких дат 22)<sup>43</sup>, либо других международных организаций (еще более десятка). Большинство из них празднуются в России с 1990-х годов, а некоторые появились совсем недавно. Например, Всемирный день сна был впервые проведен в 2008 году, а Всемирный день контрацепции – в 2007.

Среди международных дат есть отдельные профессиональные праздники – День стоматолога (9 февраля), медицинских сестер (12 мая), травматолога (20 мая), врача (первый понедельник октября), анестезиолога (16 октября). Из них только первый имеет религиозные корни (день святой Аполлонии, молитва к которой снимает зубную боль), остальные приурочены к каким-то историческим событиям.

Однако большинство всемирных дней все же привязаны не к медицинским специальностям, а к каким-то социально значимым заболеваниям или социально-медицинским проблемам. Их цель – привлечь внимание общества и властей к тревожной ситуации в данной сфере. Сам по себе этот календарь является перечнем приоритетов в здравоохранении, подтвержденным авторитетом ВОЗ. Каждая памятная дата, сопровождаемая выступлениями медицинских светил в СМИ, публичными акциями, цифрами угрожающей статистики, призвана подчеркнуть эти приоритеты. То есть, по сути, «международные дни борьбы с...» являются инструментами формулирования угроз, необходимых для жизнедеятельности медицинских корпораций.

**Профессиональные объединения.** Как отмечалось ранее, профессиональные медицинские НКО (ассоциации, научные общества по отдельным медицинским специальностям) являются естественной формой самоорганизации в медицинском сословии: они служат передаче знания, поддержке корпоративной идентичности и являются центром выработки и контроля соблюдения профессиональной этики. Но в современной российской медицине общественные объединения этой роли не играют, что проявляется, во-первых, в слабом их влиянии на государственное управление врачебной практикой, во-вторых, в сильном разрыве между смыслом их существования для рядовых медиков и руководства научных обществ.

По отзывам наших респондентов<sup>44</sup>, в идеале основная роль научных обществ – обмен опытом, знаниями и коммуникация между врачами. Это своего рода мостик между медицинской наукой и ежедневной прак-

тикой, «место общения с коллегами для того, чтобы профессионально расти». Так, как им видится, обстояли дела в Советском Союзе. В СССР была выстроена четкая вертикаль из всесоюзных медицинских обществ, действующих на основании типового устава<sup>45</sup> (в 1976 году их насчитывалось 37<sup>46</sup>), научных обществ союзных и автономных республик, краев, областей и городов. Венчал эту вертикаль созданный в 1961 году Совет медицинских научных обществ при Министерстве здравоохранения СССР. Практическое участие врачей в научном обществе предполагало прежде всего личное общение с другими представителями своей специальности: «*Друг перед другом отчитывались, делали интересные клинические сообщения*». Как вспоминают эксперты, если разборы сложных случаев проводил ведущий ученый, «*собирался полный зал желающих его послушать*», да и на обычных заседаниях местных обществ «*яблоку было негде упасть*».

Однако на сегодняшний день научные медицинские общества на местах вряд ли могут выполнять такую функцию. И хотя некоторые эксперты отмечали, что «*лучше такие, чем никаких*», чаще раздавалось мнение, что решение коммуникативных и образовательных задач перешло к самим профильным медицинским учреждениям, организующим обязательные «*реферативные конференции*» для своих сотрудников, и вузам. Например, руководитель одного из региональных противотуберкулезных диспансеров заявил, что в его регионе отлично обходятся без такой структуры: «*Та же самая работа продолжается, участвуют те же самые люди, но не в формате научного общества*». Словом, в повседневной деятельности врача научные общества играют сейчас весьма незначительную роль, и о какой-то низовой самоорганизации профессионального сообщества говорить не приходится. Равно как общие медицинские ассоциации, объединяющие врачей, медсестер и так далее, не справляются с ролью профсоюзов для своих рядовых членов.

Более подходящим для характеристики научных обществ и ассоциаций могло бы стать выражение одного из экспертов – «*важны в основном для тех, кто их возглавляет*». Иными словами, они существуют как форма организации деятельности медицинской элиты и распределения ресурсов. Образовательная функция общероссийских обществ по отдельным врачебным специальностям сводится к разработке национальных клинических рекомендаций, выпуску журналов и проведению общероссийских конференций. Все это – источник значительной спонсорской поддержки производителей медицинской и фармацевтической продук-

ции, которая «не доходит до простых медиков». Участие в российских конференциях, поездки на зарубежные симпозиумы, публикации – эти форматы «охватывают только высокопрофессиональную, верхнюю часть медицинского сообщества, а остальные, рядовые врачи остаются вне этих процессов». С точки зрения рядового специалиста, научные общества являются одним из каналов продвижения отдельными представителями медицинской элиты своих методов, оборудования и препаратов: «Выступают [на заседаниях] те, кто хотят что-то продать, внедрить методичку».

Нацеленные не на самоорганизацию врачей, а на освоение бюджетных и спонсорских ресурсов, такого рода общественные организации естественным образом конкурируют между собой. Всего в РФ насчитывается свыше 250 медицинских обществ и ассоциаций различного уровня (общероссийских, межрегиональных, региональных, городских). Иногда на одну специальность приходится два и более научных объединения, которые борются за свою легитимность и авторитет, нередко при поддержке конкурирующих фармацевтических компаний. Обычно спор идет вокруг того, кто представляет Россию в профильной международной ассоциации, руководитель какой организации назначен главным внештатным специалистом Минздрава, кто проводит поддерживаемые профильным министерством всероссийские форумы и конференции, у кого больше членов. Внутри всероссийских организаций также периодически вспыхивают конфликты за руководящие посты между представителями ведущих научных центров, между «питерскими» и «московскими». Эти конфликты выливаются в параллельные съезды, обвинения в нелегитимности выборов, «почкование» новых, смежных объединений и т. д. Словом, научные общества больше служат не самоуправлению врачей, а «определению, кто здесь главный, а кто – не главный».

Проблематично идет и процесс формирования в России единой профессиональной ассоциации, которая могла бы стать главным официальным лобби медицинского сословия, взяв на себя часть государственных функций по регулированию врачебной деятельности, и решать вопросы профсоюзного характера.

На эту роль общего представителя интересов врачей претендуют как минимум три организации – Российское медицинское общество (РМО), которое является членом Всемирной медицинской ассоциации, Российская медицинская ассоциация (РМА), преемница Пироговского движения врачей, и недавно созданная по образцам зарубежных саморегули-

руемых организаций Национальная медицинская палата (НМП). Все они сотрудничают друг с другом, по выражению экс-главы комиссии Общественной палаты России по охране здоровья и экологии Е.Е. Ачкасова, как «лебедь, рак и щука»<sup>47</sup>. Руководство последних двух организаций публично жестко критикует профильное министерство, которое, в свою очередь, пытается минимизировать их публичное влияние. Так, объявленный в августе 2011 года проект создания на базе Российского медицинского общества саморегулируемой организации был назван главой НМП Л.М. Рошалем попыткой создания «ручной» ассоциации для министерства и «очередной мелкой мстью Минздравсоцразвития за нашу принципиальную позицию»<sup>48</sup>. Однако на местах и тот, и другой проект нередко воспринимаются как навязанные сверху. В РМО врачам предлагают вступать региональные чиновники от здравоохранения, в НМП, по отзывам некоторых экспертов, «выдвигали людей по разнарядке, формально».

Как уже говорилось, участие медицинских общественных объединений в управлении медицинской практикой сегодня минимальное, хотя законодательство такое право им предоставляет<sup>49</sup>. В новом Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» заложена не только возможность допуска их к участию в аттестации врачей, но и передача им законодательным путем «отдельных функций в сфере охраны здоровья», что в перспективе дает нормативную основу для развития саморегулирования. Однако в отношении идеи саморегулирования среди врачей распространен скептицизм, основанный на том, что «страна у нас авторитарная, и демократические процедуры в ней вообще не работают».

В целом, не выполняющие целевого предназначения самоорганизации и автономного управления профессионального сообщества медицинские общества и ассоциации в современной России могут быть рассмотрены как инструменты борьбы отдельных групп интересов (медицинской элиты) за монополию и ресурсы в сфере поддержания здоровья.

**Формальные иерархии: почетные звания и категории.** Российское государство устанавливает специальную врачебную иерархию путем введения почетных званий (Заслуженный врач России, нагрудный знак «Отличник здравоохранения РФ», конкурс «Лучший врач года») и квалификационных категорий (вторая, первая и высшая), которые призваны отражать мастерство и профессионализм докторов. Зафикси-

рованное в категории признание уровня квалификации медика служит ориентиром при его устройстве на работу, начислении ему заработной платы или выставления счета пациенту за платные услуги. Однако, по сути, это мерило ценности сотрудника, действующее только в системе отношений «государство (как работодатель) – врач». Внутри медицинского сообщества, как отмечали практически все опрошенные нами эксперты, оно не действует: не обеспечивает ни авторитета в коллективе, ни уважения коллег. То есть там работают другие неформальные основания для иерархии.

Действующая система категорий является «государственной», поскольку установлена приказом профильного министерства<sup>50</sup>, а основная роль при аккредитации врачей для присвоения им категории отводится региональным органам управления здравоохранением. Иными словами, решения принимает чиновник, который сам давно потерял квалификацию как врач, поскольку не занимается медицинской практикой («сам давно забыл, терапевт он или кто-то еще»). Это, с точки зрения врачей, неправильно – оценку их профессионализма нужно отдавать самому медицинскому сообществу, как это уже «опробовано на Западе»: «Не надо давать чиновнику право казнить и милловать». Как уже говорилось, новый Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дает медицинским профессиональным ассоциациям право «принимать участие» в работе квалификационных комиссий (ст. 76), однако как это будет происходить в реальности, пока не понятно.

Другой резон, заставляющий врачей скептически относиться к квалификационным категориям, состоит в том, что их легко получить, так как они привязаны к стажу работы: «При стаже в 15–20 лет все добираться до “вышки”, а нужно, чтобы категорию “надо было заслужить”». При этом существующие стимулы к повышению категории – скорее административные: «Руководство больницы подталкивает», т. к. заинтересовано в выполнении кадровых требований к медицинскому учреждению. Прибавку к зарплате врач категории дает небольшую, кроме того, новая система оплаты труда, ориентированная на результат, позволяет вообще ее не учитывать.

**Медицинская наука.** Обособленность медицинского профессионального знания подкрепляется отдельной системой организации науки. В России это не только собственный раздел в номенклатуре научных специальностей, но и отдельная академия наук (РАМН) со своей

сетью учреждений, наряду с которой существуют медицинские научные учреждения другой ведомственной подчиненности (входящие в состав РАН, подчиняющиеся напрямую Минздраву, ФМБА, Минобороны и т. д.).

Иерархия научных званий и степеней является, наряду с квалификационными категориями, способом вертикального структурирования медицинского сообщества. Она также основана на меритократическом принципе: статус конкретного врача определяется исходя из его объема знаний и интеллекта. В отличие от многих других профессий занятия наукой и практическая деятельность в медицине тесно переплетены и невозможны одно без другого. Основной массив медицинских научных исследований – это анализ клинического опыта, результатов лечения потока больных. Не случайно исторически звание «профессор» в медицине означало, прежде всего, статус профессионала в деле лечения больных, а не в науке или образовании. Сегодня титул доктора или кандидата наук определяет место врача в общей медицинской иерархии, что наглядно иллюстрирует коммерческий рынок медицинских услуг: консультация у врача, имеющего научную степень, обойдется пациенту заметно дороже, чем у простого специалиста, даже имеющего высшую категорию.

В то же время, коррозия атрибутов медицинского сословия, характерная для современной России, находит свое отражение и в отношении к науке. При сопоставлении установленных государством зарплат научный сотрудник оказывается ниже по статусу, чем обычный практикующий врач. «Сейчас зарплата практикующего врача выше, чем у научного сотрудника, а в советское время зарплата профессора была в три раза выше, чем у практикующего врача, при этом количество пациентов было меньше», – поясняет разницу один из экспертов. В научных центрах многое зависит от позиции руководства: где-то за научную степень существенно доплачивают, где-то различия минимальны, и сотрудники не стремятся ее получить.

Более того, как отмечали все опрошенные нами эксперты, наличие научных регалий не влияет на качество медицинской практики конкретного врача. Они нужны в первую очередь «для престижа», который далеко не тождествен уважению среди коллег. Именно этот престиж влияет на трудоустройство врача, стоимость его платных медицинских услуг, претензии на занятие определенных административных постов и, наконец, его привлекательность для сотрудничества с фармацевтическими



компаниями. Иными словами, достижения в медицинской науке сами по себе не являются ценностью для врачей, их значение – опосредованное. Это своего рода инструмент торга в «самопродаже» на административном и коммерческом рынках.

Закрепляет низкий авторитет научной деятельности и распространенное мнение об отсталости медицинской науки в России, в том числе из-за слабого развития статистических исследований в русле доказательной медицины и дефицита финансирования экспериментальной науки, фундаментальных разработок. Мы слышали от экспертов такие характеристики ситуации: «Российская медицинская наука никак не звучит на международном уровне», «в худшем случае – врут, в лучшем – транслируют западные идеи», «научная деятельность ведется только на местах и посвящена маленьким практическим проблемам, а фундаментальная наука в институтах отсутствует». При этом существует еще один фактор, девальвирующий ценность научной степени уже на уровне самих НИИ. Это появление в перспективных медицинских специальностях (например, кардиохирургии) большого количества молодых докторов наук, что характеризуется экспертами как «нонсенс», поскольку «практического опыта у них мало».

Однако задачи по структурированию профессионального сообщества система медицинской науки все же решает, хотя и не явным образом.

Ключевым элементом здесь является научная школа, совмещающая функции по развитию научного знания, образованию врачей и совершенствованию медицинской практики. Принадлежность к школе тесно связана с признанием, авторитетом в медицинском сообществе. Интересно, что неформальным и, возможно, нерелевантным критерием школы служит, прежде всего, ее широкая известность в национальном медицинском сообществе. Так, применительно к региону, по словам одного из наших экспертов, «о наличии школы можно говорить тогда, когда приезжают учиться врачи из других регионов».

Научные школы, сформированные вокруг отдельных выдающихся ученых, обычно существуют лишь при их жизни. Конкуренция между школами за признание тех или иных методик, подходов к лечению накладывается на более прозаическую конкуренцию медицинских учреждений за финансы, оборудование и потоки пациентов, научных медицинских обществ за легитимность в глазах властей и самих медиков. Примечательными, в этом смысле, оказались ответы наших респондентов на вопрос о том, каким образом происходит признание тех

или иных новых методик и разработок в сфере медицины. Они прямо указывали на то, что основным двигателем инноваций в лечебном деле является борьба за ресурсы, а каких-то институциональных механизмов отбраковки ошибочных подходов в отечественном профессиональном сообществе не существует. Авторские методики сегодня «продвигают те, у кого больше авторитет», – отмечает один. «Каждый отстаивает свой метод, чтобы потом запатентовать его, внедрить в практику лечения и получать дивиденды от своего авторства», – указывает другой. Это позволяет рассматривать научные школы, наряду с другими формами структурирования медицинского сообщества, как инструменты борьбы корпораций за ресурсы в сфере поддержания здоровья.

Как видно из этого краткого обзора атрибутов медицинского профессионального сообщества в современной России, инструменты его самоорганизации в значительной степени сегодня подвержены ценностной коррозии. Словесная идентичность, построенная на признании значимости атрибутов профессии, далеко не всегда является явной и понятой на индивидуальном уровне. Корпоративные правила и ритуалы не соблюдаются в обыденной жизни (День медика не празднуют, клятву Гиппократова – считают формальностью и т. д.), существующие формы самоорганизации воспринимаются как формальные и навязанные сверху, ценность официальных иерархий знания и профессиональной компетентности нивелирована. В этой ситуации атрибуты становятся инструментом борьбы корпораций за ресурсы в системе здравоохранения.

В то же время, символы особого медицинского сословия, по всей видимости, остаются значимыми для выделения медиков как особой социальной группы в российском обществе и повышения их статуса. По словам одного из экспертов, атрибуты профессии важны, так как «это позволяет чувствовать себя полноценным» в ситуации, когда «люди видят, что мы ничего не стоим». Белый халат<sup>51</sup> и профессиональный праздник становятся своего рода психологической компенсацией, способом повышения самооценки самих врачей в условиях, когда по уровню зарплат и условиям труда они ощущают себя аутсайдерами по сравнению с бизнесменами и офисными работниками.

## Национальные особенности российской медицины

Отдельно следует остановиться на национальном характере российской медицины, во многом унаследовавшей свои особенности от советской медицины. Собственно само медицинское знание в СССР и в России было, конечно, частью западной медицины, объединенной собственным языком – латынью. Однако у нее были существенные отличия, выражавшиеся не только в специфике устройства системы здравоохранения «по Семашко» и идеологическом обрамлении, но и в том, *что лечили и как лечили*.

Немаловажную роль в этом сыграло государство. Иллюстрацией может служить история различий советской и международной номенклатуры (МНБ) и классификации болезней (МКБ). В СССР до 1965 года фактически действовала собственная номенклатура и классификация<sup>52</sup>. Советский подход определялся приоритетом социальной гигиены.

Не стоит забывать, что медицинское научное знание в СССР было подчинено государственным задачам политики здравоохранения, которые кардинально отличались от современных задач. Не углубляясь в эту тему, которая требует отдельного обсуждения, отметим, что в отличие от нынешней позиции «здоровье – забота самого человека», советское государство вменяло в обязанность гражданам быть трудоспособными и годными к призыву, а от медиков требовалось влиять не только на здоровье, но и на условия жизни людей. Наряду с распределением ресурсов на поддержание здоровья (путевки в санаторий, больничные листы, направление в специализированную больницу), в функции медицинских учреждений входил социальный надзор. Например, сельским участковым врачам предписывалось выявлять и информировать власти об условиях быта и труда крестьян, вносить предложения об их улучшении. В идеологическом плане советская медицина была надстройкой над социальной гигиеной, что приводило к умозаключениям, подобным следующему: «В результате методологического анализа советские ученые, признавая большое значение внутренних факторов – наследственность, конституцию, реактивность и др., пришли к заключению, что действительный источник болезней, в конечном счете, нужно искать в неблагоприятном влиянии на организм факторов внешней среды – физических, биологических и социальных»<sup>53</sup>.

Когда идеологические различия канули в Лету, мнения российских медиков стали во многом определяться заключениями западной меди-

цинской науки, однако различия в подходах к диагностике и лечению сохранились. В 2002 году специалисты НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением РАМН констатировали: «В настоящее время в отечественной медицине используется значительное число диагностических терминов, не имеющих четких терминологических аналогов в МКБ–10, что приводит к их произвольному кодированию на территории страны. Часть этих терминов соответствует современным отечественным клиническим классификациям. Другие представляют собой устаревшие термины, которые, однако, еще достаточно широко используются в нашей стране»<sup>54</sup>.

Некоторые медицинские направления имели настолько выраженную национальную специфику, что ее нельзя было подогнать под МКБ–10. Утвержденная в 2003 году российская классификация туберкулеза<sup>55</sup> отличалась от международных стандартов (в МКБ–10 не предусмотрена регистрация различных форм туберкулеза и поражений других органов, принятая в России), поэтому правила кодировки по МКБ–10 для фтизиатров были установлены в специальной инструкции.

На наш взгляд, различия российской (советской) и зарубежной медицины – на уровне определений того, что официально признано болезнью и как лечиться в рамках государственной системы здравоохранения – могут служить доказательством корпоративной сущности локальных (национальных) медицинских сообществ и использоваться как маркер для выявления особенностей освоения ресурсов отдельными российскими корпорациями.

«Вегетососудистая дистония», «дисбактериоз», «эрозия шейки матки», метод лечения гайморита прокалыванием гайморовых пазух и многое другое и поныне сохраняются в странах СНГ с советских времен. Врачи продолжают ставить эти диагнозы, несмотря на официальные требования профильного министерства избегать их как непрофессиональных. В медицинских и околomedicalных дискуссиях по поводу «расширительных» советских диагнозов нередко отмечается, что они распространяются на любые состояния организма, являющиеся отклонениями от нормы. Причины появления таких диагнозов в советской медицине во многом кроются в бедности системы здравоохранения и отсутствии возможностей для более точной диагностики: за неимением средств, времени и квалификации врачи привыкли не разбираться в причинах тех или иных симптомов, а оформлять их в виде отдельных болезней. Нельзя не заметить и другой фактор: постановка таких симпто-

матических диагнозов расширяет фронт работы медиков, служит оправданием для их загрузки и расширения штата.

Это наследие активно используется в нынешнем российском здравоохранении, позволяя корпорациям осваивать дополнительные ресурсы как за счет платежей самих пациентов, так и за счет государственных бюджетов. В этом также заинтересованы производители лекарственных средств, вылечивающих мифические болезни.

Задействованы «расширительные диагнозы» и в манипуляциях медицинских учреждений со статистической отчетностью по объемам оказанной медицинской помощи и заболеваемости. Так, в ходе полевых исследований в Татарстане мы проанализировали статистику по заболеваемости одной из центральных районных больниц за 2009 и 2010 годы<sup>56</sup>. Перечень состоял примерно из десятка приоритетных заболеваний. Особых различий по годам в статистике не было, за исключением строки «вегетососудистая и нейроциркуляторная дистонии», где в 2009 году был 71 случай заболевания у взрослых, а в 2010 – 724 случая. Разницу в 10 раз можно объяснить лишь тем, что в первом случае такой диагноз терапевты попросту предпочитали не ставить. Причина метаморфозы их мнения через год, возможно, кроется в том, что во втором случае имели место приписки. Речь идет о фиктивных посещениях пациентов, которые заносятся в медицинскую карту и статистический талон с целью выполнить план поликлиники по объемам оказанной медицинской помощи и получить финансирование из фонда ОМС. Диагноз, не требующий лечения, – идеальный вариант для таких махинаций.

Говоря о различиях в диагнозах и методах лечения в нашей стране и за рубежом, нельзя не отметить еще одно обстоятельство. Эти различия принято объяснять тем, что отечественная медицина безнадежно «отстала» от западной. Однако при ближайшем рассмотрении выясняется, что это утверждение далеко не бесспорно. Как подчеркивали участники наших экспертных интервью, существуют безусловные провалы в российской медицинской науке, во многом связанные с наследием советского изоляционизма и недостатком текущего финансирования, а также в организации системы здравоохранения, обеспечивающей доступ всем нуждающимся к адекватной медицинской помощи. Однако с точки зрения профессионализма, по экспертным оценкам, сильных различий нет. Более того, по основным направлениям медицинской практики нет разницы, где лечиться, – в России или за рубежом, так как в нашей стране тоже есть клиники, которые владеют всеми современными технологиями.

Если принимать во внимание вышесказанное, то тезис об отставании оказывается «мифом, выгодным начальству». Он позволяет «выбивать» государственные средства на нужды медиков, прежде всего, на развитие современных технологий (закупку дорогостоящего оборудования, строительство высокотехнологичных центров и т. д.), а не на выравнивание условий доступа к медицине, например, для сельских и городских жителей. Это также говорит о том, что причина видимых и фиктивных особенностей российской медицины лежит в специфике борьбы за ресурсы в сфере здравоохранения.

#### Самоидентификация российских врачей: свободная профессия vs государева служба

Исторически становление современной (западной) медицины происходило при оформлении врачевания как свободной профессии, которой присущи профессиональная автономия, самоуправление, а также личная ответственность за результат перед клиентом. Специфика правового и социального статуса врачей, а также их организации и самопрезентации была обусловлена особенностями их труда – практики, основанной на узких экспертных знаниях. В социологии профессий врачи традиционно рассматриваются в качестве примера свободных профессионалов, наряду с адвокатами и артистами<sup>57</sup>.

Данный статус медиков и сегодня нормативно зафиксирован в законодательстве ряда зарубежных стран<sup>58</sup>. Например, в Германии врачи включены в перечень свободных профессий, определяемых следующим образом – «предлагают, в общем, на основе особой профессиональной квалификации или творческой способности личное, под собственную ответственность и предметно независимое предоставление услуг более сложного вида в интересах заказчика и общественности»<sup>59</sup>. Соответственно, в публичном поле в Западной Европе в качестве проблемы рассматривается угроза независимости медицинской профессии, которая возникает из-за увеличения влияния государства на профессиональную деятельность: «Контроль законности медицинской деятельности заменяется контролем профессиональной компетентности и сопровождается ростом государственного вмешательства в обеспечение качества медицинской помощи»<sup>60</sup>.

Социальное и правовое положение людей, занятых в российской медицине, совершенно другое.

В СССР врачи были частью класса «служащих» или «советской интеллигенции», их правовой статус не был зафиксирован законодательно<sup>61</sup>, а реальное место в социальной структуре общества определялось тем, что они обеспечивали работу государственной системы здравоохранения в соответствии с задачами трудовой и военной мобилизации населения. Говорить о статусе медиков как «свободных профессионалов» не приходилось. Нет его и сегодня в российском законодательстве<sup>62</sup>.

Однако в наших интервью вне зависимости от места респондентов в профессиональной иерархии (от сельского участкового терапевта до главного врача, доктора наук или высокопоставленного медицинского чиновника) лейтмотивом проходило сопоставление критикуемой российской действительности с неким идеальным образом организации труда врача. Этот собирательный идеал отражает специфические интересы медицинской профессии, позволяющие отнести ее к категории свободных профессий.

В схематичном, упрощенном виде сопоставление выглядит следующим образом (см. таблицу на стр. 79).

В идеале деятельность врача – это сугубо интеллектуальная работа с пациентом, сродни детективному делу, лишенная решения каких-либо административных, бюрократических или социальных вопросов (вроде выписки льготных рецептов, больничных листов, заполнения многочисленных форм отчетности и т. д.).

В действительности же основная часть рабочего времени врача в государственной системе здравоохранения уходит на решение немедицинских вопросов. То, что «стало больше бумажной, канцелярской работы» – одна из основных претензий к современной государственной политике в сфере здравоохранения со стороны врачей любого ранга и статуса.

Умственный труд, подкрепленный наблюдением и опросом больного, важнее чисто практических навыков манипуляций с телом больного и оборудованием.

Хотя со стороны, с точки зрения пациента, более значима именно практическая работа руками. Это противоречие находит отражение в некотором взаимном скепсисе оперирующих хирургов и врачей терапевтического профиля, проявившемся в ходе интервью. Хирурги, спасая жизни пациентов, принимают больше благодарности и, по словам одного из экспертов, «смотрят свысока на всех остальных». Терапевты же по-

рой отзываются о хирургах как о «слесарях», которые полагаются на инструменты и аппараты в большей степени, чем на свой интеллект.

Особое значение играет коллективный разум медицинского сообщества: при выборе места работы ценится возможность экспертизы, консилиума, разбора сложных запутанных случаев вместе с коллегами, особенно старшими и более опытными. Такое общение необходимо для профессионального роста и психологического комфорта, поскольку предметный разговор возможен только с другим специалистом-медиком. «Куда я еще свою боль, свое незнание могу понести?» – восклицает в разговоре один из экспертов. Такое общение может быть доступно в условиях крупной клиники или в случае, если есть активно работающее научное общество (как за рубежом или как это было в советское время).

ИДЕАЛ	РЕАЛЬНОСТЬ
Сугубо интеллектуальная работа	Слишком много ненужной бумажной работы, мало времени на пациента
Коллективное обсуждение сложных случаев, консилиум	Мало возможностей для диалога с коллегами
Значительный поток пациентов как условие для сохранения и приумножения мастерства	Профессиональная деградация либо из-за перегрузки на работе, либо, как в сельской медицине и рядовой поликлинике – из-за дефицита «сложных случаев» и оборудования
Меритократия: руководство со стороны более компетентных и опытных	Медициной управляют «бухгалтеры»
Самостоятельность и свобода действий лечащего врача	Врач зависим от вышестоящего начальства и скован требованиями со стороны чиновников, страховых компаний, власти в целом
Оценка качества работы – только в профессиональной среде	Врача оценивают некомпетентные чиновники, страховые компании, о них судят безграмотные журналисты
Высокий правовой статус, автономия	Врачи – «крепостные»



Напротив, единоличное принятие решений в ситуациях, когда необходим консилиум, воспринимается коллегами как проявление гордыни и тщеславия врача.

Однако в остальных случаях лечащий врач должен быть полностью самостоятелен в определении диагноза и выборе лечения, что предполагает его независимость от любых немедицинских факторов, политических и финансовых. Это означает, что ему не нужно учитывать такие обстоятельства как, например, ограничения по стоимости выписываемых льготных рецептов или наличие плана по госпитализации. Кроме того, ему необходима значительная свобода действий, обеспеченная отсутствием жестких стандартов лечения (*«стандарт лишает врача свободы выбора, не дает ему возможности творчески мыслить»<sup>63</sup>*), установленных в интересах государства и страховых компаний, наличием всего необходимого оборудования и медикаментов, а также плавающего графика приема пациентов, без установленных сверху ограничений по времени на консультацию. Как раз все это отсутствует сегодня у российского врача. Наконец, врач должен быть независимым от власти, так как, по словам одного из экспертов, он *«курирует жизнь человека от рождения до кладбища»*.

Критерий успешности работы врача – исключительно профессиональный и определяется очень просто: помогло больному лечение или нет. Это распространяется и на медицинские учреждения: успешной признается и получает признание профессионального сообщества та клиника, где исцеляют пациентов, которым не могли помочь в других местах. В этом случае ее опыт, ее методики признаются передовыми и могут быть заимствованы другими клиниками. При этом сам пациент не способен адекватно оценить эффективность работы лечащего врача, поскольку для него важнее субъективные факторы, не имеющие отношения непосредственно к медицине, – комфорт, вежливое обращение, отсутствие боли (*«пациент хочет, чтобы ему было хорошо на душе»*). Таким образом, оценка качества врачебной деятельности может быть только со стороны самого медицинского сообщества.

Хотя, как признают эксперты, сами критерии качества изменчивы и определяются исторически или ситуационно. Например, относительно недавно в хирургии нормой считалось нагноение ран после операции. Сейчас в связи с изменившимися технологическими условиями и, соответственно, требованиями к норме осложнений это воспринимается как нонсенс.

Важное место в идеальных условиях труда играет объем работы: пациентов должно быть не много и не мало, причем они должны быть максимально доступны для врача. Большой поток больных, который образуется из-за дефицита врачебных кадров в ЛПУ, приводит к профессиональному выгоранию и снижению качества работы<sup>64</sup>. К профессиональной деградации ведет и уменьшение медицинской практики, что практически неизбежно происходит в государственной (муниципальной) системе здравоохранения вне крупных городов.

Как отмечали эксперты, одна из причин непривлекательности работы на селе для врача состоит в том, что он не может реализовать там свой профессиональный потенциал из-за отсутствия всего необходимого оборудования, а также однообразия и малого количества случаев болезней, с которыми ему приходится иметь дело. Приведем несколько высказываний: *«На селе все сложные случаи, на которых врач обычно учится, “уходят в город”. Навыки теряются, искусство клиники уходит»*. *«Даже если сельский врач получает 20–25 тыс. руб., что, по местным меркам, очень большие деньги, у него нет стимула работать там, где он не сможет адекватно лечить людей. И одними зарплатами здесь ничего не решишь... Если врач принял решение работать на селе, то он сделал осознанный выбор, понимая, что у него будет только уважение жителей, а в профессиональном плане он будет только деградировать»*. *«Если акушер-гинеколог в центральной районной больнице принимает одни роды в месяц, наступает дисквалификация»*.

Стационар как место работы для большинства врачей, за исключением врачей общей практики, всегда предпочтительнее поликлиники. Его преимущества в том, что *«доктор видит пациентов каждый день, может оценить их динамику, быстро корректировать лечение, контролировать получение препаратов и т. д.»*. Кроме того, у врача, который работает в стационаре, *«больше ответственности, но меньше бумажной работы, отвлекающей от лечебного процесса»*. Условия работы стационара *«способствуют концентрации хороших врачей»* в нем. *«В стационаре больше надзора, контроля со стороны заведующего отделением, в нем сосредотачивается больше тяжелых больных, соответственно, опыта набирается больше»*. В поликлинике врач выполняет в основном *«диспетчерские функции»*.

Управленческая иерархия в медицинской среде в идеале является меритократической: управлять врачом может лишь тот, кто более компетентен и профессионален, что доказано его практикой. Власть, основан-

ная на знаниях и опыте, предполагает, что нельзя быть руководителем в медицине, если ты не прошел всех ступенек управления снизу. По словам одного из экспертов, в медицинском сообществе действует правило: «Ты не имеешь права спрашивать с меня того, чего не знаешь и не умеешь делать сам». Здесь не работает идея молодых эффективных менеджеров. Напротив, важна преемственность, возможность получить вовремя дельный совет. Сегодня эти принципы, по мнению врачей, повсеместно нарушаются из-за позиции государства. Наиболее негативно воспринимается назначение федеральными министрами, отвечающими за здравоохранение, людей, не являющихся медиками по профессии. Для кого-то это служит подтверждением явной деградации российской медицины. В то время как раньше (в советское время) на руководство Министерством здравоохранения назначались люди, которые перед этим последовательно прошли все ступеньки административной иерархии («даже если он чей-то бластной»).

Наконец, в идеале занятие врачеванием предполагает особые отношения в медицинском учреждении, основанные на корпоративной солидарности и высоком правовом статусе врача, защищенном от произвола со стороны работодателей. В экспертных интервью нередко звучала мысль о том, что рядовые российские врачи сегодня находятся в бесправном униженном состоянии, «как крепостные». Врача без его воли могут перевести на другой участок работы или назначить дежурство. Более того, «сегодня профессиональной солидарности нет как таковой – могут уволить врача без причины, и никто за него не заступится из коллег». Правовое и имущественное неравенство внутри медицинского сообщества усиливается новой системой оплаты труда, которая «заставляет врачей пресмыкаться перед заведующими отделениями и главврачами». Корпоративные механизмы защиты врачами своих интересов (советы главврачей, медицинские ассоциации, профсоюзы), по оценкам экспертов, должны быть, но практически отсутствуют.

Нередко идеал формулируется через сопоставление с другими странами, что заметно не только в экспертных интервью, но и в публичном поле. Вот пример, найденный в популярной газете «Аргументы и факты – здоровье», т. е. упрощенный и тиражируемый. Российский врач, эмигрировавшая в Бразилию, перечисляет основные достоинства медицины как свободной профессии: «Врачи в Бразилии причислены к людям свободных профессий, наравне с юристами и журналистами. До минимума сведено и количество начальников среди врачей. Я работаю в

системе префектуры, которую можно соотнести с российской районной поликлиникой. У нас есть управляющая, которая не является врачом, а только согласовывает с врачами часы приема. Мое ведение больного никто не будет проверять, никто не станет отслеживать, когда я уйду, никто не сможет унижить повышением или понижением зарплаты, выдачей или лишением премии. Если пациент врачом недоволен, он может обратиться в общество защиты потребителей, может пожаловаться в совет медиков штата. <...> Огромное уважение к врачу и отсутствие начальников, отсутствие жесткой регламентации работы, понимание ее творческой стороны сильно повлияли на мое решение остаться работать в Бразилии»<sup>65</sup>.

Работа в качестве свободного профессионала сегодня является, в том числе, одним из лозунгов в деятельности объединений, представляющих интересы врачей.

Так, в ноябре 2011 года Пироговское движение врачей России на VIII съезде приняло декларацию, в которой медики потребовали признания своих профессиональных прав и в одностороннем порядке объявили себя представителями свободной профессии.

В декларации, в частности, отмечалось: «В период перехода России к рыночному развитию и приватизации врачи и медицинские сестры остались наемными работниками без признания их прав на профессиональную компетентность, как на интеллектуальную собственность, созданную и создаваемую многолетним, упорным интеллектуальным трудом в течение всей профессиональной жизни. В этих условиях врачебный и сестринский персонал не получили права на профессиональную автономию. Они не стали в полной мере и субъектами гражданского права, имеют низчайшую оценку и оплату труда – вдвое ниже, чем у низкоквалифицированных технических работников, а также испытывают явное и скрытое сопротивление развитию профессионального самоуправления»<sup>66</sup>.

Из сказанного выше вытекает, что многие коллизии в управлении системой государственного здравоохранения сегодня обусловлены тем, что управленческие решения государства, направленные, казалось бы, на улучшение качества работы медиков и укрепление здоровья нации, противоречат интересам медицинской профессии. Например, политика сокращения дорогостоящих койко-дней в стационарах неизбежно наталкивается на естественное желание врачей работать в больнице, а не в поликлинике. Автор был свидетелем того, как на одном из публичных се-

минаров, посвященных разработке «медицинского» раздела нового варианта Стратегии–2020, один из экспертов, представитель медицинского истеблишмента, призвал коллег быть реалистами и признать, что при общих разговорах о необходимости развития амбулаторно-поликлинического звена каждый из них *«хотел бы устроить своих детей на работу в стационар»*. Ограниченные ресурсы муниципалитетов и региональных властей по развитию медицины на селе, вроде предоставления льготного жилья и «подъемных» молодым специалистам, бессильны против уверенности врачей в том, что работа в маленькой районной поликлинике ставит крест на их профессиональных амбициях и даже обрекает на профессиональную деградацию.

Наконец, на попытки чиновников улучшить качество медицинских услуг в государственных ЛПУ за счет увеличения внешних проверок и видов отчетности медики реагируют глухим недовольством и имитацией выполнения ужесточающихся требований. Отчетность все меньше отражает реальность происходящего в медицинском учреждении, подменяя ее выдуманными цифрами объемов оказанной медицинской помощи, заболеваемости и оценки качества медпомощи пациентами.

Оставляем пока в стороне еще один аспект работы врача в качестве свободного профессионала – высокий доход, соответствующий его уровню образования. Хотя этот вопрос о доходах является наиболее болезненным для российских медиков, на наш взгляд, оценка оплаты своего труда как *«низчайшей»* не может служить непосредственным подтверждением того, что врачи равняются на идеал свободного профессионала. Она скорее всего связана со стремлением получить адекватное социальное обеспечение от государства за решение государственных задач по борьбе с болезнями.

Здесь мы обращаемся к другой грани самоидентификации российских врачей. По их мнению, *по факту* они находятся на службе у государства и в соответствии с этим формулируют свои требования по изменению условий труда. Дополнительную остроту проблеме придает то, что само государство не воспринимает их в качестве государственных служащих.

Понятие «служба» занимает важное место в корпоративном медицинском языке. Оно используется применительно к организации работы врачей отдельных медицинских специальностей и сети специализированных учреждений: терапевтическая, онкологическая, хирургическая служба, службы родовспоможения и т. д.

Употребление этого термина весьма широкое. В общероссийских масштабах понятие «служба» используется для обозначения сети учреждений и мер по борьбе с заболеваниями различных профилей. В отношении одной специальности в отдельной клинике говорят о службе, объединяющей несколько отделений стационара и амбулаторный прием по одной специальности<sup>67</sup>. Иногда даже речь идет о медпункте в школе<sup>68</sup>. Вкладываемое в слово содержание отличается в значительной мере.

Понимание того, в какой службе ты работаешь, – важный элемент корпоративной самоидентификации врача, своего рода корпоративный маркер. *«Наша фтизиатрическая служба – очень дружная»*, – с гордостью говорит один из наших респондентов. Нередко представление своего коллектива и места работы как «службы» становится способом повысить его значимость и маркетинговую привлекательность для клиентов. Например: *«За сохранением и укреплением здоровья наших детей в частной московской школе и платном детском саду «Эрудит» неусыпно следит медицинская служба, в которую входят высоко квалифицированные медицинские работники»*<sup>69</sup>.

Вместе с тем понятие «служба» в медицинском дискурсе имеет глубокий идейный смысл. В ней заложен скрытый элемент героизации деятельности медиков. Служба – это не просто единица измерения в организации лечебного процесса. Основное значение здесь имеет борьба против конкретных недугов в интересах общества и государства. Как пояснил один из опрошенных нами экспертов, смысл в том, что медики не просто лечат людей (оказывают медицинские услуги), а решают задачи общественного здравоохранения<sup>70</sup>.

Укорененность в символическом корпоративном пространстве представления о том, что медики находятся на службе государства, на наш взгляд, косвенно выражается и в вывесках медицинских учреждений в отдаленной российской глубинке. Сохраняя преемственность с советскими временами, в начале XXI века на табличках у входа в фельдшерско-акушерский пункт или сельскую врачебную амбулаторию над их названием вместо организации-учредителя до сих пор нередко указывают федеральное министерство, хотя советская имущественная иерархия давно канула в Лету. Вывеска вроде этой – «Минздрав России. Березовский фельдшерский пункт» – словно подчеркивает, что данный ФАП решает государственные задачи по охране здоровья жителей села, встроено в общую управленческую вертикаль государственной системы здравоохранения.

Структура медицинских служб (т. е. систем организации специализированной медицинской помощи по отдельным направлениям) в современной России осталась практически неизменной со времен Советского Союза, когда они фактически были созданы. Но в текстах нормативных актов, как советских, так и российских, регулирующих работу отдельных медицинских служб, само слово «служба» встречается очень редко. Обычно в документах говорится о «мерах по улучшению оказания медицинской помощи» или «организации медицинской помощи». Определения «службы» применительно к медицине нет ни в российском, ни в советском законодательстве. Если этот термин и упоминается в каких-то распорядительных документах или нормативных актах, то чаще в региональных документах, вскользь, в качестве заимствования из медицинского дискурса – т. е. языка, на котором медики говорят о медицине и о себе<sup>71</sup>.

Не существует определения «служба» применительно к медицине в целом и в толковых словарях, и в энциклопедиях советского периода, например в Большой медицинской энциклопедии<sup>72</sup>. Официально это определение употребляется только в отношении военной медицины («медицинская служба Вооруженных сил РФ») и медицинских учреждений для иных видов служб, приравненных к военной (МВД, ФСБ, МЧС<sup>73</sup> и др.).

На наш взгляд, это означает, что в государственном дискурсе медицинская работа не рассматривалась и не рассматривается как вид службы по аналогии с гражданской или военной службой.

Если применить к анализу статуса врачей концепцию сословной структуры российского общества<sup>74</sup>, то видно, что описанное выше понимание «службы» как служения для защиты здоровья нации ближе всего к задачам постсоветских «служивых сословий», которые структурированы по решению задач обеспечения защиты государства от разного рода угроз. Российские медики выстраивают свое поведение как люди, находящиеся на службе, а не как представители свободных профессий. Служилых людей необходимо *содержать*: они находятся на полном государственном довольствии, а в случае его дефицита – используют свое место работы для взимания поборов с зависимого населения (взятки/благодарности).

Некоторые профессиональные медицинские корпорации сегодня напрямую добиваются уравнения в статусе со служилыми сословиями. Так, работники скорой помощи требуют принятия Федерального закона «О скорой медицинской помощи» (по аналогии с законами «О статусе

военнослужащих» и «Об аварийно-спасательных службах и статусе спасателей»). Они добиваются особых прав и преференций, в том числе «социальных гарантий (жилье, льготное пенсионное обеспечение, режим труда и отдыха), аналогичных таковым в законах о военнослужащих и спасателях»<sup>75</sup>.

В то время как врачи стремятся примирить два противоположных идеала – свободного профессионала и государственного служащего, государство относит их в третью категорию – бюджетников, обслуживающих выполнение государственных социальных обязательств. Как мы показали выше, российская власть видит в медиках отдельную социальную группу и обособляет ее с помощью интеграции профессиональной этики в законодательство, официального календаря, поддержки установленной иерархии званий и категорий и т. д. С точки зрения государства, медики являются обслуживающим сословием. Но они воспринимают себя как сословие служилое, формируя на основе этого восприятия свои ожидания от работы и требования к работодателю. Как отмечает один из экспертов, «государству надо быть честным: если в муниципалитете государство содержит лечебное учреждение, то должно и нормально финансировать и врачей, либо сказать: “Народ, сам содержи врачей”».

Если мы примем во внимание эту логическую связку, то становится более понятным постоянное требование медиков-бюджетников к государству улучшить условия их труда, включая многократное повышение зарплаты и предоставление пакета социальных льгот (жилье и пр.). В то же время, государство разговаривает с ними как с наемными работниками, увязывая повышение зарплат с улучшением качества медобслуживания, внедряя новые принципы труда, ориентированные на результат, и т. д. Когда стороны говорят на разных языках, диалога не получается.

В целом, как нам кажется, психологическое состояние российского медицинского сообщества на сегодняшний день определяется глубоким конфликтом самоидентификации как свободных профессионалов, с одной стороны, и служащих, решающих государственные задачи, с другой.

Этот конфликт в сочетании с исторически сформировавшейся национальной обособленностью отечественной медицины и навязанными государством, не выполняющими своих фундаментальных задач атрибутами и формами профессиональной самоорганизации, и формирует современный облик российского медицинского сообщества, определяет публичную позицию социальной группы врачей. Можно сказать, что отсутствие медицинской «корпорации» как публично признанной структу-

ры организации, управления и представительства интересов медиков служит питательной почвой для развития корпораций в понимаемом нами ключе – как «машин» для «выбивания» и освоения ресурсов в интересах самой системы здравоохранения, а не тех, на поддержание здоровья которых они выделяются. Далее посмотрим, как происходит формирование таких корпораций в медицинской среде.

### ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ КОРПОРАЦИЙ

На сегодняшний день в российской медицине существуют самые разные корпоративные структуры. Некоторые из них максимально оформлены и имеют все необходимые инструменты для выражения и защиты своих интересов. Некоторые находятся в зачаточном состоянии, и опознать их можно лишь по публичной борьбе, которую они ведут за свое призвание. Какие-то профессиональные сообщества в медицине сложились давно и имеют длительную историю, какие-то – возникли относительно недавно, но уже претендуют на значительную долю государственных ресурсов в сфере здравоохранения, какие-то – только зарождаются.

Схематично процесс формирования корпорации можно представить следующим образом. Он начинается при условии наличия потенциального рынка услуг по поддержанию здоровья или появлению нового ресурса, под который этот рынок можно создать. Толчком может быть какое-то научное открытие в сфере медицины, изобретение нового лекарства, устройства или, напротив, необходимость найти новое применение медикаментам, которые показали себя неэффективными в лечении других заболеваний. При появлении реального или мнимого средства борьбы с определенной угрозой здоровью последняя формулируется публично и доносится до общества и государства в виде научных исследований. Вокруг этого конкретного фронта борьбы с болезнью или группой болезней, а иногда – даже метода борьбы, складывается профессиональное поле. Появляются специалисты, обладающие уникальными знаниями в данной сфере, возникает система передачи и подтверждения этих знаний (научные общества, научные дисциплины и школы, учебные курсы, журналы). Следующий этап – официальное оформление новой медицинской специальности, которая обычно «отпочковывается» от уже существующих направлений, и фор-

мирование вокруг нее собственной инфраструктуры медицинских учреждений.

С точки зрения официальной истории медицины, появление новых медицинских специальностей – это объективный процесс, следствие ускоряющегося научно-технического прогресса, увеличения объема медицинских знаний, а также изменения самих болезней (патоморфоза). Однако такой подход не может объяснить причины, по которым развитие одних специальностей тормозится государством, других – нет, а также не принимает во внимание тот факт, что развитие науки в целом – во многом моделируемый экономическими и политическими агентами процесс.

В российской истории последних 20-ти лет особенно заметно влияние на дифференциацию медицинских специальностей транснациональных корпораций: производителей лекарственных средств и медицинского оборудования, а также зарубежных (европейских, всемирных) профессиональных ассоциаций. Производственные корпорации, будучи сегодня основным финансовым источником реального процесса повышения квалификации врачей, обеспечивают становление новых профессиональных полей вокруг отдельных методов лечения или лекарств с помощью образовательных программ, спонсирования деятельности научных обществ<sup>76</sup> и пациентских организаций<sup>77</sup>.

В какой-то степени это влияние – побочный эффект их маркетинговой активности. Они обучают докторов работе с собственной продукцией, способам применения препаратов. Чтобы не распылять ресурсы и достичь максимального эффекта при работе с целевой аудиторией, они стремятся выделить во врачебной среде узкую группу специалистов, в образование которой целесообразно инвестировать средства.

В официальном оформлении профессиональных медицинских корпораций основную роль играет государство, особенно в нашей стране, поскольку оно распределяет ресурсы на поддержание здоровья граждан. Ключевым инструментом становится признание факта их существования в нормативных правовых актах, регулирующих сферу здравоохранения. Ресурсы получают лишь те, кто официально признан.

Профессионализация медицины достаточно полно изучена в западной социологии медицины сторонниками неовебериянского подхода (Берлант, Ларкин и др.<sup>78</sup>). Они рассматривали становление врачебных профессий сквозь призму захвата ими места на рынке с помощью легально признанного «закрытия» профессиональной группы. Так, Дж. Берлант



на примере истории медицины в Великобритании и США в XIX–XX веках выделил два основных механизма монополизации: внедрение особой медицинской этики, позволившей отделить оценку качества работы врача от удовлетворения интересов пациента, и распространение лицензирования как способа уменьшить внешнюю и внутреннюю профессиональную конкуренцию. Монопольная власть врачебного сообщества, по его словам, базируется на умении удерживать баланс между зависимостью и независимостью от государства: медицинская этика предвосхищает государственное вмешательство, лицензирование позволяет эксплуатировать в своих интересах государственную власть.

Становление медицинских профессий в XX веке в России имеет свои особенности. В отличие от США и Западной Европы, в нем гораздо более активно было задействовано государство, поскольку свободного рынка медицинских услуг, по сути, не существовало.

Следует подчеркнуть, что хотя далее речь идет о действиях государства, нельзя рассматривать процесс оформления корпораций как волевой акт с его стороны. В каждом конкретном случае признание государством наличия корпорации и правомерности ее притязаний на ресурсы является плодом лоббистской борьбы и согласования корпоративных и государственных интересов.

Можно выделить следующие формы признания государством профессиональных медицинских корпораций:

- регулирование допуска к профессиональным занятиям (номенклатура медицинских специальностей);
- признание наличия отдельной медицинской службы и допуск к управлению системой здравоохранения (институт главных внештатных специалистов);
- законодательное оформление корпорации (профильный закон о борьбе с заболеваниями, введение льгот для членов корпорации);
- выделение специальных именных бюджетов для корпорации (федеральные и региональные целевые программы, отдельные строки в бюджете);
- введение государственной монополии на отдельные виды медицинской деятельности;
- формирование кадров за счет бюджета (введение образовательных курсов, кафедр и специальностей в медицинских вузах);
- выделение самостоятельной научной дисциплины за счет бюджета (номенклатура научных специальностей, финансирование

научных исследований, создание НИИ, кафедр, открытие клинических стационаров и т. д.).

Все эти формы признания не только дают возможность корпорации существовать легально, но и обеспечивают необходимые для существования ресурсы, а также способы их умножения.

Это не так очевидно, на первый взгляд, для государственного оформления научной деятельности по данной специальности. Однако именно наличие «собственного» института или государственного исследовательского центра с клинической базой открывает возможности для участия в клинических исследованиях лекарственных средств, а значит для получения дополнительного финансирования от разработчиков и производителей лекарственных средств и медицинской техники, а также для тиражирования опыта использования этих препаратов среди других врачей.

Изменения в легальном статусе (исключение из номенклатуры специальностей, закрытие профильного НИИ, сокращение кафедр) очень остро воспринимаются в профессиональных медицинских сообществах как угроза их существованию. В этом случае говорят, что государство разрушает медицину.

В качестве примера можно привести изменения в номенклатуре врачебных специальностей, результатом которых стала замена специальности «курортологии» на «медицинскую реабилитацию», а «физиотерапии» на «восстановительную медицину». Вокруг них было сломано немало копий. По мнению представителей корпорации, «целью терминологических игр стало расчленение единой курортологии и физиотерапии и уничтожение ее как науки и медицинской практики»<sup>79</sup>. В подтверждение этому приводятся следующие факты. В конце 1990-х – начале 2000-х годов «была закрыта отдельная научная специальность 14.00.34 – «Курортология и физиотерапия», упразднена должность главного внештатного физиотерапевта Министерства здравоохранения РФ, более чем пятилетняя задержка в издании, подготовленного по заданию МЗ РФ, приказа по физиотерапии взамен Приказа № 1440 от 1984 года, физиотерапия исключена из стандартов лечения больных в ЛПУ, сокращены штаты врачебного и сестринского персонала в отделениях и кабинетах физиотерапии»<sup>80</sup>. Новая форма специальности, «восстановительная медицина», просуществовала лишь несколько лет – в 2011 году она была вообще ликвидирована, поскольку ее предмет был непонятен.

Наиболее оформленными можно считать те корпорации, особый статус которых признан государством и зафиксирован в специальных

федеральных законах, а также уточняется в подзаконных нормативных актах. На сегодняшний день это корпорации в сфере психиатрии, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и некоторые другие. Законы наделяют сотрудников специализированных медицинских учреждений (не только медицинских работников) льготами, связанными с опасными или тяжелыми условиями труда (надбавка к зарплате, дополнительный отпуск, страхование). Принятие «своего» закона – одна из основных целей лоббистских усилий бюджетных конгломератов, созданных вокруг какой-то угрозы здоровью, поскольку это дает возможность для требования государственных бюджетов в дальнейшем.

Признание государства проявляется и во введении государственной монополии на отдельные виды деятельности, такие как лечение отдельных социально значимых заболеваний, медико-социальная экспертиза, судебно-медицинская экспертиза, судебно-психиатрическая экспертиза, санитарно-эпидемиологический надзор, борьба с особо опасными инфекциями и т.п. Монопольное право отдельных корпораций на борьбу с определенными заболеваниями закрепляется в виде создания сети специализированных учреждений, уполномоченных заниматься их лечением (противотуберкулезные, кожно-венерологические диспансеры и др.<sup>81</sup>), а также обеспечения обязательного фронта работ врачей (принудительное лечение, обязательная диспансеризация определенных групп населения).

Нередко инициатива по укреплению монопольного статуса отдельных профессиональных корпораций или их подразделений исходит от региональных властей. Иногда это дает результат. Так, в Татарстане введено обязательное требование проводить регулярные профилактические осмотры отдельных категорий населения на предмет наличия кожных заболеваний и инфекций, передающихся половым путем. Например, работники детских садов должны это делать 4 раза в год<sup>82</sup>. Проводить такие осмотры, оплачиваемые за счет работодателя, уполномочен только республиканский кожно-венерологический диспансер и его подразделения на территории региона.

Иногда самодеятельные попытки зафиксировать монополию государственных медучреждений проваливаются. Так, Генеральная прокуратура РФ и ФАС в 2010 году опротестовали приказ департамента здравоохранения Новосибирской области «О порядке медицинского освидетельствования граждан для выдачи лицензии на право приобретения оружия», который разрешал проходить медицинское освидетель-

ствование психиатром и наркологом только в специализированных диспансерах.

Хотя наличие специальных бюджетов можно считать признаком наиболее оформленных корпораций, это не означает, что реальные объемы бюджетного финансирования у них будут наибольшими. Специализированные бюджеты и предельная монополизация не гарантируют, что поток государственных ресурсов максимален. Напротив, в каких-то случаях, достигнув предельного оформления, корпорация «огосударствливается», костенеет и теряет возможности для легального расширения своего присутствия на рынке и увеличения ренты, если сформулированная ей угроза теряет привилегированное место в текущих приоритетах государства. Именно это, на наш взгляд, происходит сегодня с психиатрией.

Рассмотрим далее более подробно, как происходит оформление корпораций с помощью некоторых инструментов государственного признания, а также попытаемся описать одну из наиболее «огосударственных» корпораций.

#### Появление новых врачебных специальностей

Включение в номенклатуру врачебных специальностей<sup>83</sup> имеет особое значение для защиты интересов корпорации с двух сторон.

С одной, оно легитимирует ее статус и служит базовым основанием для расширения ресурсной базы методами лоббирования специальных бюджетов, открытия учебных направлений и соответствующих бюджетных мест и кафедр в медицинских вузах.

С другой – это инструмент монополизации, закрепления за членами корпорации уникального права заниматься этой деятельностью. На сегодняшний день врачом узкой специальности, включенной в номенклатуру, можно стать, лишь пройдя довольно длительный цикл обучения (ординатура или курсы профессиональной переподготовки). Просто дополнительных курсов или практического опыта, полученного при работе в данной сфере, недостаточно.

В СССР номенклатура врачебных специальностей была введена только в 1970 году и включала 51 специальность. Следует отметить, что при разработке фиксированных перечней разрешенных медицинских специальностей государство ставило свои задачи по кадровой



политике в сфере здравоохранения, отличные от миссии признания корпораций. Изначально целью перечня было затормозить бессистемное, с точки зрения чиновников, образование новых узких специальностей и отток специалистов из поликлиник в стационары. В Приказе введение номенклатуры обосновывалось тем, что в связи с «развитием специализированной помощи и неограниченной дифференциацией врачебных специальностей, организацией новых учреждений, кабинетов, отделений» реальное количество специальностей превышало штатные нормативы медперсонала учреждений здравоохранения<sup>84</sup>. Новая номенклатура 1995 года<sup>85</sup> была призвана упорядочить аттестацию специалистов. Действующая сегодня регулирует образовательный процесс. В ней выстроена иерархия из основных специальностей и специальностей, которые требуют дополнительной подготовки и могут быть получены лишь определенными специалистами. Например, стать косметологом может лишь врач, имеющий основную специальность «дерматовенерология».

Российская (советская) номенклатура медицинских специальностей сильно отличалась от других стран. Да и сейчас в ней отсутствуют некоторые специальности, принятые на Западе, например детский психиатр. Зато есть собственные уникальные специальности, созданные по принципу особой методики лечения или диагностики («мануальный терапевт», «врач функциональной диагностики»), или другим образом («водолазная медицина», представители которой – воистину «штучный товар»<sup>86</sup>). При этом каких-то фиксированных процедур и регламентов по пересмотру номенклатуры и включению в нее новых специальностей нет. Нет здесь и рекомендаций ВОЗ: это полностью компетенция национального государства, точнее, министерства здравоохранения. Также отсутствуют какие-то общие принципы структурирования профессионального поля. Формирование новых специальностей идет и вокруг какой-то одной группы заболеваний, и одной системы органов, и нового метода лечения или диагностики.

Как отмечает один из наших экспертов, работавший в системе управления здравоохранением СССР, какие-то особенности национальной номенклатуры сложились давно. Например, специальность «врач функциональной диагностики» возникла из-за дефицита диагностического оборудования: *«Стоял один прибор, работать всех на нем не пускали, сажали на него одного человека – ну надо же его как-то структурировать, его назвали «старший по прибору»*. Сегодня в основном включение спе-

циальностей – результат лоббистских усилий со стороны профессиональных сообществ, которые оказываются успешными при условии, что у их лидеров серьезный административный и политический вес (как, например, у кардиохирургов).

По экспертным оценкам, в России вообще слишком заметно стремление к узкой специализации (*«каждый занимается своей узкой нишей»*). Это скорее плохо, чем хорошо для пациента, поскольку он сталкивается с бюрократическими препонами, чтобы попасть от одного специалиста к другому.

За рубежом, например, кардиолог решает и вопросы лекарственной терапии, и проводит диагностику: сам делает УЗИ и коронарную ангиографию. В России сегодня этим занимаются три отдельных врача, каждый из которых должен иметь специальное дополнительное послевузовское образование.

Если посмотреть на эволюцию официального перечня специальностей, то, конечно, в первую очередь он увеличивался за счет появления более узких профессиональных разделов. Среди новых специальностей, появившихся в РФ с начала 1990-х годов – «профпатология» (1994), «диабетология» (1994), «гериатрия» (1995), «клиническая лабораторная диагностика» (1995), «скорая помощь» (1995) и др. Последовательно усиливалась дифференциация по возрастному признаку: у узких специальностей появлялись «детские» дублиеры (детская кардиология, детская эндокринология и т. д.). К концу 1990-х годов номенклатура включала более 80 позиций, на стадии рассмотрения находилось еще более двадцати. Среди последних были специальности, сформированные вокруг отдельных профессиональных сфер («авиационная и космическая медицина»), диагностики отдельных органов («маммология») и методов лечения («гипербарическая оксигенация», метод применения кислорода под высоким давлением в лечебных целях)<sup>87</sup>. Однако были и сокращения, т. е. попытки государства остановить процесс умножения. Так, номенклатура 1995 года исключила 4 отдельные специальности по борьбе со злокачественными новообразованиями (онколог-гинеколог; онколог-отоларинголог; онколог-радиолог; онколог-хирург).

Введение в номенклатуре иерархии врачебных специальностей позволило ранжировать и изменять их вес. В 2007 году из раздела основной специальности в раздел специальности, требующей дополнительной подготовки, были переведены: аллергология и иммунология, лечебная физкультура и спортивная медицина, радиология, физиотерапия, уроло-

гия, клиническая микология, лабораторная микология, восстановительная медицина, авиационная и космическая медицина, неонатология.

Самыми новыми специальностями, признанными лишь в 2009 году, в России являются «медико-социальная экспертиза», «пластическая хирургия», «косметология», «рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение»<sup>88</sup> и «водолазная медицина»<sup>89</sup>. В 2011 году также от «радиологии» отделилась специальность «радиотерапия», получить которую врач может на базе основной специальности «онкология»<sup>90</sup>.

Интересно, что, например, для пластической хирургии, которая, по мнению экспертов-хирургов, «*вообще не медицина*» («не лечат, работают только со здоровыми людьми», вдобавок они «*крайне необразованные в медицинском плане, как и стоматологи*»), включение в номенклатуру позволило позиционировать эту специальность как часть «серьезной» медицины. В 2011 году Российским обществом пластических, реконструктивных и эстетических хирургов был инициирован первый национальный конгресс «Пластическая хирургия». Как писала по этому поводу газета «Медицинский вестник» о целях мероприятия, «значительная часть проблем связана с необходимостью развенчания мифов, существующих в массовом сознании по поводу пластической хирургии. Они основаны на ложном убеждении, что чаще всего к помощи этих хирургов прибегают исключительно с целью усовершенствования собственной внешности и омоложения»<sup>91</sup>. Для формирующейся корпорации пластической хирургии актуальной задачей остается монополизация сложившихся рынков, убеждение государства и общества в своей социальной значимости и подключение к государственным бюджетам, в первую очередь, к системе обязательного медицинского страхования. Аналогичная ситуация – в косметологии, которая также является коммерчески успешной специальностью и потому престижной для самих медиков.

Что касается специальностей, которые еще не признаны государством, т. е. не включены в номенклатуру, утверждаемую профильным министерством, приметами их обособления служат:

- самоидентификация (сам врач определяет себя как специалиста в определенной области);
- выделение отдельной научной дисциплины;
- формулирование в публичном поле особых угроз и проблем, на борьбу с которыми направлена деятельность этих узких специалистов;
- создание обособленных общественных объединений – медицинских обществ и ассоциаций;

- наконец, признание в практической жизни и именование специалиста для пациента – в виде таблички на двери кабинета врача и маркетинговых уловок для создания дефицитного спроса на «редкую» специальность.

Среди таких корпораций можно выделить два вида – те, кто работают в сегментах со сформированной ресурсной базой, в основном из бюджетных источников, и те, кто осваивают новые направления для взимания ренты с конечного потребителя.

Пример первого вида – **химиотерапия**. В борьбе против рака участвуют специалисты по разным методам лечения (хирурги, радиологи, химиотерапевты), в идеале – это командная работа. По словам одного из наших экспертов (радиолога), в «хорошем» медицинском учреждении для лечения каждого онкологического больного собирается лечебная группа. Заведующий отделением, лечащий врач, химиотерапевт, радиолог совместно вырабатывают схему лечения. На практике так происходит далеко не везде и не всегда. В России традиционно считается, что онкология – хирургическая специальность, и все хирурги-онкологи должны разбираться в лекарственной терапии, т. е. быть в каком-то смысле универсалами. Лечащим врачом, как правило, выступает хирург, который действует по принципу «*взялся лечить – лечи до конца*» и несет юридическую ответственность за результат. Для самих хирургов это довольно необычная ситуация, так как в других сегментах они «*считают себя высшей кастой*», занимаются только операциями, а не подготовкой больных или их дальнейшим лечением и реабилитацией.

Между сторонниками лекарственного и хирургического методов лечения рака длительное время идет борьба за верхнее место в иерархии важности и в России, и за рубежом. Вот как отзывался о ней А.М. Гарин, руководитель отделения клинической фармакологии и химиотерапии Онкологического научного центра РАМН им. Н.Н. Блохина: «Все командные должности в онкологии на протяжении многих лет занимали хирурги, поэтому предпочтение отдавалось хирургическому методу лечения. Однако решить с помощью ножа сложную биологическую и генетическую проблему невозможно, тут нужны совсем иные методы воздействия на человеческий организм. <...> Много лет назад на крупном онкологическом симпозиуме я заявил, что химиотерапия – «*колокольный звон*» по хирургии в онкологии, так некоторые хирурги мне до сих пор не могут этого простить»<sup>92</sup>.

Необходимость официального «отпочкования» химиотерапии внутри онкологии обосновывается усложнением научного знания в данной

области: «На сегодняшний день объем знаний и умений, накопленный в химиотерапии, превышает обычный объем знаний хирурга». Сторонники отдельной специальности «химиотерапия» ссылаются также на устоявшиеся практики в западной медицине. Там существует специальность «лекарственная онкология» (medical oncology), а хирургическая онкология не обособлена от общей хирургии («каждый хирург должен уметь удалять опухоли»).

Кроме того, сегодня химиотерапевты распоряжаются большим объемом ресурсов, чем хирурги-онкологи и чем большинство других медицинских специальностей, что объясняется высокой стоимостью современных противоопухолевых препаратов, закупаемых за счет бюджетов различного уровня. Частично этому способствует структура заболеваемости по онкологии в РФ и плохо развитая ранняя диагностика: на ранних стадиях основное лечение рака – операционное, на III-IV стадии на первый план выходят лекарственная и лучевая терапия, т. е. расходы на поддержание жизни и лечение становятся существенно выше.

В дополнение к государственным ресурсам химиотерапевты – основные получатели средств от фармацевтических компаний. Это ресурсы на проведение конференций, на образовательные программы для врачей, издание литературы, зарубежные стажировки и командировки. Немаловажную часть легальных ресурсов, получаемых от фармацевтического бизнеса, составляет плата за проведение клинических исследований. Сегодня именно противоопухолевое направление фармацевтической науки развивается наиболее интенсивно, здесь появляется наибольшее количество новых препаратов. По экспертным оценкам, среди российских врачей в настоящее время максимальное давление со стороны фармацевтических компаний испытывают лидеры мнений в онкологии.

Со стороны профессионального сообщества закономерно стремление обособиться и «поднять химиотерапию в России до соответствующего ей положения». Важным шагом в этом направлении является оформление отдельного научного общества, которое может замкнуть на себя часть ресурсов, идущих от фармацевтических компаний. В случае химиотерапии это произошло в 2010 году, когда на Российском онкологическом конгрессе прошло первое заседание Общества онкологов-химиотерапевтов. Сейчас в нем состоит около 300 человек. Общество изначально заявляет о себе как о лobbистской силе, формулируя одной из основных своих задач влияние на ситуацию с лекарственным обеспечением в РФ<sup>93</sup>. Так формируется новая медицинская корпорация.

В самостоятельную врачебную специальность буквально совсем недавно официально оформилась и та часть **радиологии**, которая занимается борьбой с онкологическими заболеваниями – **радиотерапия**.

Это во многом было результатом усилий Российской ассоциации терапевтических радиационных онкологов, которая активно лobbирует расширение государственного бюджета на закупки оборудования для лучевой терапии в рамках программы борьбы с онкологическими заболеваниями<sup>94</sup>.

Надо сказать, что в самом радиологическом сообществе инициатива по выделению радиотерапии в отдельную специальность воспринимается неоднозначно. Дело в том, что помимо лечения онкологических заболеваний лучевая терапия используется и для лечения других недугов<sup>95</sup>, а работа радиологов включает и борьбу с острыми лучевыми поражениями, и с ятрогенными поражениями, которые были нанесены лучевой терапией.

Вообще в радиологии, образованной вокруг метода воздействия на организм (излучение и радиоактивные вещества), сегодня очень сильна тенденция обособления специалистов различного профиля. Обусловлено это тем, что радиологи контролируют различные рынки и бюджетные потоки, заметно выросшие в последние годы в связи с закупками дорогостоящего современного оборудования в российские больницы. Один из таких рынков – диагностический (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография), другой – лучевой терапии (гамма-аппараты). Зарождение новых корпораций проявляется в формировании отдельных научных обществ, которые издают свои научные журналы, проводят съезды врачей и образовательные программы. В России сегодня существуют Общество специалистов по лучевой диагностике, Ассоциация медицинских физиков России, Российская ассоциация терапевтических радиационных онкологов. Единая Российская ассоциация радиологов, которая единственная имеет право представлять данное профессиональное сообщество на международной арене, испытывает кризисный период внутренней борьбы за власть<sup>96</sup>. Примечательно, что на сайте Российской ассоциации радиологов ее президент в своем последнем новогоднем обращении подчеркивает: «В Новом году желаю новых идей, неиссякаемой энергии для исполнения желаний, сохранения нашей любимой единой специальности «Радиология», которая объединяет лучевых диагностов, лучевых терапевтов, специалистов ядерной медицины, медицинских физиков»<sup>97</sup>.

Среди корпораций, которые борются за признание собственной врачебной специальности в России, можно также упомянуть **аритмологию**, занимающуюся хирургическим лечением нарушений сердечного ритма и связанную с ресурсно-насыщенным рынком кардиостимуляторов. Аритмологии в номенклатуре специальностей нет, хотя этот вопрос был вынесен на обсуждение еще 10 лет назад. Центром становления ее профессионального поля, как и в случае с более успешной в плане признания со стороны государства специальностью «рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение», является Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева РАМН. На его базе с 2002 года действует Всероссийское научное общество специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции. В то же время, есть и региональные инициативы – в 2002 году на базе Новосибирского научно-исследовательского института патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина образовано Электрофизиологическое общество. Это научное общество ставит своей основной задачей «создание в регионах Сибири и Дальнего Востока развитой сети специалистов по аритмологии и электрофизиологии сердца, руководствующихся в своей деятельности единой стратегией и тактикой ведения больных с аритмиями»<sup>98</sup>.

Отметим, что отсутствие официальной специальности в данном случае сказывается и на рядовых врачах: нет принятых нормативов по нагрузке, они не получают надбавки к зарплате за вредность из-за облучения при работе с оборудованием.

Пример формирующихся корпораций второго вида, которые осваивают новые направления для взимания ренты с конечного потребителя – это **флебология**. Формально она остается разделом общей и сосудистой хирургии, но существует как отдельная медицинская дисциплина, которая изучает заболевания вен.

Ассоциация флебологов России создана еще в 1997 году при поддержке знаменитого хирурга В.С. Савельева<sup>99</sup>, признанного основателем хирургической флебологии в России<sup>100</sup>. Помимо проведения конференций, ассоциация «рекомендует» гражданам для использования некоторые лечебные средства для борьбы с варикозным расширением вен, венозным тромбозом и т. д. То есть ее одобрительный штамп ставится на продукции, продаваемой в России.

Корпорации флебологов пока не удалось добиться признания со стороны государства. Специальности «флеболог» в российском реестре ме-

дицинских специальностей нет. Причем флебологию можно назвать вдвойне «падчерицей»: она является частью сосудистой хирургии, которая, в свою очередь, не может выделиться в отдельную клиническую дисциплину из сердечно-сосудистой хирургии.

Хотя и в советское время были интересные разработки хирургов в области флебологии, речи об обособлении не было. Задача официального признания отдельной специальности, и соответственно, монополизации деятельности флебологов, стала актуальной тогда, когда появилось широкое поле возможностей для извлечения ренты из монопольного статуса и возник рынок услуг в данной сфере. Это было связано с двумя причинами.

Во-первых, изменились методы лечения: появилась широкая линейка лекарственных препаратов и компрессионного трикотажа, новых методов диагностики, уменьшилась доля инвазивной хирургии. Все это необходимо продвигать, компенсируя фармацевтическим корпорациям расходы на разработку и создание этих средств.

Во-вторых, в постсоветской России вырос новый пласт потребителей, которые со вниманием относятся к своему здоровью и готовы делать личные инвестиции в красоту своих ног и персональный комфорт. Удовлетворять эти запросы готовы многочисленные коммерческие клиники, полуправильные косметологические центры и прочие частные агенты, являющиеся, с точки зрения флебологов, «шарлатанами»<sup>101</sup>.

#### ИНСТИТУТ ГЛАВНЫХ ВНЕШТАТНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ-ЭКСПЕРТОВ

Важную роль в кристаллизации медицинских корпораций и борьбе за перераспределение ресурсов между ними играет институт главных внештатных специалистов (далее – ГВС), успешно сохранившийся в России со времен Советского Союза. Речь идет о должностях, которые существуют в органах управления здравоохранением для медицинских специалистов, представляющих ту или иную медицинскую службу и консультирующих чиновников по вопросам ее развития (например, главный внештатный кардиолог).

Этот институт существует на всех уровнях управления системой здравоохранения: на федеральном, региональном и муниципальном. Причем в отдельных профильных органах власти есть свои главные спе-

циалисты – в Минздраве, в Росздравнадзоре и ФМБА. После создания федеральных округов появились и главные окружные специалисты, правда, в меньшем количестве<sup>102</sup>. Однако среди ГВС нет строгой вертикали подчинения. В советской системе здравоохранения внештатные специалисты существовали на всех уровнях (до городских отделов здравоохранения и центральных районных больниц), а их работа координировалась соответствующими главными штатными специалистами органов управления здравоохранением различных уровней<sup>103</sup>. Сегодня их количество, номенклатура и практика работы в каждом ведомстве и органе управления отличаются, поскольку эксперты решают задачи, необходимые для данного органа и территории. С 2008 года, когда было объявлено о «возрождении» института главных внештатных специалистов при Минздравсоцразвития России, профильное министерство предприняло попытку выстроить какую-то вертикаль. Институт был оформлен в виде Экспертного совета, при котором по каждому медицинскому направлению должны быть созданы профильные комиссии, объединяющие главных региональных специалистов этого же профиля.

В идеале этот институт является воплощением принципа экспертократии в государственном управлении, когда решения, касающиеся того или иного направления в медицине, принимаются по согласованию или с подачи экспертов, наиболее уважаемых людей в медицинском сообществе. В соответствии с нормативными актами деятельность ГВС имеет пять основных составляющих: 1) анализ ситуации по организации лечения и профилактике профильных заболеваний, донесение информации до чиновников; 2) выработка стратегии и планирование борьбы с заболеваниями по его профилю на подведомственной территории (включая разработку стандартов лечения, программ оказания медицинской помощи, распределение квот на высокотехнологичную помощь, формирование государственного заказа на закупки медицинской техники и лекарств); 3) экспертиза образовательной и научной деятельности; 4) методическая помощь подведомственным ЛПУ; 5) медицинская практика – «практическая лечебно-диагностическая и консультативная помощь», включая личные консультации с больными по сложным и спорным случаям заболеваний.

Если речь идет об экспертократической модели управления, то номенклатура экспертов должна отражать структуру государственной системы здравоохранения, ориентированную, в свою очередь, на решение наиболее важных проблем здоровья нации, а перечень персоналий –

состоять из лучших, наиболее авторитетных представителей медицинского сообщества. В реальности дело обстоит иначе.

Люди, назначенные на должность ГВС, по отзывам опрошенных нами медиков, далеко не всегда являются самими уважаемыми людьми в своем профессиональном кругу. То есть должность не является критерием профессионализма, хотя возможны и приятные совпадения – когда глава ведущей научной школы занимает пост руководителя головного лечебного центра и является главным внештатным специалистом.

Эксперты называли основным качеством ГВС умение находить диалог с чиновниками, быть «аппаратным человеком». Обычно главными специалистами становятся те, «кому не противна власть», кто стремится получить привилегии. При этом «власть выбирает тех, кто ей удобнее», то есть кто не будет возражать против тех или иных решений. Сами ГВС в первую очередь занимаются лоббированием интересов своих «родных» медицинских учреждений. Положительные отзывы врачей получает тот главный внештатный специалист, кто смог «пролоббировать» какую-нибудь целевую программу, которая позволяет привлечь дополнительные ресурсы для всего профессионального сообщества. Впрочем, как отмечали те из респондентов, кто сами занимали должности ГВС на региональном уровне, их влияние на принятие решений – очень незначительно, поскольку решением финансовых вопросов они не занимаются.

Институт ГВС при Минздраве (ранее – Минздравсоцразвития) России преследует, как представляется, в первую очередь цели легитимации действий чиновников и повышения управляемости медицинского истеблишмента. Представители министерства подчеркивают, что он создан для взаимодействия с медицинским сообществом. Задачи и обязанности ГВС в основном зафиксированы в формулировке, не предполагающей активного влияния на процессы принятия решений: не «разрабатывает», а «принимает участие в разработке» и т. д. На региональном и муниципальном уровнях главные специалисты, как и ранее, выполняют в основном функцию интеллектуального обеспечения аппарата управления государственной системой здравоохранения. Как подчеркнул в своем экспертном интервью представитель одного из региональных министерств, «если бы их не было, нам было бы тяжело работать», поскольку чиновники не могут знать всего, что происходит в медицинских учреждениях.

Вместе с тем, несмотря на отсутствие у ГВС достаточной, с их точки зрения, власти, данная позиция обладает высоким лоббистским потенциалом и очень престижна. Статус сам становится ресурсом, «поскольку



делает специалиста более привлекательным для фармацевтических компаний» и дает возможность выступать в публичном поле от лица всей медицинской общественности. При этом труд внештатных специалистов ранее оплачивался в виде надбавки по основному месту работы, но с 2008 года является безвозмездным.

Как и перечень врачебных специальностей, номенклатура ГВС имеет важное символическое значение как инструмент признания государством медицинских корпораций. Поэтому она также весьма изменчива. Само название должности меняется с завидной регулярностью (главные специалисты, главные внештатные специалисты-эксперты, главные внештатные специалисты). Каждые несколько лет профильное федеральное министерство инициирует изменения в положении и составе ГВС. Так, в 2010 году в номенклатуре Минздравсоцразвития России было 60 позиций главных внештатных специалистов, в номенклатуре 2004 года – 32 позиции главных внештатных специалистов-экспертов<sup>104</sup>, в номенклатуре 2001 года – 77 позиций главных внештатных специалистов<sup>105</sup>.

Если сравнить номенклатуры этих специалистов профильного министерства от 2001<sup>106</sup> и 2010<sup>107</sup> годов, то в последней отсутствуют многие позиции. Помимо ряда детских узких специалистов и специалистов по отдельным видам диагностики нет эпидемиолога, бактериолога, радиолога, специалиста по гигиене и вопросам общественного здоровья. Есть и 10 новых позиций, в том числе – по недавно появившимся специальностям «рентгенэндovasкулярная диагностика и лечение», «пластическая хирургия» и еще отсутствующей в номенклатуре специальностей «лучевой диагностике».

Навряд ли эти перемены отражают сдвиги в приоритетах государственной здравоохранительной политики за 10 лет, поскольку пластическая хирургия не может быть важнее борьбы с эпидемиями и бактериологическими угрозами. Значит, речь идет о возможностях лоббирования интересов одних нарождающихся корпораций и потере влияния других, которых государство таким символическим образом перестает замечать.

Региональные номенклатуры ГВС также отличаются. Количество внештатных специалистов в них существенно расходится, хотя органы управления здравоохранением субъектов РФ стараются приводить свои перечни в соответствие со списком федерального министерства. Например, по данным с официальных сайтов региональных органов управления здравоохранением на конец 2009 года: в Республике Алтай работа-

ли 36 внештатных специалистов регионального министерства здравоохранения<sup>108</sup>; в Самарской области – 60 экспертов и плюс к ним – 36 «внештатных специалистов министерства здравоохранения и социального развития Самарской области по социально значимым направлениям по Самарской области». В число специалистов по социально значимым направлениям отдельно входили нефролог, детский нефролог и специалист по заместительной почечной терапии (гемодиализу), хотя на федеральном уровне позиция главного нефролога появилась позднее<sup>109</sup>. Такой сильный акцент на почечных заболеваниях можно объяснить созданием в Самаре межтерриториального центра трансплантации почки<sup>110</sup>. В Красноярском крае внештатных специалистов заметно меньше, чем в Самаре, – 57, нет своего нефролога, зато есть отдельно главный медицинский косметолог (занимает эту должность директор Красноярского Института медицинской косметологии)<sup>111</sup>. Из специалистов, которые не представлены в номенклатуре профильного федерального министерства, в Красноярске есть также пульмонолог и детский пульмонолог (на федеральном уровне есть должность «терапевт-пульмонолог»). В Новосибирской области на конец 2008 года насчитывалось 93 (!) штатных и внештатных ГВС, среди которых был и «главный специалист по использованию гомеопатического метода лечения»<sup>112</sup>. В Пермском крае сохраняется двухуровневая система из внештатных и штатных экспертов (терапевт, хирург, гинеколог, педиатр и инфекционист), которые курируют работу ГВС по более узким медицинским специальностям.

Представляется, что номенклатура ГВС зависит от двух факторов. Во-первых, это потребности чиновников, обусловленные, в свою очередь, необходимостью распоряжаться и нести ответственность за имеющиеся на их территории медицинские объекты. Как нам пояснили в одном из региональных министерств здравоохранения, «главные внештатные специалисты есть по тем профилям, по которым есть медицинская служба в регионе». Во-вторых, это влияние той или иной медицинской корпорации в стране или регионе. Последнее часто зависит от наличия авторитетной научной школы, кафедры, успешной биографии руководителей органов управления здравоохранением, родственных связей.

Главные специалисты, совмещающая данную должность с постоянной работой в качестве руководителей ведущих лечебных и научных учреждений, неизбежно становятся лоббистами интересов своей корпорации при перераспределении ресурсов в системе здравоохранения. Разумеется, все зависит от уровня и объема ресурсов, о которых идет речь.



На региональном уровне это не так заметно, поскольку обычно материальные, кадровые и интеллектуальные ресурсы сконцентрированы в областной клинической больнице, медицинском вузе и специализированных областных диспансерах. Соответственно, должности ГВС занимают главврачи диспансеров и заведующие отделениями в ОКБ. Бывают и исключения, если на подведомственной территории расположено несколько профильных медицинских учреждений.

Например, по словам экспертов, в назначении главного внештатного онколога Петербурга основным фактором является традиция, которая не отражает реальной расстановки сил в онкологической службе и рассматривается онкологами как несправедливая. Традиционно им становится представитель НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, поскольку институт, созданный основоположником онкологической службы в СССР, был первым специализированным учреждением в городе. Однако к настоящему времени по объемам оказываемой помощи и месту в практическом здравоохранении институт уступает пальму первенства городскому онкологическому диспансеру.

На общероссийском уровне ставки гораздо выше, так как там существует конкуренция между головными федеральными и московскими (иногда – и питерскими) научными центрами, между институтами разного ведомственного подчинения (РАМН, ФМБА, Минздрав). Поэтому назначение, смена ведущего специалиста или введение новой позиции в номенклатуре ГВС обычно сопряжены с активной «подковерной» борьбой, иногда выплескивающейся в публичное поле в виде медийных скандалов.

Если по одному медицинскому направлению в России есть несколько сильных научно-лечебных центров, конкурирующих между собой за бюджетные ресурсы, то назначение главным внештатным специалистом руководителя одного из них воспринимается как наиболее весомый знак государственной поддержки. В то же время, для власти основным критерием выбора эксперта служит его лояльность и способность договариваться. Также должность является предметом административного торга. Многие позиции занимали или занимают те из медицинских «нотаблей», кто ранее работал в профильном министерстве и напрямую управлял государственной системой здравоохранения<sup>113</sup>.

Примерно 15 % из списка главных внештатных специалистов профильного министерства в 2010 году составляют те же люди, что и в 2001 году. Еще 15 % – представители тех же научных и клинических центров (в офтальмологии это – НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, в кар-

диологии – Российский кардиологический научно-производственный комплекс, в акушерстве и гинекологии – Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН и т. д.). Это стабильное ядро медицинского истеблишмента, статус и авторитет которого ни государством, ни представителями соответствующих профессиональных сообществ публично не оспаривается.

Кроме того, при взгляде на списки ГВС создается впечатление, что некоторые позиции создавались и создаются под отдельные персоналии. Так, не существует больше должности главного гематолога, которую в 2001 году занимал выдающийся ученый А. И. Воробьев, она объединена с должностью трансфузиолога. В 2010 году была ликвидирована и отдельная позиция «фтизиатр», которую занимал М.И. Перельман, бывший главным фтизиатром России долгие годы и публично критиковавший в 2009 году профильное министерство за нерасторопность в закупке противотуберкулезных препаратов. Вместо нее появилась должность «главного специалиста по торакальной хирургии и фтизиатрии», на которую был назначен директор Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии.

Таким образом, институт главных внештатных специалистов важен для корпораций как инструмент символического признания и формального выстраивания иерархии внутри российского медицинского сообщества. Любое изменение номенклатуры и персонального состава ГВС указывает всем участникам корпоративных отношений, какие именно корпорации государство признает приоритетными, с кем оно готово вести диалог, кому выделять дополнительные ресурсы.

#### Предоставление отдельных бюджетов

В России государство финансирует лечение своих граждан двумя способами: через систему обязательного медицинского страхования<sup>114</sup> и через целевые бюджеты, выделяемые на решение определенных задач в здравоохранении. Специальные программы, направленные на борьбу с определенными угрозами здоровью нации, существуют на всех уровнях; с их помощью федеральное правительство, губернаторы и мэры проявляют заботу о здравоохранении и его отдельных сегментах на своей территории.

Большинство таких целевых расходов привязаны к отдельным медицинским специальностям и болезням. Они включают траты на поддер-

жание и развитие медицинской инфраструктуры (строительство, ремонт и содержание зданий ЛПУ, закупки оборудования), на содержание медиков (надбавки к зарплатам и расходы на НИОКР), на лечение пациентов (закупка лекарств). Некоторые виды бюджетного финансирования позволяют распределять средства по усмотрению самих медицинских учреждений (оплата высокотехнологичной медицинской помощи, родовые сертификаты).

Таким образом, целевые программы можно рассматривать как свидетельство оформления не только и не столько профессиональных медицинских корпораций, сколько возникающих вокруг них бюджетных конгломератов. Последние объединяют интересы и профессиональных медиков, и фармацевтических и дистрибьюторских компаний, и целевых групп пациентов.

Некоторые обязательства по бюджетному финансированию зафиксированы особо: в общем законодательстве по здравоохранению и профильных законах по отдельным заболеваниям. Так, в действовавших до 2012 года «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» в разделе «Гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам» была отдельно выделена медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями и болезнями, представляющими опасность для окружающих. Кроме того, были отдельно прописаны обязательства по финансированию охраны здоровья беременных женщин и детей. В отношении же специализированной медицинской помощи уточнялось, что она оказывается в «кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских организациях», т. е. и здесь были отдельно выделены социально значимые заболевания. В новом Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» исчезли перечисления специализированных диспансеров. При этом появились новые обязательства государства по финансированию лечения отдельных заболеваний, например редких (орфанных). Включение их в текст закона было на протяжении 2011 года предметом ожесточенной полемики и давления на государство со стороны заинтересованных групп – медицинских специалистов, организаций пациентов и их родственников, благотворительных фондов и фармацевтических компаний.

Если внимательно посмотреть на федеральные целевые бюджеты последних лет, то основное финансирование выделялось на борьбу с сер-

дечно-сосудистыми заболеваниями, с последствиями дорожно-транспортных происшествий, с онкологическими заболеваниями, за повышение рождаемости и за здоровый образ жизни. Структура расходов в рамках региональных программ модернизации здравоохранения на 2011 – 2012 годы, еще одного значимого блока государственного финансирования, во многом совпадает с обозначенной выше. Помимо этого, национальный проект «Здоровье» предусматривал специальное целевое финансирование терапевтов, педиатров и врачей общей практики (в виде известных надбавок к зарплате), иммунопрофилактики, борьбы с некоторыми инфекционными заболеваниями, службы переливания крови. Заметно меньший по объемам финансирования<sup>115</sup> пакет целевых бюджетов заложен в ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007 – 2012 гг.)», где в качестве подпрограмм были выделены: сахарный диабет; туберкулез; вакцинопрофилактика; онкология; инфекции, передаваемые половым путем; вирусные гепатиты; психические расстройства и артериальная гипертония.

Как мы видим, признание и выделение государством целевых бюджетов для отдельных корпораций происходит в разных вариантах. Если это законодательно зафиксированные расходные обязательства, всегда есть риск, что они не будут выполняться в полной мере. Однако закон дает возможность корпорациям требовать увеличения бюджета в перспективе и бороться за его ежегодный пересмотр, а также за «правильный» выбор целей финансирования. Если же это целевая программа на несколько лет, то есть риск, что она не будет продлена в случае смены государственных приоритетов или просто потому, что наиболее насущные проблемы по данному медицинскому направлению будут сочтены решенными. Поэтому законодательная фиксация финансирования более значима для бюджетных конгломератов, если у них уже есть выделенные бюджеты. В противном случае основным предметом лоббирования корпораций становится принятие целевой государственной программы. Например, такая задача актуальна для нефрологии, приоритетность которой длительное время не признавалась государством. Недавно ситуация изменилась: в 2010 году появилась должность главного внештатного нефролога Минздравсоцразвития РФ, было заявлено о начале формирования единой нефрологической службы в стране. И сегодня на повестке дня – разработка ФЦП по нефрологии<sup>116</sup>.

Последние годы можно наблюдать процесс становления особого бюджетного конгломерата вокруг группы различных заболеваний, а не

какой-то конкретной угрозы здоровью нации. В отличие от распространенной схемы оформления бюджета под определенную профессиональную медицинскую корпорацию, он построен на имеющемся бюджете, возникшем ситуационно. Речь идет о так называемой «программе семи дорогостоящих нозологий». Программой она названа условно, поскольку изначально это была лишь строка финансирования в законе о федеральном бюджете.

Как известно, ее появление стало результатом кризиса государственной программы дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан (ДЛО) в 2007 году. Необходимо было вывести из перечня лекарственных препаратов, оплачиваемых государством в рамках ДЛО, наиболее затратные пункты, востребованные наименьшим количеством льготников – участников программы. Усилиями профильных медицинских специалистов и фармацевтических компаний был «продвинут» список из нескольких препаратов, используемых для лечения семи заболеваний (гемофилия, муковисцидоз, гипопизарный нанизм, болезнь Гоше, миелоидный лейкоз, рассеянный склероз, а также состояние после трансплантации органов и (или) тканей). Важную роль в этом сыграли и организации пациентов, разъяснявшие значительность угроз от профильных заболеваний.

Для финансирования закупки соответствующих лекарственных средств была внесена отдельная строка в федеральный бюджет на 2008 год, а процедура лекарственного обеспечения была установлена специальным постановлением Правительства РФ<sup>117</sup>. Позднее усилиями корпоративных лоббистов «миелоидный лейкоз» был заменен на более широкую формулировку – «злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей», что позволило расширить список закупаемых препаратов. В дальнейшем средства на закупку этих лекарств также выделялись специальной строкой в законе о федеральном бюджете.

В 2010 году эти лекарственные препараты были включены в Перечень стратегически значимых лекарственных средств, производство которых должно быть обеспечено на территории Российской Федерации<sup>118</sup>. Хотя основанием отбора лекарств для этого перечня объявлялось повышение «экономической доступности лекарственных средств для лечения наиболее распространенных заболеваний», очевидно, что отбор шел не по принципу распространенности заболеваний, а по нагрузке на государственный бюджет от их закупок. Провозглашенная правительственным распоряже-

нием долгосрочная перспектива производства аналогов дорогостоящих препаратов парадоксальным образом законсервировала приоритеты борьбы с этими заболеваниями. Можно предположить, что производители и государство, инвестировавшие немалые средства в выпуск этих лекарств, будут заинтересованы в том, чтобы лечение в будущем проводилось с их использованием, хотя в медицинском сообществе нет единства по поводу безопасности и эффективности тех или иных препаратов.

Наконец, финальную стадию формирования новой корпоративной структуры можно наблюдать в новом Федеральном законе № 323. В статье 15 организация обеспечения больных лекарствами по этим семи нозологиям (по перечню, утверждаемому Правительством РФ) является полномочием Российской Федерации, которое РФ передает органам государственной власти субъектов РФ. Таким образом, некоторые виды онкологических и редких заболеваний, поименованные в законе, оказались на сегодняшний день в Российской Федерации более «социально значимыми», нежели другие.

#### Психиатрия: попытка описания профессиональной корпорации

Психиатрию можно отнести к числу наиболее сформированных, оформленных профессиональных медицинских корпораций, которые сегодня заняты в основном удержанием достигнутых позиций, причем не всегда удачно.

У психиатрии наивысший уровень признания государством. Есть специальный закон<sup>119</sup>, который определяет необходимость участия психиатра в профилактических осмотрах населения, включая решение вопроса о годности гражданина к военной службе. Согласно этому закону установлен перечень противопоказаний с точки зрения психического здоровья для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, в том числе связанной с источником повышенной опасности. В законе также прямо прописано, что финансовое обеспечение психиатрической службы и оказание помощи в государственных медицинских учреждениях является расходным обязательством Российской Федерации и субъектов РФ. Наконец, законодательно устанавливаются льготы для медицинского персонала, участвующего в оказании психиатрической помощи (не только для врачей-психиатров, но и для среднего, млад-

шего медицинского персонала и других специалистов). Они «имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда», а также должны быть застрахованы на случай причинения ущерба здоровью.

Однако сам закон, принятый по западным либеральным лекалам, вызывает в основном недовольство психиатров, поскольку ограничивает их свободу действий в отношении пациентов (например, по вопросам госпитализации), и требует хорошей юридической «подкованности». Вдобавок постоянно приходится сталкиваться с тем, что правил не знают ни сами пациенты, ни их родственники, а судьи часто не разбираются в специфике закона.

Как и некоторые другие виды специализированной помощи, психиатрия имеет особое бюджетное финансирование, но, поскольку борьба с душевными болезнями сегодня не входит в число приоритетов государства, корпорации трудно добиться его увеличения. До последнего времени психиатрическая помощь не входила в систему ОМС и финансировалась напрямую из федерального и региональных бюджетов, что, по мнению самих психиатров, означало «*финансирование по остаточному принципу*». Кроме того, существовала подпрограмма «Психические расстройства» ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» на 2007 – 2012 годы с объемом бюджетных назначений в 4720,3 млн руб. на 5 лет<sup>120</sup>. Интересно, что в 1990-е годы также действовали целевые программы, но по заявлениям главного психиатра России они были профинансированы в реальности лишь на 1 %<sup>121</sup>. В ФЦП «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002 – 2006 годы)» психиатрия изначально не попала, затем в 2003 году под давлением профессионального сообщества было принято решение дополнить ФЦП подпрограммой «Развитие психиатрической помощи в Российской Федерации».

По мнению опрошенных нами психиатров, психиатрия сегодня находится не в фаворитах у государства, «*не попадает в список приоритетов*» и, соответственно, «*среди узких медицинских специалистов психиатры – самые бедные*». Хотелось бы отметить, что данная группа экспертов в нашем опросе оказалась наиболее склонна, по сравнению с представителями других специальностей, оценивать динамику в своей профессиональной сфере за последние 10 лет как явную деградацию. Для профессионального сообщества одним из симптомов того, что власть иг-

норирует важность угроз психическому здоровью нации, служит исчезновение должности главного штатного психиатра профильного министерства («*ликвидировали отдел государственной службы психиатрии*»<sup>122</sup>). Должность же главного внештатного психиатра занимает представитель ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, который занимается в основном вопросами судебно-психиатрической экспертизы и не является ведущим научным центром психиатрии. Отмечается, что хотя инфраструктура государственной психиатрической службы в виде сети специализированных больниц и диспансеров сохранилась, нарушилась система ее бюджетного финансирования («*дефицит – 60 %*»). Отзывы экспертов отражают общие настроения в профессиональной среде, которые также иллюстрируют названия научно-практических конференций вроде «Психиатрия: быть или не быть?»

На наш взгляд, проблема традиционной психиатрии с точки зрения обеспечения корпоративных интересов состоит в том, что она изначально ориентировалась исключительно на государственные ресурсы, поскольку решала важную задачу по отсеиванию асоциальных граждан.

Дополнительные ограничения российской психиатрии связаны с ее историческим прошлым, особенно с советским наследием, которое, помимо национальной обособленности научного знания, сформировало крайне негативное отношение к ней в обществе. По словам одного из экспертов, «*в России вся психиатрия вышла из тюремного приказа и военной психиатрии*». Советская психиатрическая и наркологическая службы воспринимались как «*карательные*», поскольку серьезно ограничивали права людей (включая «*простых*» алкоголиков, в отношении к которым применялось принудительное лечение). Свою роль сыграло и использование психиатрии в политических целях, хотя прямых фактов ее участия в борьбе с инакомыслием в СССР было немного. Наши эксперты отмечали как основную текущую проблему страх людей перед системой государственного психиатрического учета, накладывающей ограничения на социальную жизнь человека, и перед «*штампом психушки в больничном*».

Этот страх стал существенным тормозом в расширении ресурсной базы государственной системы психиатрической помощи. Она не может работать с практически здоровым населением, готовым лично платить за консультацию психологу и наркологу как на Западе. Ей трудно привлечь ресурсы за счет болезней, возникающих в процессе медиализации социальных и психологических проблем современного мира (стресс, бессонница, детская агрессивность и т. д.).

Государственная психиатрия не в состоянии полностью контролировать в перспективе огромный коммерческий рынок психотерапевтического консультирования, работы с пограничными состояниями и разного рода зависимостями. Она не выдерживает конкуренции с частными клиниками, свободными коммерческими агентами, нередко не имеющими профильного медицинского образования, и общественными структурами разного рода, включая явные секты, маскирующиеся под центры психологических тренингов. Аналогичная ситуация наблюдается и в наркологии, где в противовес государственной наркологической службе процветают всевозможные легальные, нелегальные и откровенно шарлатанские практики «кодирования» и снятия абстинентного синдрома.

Любопытно, что при работе с пограничными состояниями психиатры стремятся символически дистанцироваться от государственной психиатрической службы.

Примером может служить отдельная государственная клиника неврозов в Барнауле, созданная в 1994 году главным психиатром Алтайского края для оказания помощи в кризисных ситуациях психически здоровым людям, для лечения пограничных состояний и соматических заболеваний. Клиника территориально расположена в другом районе города, нежели краевая психиатрическая больница. С 2000 года она входит в состав краевой психиатрической больницы в качестве структурного подразделения, но при этом сохраняет собственные печати и выдает собственные больничные листы.

Дефицит прямого государственного финансирования и получения легальных ресурсов от населения корпорация пытается компенсировать за счет обязательных платных услуг либо за счет создания теневого рынка справок и освидетельствований (например, «откос от армии»). Если рассмотреть структуру доходов в психиатрии и наркологии, то, помимо государственного финансирования, в нее входят платные услуги: справки, профилактические осмотры, освидетельствование граждан. В сельской местности в перечне платных услуг ЦРБ обязательно фигурирует неотложная помощь при алкоголизме. Широко развиты и теневые практики частного консультирования врачами, работающими в государственной психиатрической службе.

Внутри психиатрической корпорации идет дифференциация направлений по ресурсоемкости. Однако этот процесс во многом искусственно сдерживается государством. Так, в номенклатуре 1970 года была зафик-

сирована всего одна специальность – «психиатр». В 1975 году к ней добавился «психиатр-нарколог». Тогда же в целях «борьбы с повальным пьянством в стране» была создана отдельная наркологическая служба, копирующая по своей структуре психиатрическую. В 1985 году официально появилась специальность «психотерапевт», в 1988 году – «сексолог», в 2002 году – «судебно-психиатрическая экспертиза». Специальности «психиатр детский» и «психиатр подростковый», принятые в 1980 году, были ликвидированы в 1995 году, сохранившись в номенклатуре врачебных должностей<sup>123</sup>, а «детский психиатр» даже остался в виде должности главного внештатного специалиста Минздравсоцразвития РФ. Теперь восстановление этих врачебных специальностей – предмет постоянного лоббизма со стороны корпорации, указывающей на зависимость роста количества подростковых суицидов, на проблемы детей-аутистов от отсутствия полноценной детской психиатрической службы в стране<sup>124</sup>. Частично сферу детской психиатрии на себя взяли неврологи.

Существующие сегодня смежные профессии, такие как сомнолог, психоаналитик, рефлексолог, не включены в номенклатуру врачебных специальностей и официально не признаны, хотя успешно работают на коммерческом рынке и пытаются институционализироваться. Например, в 2007 году в России было создано Российское общество сомнологов в виде секции Физиологического общества им. И.П. Павлова.

Направления в психиатрии, слабо представленные в государственной системе здравоохранения, активно развиваются в частном сегменте, причем стоимость услуг там сильно завышена. Это психотерапия, психосоматика, работа с детьми и пожилыми людьми. К «одиозным» коммерческим направлениям эксперты относят борьбу с ожирением («разводят людей на деньги»), лечение анорексии, некоторые методики лечения алкоголизма. Крайне скептически большинство врачей-психиатров относятся к психоаналитикам, не имеющим специального медицинского образования.

Пожалуй, наиболее оформленной «отпочковавшейся» от психиатров корпорацией являются наркологи. Угрозы, с которыми они борются (алкоголизм и наркомания), с точки зрения власти в современной России гораздо важнее тех, с которыми приходится иметь дело классической психиатрии или психотерапии. Помимо отдельной государственной службы с сетью профильных диспансеров, у наркологов официально прописан особый доступ к профессиональной деятельности. С 2000 года, чтобы лечить зависимости, врач-психиатр должен пройти отдельную



специализацию по наркологии. У наркологов имеется свой главный внештатный специалист. Есть и свои целевые бюджеты: определенное финансирование выделялось в рамках ФЦП «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005 – 2009 годы», с 2011 года – в национальном проекте «Здоровье». Кроме того, в субъектах РФ и муниципальных образованиях принимаются собственные программы по борьбе с алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. На повестке дня уже несколько лет стоит принятие профильного «наркологического» закона, в котором была бы разрешена принудительная госпитализация наркоманов. Присутствует в дискуссионном поле и расширение сферы компетенции наркологов за счет психиатрии. Последний Порядок оказания наркологической помощи<sup>125</sup> включил в компетенцию наркологов блудоманию, то есть игровую зависимость, которая обычно сочетается с зависимостью от различных психоактивных веществ<sup>126</sup>. Ранее «это была прерогатива психиатров», и рядовые врачи-наркологи, по мнению экспертов, бороться с ней не умеют («теперь придется учить докторов»).

В то же время, на уровне самоидентификации членов профессионального сообщества наркология и психиатрия остаются очень близки друг другу. В центральных районных больницах из-за дефицита кадров функции этих двух специалистов совмещают одни и те же люди; на теневом рынке коммерческих услуг психиатры активно работают с разного рода зависимостями; в государственной наркологической службе, по экспертным оценкам, заметен отток специалистов в психиатрию. Сохраняется и единое Российское общество психиатров (РОП), которое остается площадкой для дискуссий по вопросам наркологии. Свежий пример полемики внутри РОП – борьба вокруг вышеупомянутой идеи принудительной госпитализации наркоманов<sup>127</sup>.

Таким образом, корпорация психиатров максимально «огосударствлена» и имеет ряд нормативно зафиксированных источников извлечения ренты. Однако в реальности ее статус невысок, возможности для развития ограничены, а основная активность направлена на удержание завоеванных позиций. Борьба с угрозами психическому здоровью сегодня явно не находится в числе приоритетов государственной охранительной политики, хотя формально психические заболевания остаются в списке социально значимых болезней. Поэтому бюджетное финансирование сокращается, перераспределяется в пользу конкурирующих смежных или отпочковавшихся корпораций (наркологи, судебно-

но-психиатрическая экспертиза, неврология). Это создает дополнительные стимулы к формированию теневого рынка вокруг тех ресурсов, которые контролируются корпорацией. В коммерческом же поле психиатрия испытывает конкурентное давление со стороны немедицинских агентов: психологов, психоаналитиков, экстрасенсов, религиозных организаций.

\* \* \*

Итак, процесс оформления профессиональных медицинских корпораций можно проследить в процессе легитимизации государством врачебных сообществ как получателей ресурсов, направляемых на борьбу с теми или иными угрозами здоровью нации.

Основную роль здесь играют монополизация лечения отдельных заболеваний специалистами определенного профиля, выделение им специального финансирования, прописанного отдельной строкой в бюджете или даже в профильном законе, а также создание института уполномоченных представителей для диалога государства и специалистов-медиков в лице главных внештатных специалистов (экспертов).

Следующий шаг – нам необходимо понять, как происходит взимание ренты с ресурсов на поддержание здоровья, сконцентрированных в руках корпораций. Экономика корпораций в сфере поддержания здоровья – отдельная, большая и сложная тема. На нашем уровне изучения проблемы мы можем лишь попытаться сформулировать общие подходы к ее анализу, без описания видов ренты отдельных корпораций и определения их объемов.

## ФОРМЫ КОРПОРАТИВНОЙ РЕНТЫ

Под рентой в данном случае понимается доход, связанный не с предпринимательской деятельностью, а с занимаемой позицией в системе распределения благ и ресурсов.

В отличие от коммерческого уровня системы поддержания здоровья, действующие лица корпоративного уровня получают доходы за счет своего монопольного статуса и обладания ресурсами на поддержание здоровья населения, переданными им в распоряжение от их главного распределителя в нашей стране – государства.



Ресурсом в данном случае могут быть как материальные активы (оборудование, здания и др.) и денежные потоки (целевые программы, бюджет системы ОМС и др.), так и признанная государством монополия на право осуществления определенного вида деятельности. Например, предоставление какого-то особого вида медицинских услуг, лечение отдельных заболеваний, поставка лекарственных препаратов льготникам<sup>128</sup>, производство препаратов и товаров медицинского назначения, если их потребление гарантировано включением в стандарты медицинской помощи и в различные обязательные и рекомендательные списки жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и т. п.

ПРИМЕРЫ	Из бюджета	Из кармана потребителя
Официальная рента	Оплата квот на высокотехнологичную помощь  «Профильные» надбавки к зарплате  Доход от государственных закупок лекарственных препаратов и медицинской техники	Платные медицинские услуги  Справки о состоянии здоровья и обязательные профилактические осмотры
Теневая рента	«Откаты» и хищения при государственных закупках лекарственных препаратов и медицинского оборудования  Приписки объемов оказанной помощи в ЛПУ	Взятки медицинского персонала  Спонсорская помощь от фармацевтических компаний  Доход от теневых частных бизнесов главных врачей

Все виды ренты можно разделить по источнику – из кармана государства или от потребителей медицинских услуг; по легитимности – она может быть как официальной, одобренной государством, так и теневой.

Наиболее заметный вариант извлечения ренты – это использование государственными и муниципальными медицинскими учреждениями имеющихся у них ресурсов для получения дополнительной прибыли. Рассмотрим его поподробнее.

## ОФИЦИАЛЬНАЯ РЕНТА

Среди легальных способов получения дополнительной ренты бюджетными медучреждениями основными являются официальные платные услуги, обязательные справки и осмотры.

В легальной зоне находятся и частные клиники, «отпочковавшиеся» от бюджетных ЛПУ и использующие ресурсы последних для извлечения ренты в интересах руководства этих бюджетных ЛПУ.

**Платные услуги.** Оказывая платные услуги населению, государственные и муниципальные ЛПУ конкурируют с коммерческими медицинскими организациями. Однако по сути они занимаются коммерциализацией ресурсов, выделенных государством, что со стороны частников интерпретируется как нечестная конкуренция и расценивается как главный тормоз развития частного здравоохранения в России. В муниципальных и государственных поликлиниках стоимость платных услуг нередко оказывается ниже, чем в частных, поскольку там она не определяется рыночными факторами. Например, в цену не закладывается амортизация оборудования, т. к. оно закуплено за счет бюджетных средств. По словам одного из наших экспертов, «в то время как частные клиники определяют свои цены исходя из себестоимости, с приплюсованной нормой рентабельности, федеральные клиники – “по базару”, т. е. ориентируются на среднерыночные цены, себестоимость они вообще не учитывают».

Более того, очень сложно на практике отделить легальные платные услуги бюджетных ЛПУ от запрещенных, т. е. от тех услуг, что входят в программу государственных гарантий оказания бесплатной медпомощи, и оказываются в основное рабочее время.

Разумеется, говорить о нечестной конкуренции можно лишь в тех случаях, когда у пациента есть выбор между частной клиникой и государственной, т. е. там, где развита частная медицина и существуют ресурсно-обеспеченные государственные клиники: в крупных городах, столицах, региональных центрах. Возможности оказания платных услуг напрямую обусловлены тем, какое диагностическое и иное оборудование и какие специалисты есть в ЛПУ. Чем «богаче» бюджетное учреждение, чем выше его материально-техническая и кадровая обеспеченность, тем легче ему зарабатывать дополнительные деньги на пациентах.

В недостаточно укомплектованных районных больницах доля платных услуг в доходах составляет 3–5 %. Сами главные врачи объясняют это низкой платежеспособностью населения. Однако, думается, основная

причина в другом – ЦРБ не могут предложить пациентам какие-то «дефицитные» ресурсы, которые невозможно получить бесплатно. Ведь жители малых городов и сел повсеместно ездят на платные консультации к узким специалистам в региональные центры или ходят на их прием за деньги, если те приезжают к ним в рамках платных диагностических «туров».

В изученных нами ЦРБ в сельской местности обычно объем платных услуг ограничивался выдачей справок, медосмотрами для водителей, ультразвуковой диагностикой и стоматологией (протезированием). Однако во всех медицинских учреждениях существуют тарифицированные перечни возможных услуг, обеспечивающие нормативное основание для оказания помощи больному в отсутствие полиса ОМС (например, иностранцу). При этом тарифы могут быть совершенно различными – от самых низких до среднерыночных. Рекордсменом в наших наблюдениях стала ЦРБ Чарышского района Алтайского края, где комплексное УЗИ органов брюшной полости (реально оказываемая платная услуга) стоило не более 300 рублей, а консультация любого узкого специалиста – 83 рубля 36 копеек.

Больницы и поликлиники, располагающие дорогостоящим оборудованием, редкими специалистами и палатами повышенной комфортности, при условии наличия рынка добровольного медицинского страхования, имеют гораздо больше возможностей для предоставления платных услуг<sup>129</sup>. Существует и обратная зависимость. Уровень развития добровольного медицинского страхования на определенной территории определяется тем, расположены ли на ней сильные государственные (в основном, ведомственные) ЛПУ, готовые оказывать услуги сверх программы государственных гарантий. В таких учреждениях сервис немного лучше, чем в основной массе муниципальных больниц.

Особое место занимают региональные консультативно-диагностические центры (КДЦ), на которые ложится основная нагрузка по платному обслуживанию сельского населения.

Сеть диагностических центров в стране была создана в 1988 году по инициативе министра здравоохранения академика Е.И. Чазова как средство повышения доступности сложной диагностики для населения в условиях дефицита ресурсов. Дорогостоящее лабораторное и иное оборудование и кадры концентрировались в отдельных клиниках, которые работали на все первичное звено здравоохранения<sup>130</sup>.

По сути, в этом контексте можно говорить о формировании отдельной корпорации диагностов, стремящейся к монополизации отдельного

ресурсного потока. Интересы ее представляет созданная в 1992 году на постсоветском пространстве специальная Международная диагностическая медицинская ассоциация, а также Диагностическая Медицинская Ассоциация диагностических центров России, издающая свой научный журнал «Медицинская диагностика. Управление и качество».

Интересен пример Новосибирской области. В 2006 году в рамках борьбы с незаконными платежами населения был введен запрет на взимание в ЛПУ, подчиняющихся областному департаменту здравоохранения, платы за медицинские услуги, входящие в программу государственных гарантий<sup>131</sup>. Для оказания платных услуг в дальнейшем клиникам нужно было получить разрешение специальной комиссии. В первую очередь оно досталось областному диагностическому центру, возглавляемому экс-зятем местного губернатора. В результате, по оценкам местных экспертов, платные услуги в большинстве ЛПУ перешли в теневой рынок («в серый нал»), а легальный рынок платных диагностических услуг был фактически монополизирован КДЦ.

На 2008 год структура доходов консультационно-диагностических центров в среднем по России выглядела следующим образом: средства ОМС – 51 % (в 2007 – 44 %), внебюджетные средства – 24 % (31 %), бюджетные средства – 22 % (23 %), национальный проект «Здоровье» – 3 % (2 %) <sup>132</sup>.

В некоторых случаях доходы от платных услуг и ДМС заметно превышают 25 или 30 %. Так, например, в 2007 году доля внебюджетных средств в доходах ГУЗ «Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр» составила 59,8 %, в 2008 году – 55,7 % <sup>133</sup>.

**Справки и осмотры.** Государство создает дополнительные ресурсы для коммерциализации бюджетных медучреждений за счет того, что требует от граждан большое количество справок, подтверждающих их состояние здоровья, в основном для допуска к профессиональной и иной деятельности. Другими словами, люди обязаны платить медикам, чтобы доказать, что они не больны.

Поскольку в рамках ОМС консультации врачей и анализы положены только по медицинским показаниям, за обязательные для получения справки визиты к врачу или диагностику человек платит самостоятельно – для получения водительских прав, посещения бассейна, разрешения на ношение оружия, для работы в сфере торговли и общепита, для получения психиатрического и наркологического освидетельствования при усыновлении ребенка, оформлении вида на жительство, для разрешения

на временное проживание и т. д. В некоторых случаях расходы несут работодатели<sup>134</sup>. Исключение составляют лишь те сферы, в которых расходы полностью несет государство (медицинские справки работникам бюджетных учреждений образования, абитуриентам, школьникам, медкомиссии призывников). Однако и это можно рассматривать как дополнительный вид ренты, поскольку оплата идет от другого ведомства, что иногда порождает конфликты<sup>135</sup>.

Рынок справок и медицинских разрешений в основном монополизирован государственными медучреждениями: лабораториями при кожно-венерологических диспансерах и центрами по борьбе с ВИЧ, психиатрическими диспансерами и т. п. В случаях, когда справки выдают частные клиники, они все равно частью прибыли делятся с государственными монополистами, т. к. отправляют к ним анализы или обращаются за сведениями о том, не находится ли человек на учете.

Справки и платные профилактические осмотры – один из основных источников официальных платежей из внебюджетных источников не только для специализированных государственных диспансеров, но и для центральных районных больниц. Однако с учетом дефицита кадров в сельской медицине, даже этой возможностью извлечения ренты медики не всегда могут воспользоваться. Например, в перечне платных услуг одной из ЦРБ Костромской области мы видели «медицинское освидетельствование на право вождения транспорта», хотя в штате больницы на тот момент вообще не было офтальмолога, психиатра и нарколога. То есть по-прежнему возможности извлечения ренты выше у тех, кто располагает большими ресурсами.

Государство дополнительно влияет на рынок справок, подтверждающих здоровье граждан, вводя особые условия для их получения. Наиболее яркий пример – обязательное тестирование на наркотики. В Татарстане оно было введено совместным приказом региональных министерств внутренних дел и здравоохранения с 2010 года – для получения водительского удостоверения, лицензии на приобретение и разрешения на хранение огнестрельного оружия, лицензии на частную детективную и охранную деятельность. Тестирование является платным для пациентов, как и приобретение расходных материалов (тестовых полосок для анализа). В Пермском крае аналогичное требование было установлено на несколько лет раньше, но из-за непродуманной юридической формы (указ губернатора) было опротестовано прокуратурой и отменено. Кроме того, за счет бюджетных средств в ряде регионов про-

водится тестирование на наркотики призывников и школьников, что является, по экспертным оценкам, «мерой затратной, но малоэффективной» с точки зрения борьбы с наркоманией.

В качестве способа извлечения ренты можно рассматривать и изменения в перечне требований к проведению профилактических осмотров для работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда. Последний вариант приказа Минздравсоцразвития РФ, утверждающий правила осмотров<sup>136</sup>, расширяет перечень специалистов и диагностических процедур. Например, работники производств в «регионах со значительным удалением мест проведения работ от медицинских учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь» (нефтегазодобыча, геологоразведка), оказались обязаны раз в год, в дополнение к обязательному для всех «опасных» профессий пакету анализов и консультаций врачей<sup>137</sup>, проходить прием у еще 5 узких специалистов и дополнительные диагностические процедуры вроде фиброгастродуоденоскопии. Продиктовано это, по всей видимости, желанием подстраховаться на случай, если у работников выявится, например, язва желудка и не будет возможности его срочно прооперировать в условиях работы вахтовым методом. Однако такие изменения, с одной стороны, существенно увеличивают стоимость профилактического осмотра для работодателя и дают дополнительный доход для некоторых врачей, с другой, отнимают «кусочек хлеба» у небольших ЛПУ, которые теперь из-за дефицита узких специалистов не могут участвовать в освоении этого вида ренты.

**Коммерческая медицина.** В публичных дискуссиях вокруг нового закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который вводит критерии разрешенных платных медицинских услуг, часто высказывается мысль, что российское государственное здравоохранение уже находится в состоянии скрытой приватизации.

Так это или нет, но, во всяком случае, значительная часть частных медицинских учреждений имеет «государственные корни». Их основным конкурентным преимуществом на рынке является протекция со стороны бюджетных ЛПУ, возможность пользоваться их ресурсами: врачами, научными наработками, «раскрученным» у пациентов именем, помещениями с минимальной ставкой аренды, территорией больничного городка.

Помогает им и искусственно создаваемый дефицит бесплатной медицинской помощи.

При крупных государственных клиниках сегодня нередко образуются маленькие коммерческие структуры, предлагающие больным за плату быстро пройти курс лечения или диагностику. В самой клинике на предоставление этих услуг существует очередь (ждать иногда приходится месяцами) или они там вообще не предоставляются, но органично могли бы дополнить спектр услуг (например, реабилитационные услуги, лаборатории, аптеки, пункты продажи медицинских товаров).

В небольших городах, районных центрах любая коммерческая медицинская деятельность возможна лишь с одобрения главного врача центральной районной больницы, в первую очередь, из-за того, что на балансе ЦРБ обычно находятся все помещения, более-менее соответствующие требованиям СанПиНов и Росздравнадзора. В этой ситуации руководители муниципального здравоохранения параллельно развивают частные бизнесы, оформленные на близких людей: аптеки, частные клиники и кабинеты и т.п. Попытки выяснить родственные и дружеские связи между такими главными врачами и собственниками частной и государственной структур с большой долей вероятности натолкнутся на стену молчания сотрудников обеих организаций, а подтвердить их сможет какой-нибудь обиженный представитель местного сообщества, воспринимающий ситуацию как несправедливую. В полевых исследованиях в регионах России мы часто сталкивались с тем, что эта информация относится к разделу той, про которую «все знают», но официально ее как бы не существует.

Примером более масштабного неофициального «частно-государственного партнерства» может служить сосуществование на одной территории (огороженной одним забором) Центра планирования семьи и репродукции, подчиняющегося Департаменту здравоохранения г. Москвы, и Перинатального медицинского центра, входящего в группу компаний «Мать и дитя» и относящегося к «категории VIP». У обеих клиник – общий кадровый состав: одни и те же врачи работают в бюджетном и элитном центрах, а главный врач государственной клиники, он же – главный акушер-гинеколог Москвы, официально является «куратором» частной.

Иногда коммерческие фирмы существуют при медицинских центрах, специализирующихся на высоких технологиях. Яркий пример – Новосибирск, где сосредоточено значительное число научно-исследовательских институтов. О «родственных» связях можно судить даже по названиям. ООО «Медицинский центр НГМА» было расположено в од-

ном из зданий Новосибирской государственной медицинской академии. АНО «Клиника Травматологии, ортопедии и нейрохирургии НИИТО» оказывает платные услуги на базе ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Минздравсоцразвития России»<sup>138</sup>. АНО «Центр Новых Медицинских Технологий в Академгородке» учреждено Институтом Химической Биологии и Фундаментальной Медицины СО РАН и так далее.

Кроме того, ведущие научно-лечебные центры сегодня являются самостоятельными хозяйственными империями и, по экспертным оценкам, олигархическими вотчинами их руководства. В них развиты побочные коммерческие услуги и производства. Например, платный оздоровительный центр «Славино» и сельскохозяйственные фермы, принадлежащие МНТК «Микрохирургия глаза», или ООО «Лаборатория медицинской техники» для «организации разработок, производства и поставок имплантируемых электрокардиостимуляторов и другой техники для аритмологии и электрофизиологии», учрежденное Научным центром сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева. У последнего есть свое издательство, типография и даже собственное швейное производство, которое «предлагает более 30 видов форменной одежды для медиков»<sup>139</sup>.

Вне зависимости от масштабов медицинских учреждений, принцип извлечения ренты под видом рыночных отношений в медицине проявляется там, где отсутствует конкуренция или квазирыночным участникам создаются привилегированные условия. Так, в малых городах России коммерческая медицина представлена в основном стоматологией. Она жизнеспособна и прибыльна потому, что в муниципальных поликлиниках нельзя качественно вылечить зубы, и, согласно распространенному мнению, за красивую улыбку нужно платить. Однако большинство частных стоматологов – частники наполовину. Например, в обследованном нами г. Чистополе работает около десятка стоматологов – индивидуальных предпринимателей. Практически все они совмещают частную практику (несколько часов в день) с работой на постоянной основе в муниципальной стоматологической поликлинике. По отзывам местных жителей, к частникам они обращаются потому, что в муниципальной поликлинике плохо лечат, а также из-за сложности попасть на прием к бесплатному стоматологу. Получается, что спрос на услуги частников формируют они же сами, создавая дефицит качественных услуг в бюджетном учреждении.

Другая разновидность взимания ренты с дефицита ресурсов в здравоохранении на селе – это выездные платные консультации узких медицинских специалистов, работающих в региональных клиниках. Например, как мы могли наблюдать в Татарстане, большим спросом пользуются платные консультации дефицитных специалистов Республиканской клинической больницы (эндокринолог, кардиолог, аллерголог и др.), которые приезжают несколько раз в месяц в рамках организованных некоей частной фирмой диагностических «туров». К этим же специалистам больной может попасть на прием бесплатно – в РКБ, но для этого ему придется ехать в Казань и стоять в очередях. Участковые врачи в ЦРБ сами настоятельно советуют пациентам сходить на такие платные приемы. Это воспринимается как норма и больными, и врачами, и властями. Интересно, что в Краснодарском крае такая устоявшаяся практика взимания ренты с населения была нарушена по инициативе регионального руководства здравоохранением, которое ввело обязательные бесплатные диагностические рейды областных специалистов в отдаленные районы края. Это решение вызвало бурю недовольства со стороны врачей, вынужденных теперь работать в выходные «формально за копеечные командировочные, а фактически бесплатно»<sup>140</sup>.

#### ТЕНЕВАЯ РЕНТА

Под теневой рентой в данном случае понимаются не только незаконные формы дохода медицинских учреждений и медработников, но и те, что находятся в «серой» нормативной зоне, когда закон этого прямо не запрещает, во всяком случае пока. Например, до вступления в силу ФЗ №323 спонсорская помощь и сувенирная продукция фармацевтических компаний не была запрещена законодательно, но и не была чем-то специально разрешенным, т. е. находилась в «серой» зоне.

Рынок неформальных платежей в бюджетной системе здравоохранения в современной России – предмет пристального внимания экономистов, социологов, управленцев в сфере медицины. Более того, это факт, с которым каждый россиянин в той или иной форме сталкивается в своей жизни. Однако в значительной степени он остается для ученых terra incognita с точки зрения как понимания механизмов функционирования, так и подсчета объемов теневых потоков. Какие-либо количественные расчеты в этой сфере строятся на данных социологических опросов

населения и потому очень примерные. По данным различных исследований, доля пациентов, плативших неформально за амбулаторные медицинские услуги, колеблется от 2 % до 17 %, а за стационарное лечение – от 9 % до 23 %<sup>141</sup>.

Согласно подсчетам компании «Маркет Аналитика», на долю теневого сегмента приходится 21,6 % всего рынка платных медицинских услуг в России, который в 2009 году составил около 380 млрд руб.<sup>142</sup> В оценках опрошенных нами экспертов звучала мысль, что объем теневых платежей сопоставим с объемом официальной платной медицинской помощи.

Отметим, что речь идет только о теневых платежах со стороны населения, то есть самих пациентов. Обычно в это понятие включают платежи деньгами, подарками, услугами медицинским работникам за медицинские услуги и лекарственные препараты, а также приобретение лекарственных препаратов и медицинских приборов, расходных материалов для лечения в государственных и муниципальных больничных учреждениях<sup>143</sup>. Помимо этого к вариантам скрытой ренты, очевидно, следует отнести иные способы извлечения нелегального дохода.

Не претендуя на детальный анализ этой сферы, ограничимся перечислением различных типов неформальных платежей в зависимости от их получателя и, соответственно, тех полномочий и ресурсов, при помощи которых извлекается рента.

Такая классификация, разумеется, не является полной, но позволяет очертить разнообразие форм извлечения ренты в отечественном бюджетном здравоохранении. Мы выделяем платежи, адресатом которых являются: медицинское учреждение, руководство ЛПУ, врачи, средний и младший медицинский персонал, медицинские чиновники и руководство медицинских вузов.

Итак, круг неформальных доходов медицинского учреждения включает спонсорскую помощь и благодарности от пациентов в форме ремонта помещений, покупки мебели и оргтехники. И.М. Клямкин и Л.М. Тимофеев в своей работе «Теневая Россия» приводили в пример такую благотворительность как установленный способ получения дефицитных услуг (или повышенного сервиса) для пациентов-предпринимателей<sup>144</sup>.

Сюда же можно отнести сдачу помещений ЛПУ в аренду в случае, если она не согласована с учредителем (т. е. муниципальным или государственным органом власти), а плата поступает не в государственный/муниципальный бюджет, а на счет ЛПУ.



Скромный, но весьма распространенный способ взимания мзды с пациентов – компенсация затрат на работу уборщиц за счет требования к посетителям входить в поликлинику строго в бахилах или сменной обуви. В обследованном нами Чистополе это требование обосновывается ссылкой на Закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Бахилы там продаются по 5 рублей у входа в медицинские учреждения. Согласно официальной отчетности, посещаемость поликлиники в 2010 году составила около 430 тысяч посещений. Даже если предположить, что только каждый второй посетитель покупал бахилы, то общая сумма расходов пациентов на них выходит более 1 млн руб. в год.

Большую роль в формировании теневой ренты из бюджетных источников играют приписки объемов оказания медицинской помощи, вследствие чего дополнительные средства изымаются из фонда ОМС и страховых компаний, работающих по добровольному медицинскому страхованию. По экспертным оценкам данная практика повсеместно распространена и лишь изредка попадает в зону внимания правоохранительных органов. К числу таких редких случаев можно отнести выявленные в 2011 году полицией Казани махинации со статистической отчетностью в одной из городских поликлиник, где посещения приписывались умершим людям<sup>145</sup>. Приписки обеспечивают выполнение плана амбулаторно-поликлинического приема в текущем году, что позволяет избежать сокращения плановых показателей и общего бюджета в следующем.

Если приписки по ОМС – необходимый элемент выживания медицинских учреждений, то махинации со статистикой посещений больных, обслуживаемых в рамках ДМС, – источник повышения комфорта и благоустройства. Так, внутреннее убранство здания на месте работы одного из наших экспертов – в обычной московской поликлинике, участвующей в программах ДМС, – выгодно отличалось от традиционного облика учреждения городского здравоохранения. Картины, хороший ремонт, есть отдельная зона для отдыха с мини-фонтанчиком. Расходы на благоустройство окупаются благодаря тому, что страховым компаниям предъявляются счета за оказание медицинских услуг, которых на практике не было. По словам эксперта, *«терапевт пишет в медицинской карте пациента, что тот пришел на прием и ему измерили давление, хотя на самом деле приема не было»*.

В отличие от теневых доходов медицинских учреждений, рента административного персонала идет непосредственно в карман руководителям. Наиболее известный вариант – «откаты» при закупках больница-

ми лекарственных препаратов, оборудования и расходных материалов, при проведении ремонта и строительства зданий ЛПУ. Среди зафиксированных нами в полевых исследованиях форм ренты главных врачей – доходы от нелегальной сдачи помещений в аренду, «крышевание» поборов со стороны врачей, теневой рынок расходных материалов, покровительство частных медицинских проектов на подконтрольной территории, интеграция собственного бизнеса с деятельностью ЛПУ («своя» аптека при муниципальной поликлинике, «свой» частный морг при ЦРБ).

В крупных городах дополнительным источником дохода главных врачей могут быть взятки за трудоустройство, при оформлении на работу по престижным специальностям или в престижных ЛПУ. Такие факты всплывали в разговорах с некоторыми экспертами, работающими в Москве. По их словам, оформление на работу или поступление в ординатуру в ведущие медицинские НИИ или по рейтинговым специальностям в любые городские ЛПУ – устоявшийся способ взимания мзды с молодых специалистов. Например, *«получить работу в гинекологии в Москве можно либо за деньги, либо по большому благу, в некоторых случаях – только по благу, даже деньги не играют роли»*. Наши респонденты приводили примеры своих знакомых. Для того чтобы остаться на работе после ординатуры в одном из московских НИИ, нужно было заплатить 300 тыс. руб.; другая сумма, в десятки раз превышающая ежемесячный доход молодого врача, была затребована при попытке устроиться на работу в кожно-венерологический диспансер.

Это позволяет предположить значительные масштабы теневых платежей в столичных ЛПУ по определенным специальностям. Если «вступительный взнос» намного превышает официальные зарплаты, то очевидно, врач имеет возможность компенсировать эти понесенные затраты за счет нелегальных поборов со своих пациентов. В некоторых случаях взимание ренты с престижного места работы еще более закрыто от посторонних (*«только для своих, узурпировано отдельными кланами родственников и знакомых»*).

Среди некоторых руководителей медицинских учреждений, являющихся авторитетными специалистами, распространена практика получения различных «бонусов» от фармацевтических компаний. Руководители ЛПУ являются «лидерами мнений» во врачебном сообществе, особенно если речь идет о ведущих специализированных медицинских клиниках и научных центрах. В этих учреждениях заведующие отделениями и главврачи являются одновременно и главными внештатными



специалистами органов управления здравоохранением, председателями научных обществ. Именно они «снимают сливки» с ресурсов, распределяемых производителями лекарств: ездят на конференции и стажировки за границу, получают гонорары за проведение клинических исследований, доклады и лекции, организацию научно-образовательных мероприятий, берут мзду за допуск рядовых представителей фармацевтических компаний к врачам в подконтрольных им ЛПУ.

Теневой доход лечащих врачей в России описан, пожалуй, наиболее полно отечественными исследователями<sup>146</sup>. Перечислим кратко основные способы извлечения этого дохода.

Самый распространенный вариант – это компенсация врачу за выполненную работу в форме добровольной благодарности излеченного пациента или предварительной оплаты по договоренности. Такой тип дохода можно было бы назвать гонораром – формой оплаты, характерной для иного, общественного, типа отношений в системе поддержания здоровья. Так, выражение благодарности в форме денег, продуктов, подарков, услуг типично для деревенских знахарок и лекарей. Однако в государственной системе здравоохранения «благодарность» является дополнением к зарплате, финансируемой из бюджета. Платеж берется за услуги, которые должно оплачивать или уже оплатило государство в рамках программы государственных гарантий. Другое дело, что размер оплаты из бюджета кажется врачу, а нередко и самому пациенту, не соответствующим труду. Далее мы отдельно остановимся на моральном обосновании таких теневых платежей. Отметим, что существуют как индивидуальные формы благодарностей, так и формы распределения «гонорара» внутри бригады медиков, участвующих в лечении.

Во-вторых, это дополнительные нелегальные подработки. Врач-бюджетник при этом как бы выступает в качестве частнопрактикующего и воспринимает себя в качестве свободного рыночного агента. Однако с точки зрения государства он нарушает закон, во-первых, используя служебное оборудование, помещение и другие ресурсы, во-вторых, уклоняясь от уплаты налогов.

В-третьих, рентой является плата за посредничество в диалоге с пациентом, взимаемая с фармацевтических компаний (чаще – дистрибьюторов и представителей аптек). Она существует не только в виде денег в конверте за выписку определенных препаратов, но и других, порой очень небольших бонусов – подарков, стажировок, ужинов, учебной литературы, сувениров с символикой брендов и т. д. Некоторые из них, та-

кие как участие в образовательных программах, важны с точки зрения повышения профессионализма врачей и, соответственно, дальнейшего повышения статуса в корпоративной иерархии.

Наконец, следует выделять ренту за предоставление доступа к дефицитным ресурсам поддержания здоровья (направления на госпитализацию, на высокотехнологичную операцию, на консультацию к узким специалистам, в санаторий и т. д.). По данным одного из соцопросов, в 2011 году 25 % пациентов вынуждены были ждать необходимых медицинских услуг месяцами и в конце концов платили; 24 % пациентов отметили, что им пришлось напрямую столкнуться с отказом от бесплатного предоставления услуг<sup>147</sup>.

Теневые рынки построены не только на взимании платы за то, что положено пациенту бесплатно, но и на продаже гражданам не полагающихся им государственных благ. Среди последних – выдача больничных листов; выписка льготных рецептов; «откос» призывников от службы в армии; присвоение инвалидности. Эти рынки связаны с тем, что врач выполняет административную функцию – распределяет для граждан ресурсы на поддержание здоровья и компенсации, связанные с утратой трудоспособности. Там, где есть дефицитный ресурс, формируется и способ извлечения ренты.

Средний и младший медперсонал традиционно получает теневые доходы в основном в стационарах: за дополнительный уход за больными, в виде благодарностей за процедуры. Сюда входят как индивидуальные платежи, так и получение небольшой доли при «артельном» способе распределения теневых доходов (например, при операциях, где медсестра получает часть платежа за участие в работе оперирующей бригады).

Наконец, медицинские чиновники, распределяющие ресурсы на поддержание здоровья между медицинскими учреждениями, также могут снимать свою ренту. Это «откаты» при закупках медицинской техники и медикаментов, теневые рынки квот на высокотехнологичную помощь, торговля должностями главных врачей и др. Отдельно стоит упомянуть руководство медицинских вузов, обеспечивающих доступ будущих врачей к местам взимания ренты (взятки при поступлении и в процессе учебы для получения престижных специальностей).

Как уже говорилось, корпоративная система освоения ресурсов иерархична, что отражается в распределении ренты. Потоки теневых платежей минимальны на территориях, наименее обеспеченных ресурсами здравоохранения, и возрастают по мере расширения ресурсной базы ме-

дицинских корпораций и повышения уровня доходов населения. По оценкам опрошенных нами экспертов, масштабы взяток на селе переоценены, там *«они не могут служить заменой нормальной зарплате»*. В городах неформальные платежи есть, но это зависит *«от уровня цивилизации»* – в Москве их объем больше, чем в региональном центре, потому что доходы населения больше, и сконцентрированы более значимые ресурсы.

Это подтверждается нашими полевыми исследованиями. В глубинке население редко жалуется на попытки взимания взяток со стороны врачей, напротив, респонденты обычно подчеркивают бесплатный характер оказываемых им медицинских услуг, хотя и считают их не соответствующими самым базовым критериям качества. Следует учитывать и такой фактор, как негласные этические правила в локальных сообществах, где все друг друга знают, все – «свои», а у своих братья деньги за услуги неприлично. При этом подношение благодарностей все же принято: в виде продуктов, услуг или денег. Точно так же не обласканы сельские врачи и вниманием фармацевтических компаний и дистрибьюторов.

Из-за убеждения в непрофессионализме местных врачей или попросту из-за отсутствия нужных специалистов люди обращаются за лечением в город. Там они пополняют бюджет различных коммерсантов от медицины<sup>148</sup> и вливаются в развитый рынок теневых поборов в бюджетных ЛПУ. По данным исследования фонда «Новая Евразия», проведенного в 2011 году в Москве, Новосибирске и Твери, неформальные платежи составляют уже около 40 % от официального заработка врача<sup>149</sup>.

Кроме того, есть существенные различия в возможностях разных профессиональных медицинских корпораций по взиманию нелегальной ренты. По данным различных исследований, наибольшие потоки сконцентрированы в руках узкоспециализированных врачей, которые имеют дело с серьезными заболеваниями, где есть риск для жизни (онкология, хирургия), а также в гинекологии и урологии. Наименьшие объемы теневых платежей – у врачей общего профиля (терапевтов, педиатров), а также узких специалистов с «малобюджетным» контингентом больных (фтизиатрия, психиатрия, наркология). По выражению одного из наших экспертов, благодарность пациента возможна там, где есть *«четкие критерии эффективности лечения»*, заметные больному. В психиатрии, например, пациенты и их родственники *«чуда не видят, поэтому не благодарят»*. Однако в данном случае речь идет лишь о размерах дохода, который может получить лечащий врач, но не о спектре его возможностей.

## ТЕНЕВАЯ РЕНТА И СПРАВЕДЛИВОСТЬ

С точки зрения представителей медицинских корпораций получение неформальных доходов в государственной системе здравоохранения справедливо. Оно обоснованно, поскольку обеспечивает выживаемость российской медицины в условиях сегодняшнего скудного государственного финансирования. Основной аргумент – крайне низкие зарплаты медиков, несопоставимые с требованиями, которые предъявляются к ним со стороны государства (в лице контролирующих органов) и пациентов. Согласно распространенному мнению, заменой неформальным платежам может быть только существенное увеличение государственного финансирования. По нашему мнению, в этом случае они заменяются другими видами ренты.

Кроме того, в профессиональной среде существует традиция восприятия врачей как сословия, живущего за счет своих пациентов. В наших экспертных интервью регулярно всплывало высказывание, приписываемое Сталину, Луначарскому или Семашко: *«Хороший врач сам себя прокормит, а плохие нам не нужны»*. Отметим, что именно А.В. Луначарский настаивал на минимальной оплате врача в СССР.

В профессиональном медицинском сообществе формируются свои, отличные от действующего законодательства и текущих интересов государства, этические принципы и нормы поведения, регламентирующие получение неформальных платежей. По данным опроса 2007 года среди врачей, доля последовательных противников неформальных платежей составляет только 7 %<sup>150</sup>. Навряд ли эта цифра значительно изменилась в течение последних пяти лет.

Наиболее этичным способом получения неформальных доходов считается благодарность от вылеченного пациента, причем размер и вид благодарности определяется больным по его усмотрению. Как отмечают А. Чирикова и С. Шишкин, *«плата в форме благодарности, производимая по инициативе самих пациентов, признается подавляющим большинством врачей как вполне оправданная материальная компенсация затрачиваемого ими труда. Вымогательство денег у пациентов, то есть получение оплаты по настоянию врача, практически всеми осуждается»*<sup>151</sup>. По словам одного из наших экспертов, допустимым считается подношение от пациента, если результат достигнут, он выздоровел.

Многочисленные дискуссии врачей в Интернете, в которых благодаря эффекту сетевой анонимности у участников не возникает особых мораль-

ных коллизий и страхов, показывают, что между «благодарностью» и «вымогательством» у врачей существует целый спектр способов получения неформальных платежей, в той или иной степени признаваемых «нормальными». Например, не вызывают особого возмущения профессионалов такие практики как: выполнение за наличные деньги дополнительных услуг и процедур, отказ от которых не повлияет на состояние больного; получение денег за сверхсрочную работу вне рабочего места; лечение за деньги состоятельных пациентов, требующих особых условий комфорта и качества (таким образом врачи выступают в качестве агентов социальной справедливости); участие в системе сбора неформальных платежей, организованных руководством медицинского учреждения, и др.

Так, один из участников сообщества doktor\_killer в «Живом журнале» признается, что «достаточно редко» берет деньги от пациентов за обезболивание родов, объясняя свою позицию следующим образом: «Достаточно тонкая грань – одно дело, когда берут за работу, без которой можно обойтись (обезболивание родов). Другое дело, знаю случаи, когда требовали деньги за вмешательство, которое доктор должен провести абсолютно бесплатно (экстренное грыжесечение)»<sup>152</sup>. Второе, по его мнению, аморально и преступно, т. е. является коррупцией.

При этом «нормальными» размерами доходов врачей считаются те, что сложились в коммерческом сегменте медицины. Нередко сумма неформальных платежей определяется исходя из того, сколько стоит аналогичная услуга в частной клинике. Из рыночных реалий формируется и представление о том, каким должен быть общий уровень доходов врача. В него закладывается не только обеспечение «достойного» уровня жизни медика и его семьи, но и компенсация издержек, связанных с повышением квалификации и профессиональным образованием. Довольно распространено мнение, выраженное одним участником интернет-дискуссии: «Врач должен работать на одну ставку, которая должна быть такой, чтобы ему хватало денег на достойное обеспечение себя и семьи, чтобы хватало времени на себя и семью, чтобы было, когда и на что совершенствоваться по специальности»<sup>153</sup>.

Приведем также несколько цитат из комментариев читателей Интернет-издания «Медновости.ру» к новостному сообщению о выступлении министра здравоохранения Т.А. Голиковой по поводу дефицита кадров в медицине. Вообще, данная новость получила большой резонанс – к концу 2011 года к ней было 552 комментария от врачей<sup>154</sup>. Эмоциональные высказывания хорошо иллюстрируют представление медиков о норме в

нелегальных доходах, различия в возможностях получения ренты отдельных специальностей и масштабы теневых платежей.

● «Я зав. отд. реанимации, но работаю в 2 больницах, получаю 40 тыс. + примерно 10 тыс. левых (это без вымогательства, не научился). Мой врач 20 тыс., на 2,5 ставки. А врач простой в больнице 8–12 тыс. на 1,5 ставки – как правило, дамы. Но в другой больнице анестезиолог на ставку, хоть с 50-летним стажем, получает 7 тыс., хоть усе...ся. Правда взяточность выше. Они и не вякают, получая с «леваком» до 30 тыс. Но это стыд, а не медицина».

● «Министр не может понять одной простой вещи: эти специальности дефицитны, потому что по сравнению с другими абсолютно не прибыльны. Если вы хороший кардиолог, невролог и проч., то можете заработать на платных консультациях, т. к. пациентов с сердечно-сосудистыми болезнями много, и среди них есть платежеспособные люди. А кто лечится в дурдоме, в противотуберкулезном диспансере? Алкаши, зеки, инвалиды – нищета, одним словом. Студенты-медики не идиоты, они выбирают те специальности, которые перспективны в денежном смысле».

● «Работаю в районной больнице. Стаж 5 лет. Работаю на полставки – больше в больнице просто нет. База – 4600 рублей. 15 % сельские, 25 % стаж, 10 % еще что-то, не помню. Итого 4600+2300=6900. Минус 13 % налога, минус «профсоюз» – итого 6 тысяч с копейками. Вот вам обычная расчетка обычного сельского врача. Спасает работа в платном кабинете».

● «...Система такая: маленькая зарплата – вынужден брать с пациентов – следовательно всегда управляем (и уволить можно за “взятку” если выступить начнет, а не пахать как раб, и сгноить на гепатитных и туберкулезных больных – сам уйдет)».

● «Прохожу интернатуру по фтизиатрии, с конца января, обойдя законы, меня устроили на полставки в стационар... контингент пациентов сами можете представить: зеки, наркоманы, бомжи, бичи, алкоголики. Нормальные больные лежат в другом отделении, в другом корпусе, к ним доступа нет, “стрясти” не с кого. когда приходят или больные или родственники, единственный вопрос задают: когда дашь инвалидность? а почему с моей и так нищенской зарплаты будут платить пенсию зеку-алкашу, который ни дня в жизни не отработал? я отказываю таким, и получается, что я виновата, что я злой доктор».

Говоря о корпоративном понимании справедливости в получении ренты, следует отметить еще одно обстоятельство. Различия в масштабах ренты, как официальной, так и теневой, зависят от места во внутрикорпоративной иерархии. Возможности «кормления» у главврача и заведующего отделением больше, чем у рядового специалиста, у руководителя федерального центра – больше, чем у главврача районной больницы, у статусного хирурга с узкой специализацией, работающего в высокотехнологичном центре, – больше, чем у хирурга широкого профиля, работающего в районной поликлинике. Эти различия внутри профессионального сообщества воспринимаются как объективные, то есть «нормальные», чего не скажешь об отношении к ренте других профессиональных корпораций.

Яркий пример – взаимоотношения анестезиологов-реаниматологов и хирургов. Специализированные хирурги, как известно, являются одними из самых высокооплачиваемых из теневых источников врачей. Анестезиологи, напротив, относят себя к стану специалистов, обделенных благодарностью пациентов. Именно низким уровнем доходов, не соответствующих эмоциональным и физическим затратам на рабочем месте, принято объяснять дефицит этих специалистов в России. Однако, по отзывам экспертов, обе стороны видят какую-то несправедливость в распределении ренты. Официально по отношению к хирургической службе анестезиология выступает как вспомогательная. Но из-за вредности анестезиологи получают 15 %-ю надбавку к зарплате, а хирурги – нет, что является предметом напряженности в отношениях двух профессий. При этом пациенты слабо информированы о значимости анестезиологии, рассматривая хирургов в качестве тех, кого следует благодарить и заранее задабривать перед операцией. В результате больные «несут деньги хирургу», а претензии в случае неудачного исхода операции со смертью пациента предъявляются анестезиологу.

Для государства большинство неформальных доходов медработников и медучреждений в соответствии с действующим законодательством являются взятками и мошенничеством. Однако борьба с такими доходами избирательна и зависит от конкретной ситуации. Понимая их тотальную распространенность, правоохранительные органы заводят отдельные дела и привлекают к ответственности выборочных нарушителей, а власти инициируют кампании, объявляя те или иные сложившиеся практики получения неформальной ренты медиков противозаконными. Результатом подобных мероприятий обычно становится повышение ста-

вок в игре с учетом новых рисков. Происходят лишь локальные изменения в расстановке сил и борьбе за ресурсы между отдельными корпорациями, бюджетными конгломератами. Идет смена персоналий, монополизировавших распределение ресурсов в отдельной больнице, муниципалитете, регионе, но не более того.

В качестве примеров можно привести кампанию вокруг закупок по завышенной цене медицинского оборудования в рамках национального проекта «Здоровье». По оценкам Контрольного управления Администрации Президента РФ, государству был причинен ущерб в 3 млрд руб. Генеральная прокуратура завела 33 уголовных дела, 73 представления об усугублении нарушений закона, 35 предостережений о недопустимости нарушений закона, 19 привлеченных к административной ответственности лиц<sup>155</sup>. В результате произошла смена лиц, контролирующих распределение ресурсов на здравоохранение во многих субъектах РФ.

Другой пример – уголовное дело в отношении бывшего руководства Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова. В Центре была налажена система получения нелегальных платежей за стенты для коронарного шунтирования, при том что материалы для высокотехнологичных операций оплачиваются из федерального бюджета в рамках квот Минздравсоцразвития. Дело получило ход при новом руководстве Центра и касается событий 2006 – 2008 годов<sup>156</sup>. При этом теневой рынок коронарных стентов, по оценкам экспертов, существует по всей России.

В процессе подготовки громкой отставки руководителя МНТК «Микрохирургия глаза» Христо Тахчиди Минздравсоцразвития РФ «обнаружило», что «учреждению принадлежат многочисленные непрофильные активы, включая: конюшни, манеж, бани, цех по переработке молока, коровник, пекарня, теплица. Также учреждение через аффилированные компании оказывало услуги по продаже авиабилетов и вело иную коммерческую деятельность, направленную на вывод части денежного оборота медучреждения в частные компании»<sup>157</sup>.

Беспомощность административных мер по борьбе с нелегальными платежами в «карман врачу» хорошо иллюстрирует итог кампании, объявленной в конце июня 2009 года Минздравсоцразвития России. Согласно специальному министерскому приказу, пациентам было предложено жаловаться на медиков, которые берут деньги за «бесплатную» медпомощь. По словам тогдашнего министра Т.А. Голиковой, всего за 2009 год в министерство поступило 85 жалоб, из них 9 (!) подтвердились<sup>158</sup>. Такие

ничтожные цифры могут быть объяснены тем, что практика стала общепринятой. Теневые платежи не рассматриваются пациентом как повод для жалобы, как достаточное основание для того, чтобы испортить отношения с лечащим врачом.

На наш взгляд, ситуация в российской медицине укладывается в общую картину российского мироустройства, где понятие «коррупция» является чрезвычайно растяжимым в силу того, что экономика и социальная жизнь страны в целом построена на рентном принципе распределения ресурсов с их неизбежным дефицитом.

\* \* \*

Подводя общий итог, хотелось бы избежать претенциозных выводов и дать лишь некоторые пояснения по поводу изложенного материала. Это эскиз описания феномена корпораций в системе поддержания здоровья, с некоторыми иллюстративными примерами. Мы попытались зафиксировать, как логика борьбы за ресурсы формирует отношения между медиками, пациентами, агентами фармацевтического рынка и государством, как эта борьба структурирует и подчиняет себе каркас государственной системы здравоохранения, цели и приоритеты политики в данной сфере.

Такой взгляд возможен лишь вне медицинского дискурса о здоровье и здравоохранении. Хотя он, безусловно, доминирует сегодня в публичных дискуссиях: общественным интересом и благом объявляется расширение системы здравоохранения, увеличение ее ресурсной базы безотносительно целей, определяемых вне и без участия самих агентов этой системы. Система становится самостоятельной ценностью.

Занять внешнюю критическую позицию мы можем, если рассматривать происходящее в российской медицине и системе здравоохранения сквозь призму того, как проявляется стремление монополизировать контроль над ресурсами в этой сфере (включая расходы на поддержание здоровья, которые несут и государство, и домохозяйства).

Мы стремились сделать максимально безоценочное описание корпораций, без поиска «злого» умысла. Речь не идет о разоблачении или призыве бороться с этим порядком, поскольку победа в данном случае означала бы ликвидацию системы здравоохранения как таковой. Тот факт, что корпорации монополизируют ресурсы, может восприниматься как

несправедливость. Однако само понятие справедливости здесь экспроприровано главными действующими лицами. В этом смысле это включенное понятие: без него невозможна корпоративная риторика и публичная борьба за ресурсы (оценка правильности их распределения), а его наполнение зависит от того, кто им оперирует в данный момент.

В предлагаемом описании мы целенаправленно избегали межстрановых и исторических сравнений. Для настоящей работы важно то, как проявляют себя корпорации здесь и сейчас. Однако не трудно заметить, что некоторые моменты характерны и для западных стран с очень хорошими, согласно официальным рейтингам, системами здравоохранения либо с прочной репутацией качественной медицины. Там также идет борьба за ограничения допуска «чужаков» к отдельным медицинским занятиям, также усилиями производственных и профессиональных корпораций формируются новые рынки оздоровительных товаров и услуг, также возникают новые специальности и соответствующие им институты профессионализации.

Основная разница состоит в том, что в России большая часть ресурсов на поддержание здоровья выделяется государством, а врачи воспринимают себя состоящими на государственной службе распределителями этих ресурсов для населения и, соответственно, готовы извлекать из этих ресурсов ренту для себя лично – официальным либо теневым способом.

Как можно применить предлагаемый подход? Для чего важно видеть архитектуру корпоративных отношений в здравоохранении? Прежде всего, чтобы различать интересы государства, пациентов и корпораций, ведь корпоративный дискурс ставит между ними знак равенства. При таком взгляде система государственного регулирования медицинской деятельности оказывается способом признания за отдельными корпорациями права на получение ресурсов; институты профессиональной самоорганизации медиков – лоббистскими структурами, нацеленными на выбивание и освоение средств; новые бюджетные программы – увеличением ресурсной базы наиболее успешных в формулировании угроз групп интересов и так далее.



А.Е.Колонуто

## СЕЛЬСКОЕ ЦЕЛИТЕЛЬСТВО. ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ

Народное целительство в современной России – предмет на удивление малоизученный и практически не описанный с точки зрения социологии.

Роль знахарей в деле поддержания здоровья населения как на уровне поселений, так и в масштабах страны, не оценена. С другой стороны, эта социальная практика относится к разряду явлений, прочно укорененных в обыденном сознании: про целителей «все знают» и часто говорят; многие так или иначе соприкасались с ними в своей жизни. Помимо бытового жизненного знания, представления о людях, практикующих альтернативные, порой необъяснимые способы лечения людей, формируются с помощью СМИ. Целители окружены ореолом таинственности и экзотики на страницах «желтой» прессы. Либо напротив, журналисты, вслед за представителями официальной медицины, бичуют их как шарлатанов, спекулирующих на болезнях людей.

Само понятие «целительство» в современном русском языке довольно расплывчато и применяется к совершенно разным социальным явлениям: от безвозмездной лечебной помощи соседям с помощью молитвы до масштабных бизнесов по снятию «сглаза и порчи» с использованием псевдонаучного антуража.

С точки зрения государства «целительство» приравнивается к занятию народной медициной, которая определяется как «методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации»<sup>159</sup>. Отметим, что в новом Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№323-ФЗ) слово «целитель» вообще не фигурирует. Вместо него используется выражение «гражданин, получивший разрешение на занятие народной медициной».

Больные, обращающиеся за помощью к целителям, нередко их не идентифицируют в этом качестве. Чаще в разговоре упоминается просто «бабушка», другие обозначения в диапазоне от «женщина, которая лечит» до «колдунья». Что касается самоидентификации, то «целителями» чаще называют себя раскрученные персонажи, имеющие официальное признание (например, диплом целителя, выданный региональным органом управления здравоохранением) или широкую, медийную известность. На слово-синоним «знахарь/знахарка» в различных регионах, по нашим наблюдениям, реагируют по-разному: где-то оно служит самоназванием целителям, где-то имеет негативную коннотацию, обозначая скорее занятие колдовством, чем лечение людей.

В данном тексте под словом «целители» мы подразумеваем людей, регулярно оказывающих медицинскую помощь другим людям с помощью нетрадиционных методов лечения. Все люди, занимающиеся подобными практиками, называются общим термином «целитель», без учета того, как принято их именовать в том или ином регионе. Объект нашего изучения – целители на селе, в малых населенных пунктах.

С социологической точки зрения феномен народной медицины изучается довольно редко. Такие материалы являются единичными и посвящены в основном профессиональным целителям, живущим в городах<sup>160</sup>. Имеющиеся на сегодняшний день научные исследования сельского целительства лежат в плоскости этнографии и лингвистики и носят локальный характер<sup>161</sup>. Целительство рассматривается в них как часть народной культуры, сохранившейся в деревнях. Соответственно, в фокусе внимания ученых оказываются мифология и магические обряды, связанные с жизнью знахарок, которые выступают в роли носителей традиций.

Нам бы хотелось, напротив, обратиться не к фольклорным аспектам целительства, а его практической сути как самостоятельного социального института поддержания здоровья, существующего параллельно государственной системе здравоохранения и официальной медицине. Сделать это мы попытаемся на материале полевых исследований, полученных сотрудниками лаборатории муниципального управления НИУ ВШЭ в 2010–2011 годах в четырех регионах России (Костромская область, Татарстан, Пермский край, Алтайский край). Основу предварительных обобщений составили интервью с самими знахарями, а также наблюдения и беседы с местными жителями и врачами<sup>162</sup>. Помимо сведений, полученных лично автором, использовались отчеты участников экспедиций Н.Н. Жидкевич, И.И. Зарипова, Я.Д. Заусаевой, Ю.А. Крашенинниковой,



А.А. Позаненко, М.А. Покидовой, А.Р. Тукаевой. Подчеркнем особо, что мы ставим задачу только описать методы целителей и их положение в местном сообществе, но не даем оценку эффективности применяемых ими методов народного лечения. Все оценки и суждения на этот счет, приведенные в цитатах, давались или пациентами, или самими целительницами, и являются чьим-то субъективным мнением.

Условно сельских целителей можно разделить на два типа: собственно «целители» и «колдуньи». Первые эмоционально отрицают для себя возможность занятия магией, упирая на то, что они оказывают медицинские услуги (хотя и с молитвой). Интересен тот факт, что «молитовки» и заговоры, в текстах которых присутствуют обращения к Богу, не считаются ими магической практикой. Невзирая на наличие в методах лечения мистической и религиозной составляющей, сами знахарки ни в коем случае не позиционируют себя в качестве «колдуний». Они предпочитают думать о себе как о «тех, кто лечит», и открещиваться от использования любого рода магии, не связанного с лечением («ни приворотов, ни отворотов не делаю, только лечу»). Тем не менее, в разговорах с нами они нередко упоминали случаи, когда им приходилось противостоять враждебной магии, порче, сглазу.

Подобное разделение, как показывают этнографические материалы, имеет глубокие исторические корни. Так, К.К. Логинов в своих исследованиях магических и лечебных практик Заонежья отмечал: «... далеко не все заонежане, имевшие магическую практику, относились земляками к колдунам. В частности, не считались колдуньями сельские повитухи, заговаривавшие буквально каждому новорожденному грыжу, «золотушку», «щетинку», «родимец» и болезнь, называвшуюся в деревне «собачьей старостью». То же самое можно сказать и по поводу местных целительниц-знахарок, которые лечили людей не только травами, но также применяли и заговоры <...> колдун-скотник, по мнению заонежан, «знался с лешим», а знахарка лечила (опять же, по мнению заонежан) «Божьими молитвами»»<sup>163</sup>.

Предметом рассмотрения в данной работе является именно феномен сельского целительства, поэтому магические практики «колдунов» остаются за рамками, и упоминаются только в той степени, в которой являются фактором, влияющим на деятельность целительниц.

Не затрагиваем мы и другой существенный пласт целителей, которые работают на коммерческой основе и оказывают не только лечебные, но разнообразные магические услуги. Подобный бизнес почти не представлен в малых населенных пунктах, он характерен в основном для крупных городов.

Отметим, что для села и малых городов, по нашим наблюдениям, на сегодняшний день не свойственно и широкое распространение так называемых «восточных» оздоровительных практик – рефлексотерапия, мануальная терапия, рейки, иглоукалывание и т. д., хотя люди, оказывающие эти услуги, встречались.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЦЕЛИТЕЛЬСТВА И НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ

Сельское целительство является частью практик заботы о здоровье, существующих вне официальной медицины и государственной системы здравоохранения. Мы относим его к явлениям общественного уровня системы поддержания здоровья, где врачевание не является четко оформленным профессиональным занятием и тесно взаимосвязано с различными формами взаимопомощи, обмена информацией, передачи накопленного веками народного знания о болезнях и способах борьбы с ними. В этом смысле народная медицина является питательной почвой, на которой может развиваться целительство. Можно предположить, что без нее оно коммерциализируется и превращается в строго профессиональное ремесло, которое сближается с официальной медициной.

В обследованных нами регионах практики народной медицины распространены повсеместно. Во многих деревнях проживают люди (обычно пожилые), к которым можно обратиться в случае какого-либо заболевания и получить совет, какими травами и народными методами лучше его лечить. Распространено лечение грыжи у маленьких детей, пока ее еще нельзя оперировать (до трех лет) посредством «прикуса». Часто такие старики не позиционируют себя в качестве «целителей», с их точки зрения это просто оказание соседской помощи.

Лечение травами и прочими народными методами практикуется в большинстве деревенских семей. Информация о методах и способах подобного лечения обычно передается стихийно по соседским сетям и от родственников. Так, в отдаленных местах Алтайского края жители воспринимают это не столько как метод лечения (со сложными случаями все же предпочитают обращаться к врачу), а как часть повседневного рациона. Уровень знания о местных травах достаточно высокий. На вопрос о том, какие местные травы используются при лечении, женщины сразу начинают указывать на растущие рядом травы и объяснять:

«Вот эта, это от почек, а вон та, с шишечками, – от давления». Сходные результаты были получены и в других регионах. Местные жители постоянно упоминают травы и минералы, которыми они лечатся самостоятельно. Например, вот как характеризует свой опыт травничества одна из местных жительниц, пожилая женщина в Пермском крае: «Лечусь сама. В больницу обращаюсь только в экстренных случаях. Собираю травы: подорожник, тысячелистник, мать-и-мачеху, мяту, зверобой. Знаю, как лечиться, благодаря жизненному опыту. У меня еще бабушка травницей была, меня научила». В Пермском крае и на Алтае местные жители собирают мумие, но в ходу и обычные травы: сабельник, тысячелистник, зверобой и т. д.

Здесь можно провести параллель с наблюдениями М.В. Хакарайнен на Чукотке. Лечение там раньше было прерогативой шаманов, но многие женщины активно используют традиционные методы лечения, в том числе с использованием местных трав: «Многие женщины занимаются сбором лекарственных растений. К ним относятся как местные, так и приезжие жительницы. Они сами и собирают травы, и используют их при легких недомоганиях и для профилактики болезней, а также дают советы менее сведущим, которые тоже хотят использовать травную терапию. Собирающих травы и практикующих лечение травами не относят к особой категории специалистов только на основании их осведомленности о свойствах растений. Этот род традиционной медицины в представлениях жителей относится скорее к общедоступному знанию и практикам»<sup>164</sup>.

О распространенности народных методов лечения говорят и данные количественных исследований. Так, А.Д. Порозова указывает, что по данным опроса, проведенного в Ульяновской области<sup>165</sup>, лечение травами применяют 73,4 % опрошенных (это самый большой процент применяемых биологических средств лечения). Второе место из этой группы отводится продуктам пчеловодства – 63,9 %. На вопрос: «Применяете ли Вы средства минерального происхождения?» 44,9 % респондентов дали положительный ответ. 29,2 % применяют для лечения воду естественных источников и родников, а также минеральные воды. 42,8 % жителей используют физиотерапевтические средства: тепло, холод (накладывают холодные и согревающие компрессы), используют тепло русской печи, а также жар и пар русской бани (36,3 %). Элементы народной хирургии и травматологии применяют 37,5 % респондентов.

Помимо обыденного знания, передаваемого от поколения к поколению, источником информации относительно народных методов лечения

сегодня является телевидение и пресса, а кое-где – уже и Интернет. Газеты и журналы по тематике здорового образа жизни представлены в почтовых отделениях центров обследованных муниципальных районов в большом ассортименте и пользуются постоянным спросом. Например, в Кологриве (Костромская область) примерно половина продающихся в местном почтовом отделении периодических изданий посвящена вопросам здоровья в том или ином варианте: газеты по траволечению, специальные издания «для пенсионеров», издания «о красоте и здоровье» и так далее. Все эти издания находятся в низшей ценовой категории – в диапазоне от 8 до 50 рублей, и рассчитаны на массового читателя с минимальными доходами. В Чарышском (Алтайский край) газеты и журналы на «оздоровительную» тематику привозятся примерно раз в две недели и раскупаются полностью. Примечательно, что подобные издания по большей части состоят из писем читателей, которые таким образом обмениваются своими рецептами борьбы с недугами не только с соседями и родственниками, но и всеми жителями страны.

Кроме бытового лечения травами и «бабушкиными методами» встречаются люди, которые позиционируют себя как «целители», оказывающие медицинскую помощь не только жителям своего поселения, но и специально приезжающим к ним больным из других сел и даже регионов. Например, к знахарке из г. Мантурово Костромской области приезжают из Москвы, Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода и даже из Магадана. К целителю из с. Лаврово Костромской области едут из Сибири, и из Мурманска, где он жил какое-то время. К целительнице из Чистопольского района Татарстана в день интервью обращались люди из Нижегородской области. В Чарышском районе Алтайского края мы также обнаружили ряд целительниц, к которым приезжают люди не только из районного центра, но и из областного центра и из других регионов, даже если они живут в очень отдаленных, труднодоступных местах. Так, к врачевательнице из села Машенка специально приезжали больные из Барнаула, Новосибирска и Москвы, невзирая на то, что к селу нет даже асфальтированной дороги, только грунтовка. Однако больных это не пугает: иногда люди даже остаются на продолжительное время, чтобы пройти курс лечения, самостоятельно организовав свое проживание в Машенке или окрестных деревнях.

Наши наблюдения перекликаются с исследованиями, проводившимися в Пудожском районе Карелии в 2003–2006 годах Российско-французским центром исторической антропологии им. М. Блока. Ис-

следование посвящено жительнице Пудожского района, известной знахарке Валентине Александровне Куроптевой, или бабе Вале, как называют ее местные жители и приезжие. Как показывают материалы экспедиции: «По свидетельству местных жителей, помощь Куроптевой настолько действенна, что к ней даже приезжают из Москвы, Санкт-Петербурга и отдаленных уголков России (например, с Дальнего Востока)»<sup>166</sup>.

Помимо таких «раскрученных» лекарей, во время экспедиций мы слышали информацию о большом количестве местных целительниц, не обладающих такой широкой известностью, но оказывающих медицинскую и другую помощь жителям своего села и его окрестностей. Практически в каждом втором поселении есть или был какой-то человек (в подавляющем числе случаев – женщина), которого можно с достаточной уверенностью отнести к категории «целитель».

Упоминания о местных «бабушках» и «тех, кто лечит», часто встречаются и в разговорах местных жителей, к примеру: «Моя прабабка была знахаркой. Хотела мне передать знания, но не успела. Так что у меня дар есть, а лечить не могу. Знахари здесь есть: в Рябинино, в Покче, в Вильгорте...» (Пермский край, мужчина).

Часто приводятся в пример успешные случаи обращения к целительницам из своей жизни и жизни родственников: «Моего первого пацана вылечила настоящая народная целительница. Во время родов молодая неопытная акушерка неаккуратно принимала ребенка, а может, еще и то, что молодая мать... Не суть важно. Но у ребенка в итоге кривошейка и такая, что я вначале и то не мог без слез на него смотреть. И массаж, и электрофорез пробовали». Или: «Знахарки есть, люди к ним ходят. Одна женщина – сейчас она уже умерла – вылечила мне какую-то опухоль на щеке, когда я был маленький. Повозилась с березовыми сучьями, что-то нацарапала на щеке ножом, и наутро все прошло. А хотели операцию делать. Она знания своей невестке передала. Теперь та тоже лечит» (Пермский край).

Все это позволяет с высокой степенью достоверности предположить, что распространенность феномена сельского целительства заметно выше, чем может показаться на первый взгляд, и оно играет большую роль в системе поддержания здоровья сельского населения.

При этом создается впечатление, что женщин в этой практике гораздо больше, чем мужчин (нам удалось пообщаться только с одним мужчиной-целителем). Однако имеющиеся материалы не позволяют

найти этому точное количественное подтверждение. С другой стороны, это наблюдение подтверждается исследованиями К.К. Логинова в Заонежье: «Традиционными колдунами (их называли «знатками», реже – «волхвами» или «волшебниками») были преимущественно мужчины, а «знахарками» – женщины»<sup>167</sup>.

## ОБРАЗ ЖИЗНИ СЕЛЬСКИХ ЦЕЛИТЕЛЬНИЦ

Одна из важнейших особенностей сельского целительства – низкая коммерциализация. Здесь нет рыночных отношений, и помощь людям не рассматривается как работа, которая стоит определенных денег. Запрет «брать деньги за лечение» встречался у подавляющего большинства сельских целительниц, опыт которых изучался. В городах, напротив, практикуется платное лечение у представителей «народной» медицины. Так, целительница из Барнаула, по словам пациентов, лечит платно, но не напрямую: «какая-то родственница у нее есть, которая деньги и берет, а сама она нет».

При этом запрета на получение добровольного вознаграждения по итогам лечения нет, но оно не может оговариваться заранее. Создается впечатление, что основной формой вознаграждения за работу для местных жителей являются не деньги, а натуральный обмен продуктами, или вещами, или услугами. Приезжие из других регионов, скорее всего, все же расплачиваются деньгами, однако подтвердить это достоверно не удастся из-за естественной недоверчивости целительниц и неготовности откровенно говорить на эту тему.

Сельские целительницы в наблюдаемых регионах ведут совершенно обычный, не выделяющийся на общем фоне образ жизни. Косвенным образом это подтверждает тезис о том, что знахарство и целительство в селе не являются предметом товарно-денежных отношений. В большинстве случаев целительницы имеют какую-либо официальную работу помимо лечебной практики, которая является основным источником дохода, или получают пенсию. К примеру, целительница из села Красный Партизан Чарышского района имеет среднее специальное образование, ранее была зоотехником, а теперь работает продавщицей в местном магазине. Целительница из села Машенка Чарышского района также работает продавщицей, хотя пользуется популярностью, и к ней приезжают люди из других регионов.

Внешне место проживания целительниц выглядит совершенно обычно. Это обычные дома, хозяйство, не выделяющееся никакими особыми приметам по сравнению с типичными домами на той же улице в той же местности. Если не спросить у местных жителей, то определить, что здесь проживает «бабушка», невозможно. Внутри дом целительницы тоже выглядит как обычный сельский дом, в котором никаких особых признаков профессии, элементов убранства или «магических» предметов, призванных произвести впечатление на пациента, не наблюдается. Это отличает их от представителей многих коммерческих магических и экстрасенсорных практик, помещения которых отделаны в соответствующем стиле.

Важным фактором, который в глазах пациентов и самих целительниц легитимизирует их деятельность, является наследственная передача знания. Подавляющее большинство изученных случаев базируется на утверждениях целительниц о своем особом статусе за счет передачи сакрального знания от старшего поколения – матери, отца, бабушки и т. д. Практически всегда, начиная разговор о своей практике, целители говорили о том, что умение лечить и заговоры передались им от кого-то из предков. Также в этом контексте часто звучат отсылки к судьбе, призванию, которое само заставляет их делать то, что они делают: *«Ты просто не можешь не лечить»* или *«Никому отказать не можешь, людей жалко»*.

Другая группа целителей – в какой-то момент своей жизни ставшие лекарями под воздействием внешнего фактора. Этим фактором могло стать какое-либо сильное потрясение (болезнь, религиозное откровение), интеграция в коммерческие и полу-коммерческие сети альтернативной медицины, книжное знание. О таких целителях нередко упоминается в научной литературе. К.К. Логинов, например, сообщает о Л.М. Кокшаровой, которая «открыла» свои способности к врачеванию во время многочисленных посещений святых мест и монастырей, при беседах с такими же, как и она, набожными паломниками. Источником своих целительских способностей она ... считает отнюдь не передающиеся через ее непосредственное участие «энергетические потоки» или некие «исцеляющие мантры», а «силу Божью»<sup>168</sup>. О.А. Волкова описывает целительницу, призвание которой сформировалось в связи с тяжелой болезнью: «Операция была очень сложная, я плохо ее перенесла: лежала в реанимации в состоянии между жизнью и смертью. И в этом состоянии мне было первое в жизни видение – я увидела себя с сыном на руках, а потом свою мать. Она сказала, что теперь я буду видеть будущее

и должна буду помогать людям». (Марина, целительница-предсказательница, ясновидящая)<sup>169</sup>.

Нашей группе исследователей в ходе экспедиций встречались подобные случаи, однако они все же были редки. Один из примеров – целительница из Солигаличского района Костромской области, которая открыла в себе способности к лечению после тяжелой болезни и знакомства с участниками летнего семинара (пос. Юксино), профессионально занимающимися нетрадиционными оздоровительными практиками (травники, мастера Рейки, знатоки восточных практик). В этом случае целительница сочетает в своей работе «восточные» практики и традиционное русское травничество. Другой пример – проживающая в Косинском районе Пермского края врачевательница, бывший врач, которая начала заниматься народной медициной в процессе борьбы с собственным онкологическим заболеванием, а затем училась на специальных целительских курсах.

## БОЛЕЗНИ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Наиболее подробно спектр болезней, которые берется лечить целительница, удалось изучить на примере врачевательницы из села Красный Партизан Чарышского района. Она занимается только лечением, никаких магических услуг другого рода (привороты, заговоры на богатство и т. д.) не оказывает. Также она утверждает, что не может *«наводить зла»*: *«Кто хорошим занимается, тот плохое делать не может. Не могу никого наказывать, даже если он зло сделал»*. При этом верит в возможность сглаза, наведения порчи, утверждает, что в селе есть люди, которые подобными вещами занимаются. Основной ее метод лечения – молитва, но используются и заговоры, и прочие народные методы.

Исчерпывающе сформулировать, что конкретно лечит, она не смогла, говорит, что *«много чего»*. Упоминаются следующие заболевания (точно соотнести с названиями, принятыми в официальной медицине, не удалось, целительница оперировала только народными названиями и описаниями болезней).

- «Кила» – в данном контексте что-то вроде нарывов и гнойников, иногда очень крупных. Вообще, под понятием «кила» жители Алтайского края понимают большой спектр заболеваний, связанных с какими-то новообразованиями или нарывами на теле, опухолями и т. д. Распрост-

ранено мнение о магическом происхождении подобных «кил» – сглаз, проклятие и т. д.

- «Рожа на ногах» – насколько удалось понять, что-то вроде воспаления, может приводить к свищам и проблемам с костями.
- Детская грыжа – самое распространенное заболевание, которое упоминается во всех регионах в первую очередь.
- Испуг у детей – если от сильного испуга ребенок плачет, мочится, считается, что потом испуг переходит в эпилепсию, «если на воск не выливать».
- Тоска – обычно после смерти близкого человека, когда «жить не хочет».
- Сибирка – достаточно странное заболевание со многими симптомами: «Упала, тошнота, рвота, потом дня через три помирает». Причиной считается сглаз или проклятие.
- Опухоли, в том числе и онкологические. Она утверждает, что берется лечить опухоли только на ранней стадии, «когда не особо запущено», часто успешно. Часть прочих целителей наоборот, уверенно утверждали, что не берутся лечить рак.
- Кожные заболевания – описываются терминами «корка», «короста» и т. д.

Тот же набор заболеваний, за редкими исключениями, встречается практически во всех обследованных регионах, несмотря на их сильную географическую удаленность друг от друга. Другие целители, с которыми мы общались, нередко говорили, что лечат «ото всего». Обычно под этим имелся в виду примерно тот же круг недугов – грыжи, детский испуг, ячмень, кила и т. д. Например, мужчина из Костромской области утверждал, что берется лечить почти все, кроме рака и кожных заболеваний.

Во всех регионах в числе болезней, которые берутся лечить целительницы, упоминались заболевания опорно-двигательного аппарата. Это вполне объясняется тем, что сельское население в значительной своей части пожилое, а подобные заболевания являются постоянным спутником пожилых людей.

Одна из опрошенных нами целительниц (Чарышский район Алтайского края) отличалась наличием самообразования в эзотерике. Она занимается не только лечением людей, но и диагностикой. По словам местных, она может определить, чем болен человек, «поводив ру-

ками». Набор болезней, от которых она лечит, зависит от того, что она «увидит» в процессе диагностики. В частности, алкоголизм и никотиновую зависимость она не лечит, снимает только физическую зависимость, а «с привычкой человек сам должен справиться». Упомянула возможность лечить астму и приводила в пример случаи успешного излечения.

В отношении методов лечения изученные случаи можно условно разделить на три категории.

Первый тип – это лекари, использующие как христианские, религиозные методы лечения (молитва), так и сакральные заговорные и магические практики. Так, целительница из Чарышского района, хотя и называет основным методом лечения молитву, широко использует заговоры – «отчерчивание на крыльце», «выливание на воск». Также она использует местные травы и прочие народные методы (например, «табак с молоком попарить»). Утверждает, что берется лечить только крещеных.

Второй тип – это лечение, основанное практически полностью на религиозном мировоззрении, с небольшими элементами заговоров. Так, одна из целительниц в Алтайском крае использует только «молитовку» и заговор, а травы и другие народные средства – не больше, чем обычные жители региона. Причем, в «молитовках» обращение к Богу может причудливо сочетаться с архаическими ритмическими формами и образами. Можно привести заговор от тоски, наговоренный ею: «*Матушка морская пучина, возьми тоску и кручину с раба божьего (имя). На воду тоска шла, а под воду ушла*». Другая «бабушка» из Костромской области помогает православным верующим, заговаривая воду и продукты питания при помощи молитв. Говорит, стоит начинать лечение, только если человек верует. Целительница-мусульманка из Татарстана лечит молитвой (Кораном) и от физических, и от психических расстройств, помогает советом в трудной ситуации, и лишь изредка прибегает к травам и другим способам.

Использование целителями веры как основного источника излечения описано и в других исследованиях. Так, Логинов показывает целительницу Л.М. Кокшарову как яростную сторонницу «религиозных» методов лечения: «Некрещеным пациентам она непременно советует принять крещение, болящих христиан “отчитывает” каноническими православными молитвами или же псалмами из “Евангелия”, а мусульманам предлагает читать соответствующие суры из “Корана”»<sup>170</sup>.



Третий тип лечения, встречающийся среди сельских целительниц достаточно редко, это «современные» методы, с низкой значимостью религиозного фактора. Например, одна из наших респондентов в Алтайском крае лечит не столько молитвой, сколько просто руками (по ее словам, с помощью «бесконтактного массажа»). Вообще она производит впечатление женщины более подкованной в современной эзотерической терминологии, оперирует наряду с традиционными словами «кила», «сибирка» и проч. такими терминами, как «биополе» и «энергетика». Скорее всего, сказывается тот факт, что она моложе, чем большинство других описанных нами целительниц. К этой же категории относится и целитель из Костромской области, который, невзирая на явную религиозность, лечит, по его собственному утверждению, «энергетическими» методами, и приводит в пример Джуну.

Тем не менее, значимость религиозного мировоззрения в практике сельских целительниц нельзя недооценивать. Хотя в случаях относительно «современной» практики, целительницы по большей части являются как минимум крещеными людьми, даже если не используют молитв в процессе лечения. Подтверждения этому можно найти и у других исследователей, в частности у А.Д. Порозовой: «Любой врачеватель, чем бы он ни лечил, обязательно обращался с молитвой к Богу. При использовании трав (их срезом, сушкой, лечением), средств животного или минерального происхождения читалась молитва. Самые главные молитвы при лечении у православных крестьян Симбирско-Ульяновского Поволжья это «Отче наш», «Пресвятая Богородица», «Николай Угодник», «Живые помощи». Татары при лечении читают молитвы из Корана: «Аятел Курси», «Ан нас сурсе», «Фалак сурасе» и другие»<sup>171</sup>.

К.К. Логинов отмечает, что среди целителей Заонежья есть некоторые специфические методы лечебной практики, которые не встречаются в других регионах: «Местной особенностью современной практики народного целительства населения в районе г. Онеги является широкое использование массажных процедур»<sup>172</sup>. Наши экспедиции в целом это подтверждают, так как нам не удалось обнаружить подобных практик в других регионах.

## ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

На формирование отношения к целительницам со стороны местных жителей, прежде всего, влияет доверие к наследственной преемственности магического знания. Если в данном селе была известная женщина, которая успешно (с точки зрения местных жителей) лечила их родителей, то они сами начинают обращаться к ее дочери, поскольку она, по их мнению, восприняла от нее сакральные знания и умение лечить людей. Также на формирование доверия к целительницам влияет и опыт соседского, общинного взаимодействия. Часто к ним обращаются по рекомендации знакомых или коллег. Конечно, в каждом регионе существуют свои представления, с чем надо идти к целительнице, а с чем нет: «Понятно, к ней с переломом никто не пойдет, но если надо ребенка от испуга полечить, или какие-то болячки никак не заживают...» (мужчина, Татарстан). Это зависит как от позиции самой целительницы, так и от доступности тех или иных услуг в официальных медицинских учреждениях.

Важным фактором также является условная бесплатность лечения у целительниц, которые не имеют официального прейскуранта своих услуг и лечат полностью бесплатно либо за какое-то натуральное вознаграждение. С другой стороны, лечение даже в муниципальных медицинских учреждениях сейчас во многом платное (официально или неофициально). Учитывая низкий уровень дохода жителей села, это во многом формирует тот интерес, который сельские жители проявляют к народным методам лечения. В большинстве сел есть только небольшой фельдшерский пункт (зачастую охватывающий несколько поселений сразу), за любой более сложной медицинской помощью требуется ехать в районный центр или сразу в областной. На фоне невысокого уровня материального благосостояния населения, поддерживаемого нередко лишь натуральным хозяйством, такое путешествие является дорогим или просто недоступным.

Существенное влияние на отношение пациентов, скорее всего, оказывает также тот факт, что целительницы к каждому своему пациенту подходят индивидуально, в отличие от официальной медицины с ее «точным» подходом к больным. Знахарки в глазах больного выгодно отличаются от врача эмоциональным сопереживанием проблемам больного, индивидуальным подходом к каждому, кто к ним приезжает, и обращением не только к физиологии, но и к духовной составляющей его



жизни. Это отмечается и другими исследователями: «Система профессиональной подготовки с неизбежностью приводит к тому, что врачи не только говорят на особом, непонятном большинству языке, они и думают иначе, чем их пациенты. Иное дело целители – они и говорят и думают как пациенты, они живут в том же окружении, они разделяют с пациентами их мифы о причинах страдания и способах их преодоления»<sup>173</sup>.

Также хотелось бы отметить, что среди сельских жителей широко распространена вера в суеверия и бытовую магию, от которой зависит благосостояние и здоровье людей. Этой точки зрения придерживается и большинство целительниц. Так, одна из наших респондентов утверждала, что многие проблемы со здоровьем «идут оттого, что кто-то человека сглазил», или «колдунишки напустили какую страсть», поэтому лечить надо не столько само заболевание, сколько проклятие. Знахарки говорили о людях, которые «наносит зло», как о чем-то само собой разумеющемся, это же подтверждали и прочие жители, с кем пришлось беседовать. Приводилось множество примеров, как люди наносят вред окружающим, – от замуровывания под порог бутылки с фигуркой человечка и змеиной шкуркой до простого выкидывания на перекресток нечистот и мусора со словами «от моего двора уйди к другому». Речь может идти и об обыденных представлениях о том, что для сохранения здоровья и благополучия надо, к примеру, вымыть пол, воду выливать в специальный угол, выметать мусор от угла к двери и т. д. Такая магия в их мировоззрении плотно переплетена с христианскими религиозными представлениями: в частности, защищаться от порчи нужно молитвой. Естественно, такой образ мышления влияет на формирование доверия к местным целительницам, в противовес официальной медицине, которая ничего не может сделать с болезнями и неприятностями, связанными, по мнению больного, с каким-то вредоносным магическим воздействием.

В местной общине целители зачастую являются своеобразными «точками сборки», вокруг которых формируется единая коммуникационная сеть. Целители обычно обладают значительным авторитетом и часто выступают в качестве третейских судей в бытовых и коммунальных конфликтах. Местное население нередко воспринимает их не только как лекарей, но и носителей житейской мудрости в далеких от медицины вопросах. Как следствие возникает еще одна функция целительства в селах – это некоторый аналог службы психологической помощи. К целителям зачастую обращаются по вопросам, связанным с медициной лишь косвенно, – что делать с пьящим мужем, в случае проблем со свекровью

и свегром и т. д. Отдельно хочется отметить роль целителей в борьбе с такой распространенной на селе проблемой как пьянство. Невзирая на то, что большинство наших респондентов заявляли о своей неспособности вылечить алкогольную и наркотическую зависимость, очевидно, они в той или иной форме пользуются своим авторитетом, чтобы повлиять на пьющих людей как народными медицинскими средствами, так и психологически.

Пациенты, которые приезжают к целителям из других регионов и тратят на эту поездку значительные силы и средства, обычно руководствуются представлением о том, что целительницы обладают какими-то особыми качествами, недоступными официальной медицине. Чаще всего о них пациенты узнают по принципу «сарафанного радио» – от знакомых и родственников, которые уже пользовались таким методом лечения и считают, что им помогло. Особенностью сельского целительства является полное отсутствие какой-либо рекламы, помимо передачи информации из рук в руки. Это, в частности, крайне затрудняет сбор достоверной количественной информации относительно распространенности подобного феномена и позволяет давать только приблизительные оценки.

Анализ высказываний на интернет-форумах, где общаются люди по поводу обращения к целителям и народной медицине, показывает, что пациентами обычно руководит следующий набор мотивов.

- «Вера в скрытое». Вера в то, что существуют какие-то тайные методы, которые может быть и находятся в рамках научного мировоззрения, но до сих пор являются скрытыми и необъясненными по причине своей сакральной природы и усилий носителей знания, или по причине того, что знание было просто утеряно с древних времен. Сюда же относятся и представления о еще не открытых свойствах трав, минералов и прочих природных веществ.
- «Вера в мистическое». Вера в то, что существуют мистические возможности человеческого организма, которые могут оказывать как негативное, так и позитивное действие на человека, – биополя, энергетика, возможность насыпать проклятие или наоборот привлечь удачу и т. д. В частности, распространено представление о том, что болезнь может являться результатом «порчи» или «негативной энергии», соответственно, вылечить ее может только человек, обладающий особыми энергетическими или магическими способностями, официальная медицина здесь бессильна.

- «Ближе к природе». Представление о том, что «настоящее знание» сохранилось только в отдаленных местах, среди людей, не испорченных цивилизацией.
- Авторитет старшего поколения. Интересно, что даже горожане, активно пользующиеся Интернетом и достаточно молодого возраста, разделяют убеждение, что настоящими хранителями традиций и, соответственно, лучшими целителями являются люди старшего возраста. Недаром наиболее часто встречающееся определение целительниц – «бабушка», часто без связи с реальным возрастом и социальным статусом целительницы.

Наряду с верой пациентов в мистические или природные возможности целительниц бытует мнение, что большинство существующих предложений делается шарлатанами и жуликами: «Среди них очень много мошенников, вытягивающих деньги, но есть и настоящие». Чтобы найти настоящего целителя, надо очень сильно постараться или получить его координаты от «знающего человека». Из этого логично вытекает распространенное представление пациентов о том, что чем дальше находится целитель, тем больше вероятность найти «настоящего». Уровень доверия старушке из отдаленной деревни, к примеру, будет значительно выше, чем уровень доверия целителю, живущему в городе.

Одним из основных критериев отбора «настоящих» целителей для посетителей интернет-форумов (как можно предположить, в основном городских жителей) является отсутствие у знахаря фиксированной платы за прием. Например: «Попробуйте поинтересоваться у бабушек возле церкви. Только помните, что у тех, у которых имеется прейскурант цен на подобные услуги – те, как правило, знахари “липовые”. Настоящие бабушки-знахарки обычно живут тихо в деревнях и оказывают помощь от сердца, не указывая цену. Если Вы в это верите, то оно Вам обязательно поможет»<sup>174</sup>. Часто высказывается предположение, что настоящее лечение возможно лишь в случае служения, когда лекарь помогает не из-за денег, а из-за призвания помогать людям: «Хорошая целительница никогда не берет деньги, а берет продуктами», «Оказывают помощь от сердца, не указывая цену».

В формировании отношения к целителям со стороны пациентов очень большое значение имеет представление об их личности. Считается, что если те же молитвы, с теми же словами прочтет другой человек, то они не подействуют. То есть существует представление о том, что лечит не молитва как таковая, и не лечебная трава – а целительница, с помощью своей особой силы, способностей и знаний.

С другой стороны, среди знахарей и их пациентов распространено мнение, что официальная медицина может вылечить не все, и иногда обращаться к врачу бессмысленно. В интервью нам часто приводили в пример случаи, когда к целительнице обращались люди, которые уже лечились у врачей, но они не смогли им помочь. Таким образом, к целительницам идут пациенты, которые уже имели опыт общения с традиционной медициной. Например: «К бабуле меня отправил врач-косметолог. <...> псориаз обострился, и совершенно случайно узнала о бабушке, которая жила в другом городе, поэтому, к сожалению, я не могла ездить так часто и подряд как должна была, но я оставила свое фото, она сказала, что можно и так. Почти два года у меня тело было чистейшим...»

### ПОЗИЦИЯ ЦЕЛИТЕЛЬНИЦ В МЕСТНОМ СООБЩЕСТВЕ И ОТНОШЕНИЯ С ОФИЦИАЛЬНЫМИ СТРУКТУРАМИ

В первую очередь практика сельского целительства компенсирует недоступность официальной медицинской помощи и ее малый объем. Причиной недостаточности медицинской помощи может быть как неукомплектованность местных медицинских учреждений, так и географическая удаленность населенного пункта. Также наблюдаются сомнения населения в квалификации местных врачей, которые назначают неверное лечение или неправильно ставят диагнозы. Из-за падения уровня муниципальной медицины мнение о недостаточном уровне диагностики и лечения, к сожалению, может быть обоснованным.

Во многих случаях между официальной и народной медициной в обследованных нами поселениях нет конфронтации. Напротив, местные врачи и фельдшеры сами собирают травы, лечат ими несложные заболевания и рекомендуют пациентам, а также не брезгают помощью бабушек-знахарок, если, например, необходимо закусить грыжу маленькому ребенку, которого еще нельзя оперировать. «Была в Ныробе бабушка, но ее давно нет. Врачи к ней сами обращались, чтобы она косточки пациенту собрала» (фельдшер, Пермский край). Причина, скорее всего, заключается в том, что они плотно вовлечены в жизнь сельской общины и имеют опыт наблюдения за случаями, когда помощь целительниц оказалась на самом деле эффективна. Как утверждает одна из целительниц: «Был случай рака молочной железы, так хирург в Барнауле сказал – идите,

найдите бабушку в деревне». «Есть на УЗИ женщина в райцентре, бывает присылает». «Привозили и из местной больницы, слезили женщину – парализовало, попала в реанимацию, помирала». Также можно привести пример женщины, которую к целительнице отправил гинеколог райцентра, чтобы она сначала попробовала полечиться у нее, а если это не поможет, тогда сделают операцию: «Отрезать мы всегда успеем». В процессе сбора материала нам встречались и случаи достаточно агрессивного отношения медицинских работников к целительской практике, однако такие случаи были единичными. В большинстве случаев, даже если врачи и не считают помощь целительницы эффективной, они предпочитают закрывать глаза на эту практику.

Однако надо отметить достаточно высокий уровень критичности медицинского сообщества в целом по отношению к методам народной медицины. Особенно это видно на примере мегаполисов и крупных городов. С другой стороны, чем ближе врач к региону проживания целительницы, чем больше он сталкивается с ее пациентами в своей практике, тем выше уровень доверия к эффективности ее лечения. Можно сделать вывод, что сельские врачи гораздо менее критично настроены, чем их городские коллеги.

Сами целительницы по большей части к официальной медицине относятся положительно, сами обращаются в больницу, если необходимо, и советуют больным делать то же. Сами применяют официальные лекарства наряду с народными методами: «Если вы болезнь заговариваете, а параллельно лечитесь правильными антибиотиками, то и лечится в два раза быстрее». Здесь необходимо отметить радикальное отличие сельских целительниц от экстрасенсов и прочих эзотериков, которые распространены в крупных и средних городах. Подобные специалисты часто настаивают, что «лечат все» и радикально противопоставляют себя официальной медицине. Наиболее вопиющие случаи наблюдаются в медицинских практиках, завязанных на то или иное религиозное мировоззрение (часто сектантских), когда людям напрямую запрещается обращаться к официальной медицине. Это, конечно, крайние случаи, но и многие экстрасенсы негативно относятся к современной медицине, хотя это часто формулируется не как отрицание, а как сомнение в ее возможностях, в противовес их «тайному знанию». Сельские целительницы в большинстве случаев достаточно четко понимают пределы собственного незнания и не пытаются конкурировать с врачами. В случае, если, по их мнению, они помочь не могут, они отправляют людей в больницу.

Официальная позиция Русской православной церкви по вопросам целительства однозначна – отношение к нему негативное. Целительские практики, выходящие за рамки траволечения, даже те, которые совершаются с молитвой, – с точки зрения РПЦ, неприемлимы и греховны. В интернет-издании «Православие и мир» ситуация разъясняется следующим образом: «Народный целитель» – это кто? Человек, который горчичники ставит по народному методу, ничего плохого не делает. Если человек делает травяные сборы и этим ограничивается, здесь ничего плохого вообще нет. Но если он начинает шептать, наговаривать, т. е. ведет некую духовную работу, – значит, он связан с духами. А так как он ее ведет в противодействие Церкви – значит, это духи зла. Здесь очень четкая граница. В траволечении как таковом никакого зла нет, зло начинается вместе с духовными практиками. Иоанн Златоуст говорит, что даже если чародеи будут имена мучеников произносить, молитвы читать, – все равно беги от тех, кто пользуется «благодетельными» бесами»<sup>175</sup>.

Специальная литература посвящена доказательствам различий народной медицины, которую РПЦ приветствует, и «греховного» целительства. В ассортименте церковных лавок обычно широко представлены книги и брошюры по траволечению, пчелолечению, с молитвами, помогающими в борьбе с болезнями. Вот как пишут об этом представители Общества православных врачей Санкт-Петербурга: «Традиционная народная медицина предлагает лечение телесного состава человека, целительство предлагает вторжение в духовный мир человека. Поэтому, если традиционная медицина признается Православной Церковью, то целительство во всех вышеперечисленных формах является объектом борьбы Церкви как одно из проявлений демонизма, калечащего в начале XXI века тысячи и миллионы человеческих душ»<sup>176</sup>.

Однако ситуация в малых населенных пунктах, где наблюдается плохая доступность официальной медицины и высока традиционная роль целительства, складывается иначе. Создается впечатление, что большинство местных священников вынуждены каким-то образом находить компромиссы с существующими целительскими практиками. Прежде всего потому, что те частично компенсируют нехватку медицинской помощи. К тому же обычно целители, будучи глубоко верующими людьми, достаточно авторитетны в общине, что, возможно, положительно влияет на интерес к религии у прочих жителей. Например, один из священников в Костромской области в интервью утверждал, что «нельзя огульно отрекаться от всего, что дает народная медицина». По его словам, некоторые

из знахарок, с которыми он общался, «достаточно безобидные», и эффект их лечения объясним (например, «прикусывание грыжи» – по сути, акупунктура). Довольно спокойно он относится и к использованию молитв в лечении, если целительница «истинно верует и в церковь ходит».

Местные власти предпочитают смотреть на целительскую практику сквозь пальцы. Официально, во время проведения интервью, практически всегда наличие целителей и знахарей на территории района отрицается. Однако по свидетельству местных жителей и самих целительниц, бывает так, что сами представители властей обращаются к ним за лечением в каких-то сложных случаях.

Скорее всего, мы здесь наблюдаем двойственное отношение. С официальной точки зрения, целительниц не существует. Никто из тех, с кем удалось пообщаться нашей исследовательской группе, не имеет официального статуса «народный целитель» и соответствующего диплома. Вся их деятельность ведется с точки зрения российского законодательства нелегально, то есть является правонарушением, за которое полагается административное взыскание. Однако сами требования, устанавливаемые региональными властями к претендентам на получение диплома целителя, невыполнимы для большинства знахарей в сельской местности. Например, согласно приказу министерства здравоохранения Пермского края, получить диплом целителя и заниматься народной медициной на территории региона могут только граждане, «получившие высшее или среднее медицинское образование, имеющие диплом и специальное звание, зарегистрированные в качестве юридических лиц или индивидуальных предпринимателей». Неприемлема, с точки зрения властей, и народная медицина на дому: помещение, где проходят сеансы целительства, должно соответствовать СНиП 2.08.02-89 «Общественные здания и сооружения»<sup>177</sup>.

С другой стороны, муниципальные власти сами являются членами местной общины и завязаны в семейных и бытовых отношениях с местными жителями, поэтому игнорировать наличие целительниц и их роль в общине не представляется возможным. В случае достаточно широкой известности целительницы, если к ней приезжают люди из других регионов, это вносит свой положительный вклад в экономику села, поскольку обслуживание приезжих приносит в деревню дополнительные деньги – предоставление жилья, продажа меда, трав, продуктов питания и т. д. Конечно, это происходит и неофициально (так как не подлежит налоговому и прочему учету), но может оцениваться как полезный вклад в развитие района.

\*\*\*

Подводя итог нашим наблюдениям, можно сказать, что роль сельского целительства в системе поддержания здоровья населения малых населенных пунктов России на данный момент существенно недооценена. И пока идет процесс деградации муниципального здравоохранения, эта роль, с высокой вероятностью, будет только повышаться. Однако количество зарегистрированных целителей в этой категории не сильно увеличится, поскольку отсутствуют какие-либо мотивы, способные побудить их к государственной регистрации своей практики. Прежде всего потому, что целительство не является для них основным способом извлечения дохода. Количественно оценить распространенность данного феномена достаточно сложно, поскольку отсутствует какая-либо официальная статистика.

Лишенная государственного контроля и учета практика сельского целительства имеет свои механизмы саморегулирования: сложившиеся критерии поиска и отбора «бабушек» пациентами, жизнь в замкнутом местном сообществе, где «все про всех все знают», позволяет отсекать заведомых шарлатанов. В то же время, такая проблема существует в самолечении с помощью рецептов, публикуемых в прессе: невозможно оценить, насколько они достоверны и адекватны, насколько подобное самолечение идет на пользу здоровью и не наносит ли оно вреда.

Если же говорить о публичном дискурсе, то в подавляющем большинстве случаев наблюдается смысловой перекокс и «слипание» разных по сути явлений.

Работа сельских целительниц обсуждается почти всегда в эзотерическом и мистическом контексте, происходит смысловое слияние темы энергетики и экстрасенсорики и темы целительства. Хотя по наблюдениям в сельской местности целительницы в подавляющем большинстве случаев противопоставляют себя «колдунам» и «экстрасенсам», позиционируя себя в рамках ортодоксального религиозного (христианского или мусульманского) мировоззрения.

А.Р.ТУКАЕВА

## ИНСТИТУТЫ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ В МАЛЫХ ГОРОДАХ РОССИИ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

*Материалы полевых исследований*

### МЕТОДОЛОГИЯ И ГЕОГРАФИЯ ПОЛЕВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**В** 2011–2012 годах в рамках исследовательского проекта «Система поддержания здоровья в современной России» состоялось 10 экспедиций в 6 регионов: Ленинградскую, Костромскую, Ивановскую, Саратовскую области, Алтайский и Пермский край.

Программа поездок включала в себя сбор статистической и иной информации о ситуации в сфере здравоохранения в исследуемых регионах и отдельных муниципальных районах; проведение экспертных интервью и бесед (от 5 до 15 в каждом муниципалитете) с местными медиками, чиновниками и простыми жителями, а также непосредственные наблюдения в поликлиниках, больницах, ФАПах, аптеках и других местах, куда люди обращаются за медицинской помощью. В число экспертов, принимавших участие в интервью, входили:

- представители органов местного самоуправления;
- руководители государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения;
- врачи, фельдшеры, медсестры и другие сотрудники государственных (муниципальных) ЛПУ;
- руководители и сотрудники частных медицинских центров;
- фармацевты и провизоры муниципальных и частных аптечных пунктов;
- сотрудники центров социального обслуживания населения;
- различные представители альтернативных методов поддержания здоровья;

- местные активисты (например, главный редактор районной газеты, директор клуба).

Всего было проведено 348 интервью и бесед в 16-ти муниципальных образованиях второго уровня (15 муниципальных районов и один городской округ). Количественную характеристику обследованных территорий и полевых работ можно найти в таблице 1.

Выбранные для исследования территории имеют свои географические, социально-экономические и иные особенности, которые представляли особый интерес для изучения здравоохранения:

- *Ленинградская область.* Кировский муниципальный район примечателен тем, что первым в России перешел на одноканальное финансирование в сфере здравоохранения и дважды был признан лучшим в реализации национального проекта «Здоровье». Необходимо отметить, что районный центр (г. Кировск) расположен всего в 30 км от г. Санкт-Петербурга. Подпорожский район значительно более удален от северной столицы и был изучен для сопоставления с результатами, полученными в Кировском районе.

- *Костромская область.* Чухломской и Солигаличский районы являются «традиционно» дотационными и удалены от крупных региональных трасс. Их опыт устройства муниципальной системы здравоохранения, а также альтернативных источников поддержания здоровья типичен для российской глубинки, а потому полезен для формирования общего представления о ситуации в сфере отечественного здравоохранения. Солигаличский и Островский районы интересны также с точки зрения оказания санаторно-курортных услуг населению, а городской округ Галич – как пример территории, где формируются зональные (межрайонные) учреждения здравоохранения.

- *Алтайский край.* Чарышский район – горный район на границе с Казахстаном, на территории которого нет ни одного городского поселения, низкое качество грунтовых дорог, большая удаленность сельских поселений от районного центра. Он интересен в качестве примера организации сельского здравоохранения на труднодоступных и приграничных территориях.

- *Пермский край.* Выбранные для исследования территории Пермского края достаточно разнообразны. Косинский, Чердынский и Красновишерский районы расположены на севере края и относятся к депрессивным территориям с богатым природным потенциалом (лес, полезные ископаемые), со слабо развитой транспортной инфраструктурой и низкими статистическими показателями здоровья жителей. Косинский район ра-



Таблица 1.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЙ И ПОЛЕВЫХ РАБОТ

Регион	Обследованные районы	Время экспедиций	Количество интервью и бесед
Ленинградская область	1. Кировский муниципальный район: 11 муниципальных образований (8 – городские, 3 – сельские). Площадь – 2590 км <sup>2</sup> . Общая численность населения (2010) – 101,4 тыс. чел. 2. Подпорожский муниципальный район: 5 муниципальных образований (4 – городские, 1 – сельское). Площадь – 7830 км <sup>2</sup> . Общая численность населения (2010) – 31,7 тыс. чел.	Апрель 2011, февраль 2012	37
Костромская область	1. Чухломской муниципальный район: 13 поселений (1 – городское, 12 – сельских). Площадь – 3660 км <sup>2</sup> . Общая численность населения (2010) – 12,5 тыс. чел. 2. Солигаличский муниципальный район: 11 поселений (1 – городское, 10 – сельских). Площадь – 3070 км <sup>2</sup> . Общая численность населения (2010) – 10,7 тыс. чел. 3. Островский муниципальный район: 12 сельских поселений. Площадь – 2446 км <sup>2</sup> . Общая численность населения (2010) – 12,2 тыс. чел. 4. Городской округ Галич. Площадь – 16,5 км <sup>2</sup> . Общая численность населения в округе (2010) – 17,4 тыс. чел.	Июнь 2011, январь 2012	70
Алтайский край	1. Чарышский муниципальный район: 9 муниципальных образований, объединяющих 32 населенных пункта. Площадь района – 6881 км <sup>2</sup> . Общая численность населения (2010) – 12,3 тыс. чел.	Июль 2011	33

Пермский край	1. Косинский муниципальный район: 4 сельских поселения. Общая площадь района – 3459 км <sup>2</sup> . Общая численность населения (2010) – 7,5 тыс. чел. 2. Чердынский муниципальный район: 2 городских и 8 сельских поселений. Общая площадь района – 20 872 км <sup>2</sup> . Общая численность населения (2010) – 24,4 тыс. чел. 3. Красновишерский муниципальный район: 1 городское и 5 сельских поселений. Общая площадь района – 15400 км <sup>2</sup> . Общая численность населения (2010) – 25,8 тыс. чел. 4. Кизеловский муниципальный район: 1 городское и 4 сельских поселения. Общая площадь района – 1390 км <sup>2</sup> . 5. Чайковский муниципальный район: 1 городское и 9 сельских поселений. Общая площадь района – 2124 км <sup>2</sup> . Общая численность населения (2010) – 109,8 тыс. чел.	Октябрь – ноябрь 2011	114
Ивановская область	1. Южский муниципальный район: 1 городское и 7 сельских поселений. Общая площадь района – 1341 км <sup>2</sup> . Общая численность населения (2010) – 26,4 тыс. чел. 2. Палехский муниципальный район: 1 городское и 5 сельских поселений. Общая площадь района – 853 км <sup>2</sup> . Общая численность населения (2010) – 11,6 тыс. чел. 3. Родниковский муниципальный район: 1 городское и 3 сельских поселения. Общая площадь района – 934 км <sup>2</sup> . Общая численность населения (2010) – 35,4 тыс. чел.	Декабрь 2011	74
Саратовская область	1. Базарно-Карабулакский муниципальный район: 3 поселка городского типа и 45 сельских поселений. Общая площадь района – 2300 км <sup>2</sup> . Общая численность населения (2010) – 31,8 тыс. чел.	Июль 2011	20



нее входил в Коми-Пермяцкий автономный округ, там преобладает коми-пермяцкое население. Особенность Чердынского района – большая сеть учреждений ФСИН, со своим медицинским обслуживанием. Чайковский, наоборот, один из наиболее благополучных районов края, с большим количеством отходников среди местных жителей. Кизеловский – промышленный район, ранее там была развита добыча угля, но с 1990-х годов она пришла в упадок.

- *Ивановская область.* Южский, Палехский и Родниковский районы интересны в качестве первых примеров внедрения домашних хозяйств, на которых возложена функция оказания первой помощи в сельской местности взамен фельдшерских акушерских пунктов.

- *Саратовская область.* Базарно-Карабулакский район – северный приграничный и многонациональный район, имеющий в своем составе населенные пункты компактного проживания отдельных национальностей (чуваши, мордва-эрзя, татары). Он заинтересовал исследователей существованием «легенды» о передовом опыте функционирования домашних хозяйств, которых в действительности там не оказалось. Вместе с тем, полевые исследования выявили другие примечательные особенности, например оказание медицинской помощи местным жителям силами безработных медицинских специалистов.

В основе проведенных исследований лежит тезис о том, что ограниченность ресурсов здравоохранения на уровне малых городских и сельских поселений формирует новые источники «здоровья», к которым вынуждено обращаться местное население.

Малые города и села невыгодно отличаются от крупных промышленных центров и столичных городов дополнительными ограничивающими факторами полноценного доступа к системе здравоохранения: дефицитом квалифицированных медицинских специалистов и специализированного оборудования, отсутствием инфраструктурных возможностей и рядом других системных ограничений.

Отчасти это объясняется федеральной политикой, в рамках которой распределение ресурсов государственного здравоохранения происходит без учета особенностей и территориальных масштабов страны. В результате сельские поселения фактически лишены возможности получения квалифицированной специализированной медицинской помощи.

Факторы, ограничивающие доступ жителей малых городов и сельских поселений к ресурсам государственного здравоохранения, формируют необходимость обращения к иным источникам получения «здоровья»,

которые могут различаться в зависимости от характера заболевания, личных предпочтений пациентов, традиций и других факторов.

Таким образом, можно выделить традиционные и альтернативные источники «здоровья» (см. рис. 1).

К традиционным источникам «здоровья» отнесены:

- государственные (муниципальные) лечебно-профилактические учреждения<sup>178</sup>;
- частные медицинские учреждения (медицинские центры, частные кабинеты врачей различных специальностей, «гастролирующие» медицинские центры из крупных городов)<sup>179</sup>.

К альтернативным источникам «здоровья» отнесены:

- учреждения социальной направленности, оказывающие некоторые медицинские услуги отдельным группам граждан (центры социального обслуживания населения, дома-интернаты, отделения временного проживания);
- частные и муниципальные аптеки и аптечные пункты, а также места продаж различных «оздоравливающих» средств, БАДов, ветеринарные аптеки и пр.;
- знахари;
- различные формы самолечения (использование рецептов народной медицины из СМИ, религиозные источники, ведение здорового образа жизни).

Этот перечень источников ресурса «здоровье» может быть дополнен и другими элементами, наличие которых обусловлено культурными, историческими, климатическими и географическими особенностями той или иной территории или поселения.

Предлагаемые вниманию читателей материалы полевых исследований представляют собой «калейдоскоп» эмпирических данных, собранных из разных источников. Они систематизированы по регионам. Описание ситуации в каждом регионе включает четыре блока.

1. *Государственное (муниципальное) здравоохранение на уровне муниципального района или городского округа.*
2. *Сельское здравоохранение (ФАПы, участковые больницы, сельские врачебные амбулатории).*
3. *Частная (коммерческая) медицина.*
4. *Альтернативные источники поддержания здоровья населения.*

Представленные далее тексты – это анализ, выполненный автором на основе индивидуальных отчетов, дневников наблюдений, стенограмм интервью, подготовленных участниками экспедиционных поездок, внесших

## ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ВЫВОДЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПОЛЕВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

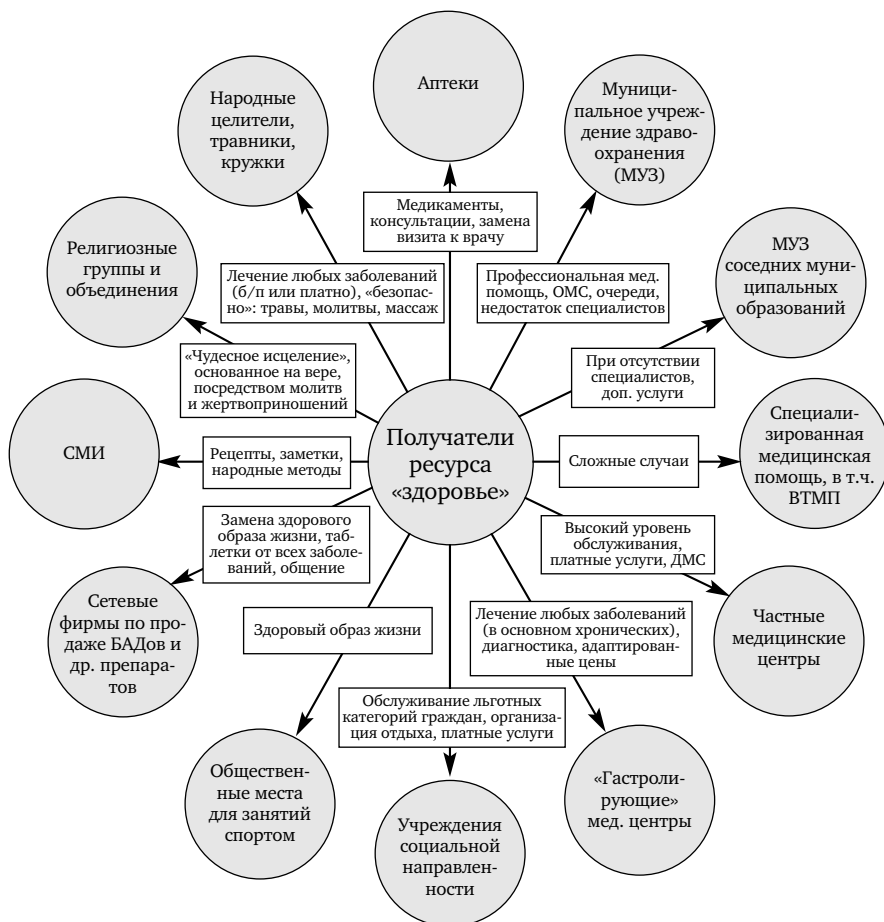


Рис. 1. Универсальная схема распределения ресурса «здоровье»

значительный вклад в реализацию настоящего исследовательского проекта: А.А. Позаненко, Н.Н. Жидкевич, Ф.А. Жупиковым, В.А. Соколовым, М.А. Ефремовой, Е.В. Шуралевой, Я.Д. Заусаевой, В.В. Ладыгиным, Д.М. Валиевой, А.Е. Колоното, И.В. Поповой, С.В. Пыжук, Л.В. Черепановой, М.А. Покидовой, А.В. Гавриковой. Большинство из них являются сотрудниками проектно-учебной лаборатории муниципального управления Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики».

С полными версиями отчетов можно ознакомиться в Лаборатории муниципального управления НИУ ВШЭ или в Фонде «Хамовники».

Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, расположенные в небольших районных центрах, продолжают терять свои мощности и подвергаются дальнейшей оптимизации штатной численности и коечного фонда. В конечном итоге это приводит к упразднению функции оказания специализированной (и, тем более, узкоспециализированной медицинской помощи) населению небольших муниципальных районов до 40 тыс. жителей, общая структура муниципальных ЛПУ преобразуется в рамках модели «большого ФАПа», когда медицинские специалисты не в состоянии помочь пациенту, но могут направить его для получения медицинских услуг в учреждение более высокого уровня.

Однако условно названная модель оказания медицинских услуг «большой ФАП» значительно ограничивает и городских и сельских жителей в получении специализированной медицинской помощи, доступной лишь в крупных городах (в зональных межмуниципальных медицинских центрах). Этому способствует отсутствие коммуникаций, в том числе дорог, межрайонных автобусных маршрутов, телефонной связи.

Таким образом, ресурсы бюджетного здравоохранения распределяются пропорционально социальному статусу гражданина: жители крупных городских поселений обладают значительными возможностями при обращении в лечебно-профилактическое учреждение по месту жительства, в то время как сельским жителям доступна, в лучшем случае, консультация среднего медицинского персонала (фельдшера), фармацевта или врача общей практики. Следует также отметить, что упразднение низшего звена здравоохранения происходит без учета потребности населения районных центров, малых городов и сельских поселений в услугах медицинских специалистов (то есть, экономия ресурсов происходит ради экономии ресурсов, а удовлетворенность населения качеством и объемом медицинской помощи при этом не учитывается).

Отделения скорой медицинской помощи часто работают с ограничениями «сверху» по количеству вызовов и радиусу обслуживания. К примеру, во многих районах Костромской области «Скорая помощь» «традиционно» не выезжает за пределы городских поселений к сельским жителям, а в Саратовской и других областях радиус выезда машины не превышает 5–10 км при отдаленности поселений от районного центра на 60–100 км. При этом многие медработники опасаются, что при пере-

воде отделений «Скорой помощи» на финансирование через ОМС, сокращение функционирования службы в целом будет только усиливаться.

Сами врачи среди особенностей страховой медицины отмечают «губительную зависимость», при которой лечебным учреждениям выгодно, чтобы люди много болели, обеспечивая бюджет ЛПУ. Больницы, не способные обеспечить поток больных в силу малочисленности населения или отсутствия необходимых специалистов, теряют свои мощности и вынуждены сокращать кадровый состав.

При этом на благополучие центральной районной больницы в гораздо большей степени влияет численность населения районного центра, а не района, хотя нормативы рассчитываются исходя из общей численности населения муниципального образования (района). Эта особенность была замечена при сравнении Ивановской области (Южский и Родниковский районы) и Пермского края (Чердынский, Красновишерский и Кизеловский районы): при сопоставимой численности муниципальных районов мощность центральных районных больниц в районах с многонаселенными административными центрами была в среднем в 1,5–2 раза больше. Мощность ЛПУ также зависит от экономического и социального потенциала муниципального образования, наличия на его территории важных стратегических (военных, энергетических или промышленных) объектов.

Однако сельские учреждения здравоохранения в гораздо меньшей степени связаны с нормативами, а в большей – зависят от политики регионального органа управления здравоохранением.

К примеру, в Пермском крае и Саратовской области предпринимаются усилия по сохранению прежней структуры сельских ЛПУ, в Ивановской области внедряются домовые хозяйства, в Ленинградской области пробуют объединять малые ФАПы вокруг крупных, а в Костромской области – сельские медицинские учреждения постепенно сокращаются и закрываются. Причем, ФАП в сельском поселении имеет намного более весомое положение, нежели просто пункт оказания доврачебной медицинской помощи. Зачастую фельдшерский пункт является основной деревенской или поселковой инфраструктурой, наряду с магазином или школой. Лишая сельское население такого общественно-присутственного места, поселение остается без условно «административного» центра, что фактически означает вымирание поселка (и по мнению районной администрации, и в глазах самих жителей).

Однако даже при сохранении в сельском поселении ФАПа, условия работы фельдшера остаются далекими от «цивилизации»: большой тер-

риториальный участок, отсутствие медикаментов, оборудования и транспорта. При этом, по мнению районных руководителей здравоохранения, хорош тот фельдшер, который справляется со своими функциональными обязанностями, включая пешие обходы жителей соседних деревень при протяженности фельдшерского участка до 15 км, «ничего не просит и не жалуется».

Для пожилых жителей сельской местности и малых городов, составляющих значительную часть местного населения, фельдшер или врач общей практики являются единственными доступными медицинскими специалистами, поскольку в силу возраста и материального достатка они не могут позволить себе поездки в крупные города для получения медицинских услуг в межмуниципальных больницах. А если по месту жительства не оказывается даже фельдшера, то жители такого поселения оказываются фактически отрезанными от профессиональной медицинской помощи.

Дефицит первичной и специализированной медицинской помощи замещается услугами и консультациями сотрудников аптек, частных специалистов и бывших медработников, целителей, знахарей и т. д. При этом распространению альтернативных источников здравоохранения подвержены не только сельские поселения, но и города.

Частные врачи, там, где они смогли открыть свой кабинет, несмотря на низкую платежеспособность населения, имеют свою клиентуру и обеспечены пациентами. При отсутствии «стационарных» частных, эту нишу занимают приезжие бригады врачей из крупных частных клиник региона. То есть, в небольших объемах частные медицинские услуги являются востребованными и даже необходимыми.

Посещение аптек часто заменяет визит к врачу, поскольку это значительно экономит время пациента: не во всех медицинских учреждениях можно купить медикаменты, однако во всех аптеках можно получить консультацию. По данным аптек в исследованных регионах ежедневное количество посетителей в одной аптеке достигает 300 человек. При среднем количестве аптек в городе от 2 до 10 пунктов, количество посетителей в них значительно превышает ежедневный поток пациентов поликлиники и стационарных отделений вместе взятых. При этом фармацевты и провизоры не только предлагают более дешевые аналоги назначенных препаратов, но и корректируют назначенное лечение. Так между посетителями аптек и фармацевтами формируются теплые взаимоотношения, поскольку покупая лекарство, пациент получает хорошее

и внимательное к себе отношение и универсальную консультацию при отсутствии значительных очередей (как раз то, что недоступно в районных больницах или амбулаториях). В результате, у каждой аптеки и ее сотрудника появляются свои постоянные покупатели-пациенты, которым оказывается помощь в рабочее и свободное от работы время.

Те же процессы наблюдаются и в отношении средних медицинских работников социальных и общеобразовательных учреждений, которые охватывают своими безвозмездными услугами определенные слои населения (пожилых людей и инвалидов, школьников, учителей и т. д.). Таким образом, люди, так или иначе связанные с оказанием медицинской помощи, заменяют частично или полностью заменяют специалистов государственной системы здравоохранения. Помимо консультаций, они, как правило, делают перевязки, ставят капельницы, уколы и пр.

Народная медицина, травничество и различные формы самолечения распространены повсеместно. В каждом районе найдутся знахарка или целитель, способные «отвести заговор», прикусить или заговорить грыжу, а профилактическое употребление травяных сборов практикуется в каждой второй семье. Примечательно, что между традиционной и нетрадиционной медициной нет явной конфронтации, напротив, врачи и фельдшеры нередко сами собирают травы, лечат ими несложные заболевания и рекомендуют пациентам, а в особых случаях не пренебрегают помощью знахарок в отношении себя и своих пациентов.

Официальных расценок у народных целителей, как правило, нет, они принимают произвольные суммы или благодарность в виде продуктов питания. Чаще всего целители проживают в сельских поселениях и являются верующими. В связи с этим, процедура лечения зачастую сопровождается молитвами и заговорами, а механизм лечения так или иначе связан с верой в Бога или иных сверхъестественных или природных сил. В целом, люди, имеющие статус «знахарей», «лекарей», «травников», пользуются большим уважением среди местных жителей и известны далеко за пределами своего места жительства.

Источниками информации для самолечения являются «оздоровительная» литература, включая книги с народными рецептами и методами духовного очищения организма, многочисленные печатные издания, телевидение и Интернет. Даже в общественно-политических изданиях, включая местные газеты, до 30 % текстового и рекламного материала приходится на рекламу лекарственных средств, обсуждение проблем здравоохранения или публикацию популярных народных рецептов.

## ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ

*Апрель 2011 года, февраль 2012 года*

Полевые исследования в Ленинградской области проводились в Кировском и Подпорожском муниципальных районах, включая Кировское городское поселение и другие городские и сельские поселения указанных районов (12 муниципальных образований).

В Кировском муниципальном районе внедрены передовые технологии управления государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения, что существенно меняет структуру распределения ресурсов на поддержание здоровья и влияет на развитие коммерческой медицины. В рамках двух поездок особое внимание было уделено функционированию сельских учреждений здравоохранения (офисы ВОП, ФАПы), которые полностью (в Кировском районе) или частично (в Подпорожском районе) перешли на финансирование через систему обязательного медицинского страхования. В результате, в двух соседних муниципальных районах сложились различные структуры сельских лечебно-профилактических учреждений и системы финансирования.

### ГОСУДАРСТВЕННОЕ (МУНИЦИПАЛЬНОЕ) ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НА УРОВНЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА

**МУЗ «Кировская центральная районная больница».** Больница обслуживает население Кировского муниципального района (более 100 тыс. чел.) и включает Синявинскую, Приладожскую и Павловскую врачебные амбулатории, городскую и детскую поликлиники. Коечный фонд ЦРБ составляет 290 круглосуточных коек и 30 коек дневного стационара.

Помимо Кировской центральной районной больницы муниципальной район обслуживают 2 больницы (Отраденская городская больница, Назийская районная больница и 2 врачебных амбулатории в ее составе, Путиловская и Шумская), 4 поликлиники на 1150 посещений в смену, МУЗ «Стоматологическая поликлиника» в г. Кировске на 70 посещений в смену, 5 центральных фельдшерско-акушерских пунктов (объединяют 16 ФАПов района) и 4 отделения скорой медицинской помощи<sup>180</sup> (в Кировске, Мге, Отрадном, Назие).

В состав Кировской ЦРБ за последние годы также вошли больничные учреждения, являвшиеся ранее отдельными юридическими лицами и ут-

ратившие свой статус, а именно: Шлиссельбургская городская больница, Назийская районная больница и Мгинская участковая больница.

На сегодняшний день в штате ЦРБ работают 8 участковых терапевтов, 2 окулиста, 2 лор-врача, невролог, хирург, онколог, кардиолог, уролог, травматолог, дерматолог, фтизиатр, психиатр, нарколог (принимает в больнице г. Отрадное). В связи с большой численностью населения и полным набором узких специалистов в больнице функционируют 7 отделений (педиатрическое, терапевтическое, гинекологическое, травматологическое, хирургическое, реанимационное), отделение переливания крови, клиничко-диагностическая лаборатория, женская консультация, городская и детская поликлиники и отделение скорой медицинской помощи.

По словам главного врача, в 2010 году был закончен капитальный ремонт главного корпуса Кировской центральной районной больницы, приобретены операционные столы, кислородные концентраторы, гастродиброскоп, сигмопроктоскоп, прикроватные мониторы со станцией сбора информации о пациенте, гистероскоп, электрокардиографы, компьютерный томограф, рентгеновское, лапароскопическое, физиотерапевтическое оборудование.

Учитывая наметившийся рост рождаемости, в администрации муниципального района даже обсуждался вопрос о создании и обустройстве родильного дома для жителей Кировского муниципального района (на базе недостроенного здания больничного комплекса). Существует и альтернативный вариант использования недостроенного больничного комплекса – под создание кардиологического областного центра с рекреационной зоной для больных и индивидуальным жильем для медицинских специалистов центра. Однако пока этот вопрос находится в стадии «обсуждения».

Примечательно, что в то время как в большинстве районных больниц количество круглосуточных коек и медицинских специалистов уменьшалось, в Кировском районе, наоборот, увеличивалось, причем значительно (количество круглосуточных коек – на 20 %, число врачей – на 15 %), что объясняется внедрением эффективной системы финансирования и бюджетирования, ориентированного на результат (см. табл. 2). В Кировском районе также удалось увеличить заработную плату медицинскому персоналу, достигнув уровня одной из самых высоких зарплат в отрасли на территории Ленинградской области. Так, средняя зарплата врача составляет около 30 тыс. рублей, зарплата медицинской сестры – 26 тыс. рублей (средняя зарплата по Кировской ЦРБ с учетом

величины зарплаты акушерок и другого обеспечивающего персонала составила 22 тыс. рублей).

Большая численность медицинских специалистов, наличие медицинской аппаратуры и соответствующих лицензий позволяет больнице оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь по двум направлениям: лапароскопия и компьютерная томография. Отбор пациентов на иные виды высокотехнологичной медицинской помощи (около 200 квот в год) происходит на уровне комиссии при ЦРБ. При положительном решении документы пациента отправляются на рассмотрение в комиссию Комитета по здравоохранению Ленинградской области.

Компьютерная томография, по мнению Кировских врачей, слабо задействована при оказании помощи экстренным пациентам, так как в терапевтическое «окно» (до двух часов при инсультах) успевают привезти единицы пациентов. В основном, томограф работает для диагностики плановых пациентов. Очередь на томографию составляет от нескольких недель до нескольких месяцев, однако не исключено, что есть неофициальные способы ее избежать (к примеру, неофициальная плата за проведение УЗИ вне очереди составляет 400 руб.).

В связи с отсутствием таких специалистов, как сосудистый хирург, кардиохирург, хирург-онколог, в ЦРБ невозможно проводить сложные операции. В экстренных случаях оперирующие специалисты приезжают

Таблица 2. Основные показатели организации здравоохранения в Кировском районе

Показатели	2006	2007	2008	2009
Число больничных коек	406	420	505	505
Число врачей	202	232	232	240
Число среднего медицинского персонала	459	468	510	454
Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения	21,1	24,4	24,5	25,3
Обеспеченность сред. медработниками на 10 тыс. населения	41,9	47	47,9	47,9
Обеспеченность круглосуточными койками на 10 тыс. населения	44,6	44,1	42,9	45,2



из г. Санкт-Петербурга, но в основном пациентов направляют в областные диспансеры.

Важно отметить, что кадровое «благополучие» Кировской районной больницы уравнивается большой численностью городского и районного населения, фактической перегруженностью специалистов, работающих на приеме в поликлинике. Например, онколог (единственный на весь район) принимает до 50 пациентов в день, проводит простые операции «на месте» (удаление папиллом и родинок, биопсия), совмещает работу в стационаре и на дому (обход умирающих онкопациентов). При этом 80 % рабочего времени на приеме в поликлинике занимает бумажная работа, так как пациенты приходят с «бумажками» (отдать, подписать, выдать направление на анализы или в областной диспансер и пр.).

Вместе с тем проблема финансирования и кадрового обеспечения напрямую связана с внедрением одноканальной системы финансирования и системы целевого управления (БОР), которое началось еще в 2006 году, когда из 19 районов Ленинградской области были выбраны 5 районов, на базе которых планировалась реализация пилотного проекта. Но из 5 пилотных районов одноканальную систему финансирования фактически внедрили только 3 района, в числе которых – Кировский. Причина, по которой в 2006 году были выбраны только 5 районов, заключалась в нежелании местных Советов депутатов передавать деньги территориальному фонду ОМС. В Кировском районе этот вопрос был согласован положительно.

С начала 2009 года одноканальную систему начали вводить повсеместно, во всех районах Ленинградской области, наиболее значимые результаты были достигнуты именно в Кировском районе, что объясняется профессиональной командой финансистов, юристов и главного врача ЦРБ (с 2006 по 2010 г.)<sup>181</sup>.

В рамках реализации пилотного проекта в Кировском районе перед ЦРБ были поставлены две цели: снижение смертности по болезням БСК (сердечно-сосудистая система) и снижение заболеваемости органов дыхания. Под эти цели были прописаны подробные мероприятия, составлялся бизнес-план, затем были внедрены механизмы БОР (внедрение БОР сопровождала компания «Концепт» (г. Москва), выигравшая конкурс по реализации и сопровождению БОР в Кировской ЦРБ).

Благодаря эффективным механизмам распределения финансовых средств ЦРБ смогла приобрести медицинское оборудование, в том числе цифровой томограф и автомобиль.

В результате реализованных мероприятий в Кировском районе были достигнуты такие результаты, как снижение смертности по сравнению с показателями Ленинградской области, снижение длительности лечения, повышение заработной платы, повышение выявляемости болезней системы кровообращения. Все вышеперечисленные результаты были достигнуты без увеличения бюджета больницы. Однако основным эффектом от внедрения БОР в системе здравоохранения Кировского района считается именно снижение заболеваемости и смертности на 5–15 %, что в свою очередь понижает величину страховых выплат по больничным листам, поэтому экономия может составить 5–10 % бюджета здравоохранения.

По мнению руководителя московского консалтингового центра «Концепт», участвовавшего в разработке и внедрении системы бюджетирования, ориентированного на результат в сфере здравоохранения в Кировском муниципальном районе Ленинградской области, система БОР в рамках обязательного медицинского страхования чрезвычайно эффективная, однако плохо масштабируемая и труднореализуемая в других российских регионах. Прежде всего, при внедрении одноканальной системы финансирования и системы целевого управления (БОР) была сформирована сложная система взаимодействия различных уровней управления и финансирования Ленинградской области.

На первом уровне управления (уровень области) разрабатывалась нормативная правовая база: постановления, указы, распоряжения, приказы Комитета по здравоохранению Ленобласти, разработка и подписание трехуровневых документов между областью, ЛОФОМС и Главами администраций муниципальных образований, участвовавших в реализации пилотного проекта. Для решения вопросов, связанных с большим количеством согласований, была создана Межведомственная контрольная комиссия, в которую вошли представители Комитета здравоохранения, Комитета финансов, ЛОФОМС, Главы администраций муниципальных районов. На Комиссии были определены пять целей, необходимых для достижения центральными районными больницами, а также значения показателей по этим целям<sup>182</sup>. Затем выявленные цели согласовывались с главными врачами, ЛОФОМС, Комитетами здравоохранения и финансов.

Также был создан Экспертный совет, состоящий из главных медицинских специалистов Ленинградской области (главные терапевт, хирург и т. д.), которые оценивали предлагаемые цели и мероприятия и предлагали мероприятия по каждой из утвержденных целей.



Утвержденные цели были закреплены в Приказе Комитета здравоохранения «Об утверждении политики в сфере здравоохранения в Ленинградской области»:

- снижение смертности от болезней систем кровообращения;
- снижение смертности от онкологии;
- снижение смертности от травм и отравлений;
- снижение детской заболеваемости;
- снижение заболеваемости у взрослых.

На втором уровне (уровень муниципальных районов) большое значение имела позиция муниципальных властей при согласовании трехуровневых соглашений между Ленинградской областью, ЛОФОМС и Главой администрации муниципального образования с целью получения согласия на перечисление средств, выделяемых в рамках одноканального финансирования здравоохранения.

На третьем уровне (уровень центральной районной больницы) главный врач ЦРБ должен был довести поставленные и утвержденные Комитетом здравоохранения цели до исполнителей посредством формирования перечня мероприятий для достижения целей на уровне самой больницы и ее медицинского персонала.

Среди основных положительных отличий прежней системы «разрозненного» финансирования от одноканальной системы, главный врач отмечает исключение дополнительных звеньев в цепочке финансирования. Так, до внедрения одноканальной системы финансовые средства централизованно перечислялись в бюджет ЦРБ из администрации района через районное Казначейство, и поступление средств могло затягиваться на срок до 30 – 40 дней, отсутствовала оперативность в бюджетном процессе. После исключения районного Казначейства из цепочки финансирования деньги стали доходить значительно быстрее. Деньги из ЛОФОМС также поступают без задержек, однако ЦРБ должна выставлять им счета не менее 2 – 3 раз в месяц. При этом около 1/3 всех счетов приходятся на обслуживание пациентов, работающих и прописанных в Санкт-Петербурге, в том числе на дачников (в летний сезон количество пациентов-дачников увеличивается на 60 %).

Общая сумма денег из районного бюджета (в основном, на коммунальные платежи) перечисляются в ЛОФОМС, затем разбиваются на 12 частей и перечисляются на счет больницы раз в месяц.

Среди элементов региональной модернизации в сфере здравоохранения, главный врач отметила систему дистанционного консультирова-

ния («телемедицина»), введение которых предусмотрено за счет бюджета области в 2012 году, а также систему электронного учета пациентов в г. Кировске и г. Отрадном. В 2011 году в ЦРБ была завезена техника для проведения видеоконференций и дистанционного консультирования с областными медицинскими учреждениями, но ее не начали эксплуатировать по назначению, так как в больнице нет соответствующих специалистов. Более того, у руководства ЦРБ нет понимания необходимости этих систем и общей концепции информатизации здравоохранения («какие-то медицинские информационные системы есть в крупных диспансерах в Санкт-Петербурге, но их назначение и результат работы пока не понятны»).

Значительное событие середины 2012 года – изменение юридического статуса Центральной районной больницы на автономное медицинское учреждение (Кировская больница становится единственной районной больницей в Ленинградской области, переведенной в режим автономности, остальные остаются бюджетными учреждениями).

Несмотря на достигнутые положительные результаты в финансировании Центральной районной больницы, по-прежнему актуальны другие проблемы. Повсеместно наблюдается нехватка отдельных специалистов, помещения требуют капитального ремонта и больших вложений, необходимо совершенствование работы сельских учреждений. Так, в Кировской ЦРБ не могут позволить себе принять на работу второго онколога, поскольку это будет «не выгодно», хотя имеющийся в штате специалист с трудом управляется с потоком пациентов (тарифы на оказание услуг не позволяют платить достойную зарплату обоим врачам). А в отделении реаниматологии на шесть коек приходится всего один врач, не хватает медсестер. Стремление к экономии средств также вынуждает руководство больницы удерживать стимулирующие надбавки и премии молодым специалистам, проработавшим здесь менее шести месяцев.

Таким образом, напрашивается вывод о том, что районная система здравоохранения ориентирована не на пациента и удовлетворение его потребностей (большие очереди в поликлинике, нехватка узких специалистов), а на формальные показатели деятельности учреждения, в то время как видимый положительный результат фиксируется руководством в основном в покупке нового оборудования.

**Назийская районная больница (поселение городского типа Назия Кировского района)** – одна из старейших в районе, работает уже более

80 лет, к обслуживаемому участку прикреплены 11,6 тыс. человек. В состав больницы входят Путиловская и Шумская врачебные амбулатории и 2 центральных объединенных ФАПа (Горкский и Суховской), включающих 11 других фельдшерских акушерских пунктов, функционирует отделение скорой медицинской помощи.

В больнице принимают 2 терапевта, педиатр, 2 стоматолога, хирург, гинеколог, лор-врач, фтизиатр, дерматолог, врач электрокардиографии (ЭКГ), врач флюорографии, врач УЗИ, физиотерапевт, врач-лаборант, медсестра в процедурном кабинете, фельдшер.

По словам главного врача Назийской больницы, расцвет в ее работе был в 1960 – 1970 годы, пока не начали считать деньги, сокращать и разваливать. На сегодняшний день в больнице осталось терапевтическое отделение с круглосуточными койками и отделение сестринского ухода. Рассуждая о страховой медицине, он сказал, что врач должен заработать на зарплату себе, среднему медицинскому и обслуживающему персоналу, на содержание здания, питание и прочие расходы, а это довольно проблематично.

Несколько лет назад Назийская больница потеряла статус отдельного юридического лица и вошла в структуру Кировской районной больницы, аккумулирующей все денежные потоки районного здравоохранения и осуществляющей все финансовые операции.

**Винницкая районная больница (пос. Винницы Подпорожского района)** является подразделением МБУЗ «Подпорожская ЦРБ» и обслуживает территорию Винницкого сельского поселения<sup>183</sup> в составе Подпорожского муниципального района с населением 3614 человек.

В больнице работают всего 2 врача-терапевта (один из терапевтов по совместительству – главный врач) и 34 средних медицинских специалиста. При этом здесь сохраняются 5 круглосуточных коек терапевтического профиля, 25 коек сестринского ухода и 1 социальная койка для неизлечимых больных (оплачивается из бюджетных средств). В подчинении Винницкой больницы находятся поликлиника на 110 посещений в смену и с дневным стационаром на 6 коек, отделение «Скорой помощи». Фельдшерские акушерские пункты (на территории поселения – их шесть) закреплены за Подпорожской ЦРБ, но прикрепленное население обслуживается Винницкой больницей и «Скорой помощью». По словам врача, в связи с реорганизацией сельских учреждений был закрыт лишь один ФАП в Немже, зато в пос. Курбе строится новый ФАП, в распоряжение которого выделили машину.

В Винницах также работают 2 учреждения социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов на дому, охватывающие 277 человек.

В больнице сохранился акушерский прием (кабинет акушера-гинеколога), педиатрический и стоматологический кабинеты, так как раньше здесь работали педиатр, гинеколог, стоматолог, хирург, а также стационарные отделения (хирургическое, терапевтическое, педиатрическое, инфекционное, родильное). Теперь все эти медицинские услуги можно получить только в Запорожской ЦРБ («Принимать роды везем туда, если только успеваем»). Несколько раз в год подпорожские врачи приезжают в Винницы и ведут прием населения в местной больнице по утвержденному совместно с сельской администрацией плану.

В структуру МБУЗ «Подпорожская центральная районная больница», обслуживающей весь Подпорожский район, помимо Винницкой районной больницы входят круглосуточный стационар ЦРБ на 159 коек со стационаром дневного пребывания на 53 койки, поликлиника ЦРБ на 600 посещений в смену, включая женскую консультацию, педиатрическую службу, дневной стационар на 9 коек, Важинская врачебная амбулатория, Никольская амбулатория, Вознесенская амбулатория, отделения скорой медицинской помощи (г. Подпорожье, пос. Винницы, пос. Вознесенье), а также фельдшерские акушерские пункты (ЦРБ осуществляет ремонт в зданиях ФАПов, снабжает их медикаментами для экстренной помощи, подготавливает к лицензированию и проч.).

Стоит отметить довольно высокие цены, указанные на платные медицинские услуги в Подпорожской центральной районной больнице, сопоставимые с ценами в частных медицинских центрах крупных городов. Примечательно, что сама Винницкая районная больница имеет столь высокий статус медицинского учреждения при наличии в своем штате всего двух врачей, тогда как в городских поселениях района (Никольское и Вознесенское) функционируют лишь врачебные амбулатории. Однако, по словам фельдшера «Скорой помощи», в ближайшие годы больница может быть реорганизована под амбулаторию и паллиативное отделение.

В Кировском муниципальном районе были обследованы пять фельдшерских акушерских пунктов, включая центральный Горкский, Назийский, Валовщинский и Новобытский ФАПы.

Всего в районе 16 ФАПов, включенных в состав 5 центральных ФАПов. Наиболее отдаленное от административного центра в г. Кировске поселение находится примерно в 77 км.

Система объединенных центральных ФАПов появилась в 2009 году, когда возникла необходимость в принятии решения о реорганизации сельских учреждений здравоохранения в связи с малой численностью некоторых поселений. С целью сохранения существующей структуры фельдшерско-акушерские пункты в Кировском районе были объединены юридически.

В Ленинградской области, по словам фельдшеров, по нормативам ФАП должен обслуживать не менее 600 чел. населения, прикрепленного к его участку, в противном случае его работа считается нерентабельной. Большинство ФАПов в Кировском районе обслуживали от 99 до 245 человек (в пос. Назие, пос. Валовщине, пос. Горке, пос. Новом Быте).

Для того, чтобы не производить сокращение ФАПов в связи с недостаточной численностью населения, 16 ФАПов района были объединены в 5 центральных ФАПов. Например, Назийский ФАП должны были сократить, так как до ближайшей врачебной амбулатории от д. Назии всего 4 км, при нормативах отдаленности ЛПУ в 6–8 км, но его объединили с Синявинским ФАПом и тем самым сохранили.

Центральные ФАПы выбирались по географическому принципу и наличию медицинского оборудования. Формально фельдшеры «простых» ФАПов подчиняются заведующим центральных ФАПов, однако в действительности и те, и другие фельдшеры подчиняются Назийской районной больнице и Мгинской участковой больнице, входящим в структуру Кировской ЦРБ.

На фельдшерах центральных ФАПов лежат дополнительные административные обязанности по организационной подготовке к прохождению лицензирования и оформлению заявок на закупку медикаментов для экстренной помощи, за что они получают доплату в 500 руб. ежемесячно. Зарплата фельдшеров в Кировском районе составляет 11 тыс. руб., не считая надбавок за работу в сельской местности. По словам одного из фельдшеров, зарплата должна зависеть от количест-

ва посещений, но по факту «оклад фиксированный, поскольку ФАПы дотируют из бюджета».

Для того чтобы выйти на уровень минимальной окупаемости, фельдшеры должны обеспечивать большее количество посещений посредством профилактических обходов, которые осуществляются довольно редко. Основное рабочее время занимает прием пациентов в ФАПе (в среднем бывает до 7 посещений в день и до 15 посещений в сезоны заболеваемости) и обслуживание вызовов на дому (2 – 4 вызова ежедневно).

В большинстве случаев фельдшеры не понимают схему финансирования ФАПов. О переходе на одноканальное финансирование «слышали», но в то же время отмечают, что у них бюджетный статус («мы являемся «МБУЗ», то есть медицинским бюджетным учреждением...»), не относящийся к страховой медицине. Представление о финансовой отчетности ограничивается следующими комментариями: «квитанции мы пишем», «финансирование идет по бюджету из ЦРБ», «денег не касаемся и с наличкой дела не имеем». Относительно нормативов посещений – многие фельдшеры не мотивированы их выполнять или считают их выполнение маловажным.

Несмотря на то, что финансирование ФАПов осуществляется за счет средств ОМС, фельдшеры продолжают по старой привычке принимать пациентов без полиса и регистрации, объясняя это тем, что они не могут никому отказать в оказании медицинской помощи, ассоциируя это с требованием оказания бесплатной экстренной медпомощи. В таких случаях посещение фиксируется в журнале приема, а «квитанция ОМС не выписывается».

Комментируя работу сельских лечебно-профилактических учреждений, руководство ЦРБ отмечает, что:

– на лицензирование фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий (офисы ВОП) в 2010 году ушли большие средства муниципального района;

– пилотный период, в рамках которого рассчитывались приход и расход первичных учреждений здравоохранения, если бы они финансировались только за счет ОМС, показал, что их работа нерентабельна. В связи с этим было принято решение о возмещении убытков из бюджетов соответствующих поселений.

В результате прогнозных финансовых расчетов в районной ЦРБ в 2010 году были сокращены 3 из 19 ФАПов. Оставшиеся были объединены в 5 центральных ФАПов, которые были переведены на оплату за счет

средств ОМС с начала 2011 года, несколько врачей прошли переобучение для работы в качестве врача общей практики. Не исключено, что, если в течение нескольких лет ФАПы не выйдут на самоокупаемость, прикрепленные к центральным ФАПам пункты будут также сокращаться. Однако для того чтобы уменьшить негативный социальный эффект от сокращения ФАПов, в Кировском районе придумали «больничный автобус»<sup>184</sup>, который должен еженедельно перевозить пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи, из отдаленных сельских поселений. В действительности, на автобусе чаще всего возят пожилых людей на осмотры и диспансеризацию в ближайшую больницу в сопровождении фельдшера или без него. Иногда по просьбе пассажиров на обратном пути водитель останавливается у городских продуктовых магазинов и аптек, выполняя, таким образом, непредусмотренную социальную функцию.

После успешной апробации применения «больничного» автобуса на территории Кировского района этот опыт был тиражирован на всей территории Ленинградской области. Однако в Кировском районе автобус был приобретен за счет средств ЦРБ, а в других районах – за счет бюджета области.

Помимо «больничного автобуса» в Кировском районе используется передвижная врачебная амбулатория, в которой есть аппарат УЗИ, электрокардиограф, аппаратура для проведения анализа крови. Амбулатория вместе с участковым терапевтом приезжают в поселения по установленному графику раз в неделю (по словам местных жителей, зимой выездные амбулатории приезжают не чаще одного раза в квартал).

Вызов «Скорой помощи» в сельской местности, где есть ФАП или врачебная амбулатория, как правило, осуществляется через врача или фельдшера. В выходные дни и в ночное время вызовы принимаются и от самих пациентов.

**Центральный Молодцовский ФАП (пос. Молодцово Кировского района).** Здание ФАПа (типовое) было построено несколько лет назад по программе Ленобласти: небольшое двухэтажное деревянное строение, на первом этаже которого – ФАП, а на втором – две квартиры для медицинских работников ЦРБ (одна из них пустует, во второй живет врач-онколог с семьей).

В ФАПе сохранена одна ставка фельдшера, всего в штате три человека. В детдоме также работает медсестра, других медицинских специалистов в поселке нет.

Молодцовский фельдшер работает здесь с 1984 года, местных жителей знает очень хорошо: 40 % населения – пенсионного возраста, детей мало, около 10 – 15 % – асоциальные элементы (алкоголики, неблагополучные).

Прием фельдшера продолжается с 9.00 до 12.00 и с 17.00 до 18.00. В остальное время обсуживаются пациенты на дому по вызовам. В среднем бывает около 17 – 20 пациентов в день, летом – до 10, в зимние периоды – до 40 пациентов в день (эпидемии гриппа), и около 3 вызовов в день. План по посещениям, который формируется в ЦРБ, составляет 20 – 30 посещений в день (столько нужно заполнить «квитанций», чтобы оправдать существование ФАПа). Таким образом, если количество посещений в день было меньше, чем по плану, фельдшеру нужно «приписать» остальные. Вся статистика и отчетность ведутся в бумажной форме (компьютера в ФАПе нет, а про информатизацию здесь «не слышали»).

Зарплата фельдшера с доплатами составляет 13 тыс. руб., оплачивают «по-старому», вне зависимости от выполнения плана.

Помимо официального приема фельдшер консультирует вне рабочего времени. Так как многие жители знают ее домашний и мобильный телефоны, в день бывает несколько таких телефонных консультаций, иногда просят приехать к пациентам лично. За медикаментами жители ездят в город сами, так как в 2010 году аптеку закрыли.

Все фельдшеры участвуют в собраниях, проводимых главным врачом ЦРБ, где обсуждаются текущие организационные, хозяйственные и финансовые вопросы. По словам молодцовского фельдшера, «о сокращении ФАПов пока не объявляли, хотя в соседнем Волховском районе многие ФАПы уже закрыты».

**Центральный Сиявинский ФАП (пос. Сиявино–2 Кировского района)**<sup>185</sup>. Сиявинский ФАП обслуживает 400 человек, проживающих в пос. Сиявино–2. Фельдшер ФАП ведет прием с 9.00 до 12.00, затем обслуживает несколько вызовов на дому. Обходы не практикуются, так как фельдшер проживает в другом поселении и вынуждена добираться туда на автобусе.

При необходимости пациентов направляют в поликлинику в пос. Сиявино–1, но местные жители жалуются на то, что «всюду очереди», а им нужно успеть на обратный автобус. Совсем другое дело, если можно устроиться в круглосуточный стационар: «Лежала в Отрадном, мне там понравилось. Невропатолог, военный врач, если придет не в настроении, то, гляди, стены разнесет, мат-перемат, но он лечит!» Однако попасть в городские больницы для пожилых людей проще, чем, например, в Кировс-

кую ЦРБ, куда стараются направлять срочных пациентов, а плановые, как правило, ожидают 2 – 3 недели в очереди.

**Центральный Горкский ФАП (д. Горка Кировского района).** Горкский ФАП обслуживает участок протяженностью 10 км, в который входят 6 деревень с прикрепленным населением – 180 чел., из них 25 – детей. Население, в основном, пожилое, дачников мало. К Горкскому ФАПу формально прикреплены еще 5 фельдшерских акушерских пунктов.

В инфраструктуре деревни – один ФАП, магазина нет (выборы также проходят в здании ФАПа). В самом пункте – две небольшие комнаты без удобств, со скромным оборудованием (лампа бактерицидная, глюкометр и пр.), где выполняются несколько видов процедур, включая внутривенные инъекции, капельницы, ЭКГ. Помещение обогревается электрическими приборами, печку разрушили, так как планировалась повсеместная газификация.

В ФАПе работает только фельдшер, объясняя это тем, что не хочет принимать в штат «сомнительный контингент», хотя, скорее всего, она хорошо справляется с двойными обязанностями, и не хочет отказываться от доплаты за половину ставки санитарки.

Фельдшер проживает в 5 км от Горок (в пос. Шуме) и добирается на место работы на велосипеде, пешком, автобусом или на попутках. При необходимости привозит из Шума медикаменты и продукты питания.

Жители предпочитают обращаться прежде всего в ФАП, хотя в ближайшем поселении есть врач общей практики, стоматолог и дневной стационар. Направления выдаются как в районные, так и областные медицинские учреждения, а беременных направляют рожать в г. Волхов, г. Всеволожск или в г. Санкт-Петербург.

В **Подпорожском муниципальном районе** были обследованы два фельдшерских акушерских пункта, включая Курповский и Красноборский ФАПы.

Из 16 ФАПов (в 2010 г.) в районе осталось лишь 10, были упразднены Немжинский, Токарский, Хевронский, Игнатовский, Ярославский и Пролетарский ФАПы. В отличие от Кировского района в Подпорожье фельдшерские акушерские пункты сокращаются в соответствии с нормативами по прикрепленному населению. Закрытые ФАПы «прикрепляют» к функционирующим: фельдшеры сокращенных ФАПов числятся в штатном расписании работающих ФАПов, но при этом занимаются посещениями жителей поселений, где они были закрыты. Кроме того, по словам фельдшеров, в районе есть примеры, когда юридически ФАП закрыт, но

фактически он продолжает функционировать: фельдшер числится за другим ФАПом, продолжая работать на прежнем рабочем месте, функционирование которого финансируется спонсором (например, Токарский ФАП финансирует сотрудник финского завода «Метсялиитто»).

Взамен закрытых ФАПов Подпорожская больница выделила крупным фельдшерским пунктам оборудованные машины, на которых фельдшеры курируют «брошенные» населенные пункты, однако медицинская помощь в них, по мнению местных жителей, стала менее доступной.

Причем на протяжении всего 2011 года администрация района продолжала платить заработные платы из бюджетных средств работникам ФАПов, которые фактически не были лицензированы, а значит, не могли функционировать. Это подтверждается Решением Совета депутатов Подпорожского муниципального района: «В связи с необходимостью оказания первичной медико-санитарной помощи жителям Подпорожского района, с целью сохранения кадрового состава работников ФАПов МБУЗ «Подпорожская центральная районная больница», на период проведения организационных мероприятий и подготовки документов для прохождения лицензирования в 2011 году, необходимо осуществлять денежные выплаты из расчета за фактически отработанные дни в сумме 3500,00 руб. в месяц – заведующим ФАПов (фельдшерам) и фельдшерам ФАПов, в сумме 2500,00 руб. в месяц – заведующим ФАПов (медицинским сестрам) в пределах ассигнований, выделенных на расходы МБУЗ «Подпорожская центральная районная больница» за счет средств бюджета МО «Подпорожский муниципальный район Ленинградской области» на 2011 год»<sup>186</sup>.

Вместе с тем, в районе ведется строительство новых типовых двухэтажных ФАПов. Такие здания уже построены в пос. Юксовичах, пос. Шустручье и в пос. Курбе. Красноборский ФАП размещен в здании бывшей школы, где был сделан хороший ремонт и куплен плазменный телевизор (ФАП обустроен на частные деньги депутатов Законодательного собрания Ленобласти). В здании Красноборского ФАПа, как и в новых типовых зданиях фельдшерских пунктов, предусмотрены квартиры для медицинских специалистов, но из-за плохого отопления в них пока никто не живет.

Что касается снабжения ФАПов лекарствами для аптеки, то раньше у Подпорожской ЦРБ был заключен договор с ЛОГП «Ленфарм», который в 2012 году не продлили из-за несоблюдения нормативов по численности прикрепленного населения на участках ФАПов. И если раньше фельдше-



ры брали лекарства по накладной в аптеках «Ленфарм», то сейчас они покупают лекарства самостоятельно на вырученные средства. При этом фельдшеры продают самостоятельно закупленные лекарства без наценки, и за продажу не отчитываются.

**Красноборский ФАП (пос. Красный Бор Подпорожского района).** Красноборский ФАП обслуживает два поселения – д. Красный Бор и д. Чачручей, с населением 322 чел., часть из которых проживают в г. Санкт-Петербурге или г. Петрозаводске.

ФАП расположен в здании бывшей школы, помещения хорошо отремонтированы (кабинет приема пациентов, процедурный кабинет, жилая квартира с кухней). Ранее ФАП размещался в другом здании, с худшими бытовыми условиями, однако и в новом здании в холодные дни замерзали трубы, и вода с канализацией «накрывалась», из-за порванного кабеля были проблемы с освещением.

В штате ФАПа работают фельдшер и санитарка на полставки. Фельдшер совмещает работу в двух пунктах – в Красном Бору и в Гимреке (в деревне прописаны 132 чел., но фактически проживают около 60 чел., летом приезжают дачники из Санкт-Петербурга и Петрозаводска). В понедельник, среду и пятницу фельдшер выезжает в Гиморецкий ФАП, а по четвергам – работает в поликлинике (всего на 1,75 ставки).

К Гиморецкому ФАПу относятся 3 деревни (Гимрека, Щелейка и Володарское) и, учитывая их отдаленность («скорую» туда не вызвать»), ФАП не планируют сокращать в связи с его малочисленностью.

По словам фельдшера, оборудование во всех ФАПах практически одинаковое: кардиограф, весы детские, взрослые, глюкометр, ингалятор.

Действительно сложной проблемой фельдшер считает плохую транспортную доступность. Рейсовые автобусы в г. Вознесенье или г. Подпорожье отсутствуют, а школьный автобус не берет посторонних пассажиров. Таким образом, добраться в Вознесенскую врачебную амбулаторию, где принимают терапевт, педиатр, гинеколог, хирургическая медсестра, есть несколько коек дневного стационара, или в Подпорожскую центральную районную больницу весьма затруднительно. Сама фельдшер добирается до Красного Бора из Вознесенья на личной машине. А те, кто могут себе это позволить, предпочитают ехать в Петрозаводск или в Санкт-Петербург (стоимость билета на автобус – 500 руб.). В связи с этим в селах много хронических, а также невыявленных больных («редко кто обследуется, диагностика тут практически недоступна»).

Вызов «Скорой помощи» осуществляется через фельдшера, а в его отсутствие – самостоятельно. Бывают проблемы с мобильной связью: «Связь есть не везде, периодически срывает карельский роуминг».

С начала 2012 года ФАП был переведен на финансирование по ОМС («по квитанциям»), но планы по посещениям пока не обсуждались. Ежедневный прием составляет около 6–7 пациентов, несколько вызовов на дом, периодически осуществляются плановые обходы жителей. Зимой ходить особенно тяжело, «село протяженное, дороги не чистятся, и приходится ходить по пояс в снегу, а местные за продуктами кого-то одного на лыжах посылают».

Раз в году в село приезжают врачи из Подпорожской ЦРБ для проведения планового осмотра сельского населения. Сама фельдшер бывает в Подпорожье раз в два месяца, заказывает и получает в ЦРБ экстренные медикаменты и закупает лекарства для местного населения по заявкам, оформляет для пожилых людей страховые полисы.

Пациенты, обращающиеся за помощью в ФАП без полиса и/или без прописки, учитываются только в журнале приема («39-я форма по бюджету»), а когда бабушки приходят «просто пообщаться», это фиксируется как «беседа».

**Немжинский ФАП и другие реорганизованные ФАПы Подпорожского района.** С начала 2012 года в районе были реорганизованы несколько ФАПов. Фельдшеры официально закрытых ФАПов были переведены в штаты других, более крупных пунктов, а в их обязанностях осталось обслуживание жителей прежних сельских поселений на оборудованных машинах, закупленных ЦРБ. Для таких поселений составляется план-график посещений «мобильного» фельдшера, он должен проводить там осмотры в определенные дни недели.

Еще один феномен в Подпорожском районе – это «неофициальные» ФАПы, которые юридически реорганизованы, а фактически существуют. Функционирование «неофициальных» ФАПов финансируется за счет спонсорских денег местных предпринимателей и сотрудников крупных заводов.

Население, относившееся к Немжинскому ФАПу, закрытому в 2011 году, прикрепили к Озерскому, а обслуживает немжинское население ладвинский фельдшер, которого перевели в штат Озерского ФАПа из Ладвинского ФАПа.

Ладвинский фельдшер приезжает в Немжу на машине раз в неделю и делает обход, навещая, по словам местных жителей, только «больных ба-

бушек и стариков». Но никто из местных жителей не знает, как с ней связаться, а сама фельдшер не стремится установить с ними «дружеский контакт».

Покупка лекарств или посещение амбулатории в Винницах для местных жителей также затруднено в связи с транспортными проблемами. Не исключено, что после сокращения ФАПов участились случаи обращения в «Скорую помощь»: «Раньше “скорую” вызывали только если вместе с фельдшером не могли справиться, а теперь по любому поводу, например, если у ребенка температура и нужно выписать справку-освобождение от занятий, я их вызываю, иначе никто так и не выпишет».

Молодая женщина, жительница д. Немжи, рассказывает, что ни разу не была на осмотре в городской поликлинике со своими маленькими детьми, жалуется на сложности записи к стоматологу: «Номерок нужно брать по прибытии, а будет ли свободное место – не известно, так вот рожаем детей и остаемся все беззубые...»

Большая часть сельских фельдшерских акушерских пунктов не могут пройти лицензирования в связи с малочисленностью прикрепленного населения и отсутствием коммунальной инфраструктуры (канализации, централизованного отопления). Там, где это возможно, – «договариваются», и ФАПы продолжают работать, в остальных случаях – проще закрыть. Следует отметить, что районная и больничная администрации отнеслись к реорганизации сельских учреждений здравоохранения с пониманием социальной важности этих объектов для населения, предложив несколько вариантов замещения, «мобильным фельдшером» или их «подпольным» функционированием. Но как показывает опыт работы «мобильного фельдшера» в д. Немже, эта замена не всегда равнозначна и успешна.

«Подпольные» ФАПы, по всей вероятности, являются наименее болезненным выходом из сложившейся ситуации, поскольку в силу плохой транспортной и телефонной доступности отдаленных поселений фельдшеры на местах являются единственным реальным источником медицинской помощи. Схожую социальную функцию выполняют бывшие медсестры и фельдшеры, вышедшие на пенсию, к которым местные жители продолжают обращаться «по привычке». Одним словом, бывших фельдшеров на селе не бывает.

## Частная медицина

Коммерческое здравоохранение в Кировском и Подпорожском районах преобладает в сфере стоматологических услуг. Так, в г. Кировске работают около десятка стоматологических кабинетов и клиник, в г. Подпорожье – несколько частных стоматологов<sup>187</sup>. Однако платежеспособность населения и объем оказываемых платных медицинских услуг в этих районах несопоставим.

В г. Кировске, в связи с большой численностью населения, значительным спросом пользуются услуги мануальных терапевтов, косметологов, фитнес-тренеров и т. д. Значительный объем платных услуг оказывает «Комплексный центр социального обслуживания населения», поставленный в условия самокупаемости, консультативно-диагностический медицинский центр «Делис», центр традиционной медицины «Клиника доктора Мухонько» и другие. В городе можно также встретить рекламные объявления об услугах кабинета мануальной и рефлексотерапии (сам кабинет расположен в квартире жилого дома на первом этаже, дважды в неделю здесь принимает врач, кандидат медицинских наук).

В целом, на рынке частных медицинских услуг в Кировске преобладают четыре направления. Одно из них – это профессиональные консультационные услуги узких медицинских специалистов, что говорит о том, что врачи в больнице не справляются с потоком пациентов и их спросом, либо пациенты считают квалификацию больничных специалистов недостаточной. Второе направление – это услуги, позволяющие пациенту достичь условного уровня «здоровья» и «красоты» (гинекология, массаж, косметология, фитнес, эстетическая стоматология). Третье направление – «неизлечимые» или сложно диагностируемые заболевания, требующие особого подхода (нетрадиционные методы лечения), и четвертое – острая боль (стоматология, хирургия).

**Стоматологические клиники и кабинеты в г. Кировске.** В Кировске располагаются 9 частных стоматологических кабинетов. Спрос на услуги частных стоматологов велик, и, несмотря на достаточно высокие цены, запись во всех клиниках полная (около 8–10 чел. ежедневно). Помимо кировских пациентов, здесь лечатся жители Санкт-Петербурга или те, кто работают и застрахованы работодателем там, а зарегистрированы здесь (цены в северной столице на порядок выше). В каждом частном кабинете работают в среднем по два врача-стоматолога. Муниципальная

стоматологическая поликлиника не справляется с потоком пациентов, очередь за талонами на посещение врача начинается с шести утра.

Наиболее известные в городе клиники – «Стоматология на Советской» (два филиала в г. Кировске и г. Шлиссельбурге), клиника «Стандарт» (два филиала в г. Кировске).

Стоматологическая клиника на ул. Советской предоставляет следующие услуги: терапия, хирургия, детская стоматология, ортодонтия (брекеты), ортопедия (металлокерамика), рентгенодиагностика, парадонтология, отбеливание, профессиональная чистка зубов. Эта клиника является самой крупной в городе, лицензия на хирургию есть только здесь и в муниципальной стоматологической поликлинике. Но мнения об этой клинике не самые высокие: «Работают на потоке, стоматологи с небольшим опытом работы, а лечение обходится очень дорого».

В стоматологической клинике «Стандарт» в каждом филиале работают по 2 доктора, 2 медсестры, не считая бухгалтера и директора. Врачи принимают не более 8 пациентов в день. Есть лицензии на оказание доврачебной медицинской стоматологической помощи, ортопедию и терапию (услуги хирургической стоматологии не оказывают). Средний счет за посещение стоматолога в клиниках не называют, однако судя по прейскуранту цен, он составляет не менее 2000 руб. за лечение кариеса средней сложности.

**Консультативно-диагностический медицинский центр «Делис» в г. Кировске.** Основные сферы медицинских услуг, оказываемых в центре «Делис», включают кардиологию, урологию и гинекологию. По словам администратора центра, полная запись в день составляет не более 20 человек, хотя желающих гораздо больше (чтобы не снижать качество обслуживания и не уменьшать время приема).

В центре проводятся только консультации, назначение лечения, анализы (бактериология, цитология), диагностика (функциональная, лабораторная и ультразвуковая диагностика), осмотры водителей (справки) и экспертиза временной нетрудоспособности (больничные листы). Здесь работают 10 врачей, в том числе 2 кардиолога (бывшие врачи ЦРБ, один из которых – основатель медицинского центра, со стажем работы более 20 лет), 3 гинеколога (с потоком пациентов не справляются, один из них работает по совместительству в женском отделении в ЦРБ), уролог, терапевт, отоларинголог, специалист по УЗИ, лаборанты и средний медицинский персонал. Сложные анализы делаются в питерской лаборатории «Хеликс», с которой у центра подписан договор о сотрудничестве.

В «Делис» обращаются пациенты всех возрастов, в том числе пенсионеры. По мнению администратора, пациенты центра не доверяют компетенции персонала ЦРБ, зато полностью полагаются на врачей центра «Делис». Сюда больные приезжают по рекомендации даже из Санкт-Петербурга и из Кировского района. Несколько лет назад центр открыл свой филиал в Санкт-Петербурге, специализирующийся на консультациях по кардиологии. Причем, цены на некоторые виды анализов в центре «Делис» ниже, чем в ЦРБ (по словам администратора центра, эти анализы делаются в ЦРБ только платно).

Зарплата среднего медицинского персонала составляет 7–8 тыс. руб., что несколько ниже, чем в ЦРБ, но медсестры все равно предпочитают работать в центре, отмечая умеренный поток пациентов и хороший слаженный коллектив.

**Центр традиционной медицины «Клиника доктора Мухонько» в г. Кировске.** Центр широко известен большинству жителей города как центр «нетрадиционной медицины», многие говорят о том, что «там помогают», его рекомендуют даже невропатологи и хирурги из ЦРБ (для послеоперационного восстановления и реабилитации).

Основные методы лечения, используемые в центре, – это гирудотерапия, иглоукалывание, апитерапия, мануальная терапия. Пчел в центр поставляет знакомый пасечник (у стола администратора висит объявление о продаже меда), а пиявки выращиваются здесь же, в трехлитровых банках с водой (стоимость одной пиявки – 65 руб.).

Определенный положительный образ центра частично относится к самому доктору А.В. Мухонько, основавшему свой центр в 1992 году (до этого он был главным врачом в пос. Свирице Ленинградской области). Все доктора центра глубоко верующие, а само помещение освящено православным священником.

Прием в центре ведут 3 врача и один специалист ультразвуковой диагностики (в центре есть свой аппарат УЗИ). Очередь пациентов доходит до двух месяцев, люди приезжают из всех городов Ленинградской области и других регионов России. Доктор Мухонько совмещает приемы в Кировске и в Санкт-Петербурге, где он принимает два раза в неделю в дневном стационаре Лесотехнической академии.

Прием доктора состоит из нескольких процедур: пульсовая диагностика, затем сеанс иглотерапии, сеанс гирудотерапии и мануальная терапия. Сеанс длится не менее 1–1,5 часов, стандартная стоимость – 900 руб. (для VIP-пациентов – 1500 руб., для малоимущих, многодетных

и инвалидов – 500 руб., онкологические больные – бесплатно). На основании пульсовой диагностики доктор ставит пациенту диагноз («по пульсу определяет любые болезни»), а затем, по словам администратора, «лечит весь организм, а не проявление самой болезни».

Несмотря на официальное название клиники («Центр традиционной медицины»), жители города считают ее местом оказания нетрадиционных услуг («когда врачи в больнице не могут помочь») с элементами «народной» медицины и знахарства (пиявки, пчелы, религиозные элементы и пр.), причем врачи районной больницы, лично знающие доктора Мухомько, также рекомендуют его как знающего специалиста.

**МАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения» в г. Кировске.** Муниципальное автономное учреждение оказывает ряд услуг в сфере здравоохранения, лечебной физкультуры и проч., в том числе платно для граждан, не относящихся к льготной категории (обслуживаемых в центре на бесплатной основе).

Оказание дополнительных услуг населению города началось с 2010 году, когда учреждение стало автономным. Платные услуги – это вынужденная мера, необходимая для выживания центра, так как областное финансирование ежегодно урезается вместе с объемом и набором гарантированных услуг населению пожилого возраста. В результате, социальный центр вынужден продавать услуги не только работоспособному населению г. Кировска, но и самим пожилым людям, так как часть ранее оказываемых услуг уже не могут предоставляться бесплатно<sup>188</sup>.

Всего в центре находится 15 круглосуточных коек на весь район (12 коек – по госзаказу, 3 койки – социальные гостиные, финансируемые за счет центра), 6 социальных коек сохранили в поселении городского типа Назия, в остальных они были сокращены. Дневной стационар включает 19 коек для пожилых людей и 5 коек для детей. Питание обходится центру всего в 200 руб./день на человека за счет своего пищеблока.

С 2010 года спектр услуг социального центра значительно расширился. В перечень платных услуг теперь входят: консультации терапевта, массаж, индивидуальные занятия с инструктором ЛФК, занятия в тренажерном зале, консультация и занятия с психологом, сеансы релаксации и аутотренинга, занятия с педагогом-логопедом, занятия в танцевальной группе, занятия в театральной студии, проведение праздников, детских игровых программ и дискотек, предоставление транспорта и проч. То есть социальный центр практически поменял направление деятельности – с социальной на оздоровительно-развлекательную, в связи с чем

совместно с Советом депутатов второго созыва Кировского района были разработаны и утверждены тарифы «на сверх гарантированные и дополнительные социальные услуги» (см. табл. 3)<sup>189</sup>.

В целом, у социального центра есть шансы привлечь городское население к платным спортивным занятиям, так как здесь низкие цены, и в городе практически отсутствует конкуренция на оказание такого вида услуг (один бассейн с тренажерным залом и фитнес-зал «Фокс», где также есть тренажеры и секция карате, профилакторий от завода «Ладога» закрылся). Основное ограничение – небольшое помещение центра (есть ограничения по количеству человек в группах). Для спортивных занятий в центре выделен один зал на втором этаже. В этой комнате проходят занятия по ЛФК для пожилых людей, находящихся в центре на дневном или круглосуточном стационаре, занятия на тренажерах, восточные танцы, групповые занятия для беременных. Инструктор по лечебной физкультуре, работающий в центре, разрабатывает программы для индивидуальных и групповых занятий для пожилых и детей (в том числе, для инвалидов), беременных. Есть возможность вызова инструктора на дом.

Помимо спортивного зала, в центре есть массажный кабинет, который также используется для оказания платных услуг (конкуренцию ему составляют 10 городских массажных кабинетов в салонах красоты).

Примечательно, что в перечне дополнительных социальных услуг для льготных категорий граждан, находящихся на обслуживании КЦСО-На, продуманы и оценены такие нужды пожилых людей, как уборка помещения, проведение косметического ремонта, приготовление пищи, сопровождение на прогулку, копка приусадебного участка, прополка грядок, топка печи, уход за комнатными растениями, выгул домашних животных, ремонт одежды, стирка белья и парикмахерские услуги.

Спрос на дополнительные платные услуги пока не высок, так как городское население не знает о том, что в социальном центре начали оказываться подобного рода услуги, а льготники, в основном, не платежеспособны. Рекламные объявления КЦСОНа встречаются в аптеках, а на самом здании центра висит яркая растяжка об оказываемых услугах, но горожане еще не привыкли к этому «новшеству». Тем не менее, заработок центра в 2010 году составил 3 млн рублей, а в последующие годы ожидается увеличение прибыли от платных услуг. Уровень зарплат специалистов центра пока остается на прежнем уровне и составляет от 10 до 12 тыс. руб.

Таблица 3.

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ УСЛУГИ*	Единица измерения	Стоимость услуги (руб.)
<b>Социально-медицинские услуги</b>			
1.	Консультация врача-терапевта	0,3 ЧАСА	69,00
2.	Подкожные внутримышечные инъекции в учреждении / с выездом на дом	0,1 ЧАСА / 0,5 ЧАСА	22,00/150,00
3.	Наложение горчичников, банок, компрессов в учреждении / с выездом на дом	0,2 ЧАСА / 0,5 ЧАСА	20,00/45,00
4.	Измерение артериального давления, температуры	0,1 ЧАСА	10,00
5.	Услуги дневной сиделки (с 08.00 до 20.00) / ночной сиделки (с 20.00 до 08.00)	1 ЧАС	133,00/194,00
6.	Содействие в получении медицинской помощи в объеме базовой программы ОМС в государственных и муниципальных ЛПУ	0,5 ЧАСА	59,00
7.	Массаж спины / шейно-грудного отдела / поясничного и крестцового отделов	0,4 ЧАСА	250,00
8.	Массаж области позвоночника	0,7 ЧАСА	375,00
9.	Массаж верхних конечностей / нижних конечностей	0,1 ЧАСА	70,00
10.	Гидромассаж (кабина)	0,3 ЧАСА	72,00
11.	Ингаляции	0,3 ЧАСА	25,00
12.	Тракционная релаксация	0,5 ЧАСА	40,00
<b>Занятия с педагогом-психологом / логопедом</b>			
13.	Консультация	0,3 ЧАСА	59,00
14.	Диагностика	1 ЧАС	250,00
15.	Коррекционные мероприятия	0,8 ЧАСА	200,00
16.	Индивидуальная консультация с выездом на дом	0,8 ЧАСА	267,00
<b>Занятия с инструктором ЛФК</b>			
17.	Консультация инструктора ЛФК	0,3 ЧАСА	51,00
18.	Занятия в тренажерном зале: групповые / индивидуальные	0,7 ЧАСА	150,00
19.	Занятия в тренажерном зале без инструктора	1 ЧАС	156,00
20.	Индивидуальные занятия ЛФК с выездом на дом	1 ЧАС	245,00
21.	Занятие в «Группе здоровья» для взрослых	1 ЧАС	130,00

ПЕРЕЧЕНЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МАУ «КЦСОН» в Кировском городском поселении

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ УСЛУГИ*	Единица измерения	Стоимость услуги (руб.)
<b>Группа дневного пребывания для детей «Здоровье»</b>			
22.	Организация питания: завтрак / обед / ужин	1 ПОРЦИЯ	30,00 / 60,00 / 45,00
23.	Организация досуга (библиотерапия, игротерапия, музыкотерапия, трудотерапия и пр.)	НЕ БОЛЕЕ 6 ЧАСОВ	100,00
24.	Лечебная физкультура для детей	0,3 ЧАСА	30,00
25.	Оздоровительный массаж для детей	0,2 ЧАСА	98,00
<b>Услуги в отделении временного пребывания и социальной гостиной</b>			
26.	Предоставление помещений для проживания (по 3 чел. в палате без реабилитационных и лечебных мероприятий)	1 СУТКИ	100,00
27.	Предоставление в пользование мебели и постельного белья	1 СУТКИ	50,00
28.	Питание четырехразовое	1 СУТКИ	200,00
<b>Предоставление инвалидной техники ТСР во временное пользование</b>			
29.	Кресло-каляска / кресло-каталка с туалетом / ходунки	1 МЕСЯЦ	120,00
30.	Костыли, костыли под локоть	1 МЕСЯЦ	100,00
31.	Трость	1 МЕСЯЦ	60,00
32.	Матрас противопролежневый	1 МЕСЯЦ	200,00
<b>Социально-бытовые услуги</b>			
33.	Предоставление транспорта	1 ЧАС	600,00

\* В таблице приведен сокращенный перечень платных услуг.



В настоящий момент основными потребителями услуг центра являются женщины от 35 до 60 лет (в танцевальной группе и группе «Здоровья» по лечебной физкультуре), и пожилые люди старше 60 лет (льготные категории граждан).

Медицинские услуги в центре оказываются медсестрой, психологом, физиотерапевтом (инструктор по трудотерапии), специалистами по лечебному массажу и врачом-терапевтом, которая совмещает работу в центре (на 0,5 ставки с работой в городской поликлинике). Терапевт ведет прием пациентов центра в определенные дни недели, определяет диагноз и назначает лечение, а медсестра следит за регулярным приемом лекарств и производит медицинские процедуры (инъекции, уколы и проч.).

#### АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В Кировском районе Ленинградской области, особенно в поселениях, приближенных к Кировску и Санкт-Петербургу, понятие здравоохранения максимально формализовано для местных жителей в форме услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения. Аналогичная ситуация – в Подпорожском районе.

Жители сельских поселений нередко самостоятельно ставят себе диагноз и подбирают медикаментозное лечение, основываясь на телевизионной рекламе. Знахарок или травников никто из опрошенных лично не знал, но некоторые вспоминали о лечащей «бабушке» в пос. Синявино Кировского района и о травниках в деревнях Подпорожского района. Вероятно, эти формы лечения не востребованы среди местного населения, либо так сложилось «исторически», что в этих районах не практикуется знахарство и траволечение.

Излишняя религиозность также неприметна ни в городских, ни в сельских поселениях, хотя древние православные храмы сохранились во многих из них (в Винницах есть также представители евангельской церкви). В пос. Винницы, где проживают вепсы, не было выявлено принципиально новых форм самолечения.

Наибольшее распространение среди местного населения получила медикаментозная практика самолечения. Отдельные активисты, любители народных методов лечения, предпочитают читать специализированные печатные периодические издания.

**Аптеки и аптечные пункты.** В Подпорожском районе сельские жители ездят за лекарствами в крупные поселения (г. Важины, г. Вознесенье, г. Никольский, пос. Винницы), административный центр района (г. Подпорожье) или заказывают через фельдшеров. В г. Подпорожье расположена муниципальная аптека и частная аптека сети «Нева-сервис», где по скидочным картам предоставляется 7% скидка.

Всего в Кировске 6 коммерческих аптек и 1 муниципальная аптека при ЦРБ. Муниципальная аптека (МУП «Кировское районное производственное предприятие «Фармация») имеет свои аптеки во многих поселениях района, в том числе в Шлиссельбурге, Отрадном, Назие, Мге, Павлово, Шуме.

Большинство коммерческих аптек – сетевые («Нэвис», «Фармакор»), меньшинство – одиночные аптечные пункты («Пульснорма»). В аптеках, расположенных в шаговой доступности от ЦРБ, большим спросом пользуются бахилы (для прохода в здание поликлиники или больницы), резиновые перчатки и презервативы – для гинекологического осмотра (больница экономит на закупке необходимых расходных материалов за счет расходов самих пациентов). Средний счет в кировских аптеках, даже у пожилых покупателей, составляет более 1000 рублей.

В городских аптеках около 60% покупок приходится на лекарства без рецептов, и фармацевты охотно консультируют своих клиентов. С кашлем и простудой обычно сразу обращаются в аптеку, минуя врача, но определенные заболевания фармацевты все же не обсуждают и рекомендуют покупателю обратиться к врачу. Примечательно, что в ряде частных аптек организованы досмотровые кабинеты, где оказывают дополнительные платные услуги: измерение артериального давления, роста, веса.

\* \* \*

Исследование, проведенное в Ленинградской области, показало две принципиально разные схемы организации муниципальных учреждений здравоохранения в соседних районах: уникальную систему финансирования в Кировском районе и стандартную – в Подпорожском. Выявлены различные подходы в организации работы сельских фельдшерских акушерских пунктов. По-прежнему в обоих районах сохраняется проблема малодоступности узкоспециализированной медицинской помощи жителям малых городов и сельских поселений (в меньшей степени –

в Кировском районе, и в большей степени – в Подпорожском районе).

Работники фельдшерских акушерских пунктов, несмотря на проведение ежемесячных собраний в районных больницах, мало осведомлены о целях своей работы, наличии планов по посещениям и обходам жителей прикрепленных к ЛПУ участков. Возможно, недостаточное информирование фельдшеров является сознательной стратегией руководителей районных больниц, а возможно, они сами не осознают важности подобных мероприятий в сфере сельского здравоохранения.

Платные медицинские услуги получили развитие в Кировском районе, где многие жители работают в г. Санкт-Петербурге и имеют финансовую возможность их оплачивать, но практически не развиты в Подпорожском районе, удаленном от крупных городов. Вместе с тем, значительная часть семейного бюджета городских и сельских жителей расходуется на медикаменты, купленные как самостоятельно, так и по назначению врача или по совету фельдшера.

## КОСТРОМСКАЯ ОБЛАСТЬ

*Июнь 2011 года, январь 2012 года*

Полевое исследование, проведенное в Костромской области, позволяет делать выводы об устройстве системы муниципального здравоохранения и распределении ресурса «здоровье» на территории нескольких муниципальных районов и городского округа. Не менее показательным оказался и опыт получения лечебно-профилактических и санаторных услуг в Солигаличском районе<sup>190</sup>.

Городской округ Галич является административным центром Галичского муниципального района и одновременно самостоятельным муниципальным образованием, не входящим в состав района. Подобная структура, когда административным центром одного муниципального образования является не входящее в его состав другое муниципальное образование, имеет широкое распространение во многих субъектах РФ, в том числе в Костромской области (городские округа Мантурово, Буй, Шарья и т. д.). В результате муниципальной реформы на месте бывших административных районов возникает два муниципальных образования: муниципальный район и выделившийся в городской округ бывший административный центр, как правило, более развитый и имеющий большой потенциал, в первую очередь, ресурсный.

Администрация муниципального района физически остается в прежних административных центрах, которые теперь являются самостоятельными муниципальными образованиями.

Существование двух равноправных муниципальных образований на месте одного административного района порождает ряд проблем, включая борьбу за «старшинство» на территории и распределение ресурсов регионального бюджета и властных полномочий, в том числе в сферах здравоохранения, образования, культуры и проч.

Следует отметить, что до деления административного района на муниципальный район и городской округ «головным» учреждением здравоохранения являлась центральная районная больница, которая впоследствии перешла под юрисдикцию города, и став городской больницей, продолжила обслуживать сельское население, но уже на других финансовых условиях. Все основные и квалифицированные медицинские услуги и медицинские кадры «остались» сконцентрированы в городском округе, тогда как в системе здравоохранения муниципального района остались лишь участковые больницы и амбулатории с фельдшерскими пунктами. Таким образом, то, что городской округ ввиду большей ресурсной базы имеет главенствующее положение в отношении с районом, является «старшим» для региона и претендует на большее количество ресурсов бюджетного здравоохранения.

При таком административно-территориальном делении в Галичском районе сельское здравоохранение осталось лишенным как медицинских специалистов, так и ресурсов к осуществлению своей деятельности.

### ГОСУДАРСТВЕННОЕ (МУНИЦИПАЛЬНОЕ) ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НА УРОВНЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА

В ходе исследований было изучено несколько крупных больниц, в том числе в г. Чухломе, г. Солигаличе и городском округе Галиче.

**МУЗ «Галичская городская больница».** Галичская городская больница является зональной больницей, за ней закреплены 5 муниципальных районов с населением 120 тыс. человек. Всего на территории Костромской области были определены 4 зоны оказания медицинских услуг: Костромская, Шарьинская, Мантуровская и Галичская. В ближайшие годы, по словам главного врача, планируется возобновление работы санавиации в каждом из этих округов (зон). В настоящее время санитарная авиация практически не функционирует.

Галичская горбольница является учреждением второго уровня оказания медицинских услуг: первый уровень оказания медпомощи – Чухломская или Солигаличская ЦРБ, второй уровень – Галичская горбольница, третий уровень – костромские областные медицинские учреждения, четвертый уровень – федеральные медицинские медучреждения.

Основная проблема Галичской больницы состоит в нехватке медицинских кадров: в настоящее время здесь работают около 40 специалистов, а нужно – 90, не хватает именно узких специалистов. В связи с этим имеющийся план по койко-дням выполняется только на 88%, при условии, что сюда едут сельские жители из 5 районов.

В 2010 году план составлял 41 тыс. койко-дней, а в 2011 году – 51 тыс. койко-дней (для сравнения: в 1990-х гг. план был около 75–80 тыс. койко-дней).

Уровень финансирования Галичской городской больницы несравнимо выше больниц первого уровня оказания медицинской помощи – 120 млн руб. в год (при средней величине бюджета районной ЦРБ – 25–30 млн руб.). При этом платные услуги составляют около 11–12% общего бюджета больницы. Основа платных услуг – медицинские осмотры (20% от всех платных услуг)<sup>191</sup>.

Кстати, прейскурант платных услуг городской больницы впечатляет, здесь приводятся всевозможные виды анализов, обследований, медицинских осмотров и консультаций специалистов. В прейскуранте также приводится стоимость услуг для граждан, не имеющих полис ОМС, либо желающих «ускорить» свое лечение из своего кармана. По словам главного врача, пациенты без полиса ОМС принимаются за счет бюджета, но возможен и платный прием. Сельские жители из Галичского и соседних районов на амбулаторное и стационарное лечение принимаются только по направлению. Однако в поликлинику при горбольнице сельские жители могут обращаться напрямую, без направления из ЛПУ, к которому они относятся по территориальному принципу.

Вне зависимости от наличия полиса ОМС и льгот (федеральных или региональных) платно оказываются такие виды услуг, как зубопротезирование, аборт, выведение из состояния алкогольной интоксикации, услуги стоматологического кабинета, работающего на импортном оборудовании, определение антител к вирусу клещевого энцефалита (за исключением детей в возрасте до 18 лет, которым это делают бесплатно).

Другие виды услуг можно получить в рамках программы ОМС либо платно (условием получения услуги бесплатно является дополнительное

посещение врача и получение направления), например эндоскопические исследования, лабораторные исследования, функциональная диагностика, ультразвуковая доплерография, ультразвуковые исследования, определение антител к вирусам (гепатита В, гепатита С, ВИЧ) и др.

Таким образом, значительная часть исследований и обследований проводится на платной основе, при наличии срочной необходимости для постановки диагноза и определения текущего состояния заболевания пациента (большие очереди к специалистам с целью получения направления на бесплатные анализы и обследования практически исключают из этого процесса жителей других городских и сельских поселений, а также срочные случаи)<sup>192</sup>.

Являясь зональным медицинским центром, Галичская городская больница получает значительные средства из областного и муниципального бюджетов, а также Костромского ФОМС. Элементы модернизации системы здравоохранения, в том числе внедрения электронных медицинских систем, будут заметны по прогнозам уже в 2012 году, значительно раньше других муниципальных районов (в особенности, сельских).

Помимо Галичской городской больницы в городе функционируют ФАП при РЖД, медпункты на заводе и птицефабрике. В городском телефонном справочнике к медицинским учреждениям также отнесены Медицинский центр Мобрезерва и медвытрезвитель.

**МБУЗ «Чухломская ЦРБ».** В Чухломском районе продолжается процесс реорганизации учреждений здравоохранения. Если в 1996 году было 120 круглосуточных коек, то теперь осталось 34 койки круглосуточно и 9 коек дневного стационара. Основную идею данной политики в администрации муниципального района сформулировали как «сокращение затратного стационарного лечения больных и увеличение объемов поликлинической помощи и обслуживание пациентов на дому».

В состав МБУЗ «Чухломская центральная районная больница» входят стационар круглосуточного пребывания, дневной стационар на 9 коек, дневной стационар при поликлинике на 14 коек, стационар на дому на 4 койки, поликлиника, отделение скорой медицинской помощи на 2800 выездов в год, Введенская и Судайская врачебные амбулатории и 16 ФАПов.

В начале 2000-х годов в больнице было открыто новое родильное отделение, но в связи с небольшой численностью населения его вскоре закрыли. Позже было расформировано педиатрическое отделение. Дети и беременные женщины вынуждены проходить лечение и плановые обс-

ледования в г. Галиче. В Чухломской ЦРБ остались только терапевтическое и хирургическое отделения.

Отделение «Скорой помощи» состоит из двух станций – в г. Чухломе (6 машин) и пос. Судая (3 машины). В Чухломе – 4 машины неотложной помощи и 2 машины в городской поликлинике для развозов по вызовам, а также по селам (врачи выезжают в сельские поселения несколько раз в год по определенному графику).

Финансирование больницы происходит по-прежнему через ТФОМС (60%) и бюджет (40%). Одноканальная система фактически еще не заработала, но действует так называемая «полутораканальная» система финансирования, в рамках которой заключено соглашение между ФОМС и администрацией, где, в частности, указаны сроки перечисления средств. При этом у района накопился долг перед больницей – 6 млн руб. (в основном, по оплате ЖКХ и работы котельной на дровах), эта проблема пока решается на уровне договоренностей между руководством района и управления ЖКХ г. Чухломы.

Взаимодействие между Костромским ФОМС и ЦРБ остаются «консервативными»: отчетность в ТФОМС с 2009 года направляется в электронном виде, но бумажные документы также необходимы к предоставлению, – цифровая электронная подпись не используется. Программа по модернизации системы здравоохранения и внедрения медицинских электронных систем на слуху, но о внедрении речь не идет. В целом, политика костромского департамента здравоохранения в рамках программы модернизации больше ориентирована на внедрение стандартов оказания медицинских услуг, а не на внедрение электронных систем взаимодействия.

Взаимодействие со страховыми компаниями происходит примерно раз в месяц при проверке: серьезных жалоб от пациентов не поступает, но больницу регулярно штрафуют за неправильное оформление документов.

Годовой бюджет больницы на содержание учреждений здравоохранения и оказание медицинской помощи населению составляет 21,2 млн руб. (22,6 млн руб. – в 2007 г.), в том числе из ТФОМС – 16,9 млн руб. или 80% общего объема бюджета (11,7 млн руб. или 52% – в 2007 г.). Стоимость койко-дня в отделении терапии в 2011 году составила 465,66 руб. (для сравнения, в 2010 г. – 423,08 руб.).

На мероприятия по реконструкции и капитальному ремонту зданий, закупке транспорта и медицинского оборудования с 2007 по 2010 года планировалось выделить более 4,5 млн рублей.

В больнице существует ряд платных услуг. Плата в основном взимается за оформление различных справок, медицинских осмотров, услуги нарколога.

Обеспеченность медицинскими специалистами в ЦРБ довольно слаба: 2 педиатра, 2 терапевта, окулист, ЛОР, невролог, хирург, нарколог (2 бюджетные койки в отделении наркологии), а по всему району – всего 15 врачей (в 2007 г. на ЦРБ приходилось 18 врачей). Больнице необходимы узкие специалисты: анестезиолог, фтизиатр, рентгенолог. Из-за отсутствия некоторых специалистов (особенно анестезиолога), в ЦРБ нет возможности делать даже самые простые операции, поэтому всех пациентов приходится отправлять в Галичскую городскую больницу. При этом простейшие хирургические вмешательства без наркоза, по словам местных жителей, делают даже в тех случаях, когда в этом нет необходимости.

Несмотря на это, существующий план по койко-дням иногда перевыполняется, что происходит не из-за большого потока пациентов, городских и сельских жителей, а в связи с ежегодным его сокращением.

Перевыполнение существующего плана по койко-дням больнице не оплачивается ни из ТФОМС, ни из бюджета района. Таким образом, врачи проводят лечение либо безвозмездно, либо взимают с пациентов неформальные платежи.

Статистические данные о функционировании системы здравоохранения в Чухломском районе с 1995 по 2005 год позволяют наблюдать происходившие изменения в динамике. Больничные учреждения были перепрофилированы в амбулатории и ФАПы, сами фельдшерские акушерские пункты – закрыты, количество коек планомерно сокращалось, значительно сократилась численность врачей и среднего медицинского персонала.

Местные жители отзываются о больнице «прохладно» и с недоверием, некоторые – негативно («Стараемся не болеть и обращаться за помощью только когда припрет, врачи здесь плохие, сплошь алкоголики, хирург вообще не просыхает»), часть – снисходительно («Врачи уже пенсионного возраста, но лечат хорошо»). При этом отношение к соседней больнице в Галиче хорошее, она является более «доступным и надежным учреждением здравоохранения». Хвалил Чухломскую больницу лишь редактор районной газеты, который проходил там лечение после инсульта. Он утверждал, что в редакцию за 2010 год поступило всего 2–3 жалобы на больницу, и это весомый показатель. Также приводил в пример сто-

матологические услуги в ЦРБ: «Оборудование хоть и старое, но делают лучше, чем в частном кабинете»<sup>193</sup>.

Многие чухломичи задумываются над тем, что большинство медицинских специалистов находятся в пожилом возрасте, и совершенно неясно, кто будет работать, когда они уйдут на пенсию: молодые специалисты в Чухлому не едут.

**МУЗ «Солигаличская ЦРБ».** Солигаличская ЦРБ обслуживает весь муниципальный район с прикрепленным населением 10,6 тыс. человек. Межрайонная (зональная) больница находится в г. Галиче, и жители Солигаличского района могут обращаться туда без направления. Другие крупные больницы Костромской области, в которые могут обратиться жители района, – Буйская, Шарьинская, Волгореченская и др.

Всего в районе 12 ФАПов и 1 врачебная амбулатория (25 км от Солигалича в пос. Корцово). Участковые больницы были сокращены, в ближайшее время планируется упразднение еще двух ФАПов (4 ФАПа были упразднены за последние 5 лет). Среднее расстояние от административного центра (г. Солигалич) до ФАПа составляет 35 км. Самый малочисленный участок, прикрепленный к ФАП, насчитывает 137 чел. (по нормативам фельдшер может работать в поселении численностью от 600 чел.), а значит, этот фельдшерский акушерский пункт также будет закрыт в ближайшее время.

В состав МУЗ «Солигаличская ЦРБ» входят следующие подразделения:

- стационар круглосуточного пребывания на 20 коек;
- поликлиника и дневной стационар при поликлинике на 11 коек;
- отделение скорой медицинской помощи на 3070 вызовов в год;
- Корцовская врачебная амбулатория и 12 фельдшерско-акушерских пунктов.

В Солигаличском районе также располагаются другие учреждения, являющиеся источником ресурса здравоохранения, в штате которых работают специалисты с медицинским образованием, а именно: ЛПУ «Санаторий им. А.П. Бородина», ОГУ «Солигаличский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» в д. Самылово, ГУ «Вонышевский дом-интернат для престарелых и инвалидов» в д. Вонышево, Отделение временного проживания граждан пожилого возраста и инвалидов в д. Великово, Солигаличский ветеринарный участок в пос. Гнездиново, тренажерный зал в пос. Усадьба Ратьково.

По оценке заболеваемости населения Солигаличского муниципального района причиной летальных исходов являются, прежде всего, сер-

дечно-сосудистые патологии, травмы и отравления, онкология. В то же время медицинские специалисты отмечают распространение туберкулеза (особенно в сельских поселениях), а также высокую заболеваемость сахарным диабетом, в том числе, среди молодежи (от двух до пяти вновь выявленных заболеваний в месяц).

Что касается финансирования центральной районной больницы, в рамках «полутораканальной» системы происходят регулярные задержки в перечислении средств. В результате ОМС покрывает около 60% расходов в общем бюджете. По словам главного врача, средства расходуются примерно таким образом: 65 – 70% уходит на зарплату, 30% – на медикаменты, оставшиеся средства – на питание. Возможность зарабатывать ограничена проведением диспансеризаций, оказанием платных услуг (в основном, медицинскими осмотрами, так как для выполнения анализов, проведения консультаций и обследований в больнице нет ни специалистов, ни аппаратуры). Но проведение диспансеризации, являющейся обязательным мероприятием для ЦРБ, становится либо нерентабельным («на ноль»), либо убыточным для больницы. При отсутствии своих специалистов (например, маммолога и невролога) больница заключает договоры с нужными специалистами из других районов (из расчета 350 руб. за одного пациента), и в зависимости от количества человек, которым необходимо пройти диспансеризацию на текущий момент, больница получает или не получает свою скромную прибыль (в Солигаличской ЦРБ ежегодно проходят диспансеризацию около 350 чел.).

Отделение «Скорой помощи» базируется в г. Солигаличе (всего 4 машины и 4 фельдшера). Две машины выезжают на вызовы в поселения, находящиеся в радиусе 12 км от города. Однако в большинстве случаев пациенты должны добираться самостоятельно, в крайних случаях машина «Скорой помощи» «встречает» пациента на половине дороги до районного центра. Еще две машины работают по вызовам при поликлинике в границах г. Солигалича.

В штате больницы 9 врачей (главный врач – окулист, хирург, гинеколог, педиатр-УЗИст, 3 терапевта, 2 педиатра), при минимальной норме в 20, на основании расчета по численности района. За последние несколько лет уволились сразу несколько специалистов, на сегодняшний день не хватает стоматолога, второго хирурга, анестезиолога (без которого больница не может проводить никакие операции), реаниматолога, отоларинголога, венеролога и специалистов по УЗИ и рентгену. Руководство регулярно размещает объявления в Интернете о наборе специалистов,



но откликаются единицы: гинеколог приехал работать в Солигалич по программе переселения из Армении. Очевидно, что эта проблема настолько серьезная, что администрация района приняла решение о выделении нескольких домов для врачей.

Особую роль в этой кадровой проблеме сыграло то, что в Солигаличе на протяжении 18 лет строилось новое здание больницы. Все это время функционировало старое деревянное здание, в котором за 70 лет ни разу не проводился капитальный ремонт, признанное аварийным и непригодным для эксплуатации («стены перекошило так, что образовались большие трещины, в некоторых палатах бревна вот-вот вылезут наружу. Крыша давно проржавела и течет»). В таких условиях в больнице каждый год лечились по 16 тыс. пациентов.

Тем не менее, все эти годы врачи и медперсонал больницы старались поддерживать состояние помещений в порядке своими силами, делали косметический ремонт за свой счет и т. д. Новое здание ЦРБ было сдано в эксплуатацию только в конце 2010 года, ее открывали первые лица области и района, а также освящали.

Изначально планировалось, что в новом здании будет 55 коек на несколько отделений (хирургическое, терапевтическое, детское и родовое отделения), что почти в два раза меньше, чем может вместить здание. Поэтому достраивали только его центральную часть, с оговоркой, что «если через несколько лет демографическое положение в районе улучшится, площадь можно будет легко увеличить». В планах было и то, что Солигаличская ЦРБ станет зональной больницей для 10 районов северо-запада Костромской области. При больнице также планировалось обустройство грязелечебницы.

В результате в 2011 году Солигаличская ЦРБ осталась лечебно-профилактическим учреждением первого уровня оказания медицинской помощи, а в новом здании только 20 коек круглосуточного стационара (на хирургическое и гинекологическое отделения) и 11 коек дневного стационара. С 2012 года количество круглосуточных коек было сокращено до 13, из которых 4 койки – терапевтические, 1 койка – хирургическая и 2 койки – педиатрические. Руководители регионального департамента здравоохранения пропагандируют стационарзамещающие технологии: стационар при поликлинике вместо содержания круглосуточных коек (в Солигаличе такой стационар уже создан).

Из-за отсутствия большинства специалистов здесь не только не лечатся жители соседних районов, но и сами жители Солигаличского райо-

на предпочитают обращаться в другие медицинские учреждения (например, в санаторий). В результате не выполняются план по койко-дням, а также стандарты оказания медицинской помощи. В то же время многим пациентам отказывают в госпитализации. По словам заместителя главного врача, «плановые пациенты могут ждать своей очереди по несколько месяцев, на лечение берут только с осложнениями», а значит, в запущенной стадии заболевания. Оперативные вмешательства выполняются только в Галичской горбольнице.

Будущие мамы вынуждены каждую неделю наблюдаться, а затем и рожать в г. Галиче (планово) или в г. Костроме (с осложнениями). ЦРБ при этом недополучает значительные средства: в 2009 году по родовым сертификатам больница могла бы получить около 200 тыс. руб. (в среднем, по Солигаличскому району проходит около 110 родов в год).

Недовыполнение плана по койко-дням также влияет на величину заработной платы медицинского персонала. Так, зарплата у врача составляет около 16 тыс. руб. (с учетом 1,5 ставки и дежурств), зарплата среднего медицинского персонала – не более 8 тыс. руб., а зарплата младшего персонала не превышает величину минимальной оплаты труда. Премии врачам не выплачиваются, но существуют стимулирующие надбавки в поликлинической службе за количество пролеченных человек в день, общий стаж работы и категорию врача, а также за выполнение стандартов. Система оплаты работает и в карательном направлении: если врач не выполняет установленную норму по приему пациентов (количество человек в день) или нарушает стандарты оказания медицинской помощи, то он может лишиться части своей зарплаты. В первом случае врачи могут «приписать» себе недостающее количество пациентов на приеме, а во втором – нарушения фиксируются страховыми компаниями, и штраф выставляется больнице<sup>194</sup>. По словам заместителя главного врача поликлиники, «работу врачей оценивают по бумажкам, никому не интересно, выздоровел ли он, улучшилось ли его состояние».

Средний возраст медицинского персонала – 45 лет, а молодые специалисты в Солигалич едут неохотно. Так, 2 года назад в больнице появился молодой хирург без опыта работы, но и он, как говорят, здесь долго не задержится и уедет после окончания своей практики. На его работу пациенты жалуются, в том числе на «слабую квалификацию» и неформальные платежи (по словам работницы солигаличского Дома культуры, за несложную операцию в ЦРБ просили 5 тыс. руб.). О гинекологе жители также отзываются негативно, говорят о том, что при не-

обходимости обратятся в санаторий им. Бородина (один из профилей санатория – гинекологические заболевания, работает врач-гинеколог).

Опрошенные жители г. Солигалича, как и в г. Чухломе, своей районной больнице не доверяют, предпочитают лечиться самостоятельно, но при необходимости едут в Галичскую горбольницу (здесь «все делают хорошо и бесплатно»), и даже в костромские медицинские учреждения, а в ЦРБ обращаются, если нужно «по мелочи или срочно». Несмотря на то, что у Солигаличской больницы появилось новое здание, это не повлияло на объем или качество оказываемых медицинских услуг.

По мнению некоторых медицинских специалистов, известковый комбинат, расположенный в черте города, негативно влияет на здоровье своих рабочих и жителей близлежащих жилых кварталов, увеличивая риск возникновения бронхиальных и легочных заболеваний из-за известковой пыли. Однако в городе о комбинате говорят как о «бедном, на грани банкротства» производстве, в благоустройстве и финансировании медицинских или социальных городских программ он замечен не был. Однако в костромской прессе можно найти информацию о том, что комбинат участвует в благотворительной программе Костромского антиракового фонда «Пока беда не коснулась всех», который активно помогает региональному онкологическому диспансеру и онкологическим больным. Среди «добровольно-принужденных» благотворителей фонда, помимо Солигаличского известкового комбината, такие предприятия, как «Костромаоблгаз», «Костромарегионгаз», тепличный комбинат «Высоковский»<sup>195</sup>.

#### СЕЛЬСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

В **Чухломском муниципальном районе** были обследованы несколько сельских учреждений здравоохранения.

Всего в районе 16 ФАПов и 2 врачебные амбулатории (пос. Судай, пос. Введенское). Наиболее отдаленное от административного центра в г. Чухломе поселение находится примерно в 80 км.

За последние десятилетия были сокращены все участковые больницы (в настоящее время функционируют как врачебные амбулатории) и полностью упразднены 8 ФАПов. Население района при этом уменьшилось с 18,5 тыс. чел. до 12,5 тыс. чел.

Финансирование ФАПов осуществляется за счет районного и поселкового бюджетов, амбулатории финансируются в рамках одноканаль-

ной системы финансирования за счет средств территориального ФОМС и бюджета.

В Чухломской ЦРБ проводятся ежемесячные совещания для фельдшеров, где обсуждаются организационные и финансовые вопросы, а также проводятся консультации по лечебным вопросам с врачами ЦРБ.

**Судайская врачебная амбулатория и Станция «Скорой помощи» (пос. Судай Чухломского района).** Судайская амбулатория является структурным подразделением МБУЗ «Чухломская ЦРБ» и финансируется за счет средств ОМС и бюджета Чухломского района (в рамках одноканальной системы финансирования). Штатное расписание амбулатории составляют врач общей практики – педиатр (заведующий амбулаторией), зубной врач, средний медицинский персонал (8 чел.), младший медицинский персонал (2 чел.), кассир (всего 13 чел.).

До 2009 года в пос. Судай располагалась участковая больница (МУЗ «Судайская районная больница №2»), в состав которой входили стационар круглосуточного пребывания на 20 коек (в том числе, 10 социальных коек), поликлиника с дневным стационаром на 1 койку и отделение скорой медицинской помощи на 1100 выездов в год. Больница была сокращена в связи с оптимизацией сети лечебно-профилактических учреждений в Костромской области. Сокращения участковой больницы и включение вновь созданной врачебной амбулатории в состав Чухломской ЦРБ, по мнению руководства муниципального района, проводилось с целью совершенствования работы учреждений здравоохранения района и улучшения управляемости здравоохранением района.

На сегодняшний день коечный фонд дневного пребывания в амбулатории – 4 койки, оплачиваемые за счет средств ОМС.

Участок, обслуживаемый амбулаторией, включает несколько сельских поселений и составляет 3600 человек, включая население пос. Судая (1700 чел.). Следует отметить, что до 1963 года территория, относящаяся к участку Судайской амбулатории, была отдельным административным районом.

План посещений в амбулатории превышает, но врача за это «хвалят и дают премии» (по словам фельдшера, заведующая амбулаторией зарабатывает около 20 тыс. руб. в месяц), что вызывает недовольство со стороны сотрудников «Скорой помощи», которые, в свою очередь, за превышение плана по выездам получают разве что замечания от руководства.

Зарплата младшего медицинского персонала в амбулатории равна минимальной оплате труда (4611 руб./мес. по состоянию на 01.06.2011 г.<sup>196</sup>).

А средняя зарплата фельдшера на «Скорой помощи» составляет около 8500 руб./мес., что соответствует зарплате фельдшера в ФАПе.

Судайская станция «Скорой помощи» является подразделением Чухломской станции «Скорой помощи», и финансируется из бюджета муниципального района. Штатное расписание отделения «Скорой помощи» включает трех фельдшеров и четырех водителей (на три машины).

План выездов «Скорой помощи» составляет 110 вызовов в месяц, но в действительности получается около 150–160 вызовов. Учитывая отдаленность (до 50 км) большого количества населенных пунктов Судайского района от районного центра (среднее качество дорог, дорожное покрытие – асфальтовое и грунтовое), больших ограничений по количеству вызовов пока нет.

В отчетности на станции «Скорой помощи» отдельно учитываются вызовы «по травмам» и все остальные. Так, с начала мая было совершено 70 выездов по травмам (в основном, бытовые). Количество прочих вызовов с февраля по май 2011 года составило 748 ед., то есть среднее количество вызовов в месяц составляет около 190–200 ед.

Больных по «Скорой помощи» доставляют в Чухлому. По словам одного из фельдшеров, в приемном отделении Чухломской ЦРБ иногда отказываются принимать пациентов («зачем везти их в больницу, пусть умирают дома»), часто перенаправляют в Галич (в основном, со сложными и срочными случаями). Больных средней тяжести, в том числе плановых, оставляют в Чухломской ЦРБ.

**Ножкинский ФАП (пос. Ножкино Чухломского района).** Ножкинский ФАП является структурным подразделением БМУЗ «Чухломская ЦРБ», финансируется полностью за счет бюджета поселения и района (в рамках одноканальной системы финансирования деньги перечисляются из бюджета ЦРБ и частично из бюджета поселения).

Ножкинский ФАП обслуживает участок численностью 360 чел. (официально зарегистрированных) и включает поселки Ножкино, Григорьево, Астапово, Васильевское, Аринино. Фельдшер отметила, что не все официально зарегистрированные жители проживают на участке, но в то же время в летний период приезжают «дачники» из Москвы и Санкт-Петербурга, которые в случае необходимости обращаются в ФАП. К фельдшеру также обращаются монахи из расположенного в границах поселения Авраамиево-Городецкого мужского монастыря.

В июне 2011 года начата работа по обустройству Ножкинского ФАПа в здании школы (здание, в котором ранее располагался ФАП, обветшало,

зимой замерзал водопровод, не было отопления). Для переезда ФАПа и обустройства в новом здании нужен был ремонт. Покупка сантехники и проведение электропроводки были оплачены за счет средств Чухломской ЦРБ. Остальные расходы (уборка помещения, покраска стен, замена окон) планируется покрывать за счет средств местных жителей и поселковой администрации. Крупные траты возлагают на ЦРБ, но с выделением средств пока затягивают.

В центре поселка у центрального магазина были расклеены объявления следующего содержания: «Просьба к населению оказать физическую и денежную помощь в проведении ремонтных работ для Ножкинского ФАПа (медпункта), который будет располагаться в помещении школы». По словам фельдшера, местные жители с пониманием относятся к тому, что на ремонт ФАПа нужно вкладывать собственные деньги, только несколько жителей были категорически против сдавать деньги. В результате «обхода» было собрано 15 тыс. рублей, на которые закупили краску.

В штате ФАПа с 1 июля 2011 года работает один фельдшер, санитарка сокращена<sup>197</sup>. В связи с этим нагрузка на фельдшера возрастает (влажная уборка в помещении, уборка снега в зимний период и проч.), но зарплата остается на прежнем уровне (около 9 тыс. руб./мес.). Рабочий день фельдшера начинается с 9:00, до 13:00 – прием пациентов, с 13:00 – вызовы на дому, патронажи детей до 1 месяца. Вызовы в соседние поселки она обслуживает пешком или на велосипеде.

Фельдшер принимает всех пациентов, независимо от наличия страхового медицинского полиса ОМС, так как количество посещений не влияет на зарплату (ведется ведомость приема пациентов, наличие ОМС не указывается).

В ФАПе есть аптечный пункт, где можно приобрести медикаменты (в наличии обязательный перечень лекарств, остальные привозятся под заказ пациентов). Фельдшер прошла обучение и получила лицензию фармацевта.

Вызов «Скорой помощи» недоступен для сельского населения: в экстренных случаях по вызову пациента сначала приходит фельдшер, затем при наличии необходимости случай согласовывается с врачом ЦРБ, где принимают решение, направлять или не направлять к больному машину «Скорой помощи».

В **Солигаличском муниципальном районе** были обследованы несколько сельских учреждений здравоохранения, включая врачебную амбулаторию и ФАПы.

По состоянию на июнь 2011 года в районе функционировали 12 ФАПов и 1 врачебная амбулатория в пос. Корцово. Участковые больницы были сокращены, в ближайшее время планируется упразднение еще 2–3 ФАПов. Среднее расстояние от административного центра (г. Солигалич) до ФАПа составляет 35 км.

В Солигаличской ЦРБ проводятся регулярные совещания (два раза в месяц) для фельдшеров, где обсуждаются организационные и финансовые вопросы, а также проводятся консультации по лечебным вопросам с врачами ЦРБ.

Отделение «Скорой помощи» базируется в г. Солигаличе, всего 2 машины выезжают на вызовы в поселения, находящиеся в радиусе 12 км от города. Поселения, расположенные далее 12 км от города, не обслуживаются солигаличской станцией «Скорой помощи», пациенты добираются, как правило, самостоятельно.

Примечательно, что лишь в 4 из 12 ФАПов и в амбулатории имеется централизованная телефонная связь, во всех остальных поселениях с фельдшером можно связаться по мобильному телефону, по телефонам поселковой администрации, почтового отделения, соседей фельдшера или по домашнему телефону (при его наличии).

В целях модернизации системы здравоохранения в течение ближайших 10 лет в районе планируется провести реконструкцию большинства оставшихся ФАПов в сельских поселениях.

В самих фельдшерско-акушерских пунктах о планах реконструкции в 2010–2012 годах ничего не слышали, а работы, намеченные на 2020 год, могут быть отменены за неимением к тому времени самих ФАПов.

**Лосевский ФАП (пос. Лосево Солигаличского района).** Лосевский ФАП является структурным подразделением МУЗ «Солигаличская ЦРБ», финансируется полностью за счет бюджета поселения и района (в рамках одноканальной системы финансирования деньги перечисляются из бюджета ЦРБ и частично из бюджета поселения). Фельдшер не владеет информацией о финансировании ФАПа, в разговоре упоминает, что все расходы осуществляются полностью «за счет больницы», о Костромском областном фонде ОМС также ничего не знает.

В штате числится только фельдшер (получала образование в Ярославле), санитарку сократили около года назад. С октября по май в ФАП нанимают помощника для обеспечения печного отопления и уборки снега в зимний период.

Количество посещений на приеме в ФАПе составляет около 15 чел. в день – это минимальный план, который исходит от Солигаличской ЦРБ. Реальное количество пациентов не было названо. Вызовы на дому занимают не менее часа на каждый вызов, так как пациенты – в основном пожилые люди, которых нужно выслушать, уделить внимание, поговорить с ними, оказав им, по сути, психологическую помощь. Всего бывает около 3–4 вызовов в день. Фельдшер добирается до пациента пешком или на велосипеде.

Прикрепленное население составляет около 300 человек, в основном люди пожилого возраста. Прикрепленные поселения – Новое Самылово, Старое Самылово, Тресково, Власьево и др.

График осмотра населения из ближайших сел включает только крупные поселения, в числе которых – Новое Самылово (в шаговой доступности Старое Самылово и Власьево), где фельдшер принимает и консультирует пациентов каждую неделю по вторникам в магазине. В другие поселения на прикрепленном участке фельдшер приходит только по вызову.

Ежегодный осмотр детей школьного возраста, который должны проводить врачи из Солигаличской ЦРБ, не осуществляется.

«Скорая помощь» в Лосево также не выезжает, за исключением крайних случаев, когда местные жители не могут справиться своими силами, найти транспорт и т. д. Тогда фельдшер может связаться с главным врачом Солигаличской ЦРБ, и после согласования вызывается машина «Скорой помощи» (самим главным врачом).

При необходимости фельдшер работает круглосуточно, ее личный телефон знают все местные жители и могут позвонить ей в любое время, так как других доступных специалистов нет, скорая помощь «изолирована» от населения.

При Лосевском ФАПе есть аптечный пункт, медикаменты в наличии – минимальный ассортимент от простудных и сердечных заболеваний. Необходимые лекарства фельдшер привозит под заказ местных жителей из муниципальной аптеки при Солигаличской ЦРБ, зарабатывая 6% от выручки.

**Починовский ФАП (пос. Большой Починок Солигаличского района).** Починовский ФАП является структурным подразделением МУЗ «Солигаличская ЦРБ». Прикрепленное население составляет 193 чел., из которых 17 чел. – жители деревни Лукино. Раньше к участку Починовского ФАПа были прикреплены 12 деревень.

В штате ФАПа осталась только фельдшер, санитарку сократили в 2010 году. Зарплата фельдшера составляет 6 тыс. руб., не считая над-

бавки по национальному проекту «Здоровье» для сельских специалистов – 3,5 тыс. руб.

«Скорая помощь» не выезжает, при необходимости жители заказывают себе такси, а несколько лет назад с транспортом помогал колхоз, который теперь на грани банкротства и проблемами местных жителей уже не интересуется. По словам фельдшера, за 33 года, которые она живет и работает в д. Починок, «скорая» сюда не выезжала.

Специалисты из Солигаличской ЦРБ приезжают не более двух раз в год, осматривают школьников (осенью) и проводят диспансеризацию населения.

Прием пациентов в ФАПе с 9:00 до 13:00, бывает около 8 – 10 пациентов в день, и около 5 вызовов на дом. Раз в два месяца фельдшер закупает медикаменты в солигаличской муниципальной аптеке при ЦРБ.

В **Островском муниципальном районе** было проведено интервью с фельдшером Щельковского фельдшерского акушерского пункта в пос. Щельково.

В целом, по Островскому муниципальному району по состоянию на декабрь 2011 года функционировали 19 ФАПов, являющихся структурными подразделениями МУЗ «Островская ЦРБ». Показатель районной обеспеченности больничными койками составляет 6 койко-мест на 1000 жителей, что существенно ниже (в 2,3 раза) нормативного показателя, равного 14 койко-мест на 1000 жителей. Нормативная потребность в стационарном обслуживании обеспечивается лишь на 43%. Работа фельдшерских акушерских пунктов также затруднена ввиду аварийного состояния большинства зданий, износ которых составляет от 80% до 100%, в связи с чем районной администрацией были запланированы мероприятия по реконструкции, строительству и модернизации учреждений муниципального здравоохранения на ближайшие 8 лет.

При осуществлении проверок исполнения законодательства, регламентирующего вопросы технического и санитарного состояния зданий сельских учреждений здравоохранения, чаще всего отмечаются следующие санитарно-эпидемиологические нарушения: площадь помещений ФАПов – менее установленной нормы, отсутствуют комнаты для хранения лекарственных средств и переодевания персонала, процедурные кабинеты не оборудованы дополнительными раковинами для мытья оборудования, возле имеющихся раковин отсутствуют дозаторы с жидким мылом и дезинфицирующими растворами, нет рассеивателей на потолочных светильниках, отсутствует специализированная медицинская

мебель, уборочный инвентарь не имеет четкой маркировки, отсутствуют источники естественной вентиляции, отсутствует освещение в некоторых помещениях, ветхое состояние полов и стен (сложности с проведением дезинфекции помещения) и др.

В результате подобных проверок и на основании выявленных нарушений районная прокуратура направляет в суд иски о возложении обязанности устранить выявленные нарушения санитарно-эпидемиологического законодательства. Многие главные врачи за неимением в бюджете больницы средств для устранения нарушений начинают долгую переписку с администрацией (о выделении средств) и органами прокуратуры (о том, что нарушения частично устранены), и это приносит свой результат: какое-то время проверяющие инстанции не беспокоят медицинские учреждения.

#### Частная медицина

В сфере частных медицинских услуг на территории Чухломского и Солигаличского районов работают стоматологи (частный зубоортопедический кабинет в г. Чухломе) и врач-невролог (медицинский кабинет врача-невролога в г. Солигаличе). Помимо этого платные официальные и неофициальные услуги оказывают медицинские специалисты ЛПУ «Санаторий им. А.П. Бородина» в г. Солигаличе (гинеколог и стоматолог принимают платно всех желающих, пациентов санатория – бесплатно), медицинские специалисты Санатория «Щельково» Союза театральных деятелей РФ в д. Щельково Островского района, а также гинеколог в Чухломской ЦРБ.

С определенной периодичностью (один-два раза в год) в районы приезжают представители медицинских центров из Москвы и Санкт-Петербурга, проводят диагностику (стоимость услуг от 600 до 2400 руб.). Для приема пациентов приезжие специалисты договариваются с главными врачами и арендуют помещения в ЦРБ, другие – в гостиницах.

Большая часть жителей обращается за консультацией к специалистам-«гастролерам» хотя бы однократно, хотя все понимают, что результата не будет, так как это лишь диагностика, а не лечение («попробовать интересно всем»). Остальные относятся к диагностам с недоверием: «Организм весь больной, что его проверять, тем более – платно».



Довольно популярны услуги частных, «кодирующих» от алкоголизма. В г. Чухломе также называли фирму, специализирующуюся на контактных линзах, которая регулярно приезжает в город, принимает заказы и привозит оплаченный товар.

**Частный зубоорудительный кабинет в г. Чухломе.** В кабинете работают два стоматолога и медсестра, являющаяся хозяйкой кабинета. До открытия своего дела она училась в Костромском медицинском училище, затем несколько лет работала в детском отделении в Чухломской ЦРБ, которое впоследствии было закрыто. Помещение кабинета находится в частной собственности и также принадлежит хозяйке.

В кабинете могут оказываться услуги доврачебной медицинской стоматологической помощи и терапевтические услуги. Конкуренции с муниципальным стоматологическим кабинетом практически нет: в больнице оказывают более широкий спектр стоматологических услуг, включая хирургические, а также там больше площадей, необходимых для приема детей до 14 лет. Но в частном кабинете – современное оборудование и хорошие материалы для лечения, доступные цены, возможность записаться на прием по телефону, а также обратиться за помощью в любое время («бывают и ночные вызовы, приходится открывать кабинет»), все это привлекает пациентов.

Ценовая политика в частном кабинете «всех устраивает», среди пациентов и молодые, и пожилые жители. Многие чухломичи, дети которых учатся в больших городах, приезжая домой, обращаются к стоматологу, в том числе и в нерабочее время за дополнительную плату. Этим, возможно, обусловлено повышение спроса на стоматологические услуги в летний сезон. Для постоянных клиентов предусмотрены скидки и особые условия (профилактические осмотры проводятся бесплатно).

Отношения с районной больницей скорее партнерские: муниципальные стоматологи нередко сами направляют своих пациентов в частный кабинет, чтобы поставить «красивую» пломбу. В то же время у частного кабинета заключен договор с ЦРБ на услуги рентген-кабинета.

Плановые проверки бывают раз в три-четыре года. Проверяющие инстанции (в том числе Роспотребнадзор) «всегда пытаются к чему-то придраться, но требования новых СанПиНов практически невыполнимы». После одной из таких проверок в кабинете запретили принимать детей до 14 лет, так как для этого положено выделить отдельный кабинет, чтобы детский прием осуществлялся изолированно. Так как в суще-

ствующем здании сделать новый кабинет не представляется возможным, детей-пациентов направляют к больничному стоматологу. Однако со слов хозяйки кабинета становится понятно, что при необходимости она бы не отказала в приеме ребенку с острой зубной болью.

Получение лицензии по-прежнему остается для хозяйки кабинета «головной болью» – «государство и чиновники все придумывают какие-то новые требования и предписания», одно из которых практически невыполнимо. Требование заключается в том, что во главе частного стоматологического кабинета должен быть специалист с высшим медицинским образованием, а у хозяйки – только среднее. В Костромской области таких стоматологических организаций несколько, но организовать с ними работу требуемым образом практически невозможно.

Однако проблемы с лицензированием есть и в муниципальной больнице. Не исключено, что больничные помещения у стоматологов также признают негодными для приема и лечения детей. В 2011 году проверка миновала ЦРБ, и они смогли какое-то время работать спокойно.

Отчетность стоматологического кабинета в государственные и муниципальные структуры ограничена бухгалтерскими сведениями и данными о штатной численности. Медицинская составляющая работы кабинета (количество пациентов, заболевания) никого не интересует.

Хозяйка кабинета отметила, что в последние годы среди пациентов наметилась тенденция внимательного отношения к собственному здоровью: приходят на профилактические осмотры, приводят детей.

**Частный медицинский кабинет врача-невролога в г. Солигаличе.** Кабинет врача-невролога принимает ежедневно с 9:00 до 14:00, вызовы на дом – с 15:00, а также по субботам с 10:00 до 13:00. Врач арендует комнату в гостинице на втором этаже. Этот специалист пользуется успехом у местного населения, его знают не только в Солигаличе, но и в сельских поселениях. Однако за время приема бывает около 3–4 пациентов в день, не более двух вызовов в сельской местности в месяц.

До открытия частного кабинета доктор работал в Солигаличской ЦРБ. Частной практикой решил заниматься в связи с низким заработком и большим объемом работы в больнице (около 6 тыс. руб., по его словам). В своем кабинете, принимая не более 4 пациентов в день, он зарабатывает больше.

Цены на платные услуги согласовывались с лицензионным отделом Департамента здравоохранения Костромской области. При этом врач не занимается больничными листами, говорит, что для этого нужны допол-

нительные лицензии. Однако помимо приема в своем кабинете у него заключены договоры с военкоматом и детским домом<sup>198</sup>.

Собственное увольнение из больницы врач не считает большой проблемой, так как «отношения с руководством не испортились». Более того, в некоторых случаях его приглашают в больницу консультировать сложные случаи, так как его первая специализация – нейрохирургия (в Солигалич приехал из Костромы по распределению).

**Лечебно-профилактическое учреждение «Санаторий имени А.П. Бородина»<sup>199</sup>.** Санаторий был открыт в 1841 году, и расположен в самом центре г. Солигалича. С 1970 года санаторий находится в ведении Костромских профсоюзов, которые владеют 85% акций санатория.

Лечебный источник минеральной воды был открыт в 1832 году. В середине XIX века на его основе было организовано водолечебное заведение, ставшее впоследствии санаторием им. А.П. Бородина. Богатая история этого санатория на протяжении 180 лет свидетельствует о действительно положительном лечебном эффекте.

На сегодняшний день санаторий специализируется на лечении заболеваний костно-мышечной системы и соединительных тканей, заболеваний нервной системы, гинекологических и кожных заболеваний. Вместимость санатория – 120 мест, номерной фонд нуждается в ремонте и реконструкции (некоторые здания санатория построены в конце XIX в.). В 2010 году администрацией района были запланированы и частично реализованы мероприятия по строительству грязелечебницы санатория на 8 ванн (силами самого санатория), а к 2020 году – строительство дополнительного корпуса на 180 мест.

Работу санатория регулярно проверяют различные инстанции, от пожарников до районной прокуратуры. По словам директора санатория, «они требуют выполнения того, что выполнено быть не может».

В штате санатория работают терапевт, гинеколог, педиатр, главный врач, средний и младший медицинский персонал. Заработная плата врачей составляет около 10 тыс. руб., у среднего медперсонала – около 6,5 тыс. руб., что сопоставимо с заработком медицинских специалистов в ЦРБ. Ранее при санатории работал даже салон красоты, но впоследствии он был закрыт.

Основная масса отдыхающих – пациенты из Костромской и Ивановской областей, других регионов России, и даже иностранцы. Значительная группа отдыхающих приезжает из г. Кинешмы отдельным автобусом, хотя в первые поездки отсюда приезжало всего две семьи, – срабатывает «сарафанное радио». По соглашению с региональным отде-

лением Фонда социального страхования в санатории проходят курсы лечения льготники – дети, инвалиды (всего около 30 путевок в год). Местные жители покупают «курсовки» – лечение без питания и проживания.

Заполняемость санатория в «пустые» периоды – не более 60%, доходы, полученные при этом, лишь покрывают расходы на обогрев с помощью котельной и прочие траты. Однако в периоды осенних и зимних каникул, а иногда и летом, свободных мест нет. Один из опрошенных жителей сказал, что в последние годы наполняемость санатория снизилась: раньше бывало 400 отдыхающих в месяц, а теперь не более 100 человек.

Курс лечения составляет 21 день, однако с учетом особенностей инфраструктуры санатория (отсутствие централизованного отопления и канализации) руководство вынуждено держать низкие цены «на грани окупаемости», а также продавать неполный курс лечения. Вместо полного курса можно приобрести отдельно лечение без проживания и питания или приобрести частичное питание и проживание, в том числе и без лечения. Иными словами, в санаторий можно попасть как по направлению от лечащего врача, так и частным образом. При отсутствии санаторно-курортной карты пациент должен пройти платное предварительное обследование, состоящее из приема врача (консультации), общего анализа крови, общего анализа мочи, ЭКГ (стоимость обследования – 500 руб.).

По словам главного врача, единичные консультации и оказание отдельных медицинских услуг не приветствуется, так как это невыгодно (полный курс лечения стоит на порядок дороже), но, тем не менее, перечень и стоимость процедур существует, а значит, при необходимости их также можно приобрести.

Помимо Санатория им. А.П. Бородина организация профсоюзов Костромской области владеет еще 4 курортными учреждениями: «Волга», «Колос», «Костромской» и Санаторий им. Ивана Сусанина. Один из санаториев, «Костромской», расположен в 4 км от Костромы на берегу Волги. Вероятно, именно из-за его удобного расположения, в 2011 году было принято решение о перепрофилировании санатория под объекты социального строительства (детский сад, школа, поликлиника, центр досуга, жилые дома). То есть территория санатория вместе с прилегающей лесопарковой зоной станет новым микрорайоном разрастающейся Костромы, о чем свидетельствуют изменения в Генеральном плане застройки города: «территорию, занятую ЛПУ «Санаторий для лечения родителей с детьми “Костромской”» установить как зону смешанной застройки раз-

личной этажности, рекреационную зону санатория сохранить вместе со скважинами минеральной воды для населения»<sup>200</sup>.

Кстати, сам А.П. Бородин, ученый, доктор медицинских наук и композитор, проводивший всестороннее исследование солигаличских минеральных вод и их целительной силы, писал в своем отчете: «Здесь, как и при всяком лечении, прежде всего, должно иметь в виду общее здоровье пациента, ибо, в строгом смысле, мы никогда не лечим болезни, но лечим больного. Поэтому нельзя также назначить и строго определенных правил для методического употребления каких-либо минеральных вод: для каждого частного случая бывает нужно изменить эти правила, соотносясь с данными условиями»<sup>201</sup>.

Основная масса отдыхающих в санатории (по наблюдениям в лечебных корпусах и столовой) – это женщины старше 40 лет (более 80%), реже встречаются молодые девушки и семейные пары, а также несколько мужчин старше 50 лет.

Несмотря на то, что деревянные корпуса санатория не слишком ухожены, с ремонтом периода начала 90-х годов, отсутствием кабинок для переодевания в процедурных кабинетах, отлетевшей в некоторых местах плиткой, солигаличский курорт производит впечатление улея, – организации, в которой кипит жизнь. Так, по вечерам территорию санатория объезжает полицейская машина, доска объявлений на дверях столовой пестрит объявлениями о продаже сувениров (вышитые картины, художественная резьба по дереву), работе студии красоты и маникюра, о магазинах одежды, верховой езде, экскурсиях в Солигаличский краеведческий музей им. Г.И. Невельского и поездках на церковную службу в мужской Свято-Покровский Авраамиево-Городецкий монастырь.

Культурная программа в санатории также пополняется за счет работы внутренней библиотеки, клуба, где проходят настольные игры и танцевальные вечера для взрослых и детей, видеосалона.

Из разговоров с местными жителями и медсестрами санатория выяснилось, что в последние годы солигаличане стали охотно покупать курсовки (процедуры без проживания и питания), а к гинекологу и стоматологу, работающим в санатории, многие ходят частным образом, минуя санаторную кассу. Таким образом, санаторий является важнейшим социальным объектом в городе, предлагает гибкий перечень медицинских услуг для местного населения, а также является своего рода «градообразующим предприятием», привлекающим в город стабильный дополнительный доход, благодаря отдыхающим.

Статистические данные за период с 1990 по 2007 год свидетельствуют о повышении экономической значимости санатория в г. Солигаличе: объем платных санаторно-оздоровительных услуг превышает медицинские услуги в среднем в 4 раза.

#### АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В качестве альтернативных источников здравоохранения в Костромской области были рассмотрены различные формы самолечения, а также специфические учреждения социальной направленности, в штате которых есть медицинские специалисты.

В понятие самолечения местные жители вкладывают несколько понятий, включая следование народным рецептам («если болит зуб, надо надавить спичкой на подушечку пальца и держать, боль пройдет»), чтение публикаций, посвященных здоровью в периодических изданиях<sup>202</sup> (газеты «Зеленый доктор» «ЗОЖ», «1000 советов» и проч.) и Интернете<sup>203</sup>, самостоятельную постановку диагноза и назначение медикаментозного лечения (прислушиваясь к рекламе и рекомендациям фармацевтов и провизоров), траволечение (активно покупают травяные сборы в аптеке или собирают самостоятельно в сельской местности). При этом более 70% респондентов в изученных районах доверяет нетрадиционной медицине и знахарству.

Врач-стоматолог в г. Чухломе высказалась о том, что «самолечение распространено значительно, и будет распространяться все больше и больше, если у нас будет такое в больницах... Политика нашего государства направлена на уничтожение медицины в таких маленьких городах и сельских поселениях, нас хотят полностью уничтожить: нам негде получить квалифицированную медицинскую помощь и негде рожать. В таком протяженном районе, где людям только до Чухломы добираться 60–70 км, им еще приходится ехать в Галич».

В последние годы в городских поселениях начали появляться салоны красоты, в основном оказывающие маникюрные услуги. Причем «красота» со «здоровьем» никак не связана и является, скорее, показателем социального статуса. В г. Солигаличе, например, работают 4 салона красоты, все они принимают только по записи, так как мастера иногда совмещают работу в салоне красоты и в других учреждениях. В одном из

них мастер по маникюру – учитель рисования в школе, художник по образованию, говорит, что спрос на маникюр повышается («на маникюр приходил даже мужчина, большой директор»), в день она обслуживает в среднем 2 чел., в предпраздничные дни 5–6 чел., однако осваивать технику педикюра не торопится, предполагает, что это не будет пользоваться спросом.

Наибольшими приверженцами «здорового образа жизни» оказались работники Солигаличского культурно-досугового центра. Они рассказали о наличии в городе зимнего катка на р. Костроме, волейбольной, футбольной и лыжной секций в школе (школьный учитель по труду организует для школьников и всех желающих походы и речные сплавы), о проведении городских спортивных мероприятий («Мама, папа, я – спортивная семья», Солигалич-Трофи). При этом они негативно высказались о знахарстве, подкрепив свою позицию верой в Бога. Вообще, мнение о знахарях у верующих, в том числе самих священников, расходятся: одни ассоциируют знахарей с колдунами, а это все «от лукавого», и значит, «плохо», другие считают, что если знахарь наделен силой «свыше», использует природные средства и не прибегает к «темным силам», значит обращаться к его помощи можно, и в этом нет ничего предосудительного.

Некоторые жители считают, что количество верующих постепенно возрастает, к Православной церкви стали обращаться молодые люди. Однако в г. Чухломе подобных тенденций нет, особой набожностью чухломичи, в отличие от солигаличан, не отличаются.

Священник в г. Солигаличе говорил о том, что на службы приходят не более 1–2% населения («такая статистика соблюдается почти всегда и везде»), а по большим праздникам – до 200 человек (около 3%). Тем не менее, в городе служат уже трое священников, ведется реставрация Собора Рождества Пресвятой Богородицы XVII века. Об организации медицинской помощи священник отозвался негативно: «Болезнь в нашем городе нельзя, лечить некому будет», но при этом сказал, что люди могут обратиться за помощью к Богу.

В справочной книге «Краткие статистические сведения о приходских церквях Костромской епархии» собраны рассказы священнослужителей об исцеляющих святынях костромских церквей (чудотворные иконы, животворящие кресты, святые мощи, целебные источники), об исцелении от болезни после причащения и искренней молитвы. Вот наиболее яркие примеры подобных историй:

- в Николаевском храме с. Рылеево Галичского уезда находилась икона «Святых семи отроков Ефесских», найденная в 1790 году над сводами церкви. Жители села и соседних приходов (особенно женщины с большими младенцами) приходили в церковь для молитв пред этой иконой. Древний крест «около 11,4 вершков со святыми мощами», переданный в Николаевский храм в 1854 году, помещался в одном киоте с иконой святых отроков и при служении водосвятным молебном погружался в освящаемую воду, которую богомольцы брали в свои дома для употребления больными;
- в Крестовоздвиженской (Борисоглебской) церкви г. Солигалича особенно почитались икона Божьей Матери и старинная икона Бориса и Глеба, «которых в простонародье называли святыми головами и которым молятся от головной боли»;
- в Покровском храме с. Ножкина Чухломского уезда хранилась местночтимая святыня – храмовая икона Покрова Пресвятой Богородицы, «пред которою служатся молебны по усердию болящих, причем некоторые, с верою притекающие, получают исцеления», из которых наиболее выдающиеся «числом 37 засвидетельствованы и записаны»;
- в Воскресенском храме с. Федорова Костромского уезда пред иконой «Всех скорбящих Радость», почитаемой местной святыней, матерям было принято молиться о здравии больных детей;
- в часовню, расположенную в четырех верстах от Успенской церкви с. Тетеринского Нерехтского уезда и в четверти версты от г. Нерехты и построенную в честь явления и обретения нерехтчанами чудотворной иконы Владимирской Божьей Матери, которая в 1634 году была помещена во Владимирскую церковь г. Нерехты, местные жители приходили с больными и младенцами, чтобы помолиться об их здравии;
- в Архангельской церкви с. Ильинского-Голобухиных-на-Тезе Нерехтского уезда особым почитанием пользовалась икона Спасителя, которая со времени устройства храма в 1812 году даровала чудесные и скорые исцеления «с верою и усердием притекающих к ней, одержимых недугами душевными и телесными»;
- в Покровской церкви на Удгоде Буйского уезда местночтимой святыней являлась икона Покрова Божьей Матери, написанная «по обещанию поручика Степана Степановича Жадновского» в 1702 году. В 1848 году во время свирепствовавшей в приходе холеры, поражавшей смертью целые семейства, икона была носима по всем селениям прихода, и холера вскоре прекратилась. В память об этом усердием прихожан была сдела-

на серебряная риза с чеканной надписью: «Сия риза сделана... в воспоминание избавления от холеры в 1848 году»;

- в Благовещенской церкви на р. Сендеге Буйского уезда хранился «весьма почитаемый прихожанами и окрестным населением образ Божьей Матери «Недремлющее око» (этот образ составлял снимок с такого же образа Божьей Матери, находившегося у госпожи Федеровой, родовая усадьба которой находилась недалеко от церкви). Эта икона, по свидетельству госпожи Федеровой и по верованию местных жителей, являлась чудотворной, и «чудеса, бывшие от нее, описаны в особой брошюре, хранимой в церкви».

Вернемся к теме церковных традиций. Интересные результаты показал опрос жителей Костромской области об использовании крещенской воды в течение года<sup>204</sup>: 38% респондентов – пили ее, 21% – смазывали ею больные места и делали компрессы, 11% – сбрызгивали себя и родных от сглаза, 9% – сбрызгивали квартиру; 6% – умывались ею, 13% – не использовали или поливали цветы. Это говорит о том, что большая часть опрошенных верующих не исключает наличия целебной силы в крещенской воде.

Крайние религиозные приверженцы, отрицающие официальную медицину, нам не встречались, однако недалеко от Авраамиево-Городецкого монастыря расположено «закрытое» село Святицы Чухломского района, где проживают староверы, конфликтующие с местным православным приходом и содержащие свой интернат. На кого он рассчитан и кто там проживает, узнать не удалось, но одна из жительниц с. Святицы, крайне недоброжелательно среагировавшая на появление чужаков, сказала, что в интернате нет медицинских специалистов, и в больницу они не обращаются.

**Учреждения социального обслуживания населения.** В Чухломском и Солигаличском районах работает несколько учреждений социального обслуживания.

ОГУ «Солигаличский комплексный центр социального обслуживания населения» предоставляет социальные услуги без обеспечения проживания. В своей работе КЦСОН регулярно взаимодействует с районной больницей по следующим вопросам: направление детей в санаторные учреждения (районный педиатр предоставляет список из 200 – 300 детей, нуждающихся в оздоровлении); накануне Дня Победы ветеранов и пожилых людей возят на диспансеризацию; «устраивают» в больницу пожилых

людей, нуждающихся в медицинской помощи. Для детей из неблагополучных семей КЦСОН организует приезды врача-нарколога из г. Иваново, совместно с районной больницей для них разрабатываются программы реабилитации. По правилам Солигаличского КЦСОНа, перед оформлением надомного обслуживания для пожилых людей они проходят медосмотр в ЦРБ (больных туберкулезом и с умственными отклонениями не берут).

ОГУ «Воньшевский дом-интернат для инвалидов и престарелых» в д. Воньшево Солигаличского района на 60 мест создан для постоянного проживания одиноких граждан пенсионного возраста, сохранивших полную или частичную способность к самообслуживанию в быту и нуждающихся в создании условий для самоорганизации основных жизненных потребностей. В доме-интернате работает терапевт на полставки, совмещающая ее с работой в Солигаличской ЦРБ.

Отделение временного проживания граждан пожилого возраста и инвалидов в д. Великово на 12 мест при КЦСОН г. Солигалича создано в связи с увеличением числа одиноких инвалидов и пенсионеров в районе, проживающих в благоустроенном частном жилье, в поселениях, где отсутствуют медицинское обслуживание, дорожная и другая связь. Однако и пожилые люди должны отдавать за проживание в отделении 75% своей пенсии. В отделении работает медсестра, которая числится в штате Солигаличского КЦСОН, и фельдшер, обслуживающий постояльцев отделения временного проживания по договору между КЦСОН и ЦРБ.

ОГУ «Солигаличский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» в д. Самылово на 10 мест создан для обеспечения временного проживания несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и социально-опасном положении, оказания комплексной медико-социальной, психолого-педагогической помощи и правовой помощи несовершеннолетним и их родителям и проч.<sup>204</sup>

ОГУ «Чухломский комплексный центр социального обслуживания населения» включает в себя отделение психологической помощи семье и детям, отделение срочного социального обслуживания и отделение социального обслуживания на дому (оказание социально-бытовых, социально-медицинских, гигиенических, правовых и экономических услуг на дому). На сегодняшний день в составе Чухломского КЦСОНа не осталось интернатов и отделений временного проживания<sup>206</sup>, а в штате центра – медицинских специалистов. Вместе с тем, Чухломский КЦСОН активно взаимодействует с районной ЦРБ по вопросам проведения медицинских осмотров перед постановкой пожилых граждан на надом-



ное обслуживание (инфекционных и лежачих больных не берут, так как им нужен постоянный уход и медицинская помощь). Социальный центр также содействует своим подопечным в получении санаторно-курортного лечения, в обеспечении стационарного лечения в больнице, им оказываются бесплатные транспортные услуги при переезде в другие социальные учреждения (интернат в г. Галиче или интернат в г. Солигаличе) при наличии соответствующего направления.

Таким образом, пожилые люди (преимущественно, городские) и другие льготные категории граждан имеют косвенный доступ к медицинским услугам через комплексные центры социального обслуживания населения. Дети дошкольного возраста и учащиеся в общеобразовательных учреждениях также имеют дополнительный источник медицинских услуг благодаря тому, что в штатах детских садов и школ, как правило, есть ставки медсестер. К примеру, в медицинский кабинет в средней школе г. Солигалича обращаются около 30 учащихся в день из 691 (4%, незначительная часть из них – симулянты) и около 5 учителей в день из 50 (10%). На закупку медикаментов школа выделяет 1000 руб. в месяц, которые медсестра расходует самостоятельно под расчет. Во внеурочное время к школьной медсестре обращаются знакомые, соседи, учителя (измерить давление, сделать уколы и проч.).

**Аптеки и аптечные пункты.** В г. Чухломе и Чухломском районе работают две городские аптеки, частная и муниципальная, частный ветеринарный аптечный пункт, аптечный пункт в пос. Судая (филиал муниципальной аптеки), участковая ветлечебница в пос. Судая, два районных ветучастка и два ветпункта. В г. Солигаличе более трех точек продажи медикаментов, круглосуточных аптек нет, однако некоторые фармацевты по просьбе соседей или знакомых могут открыть аптеку и отпустить необходимое лекарство. В городе также расположены частный ветеринарный аптечный пункт, ОГУ «Солигаличская районная станция по борьбе с болезнями животных», включая ветеринарную лабораторию, 2 участковых ветлечебницы и 4 ветеринарных участка по Солигаличскому району.

Муниципальная аптека в г. Чухломе (МУП «Районная аптека №30») расположена рядом с ЦРБ, что обеспечивает поток посетителей из больницы с назначениями от врача и бесплатными льготными рецептами (часть прибыли учреждения уходит в районный бюджет). Производством растворов и мазей аптека уже давно не занимается. Помимо наиболее распространенных лекарственных средств (от простудных и сер-

дечно-сосудистых заболеваний) определенным спросом пользуются препараты, применяемые при онкологических заболеваниях. Рост числа последних отмечают многие костромские медики.

Частный аптечный пункт (ООО «Коммерсант») существует в г. Чухломе уже более 13 лет, других частных аптек никогда не было, но местные жители говорят, что двух пунктов продажи медикаментов им достаточно. Помимо аптечного пункта фирма ООО «Коммерсант» владеет другими торговыми точками в городе, в основном, продуктовыми и хозяйственными магазинами.

Ассортимент частной аптеки несколько шире, чем в муниципальной, однако здесь стараются закупать только самые ходовые лекарства, так как дорогие не раскупаются, а врачи их, как правило, не назначают. По словам фармацевта, они не отпускают наркоманам болеутоляющие и психотропные препараты, а «если те ведут себя буйно, вызывают милицию, которая обычно не приезжает». Это в очередной раз подтверждает, что в малых городах фармацевты в меньшей степени руководствуются получением прибыли, нежели в крупных городах.

Цены в частной аптеке стараются держать чуть ниже, чем в муниципальной, но посещаемость обеих аптек примерно равная (около 200 человек в день). Скидочная система для постоянных покупателей или пенсионеров отсутствует, что объясняется использованием простой кассы («если бы был компьютер, то было бы проще со скидками работать»).

Периодически фармацевт ООО «Коммерсант» проходит курсы повышения квалификации (стоимость курсов оплачивается наполовину аптекой и самим фармацевтом). Посетители часто приходят за консультацией, но «поболтать» идут только в муниципальную аптеку (фармацевт приехала из Костромы более 20 лет назад, но, несмотря на это, местное общество ее так и не приняло).

Монополия муниципальной (районной) аптеки в г. Солигаличе закончилась в середине 90-х годов, когда через нее закупались все городские учреждения. В настоящее время большинство учреждений закупается у поставщиков, но среди клиентов муниципальной аптеки остаются школы, детские сады, частично сельские ФАПы и Санаторий им. А.П. Бородина.

График работы муниципальной аптеки (МП Солигаличского района «Аптека №38» и аптечный пункт) – 6 дней в неделю, по будням с 10:00 до 18:00, а по субботам с 10:00 до 14:00, с обеденным перерывом. Аптека расположена рядом с ЦРБ, а аптечный пункт – в центре. Основные клиенты аптеки – пациенты, идущие из больни-

цы с назначениями и рецептами, но по субботам сюда практически не заходят (в больнице никого нет, аптека расположена далеко от центра города). Филиальный аптечный пункт хотя и находится в центре города, не выдерживает конкуренции с частными аптеками: бедный ассортимент, скромное помещение, отсутствие кассового аппарата (сумму покупки рассчитывают на счетах), в день сюда обращаются не более 60 человек.

Ежедневное количество посетителей в муниципальной аптеке – чуть более 100 чел., покупатели заходят сюда каждые 5–7 минут. Большинство приходит покупать медикаменты, а не получать их по бесплатным выписанным рецептам, поскольку многие уже отказались от соцпакета и монетизировали свои льготы (если необходимые лекарства недороги, то их выгоднее покупать). В отличие от других аптек в городе, здесь предоставляется 3% скидка пенсионерам (ранее устраивались акции в День пожилого человека и День Победы), но сейчас задумываются о том, чтобы отменить льготы, так как прибыль в аптеке невелика.

Наибольшим спросом пользуются медикаменты, в том числе рекламируемые по телевидению или в печатных изданиях (распространены жалобы на гипертонию, простудные и сердечно-сосудистые заболевания, опорно-двигательный аппарат и суставы), травяные сборы, реже БАДы. В связи с распространенным увлечением народными рецептами, клиенты часто спрашивают не конкретное лекарство, но просят порекомендовать то, в составе которого есть, к примеру, ромашка или шиповник (узнав о целебных свойствах отдельных компонентов, ищут лекарства, в состав которых они входят).

Производство собственных лекарственных форм значительно сокращено: раньше в значительных объемах изготавливали различные растворы для больницы, а теперь производят только то, «что нестерильно» (детские капли, мази, растворы, микстуры).

В частной аптеке, расположенной в центре г. Солигалича, представлен огромный ассортимент товара, включая лекарственные средства, медицинскую технику для бытового использования, косметические средства и продукты питания (диетические, детские и проч.). Хозяйка аптеки вместе со своим мужем содержит также ряд продуктовых магазинов и пилорам.

В связи с большим наплывом посетителей и хорошим спросом аптека работает ежедневно с 8:00 до 18:00, и в выходные с 8:00 до 15:00, без обеденного перерыва. Посещаемость частной аптеки держится

на уровне 200–300 чел. в день, к окошку постоянно образуются очереди.

По словам фармацевта, посетители довольно часто заменяют посещение врача походом в аптеку «посоветоваться», но из-за очередей времени на отвлеченные беседы обычно нет. Сами фармацевты отмечают, что люди нередко приходят за «модным» рекламируемым лекарством или дорогими медикаментами, прописанными врачом. По возможности, они предлагают замену в виде более дешевых средств с аналогичными активными компонентами.

Ценовая политика частной аптеки отличается от муниципальной только на отдельные виды лекарств, поэтому однозначно сказать, в какой из аптек дешевле или дороже, не представляется возможным.

По результатам опросов в местах продажи медикаментов можно сделать вывод о том, что в случае заболевания (точнее, при проявлении болевых синдромов, повышения температуры) люди обратятся скорее в аптеку, чем в больницу, это быстрее и проще, особенно при условии очередей или отсутствия медицинских специалистов в районных ЛПУ. Вместе с тем, фармацевты обладают достаточными знаниями, чтобы оказать своим клиентам минимальную консультацию и даже назначить определенное лекарство. Сами фармацевты, в основном, мало осведомлены о работе больниц и лечатся самостоятельно.

\* \* \*

Подробный анализ медицинских учреждений и других институтов поддержания здоровья на территории нескольких муниципальных районов Костромской области позволяет сделать несколько выводов, касающихся непосредственно системы муниципальных лечебно-профилактических учреждений, а также общественного восприятия системы здравоохранения.

В структуре муниципальных учреждений здравоохранения произошли заметные изменения в распределении региональных ресурсов. Так, в центральных районных больницах продолжается сокращение коек круглосуточного стационара, в то время как в крупных городских округах формируются межрайонные «зональные» больницы, где количество коек увеличивается, равно как и поток финансовых ресурсов.

Сельские учреждения здравоохранения остаются «за бортом» реформирования, а обеспечение их деятельности осуществляется по остаточному принципу, так как они в принципе не рассматриваются в каче-

стве отдельных структурных единиц системы здравоохранения. Информация о принципах работы и финансирования доходит до врачей общей практики и фельдшеров, руководящих амбулаториями и ФАПами, в ограниченном объеме. Они в большинстве случаев не знают, кто финансирует их деятельность, как рассчитывается объем зарплат и т. д. Главные врачи районных ЦРБ, как правило, ограничиваются установлением планов приема пациентов и вызовов на дом для сельских врачей и фельдшеров.

В то же время аналогичная информационная «блокада» распространяется и на самих главных врачей районных центров со стороны руководства регионального департамента или крупных районных больничных учреждений<sup>207</sup>.

Опыт получения лечебно-профилактических и санаторных услуг в Костромской области показал, что санаторные учреждения вследствие отсутствия конкуренции со стороны других муниципальных лечебно-профилактических учреждений играют важную роль в социально-экономической жизни поселений, в которых они расположены, и в близлежащих муниципальных районах.

В связи со значительными ограничениями сельских жителей в получении профессиональной медицинской помощи стремительно и стихийно распространяются различные формы самолечения. Знахарство в малых городах остается «природным даром» и в своем большинстве искренним стремлением оказания помощи, а не средством заработка.

## АЛТАЙСКИЙ КРАЙ

*Июль 2011 года*

Полевые исследования в Алтайском крае проводились на территории Чарышского муниципального района. Он расположен в южной части края, в приграничной зоне с Казахстаном (около 40 км), включает 9 муниципальных образований, объединяющих 32 населенных пункта, общей протяженностью 120 км (площадь района – 6881 км<sup>2</sup>). Общая численность населения по результатам переписи 2010 года – 12,3 тыс. чел. Чарышское сельское поселение является административным центром района, в 310 км от Барнаула, с общей численностью населения 3,4 тыс. чел.

В связи с большой удаленностью сельских поселений от районного центра и слабой дорожной инфраструктурой Чарышский район рассматривался в качестве примера организации сельского здравоохранения на труднодоступных и приграничных территориях с учетом повсеместного распространения траволечения и других народных методов.

Доля сельского населения в Алтайском крае почти вдвое больше, чем в целом по России, а плотность населения – низкая, при условии большого количества труднодоступных населенных пунктов, что обуславливает наличие малых по мощности лечебно-профилактических учреждений с ограниченным числом медицинских специалистов.

Протяженность Чарышского района, а также его значительное удаление от регионального центра формирует острую необходимость в обеспечении автономии и самодостаточности системы муниципального здравоохранения. Дополнительная нагрузка на учреждения здравоохранения может быть также связана с туристической активностью в летний сезон. В то же время региональная политика по сохранению структуры сельских учреждений здравоохранения не предусматривает каких-либо особых привилегий для отдаленных горных муниципальных районов, что подтвердилось в ходе исследования.

### ГОСУДАРСТВЕННОЕ (МУНИЦИПАЛЬНОЕ) ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НА УРОВНЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА

**МУЗ «Чарышская центральная районная больница».** В подчинении Чарышской ЦРБ находятся 24 подразделения, включая 3 участковые больницы (пос. Малый Башчелак, пос. Маяк, пос. Маралиха), 2 врачебных амбулатории (пос. Тулата, пос. Сентелек) и 19 ФАПов. Некоторое время назад обсуждался вопрос о репрофилировании участковых больниц, в том числе в хосписы, но пока они сохранены без изменения статуса и функционала.

Прикрепленное население МУЗ «Чарышская ЦРБ» – 12,3 тыс. человек, при этом в районе отмечают большое количество родов – около 200 в год. Для сравнения, в соседнем Усть-Каламанском районе – всего 15–20 родов в год.

Кочный фонд ЦРБ составляет 112 коек круглосуточного стационара, 8 коек дневного стационара и 8 коек при поликлинике (все койки финансируются через ТФОМС). В стационаре есть небольшое туберкулез-

ное (4 койки) и гинекологическое отделения. Лаборатория в ЦРБ выполняет практически весь комплекс необходимых анализов, за исключением тестов на гормоны щитовидной железы.

На протяжении нескольких лет количество коек в стационаре сокращалось (например, в отделении терапии два года назад было 45 коек, а стало 37), но закрывать какие-либо отделения не планируется, в том числе и по причине удаленности и труднодоступности Чарышского района.

Очереди на стационарное лечение существуют, но они «терпимые»: в терапевтическом отделении очередь по плановой госпитализации составляет не более 10 дней. При этом план по койко-дням в стационаре не выполняется, то есть пациентов меньше чем нужно, из-за чего больница недополучает финансирование. Получается парадокс: коек заведомо мало (об этом свидетельствуют очереди на плановую госпитализацию), но больница не может выполнить начертанный территориальным фондом ОМС план (не хватает «нужных» пациентов и произведенных медицинских операций).

Основной прием в больнице ведется с 08:00 до 14:00, 15:00 или 16:00, а поликлиника работает с 08:00 до 18:00, однако на некоторых кабинетах висит индивидуальное расписание (например, на двери окулиста написано, что врач принимает с 09:00 до 17:00, а «по вторникам с 14.00 до 15:00 проводит медицинский осмотр здоровых детей»). Обеспеченность кадрами в больнице – на среднем уровне, не хватает среднего медицинского персонала, дополнительного хирурга (хирург в штате больницы выполняет функции онколога на 0,5 ставки), гинеколога, второго невролога, офтальмолога, эндокринолога. В поликлинике работают 15 специалистов, в том числе 2 участковых терапевта, 3 педиатра, невропатолог, гинеколог, психиатр, фтизиатр, дерматолог, физиотерапевт, врач-ЭКГ, ЛОР-врач, окулист, кардиолог. Многие специалисты совмещают работу в поликлинике и в стационаре.

В трудовом коллективе много врачебных династий: стоматологи, окулисты (врач и дочь-фельдшер). Однако молодых специалистов очень мало. В администрации ЦРБ говорят о необходимости разработки программы на уровне Чарышского района по привлечению молодых медицинских специалистов и предоставлению им «социального пакета» (предоставление жилья, льгот, повышение квалификации). В 1990-е годы медицинским специалистам еще предоставлялись льготы по ЖКХ, но позже они были отменены.

Заработная плата молодых специалистов составляет около 6–7 тыс. руб., у врачей поликлиники с большим стажем работы – 15–20 тыс. руб. (с учетом федеральных доплат некоторым специалистам по нацпроекту «Здоровье»). Врачи в стационаре зарабатывают на порядок меньше, чем врачи на приеме в поликлинике, к тому же они лишены федеральных надбавок. Так, медсестра в поликлинике зарабатывает 12–13 тыс. руб., а врач (заведующий отделением) в стационаре – 8,5–9 тыс. руб. Помимо работы в поликлинике и стационаре, врачи осматривают детей в селах и деревнях, куда выезжают не чаще одного-двух раз в год.

Надбавки к зарплате узких специалистов в рамках региональной программы модернизации здравоохранения выплачивали второй месяц (по данным на 08.07.2011 г.), но до конца процесс выплат еще не был урегулирован («все что-то пересчитывают, считают, а врачи возмущаются, что надбавки такие маленькие»).

По мнению представителя администрации ЦРБ, руководителями федерального и регионального органов управления здравоохранением реализуется осознанная политика «истребления» узких специалистов и смещения акцентов на стационарозамещающие методы и услуги в центральных районных больницах (сокращение круглосуточных коек в пользу дневного стационара, амбулаторного и домашнего лечения). Началось это именно с введением надбавок определенным категориям врачей по нацпроекту «Здоровье». В связи с этими изменениями становится понятной и «зарплатная» логика: если врачи в стационаре впоследствии будут не нужны, значит, и платить им можно меньше уже сейчас, стимулируя их работу. Неравенство заработных плат врачей является серьезной проблемой в настоящее время.

Однако наибольшее недовольство среди врачей вызывает постоянный рост бумажной работы (амбулаторные карты, истории болезней, журналы приема, рецепты, документы строгой отчетности, планы по объему оказания медицинской помощи и т. д.). С начала 2005 года, когда началась программа льготного лекарственного обеспечения, усложнилось оформление льготных рецептов, а в поликлинике ввели «здоровый день», четверг, исключительно для обслуживания льготников и осуществления медосмотров, так как врачи не справлялись с объемом работы («один из терапевтов тогда даже уволился»). После того, как наплыв льготников спал, в «здоровый день» стали принимать пациентов в привычном режиме. В 2011 году ввели новый порядок выдачи больничных листов: теперь новые бланки заполняются не в реги-

стратуре, а самими врачами, а ошибка или пометка в нем влечет за собой ворох других бумажных процедур, поскольку это документ строгой отчетности.

Что касается обеспечения льготными медикаментами по программе ДЛО, то негласных ограничений по стоимости выписываемых лекарств нет, зато есть ограничения по их количеству. Региональным льготникам в основном предоставляются медикаменты для лечения диабета и астмы. В Алтайском крае действует зональное распределение оказания специализированной помощи, существуют межрайонные специализированные медицинские центры (например, в Алейске). Однако в Чарышском районе предпочитают отправлять сложных пациентов сразу в краевые медучреждения в г. Барнаул. В экстренных случаях вызывают вертолет санавиации со специалистами медицины катастроф.

Система предоставления высокотехнологичной помощи, по мнению врачей, функционирует исправно, и за последние несколько лет стала в какой-то степени более доступной пациенту. Однако это требует известной настойчивости как со стороны самого пациента, так и его лечащего врача.

В 2011 году финансирование ЦРБ осуществлялось по-прежнему из ТФОМС и бюджета района. В рамках Федерального закона РФ от 08.05.2010 года №83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» ЦРБ остается бюджетным учреждением.

Взаимодействие ЦРБ с ТФОМС происходит по-прежнему «на бумаге»: электронная цифровая подпись не работает, все документы (счета-реестры) сдаются в бумажном виде. По мнению заместителя главного врача, «информация отстает от реальной жизни, информация и действительность – несопоставимы». С 2011 года действует электронная запись в краевые медучреждения (записывают лечащие врачи на местах).

Платных услуг в ЦРБ немного, в основном это медосмотры, справки, анализы и исследования. Санитарные книжки бюджетникам оформляются бесплатно. Цены на платные услуги установлены минимальные из-за низкой платежеспособности населения. Однако умеренная ценовая политика – скорее особенность Чарышского района и руководства ЦРБ, так как в других районах цены, как правило, выше. В то же время помещения поликлиники охотно сдаются в аренду: здесь располагаются муниципальный аптечный пункт (МУП «Чарышская Фармация»), частный

аптечный пункт «Аптека «Здоровья», изготовление очков «Оптика», печатный киоск.

Платное обслуживание также касается пациентов, не имеющих полисов ОМС. Согласно приказу МУЗ «Чарышская центральная районная больница» от 16.03.2009 года №103 «Об установлении стоимости приема врачей для лиц, не имеющих страховые медицинские полисы», стоимость приема врача-специалиста при прохождении медицинского осмотра составляет 83 руб. 36 коп., флюорография – 36 руб. 00 коп., ЭКГ – 35 руб. 94 коп., зубной врач – 40 руб. 82 коп.<sup>208</sup> Прейскурант цен на платные услуги для пациентов без полиса ОМС был согласован с заместителем администрации района, председателем комитета по экономике и управлению имуществом.

Вместе с тем на стенде поликлиники вывешены и другие документы, например Постановление Администрации Чарышского района Алтайского края от 28.02.2011 №144 «Об утверждении цен на платные медицинские услуги, оказываемые МУЗ «Чарышская ЦРБ»<sup>209</sup>, в котором с 1 марта 2011 года были утверждены стоимость медицинского осмотра водителей индивидуального транспорта – 282 руб. (98 руб. для пенсионеров) и стоимость медицинского осмотра лиц, приобретающих оружие, – 191 руб. Соседнее объявление на информационном стенде датировано 14 апреля 2005 года и содержит информацию о Распоряжении Администрации Чарышского района Алтайского края №136-р, которое устанавливает новые цены на ультразвуковые исследования (по желанию граждан) с 01.04.2005 года – от 57 руб. до 247 руб. (в зависимости от вида исследования).

В то же время прејскурант на стоматологические услуги ЦРБ подписан только экономистом ЦРБ.

Таким образом, ценообразованием в ЦРБ занимаются совершенно разные структуры от администрации и внутренних подразделений самой больницы до главы администрации Чарышского района. При этом в Чарышской ЦРБ существует внутренний документ о правилах предоставления платных медицинских услуг (дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи) в ЛПУ Чарышского района. В частности, в положении сказано:

– предоставление платных медицинских услуг населению осуществляется при наличии у них сертификата и лицензии на избранный вид деятельности (профилактической, лечебно-диагностической, зубопротезной);



– перечень и цены на платные медицинские услуги устанавливаются в соответствии с законодательством РФ и согласовываются с Администрацией района;

– оплата медицинских услуг производится в банках или в лечебном учреждении с выдачей кассового чека;

– предоставление платных медицинских услуг оформляется договором, в котором указываются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права и обязанности сторон.

«Клиентская» модель обслуживания пациентов и сокращение бумажной волокиты в ЦРБ на сегодняшний день не достижимы. Однако это политика «сверху», а не инициатива администрации ЛПУ.

Среди объявлений на стенде регистратуры поликлиники встречаются и такие, что не соответствуют действительности и противоречат действующему законодательству. Так, объявление о том, что с января 2011 года страховые полисы становятся недействительными, противоречит Федеральному закону от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Нормативно установлен срок замены полисов старого образца на новые до 1 января 2014 года, о чем гласит другое объявление в поликлинике – от страховой компании (ООО «Росгосстрах-Медицина»).

При этом в большинстве случаев в объявлениях отсутствуют ссылки на конкретные нормативные правовые акты, и сотрудники больницы трактуют их по своему разумению. Однако на практике пациенты принимаются как с полисами старого образца, так и без врачебного приема и соблюдения прочих требований. Возникает ощущение, что объявления висят не для пациентов, а ради соблюдения неких требований вышестоящих организаций<sup>210</sup>.

В рамках финансирования мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи по Программе модернизации здравоохранения Алтайского края на 2011–2012 годы были разработаны методики распределения финансов между муниципальными районами и городскими округами, а также оплаты труда медицинских специалистов с элементами бюджетирования, ориентированного на результат<sup>211</sup>. Однако несмотря на наличие методики расчета стимулирующих надбавок, в региональных средствах массовой информации сообщают о фиксированных доплатах врачам (до 6,4 тыс. руб.) и средним медицинским специалистам (до 4 тыс. руб.)<sup>212</sup>. Таким образом, эти и другие надбавки являются скорее «статичными», нежели стимулирующими, и зависят лишь от нагрузки

(ставки) и специальности. Например, губернаторские надбавки молодым врачам сельской местности и малых городов со стажем работы менее трех лет – 2 тыс. руб., и хирургам, анестезиологам и реаниматологам – 5 тыс. руб., а также медсестрам указанных категорий – 1 тыс. руб.

Общее направление регионального реформирования системы здравоохранения включает в себя открытие межрайонных центров, оказывающих специализированную помощь, и диагностических кабинетов по кардиологии и пульмонологии, перевод муниципальных ЛПУ в статус бюджетных учреждений (муниципальные аптеки необходимо либо продать, либо передать в краевую собственность), развитие сельских учреждений здравоохранения (увеличение числа офисов врачей общей практики и врачебных амбулаторий)<sup>213</sup>. Примечательно, что все финансирование сферы здравоохранения в Алтайском крае связывают с партией «Единая Россия» и ее партийным проектом «Качество жизни. Здоровье», включая саму программу модернизации<sup>214</sup>.

Между тем, единственным видимым объектом «модернизации» в сфере здравоохранения в Чарышском районе является строящееся здание новой районной поликлиники на 250 посещений в смену (объявленная стоимость строительства составляет 135 млн руб.)<sup>215</sup>. Причем финансирование строительства осуществляется за счет региональной Губернаторской программы «75 x 75» при поддержке той же партии «Единая Россия»<sup>216</sup>. Новое здание поликлиники запланировано к сдаче в августе 2012 года, а о дальнейшем использовании имеющегося здания пока неизвестно.

Следует отметить, что удовлетворенность граждан предоставлением медицинских услуг зависит, прежде всего, от профессионализма персонала учреждения здравоохранения и индивидуального отношения к пациенту, а не от качества ремонта. Так, по словам редактора чарышской общественно-политической газеты «Животновод Алтай», от жителей района в редакцию поступают в основном письма благодарности отдельным врачам, заведующей отделением или всему отделению в целом («особенно благодарили терапевтическое отделение»). Положительные отзывы чаще всего поступают от пенсионеров, «они много времени проводят в больнице, знают всех поименно». Жалобы на врачей поступают редко, всего 2–3 раза в год, чаще жалуются на работу «Скорой помощи» в сельской местности: «“Скорая” не приехала, человек умер от сердечного приступа».

Действительно, единственная станция «Скорой помощи» в районе находится в Чарышском сельском поселении (2 машины) и обслуживает

лишь ближайшие поселения (пос. Чарышское, пос. Сваловка, пос. Комедатка, пос. Красный Партизан). В другие села машины «Скорой помощи» практически не выезжают, за исключением подтвержденных фельдшерами экстренных случаев.

Специалисты компании «Росгосстрах-Медицина» говорили в интервью, что с апреля по июнь 2011 года были зафиксированы лишь обращения пациентов по поводу возврата денег за лекарства, которые были приобретены за свой счет для лечения в стационаре (суммы варьируются от 800 до 11 тыс. руб.).

Работа самих страховых медицинских организаций на территории Чарышского района устроена по типу курьерской службы (сотрудники страховых компаний приезжают только для сбора заявлений от жителей и выдачи готовых полисов ОМС)<sup>217</sup>. В самом поселении находится офис одной компании – «Росгосстрах-Медицина». Именно к ней администрация Сентелекского сельсовета советовала обратиться для срочного получения полиса в объявлении: «Уважаемые жители села, в связи с проведением медицинского обследования населения на территории Администрации сельсовета тем, кто не имеет полиса обязательного медицинского страхования, необходимо срочно обратиться в офис Чарышского филиала ООО «Росгосстрах-Медицина». При себе иметь следующие документы: паспорт, пластиковую карточку, свидетельство о рождении и паспорт одного из родителей (для детей). Необходимо обратиться лично или по доверенности. Выписывают временное удостоверение в день обращения».

Алтайский территориальный фонд обязательного медицинского страхования, филиал которого есть и в пос. Чарышском, также проводит активное информирование о получении полисов ОМС, в том числе в сельских поселениях, что не встречалось ранее в других регионах. В Чарышской больнице и сельских фельдшерско-акушерских пунктах развешены объявления о правилах и условиях получения страховых полисов, где, в частности, говорится, что «выдача полисов осуществляется филиалами-представительствами фонда в городах и районах края». В объявлениях также приводятся перечни документов для получения полисов различными категориям населения. Работающее население, хотя и косвенно, но может через своего работодателя выбрать страховую медицинскую организацию из числа работающих на территории Алтайского края (ООО «СМК «РЕСО-МЕД», ООО СК «ИНТЕРМЕДСЕРВИС-СИБИРЬ», ЗАО «Страховая группа «Спасские ворота-М», ООО СМК «Седар-М», ОАО

СМО «Сибирь», ЗАО «КапиталЪ Медицинское страхование», ЗАО МСК «Солидарность для жизни», ООО «РГС-Медицина»), а неработающих граждан обязуют получать полис в представительствах ТФОМС, хотя во всех районных центрах края работают офисы страховых компаний.

#### СЕЛЬСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

В Чарышском муниципальном районе были обследованы Сентелекская врачебная амбулатория и два фельдшерских акушерских пункта – Березовский и Покровский.

Следует отметить, что политика Алтайского края в сфере здравоохранения направлена на сохранение существующей сельской структуры медицинских учреждений. Более того, ФАПы не сокращаются без формального согласия населения (что не встречалось в других регионах). Идея формирования домовых хозяйств в удаленных поселениях, ответственных за оказание первой медицинской помощи, при отсутствии ФАПа, рассматривается негативно в силу снижения качества услуг, отсутствия первичного диагностирования и возможности оказания квалифицированной экстренной медицинской помощи. Приоритет развития сельского здравоохранения в Алтайском крае также подтверждается включением в мероприятия по модернизации капитального ремонта нескольких десятков ФАПов.

Заместитель главного врача Чарышской ЦРБ оценивает доступность помощи узких медицинских специалистов для сельского населения как низкую по причине отдаленности поселений, слабой дорожной инфраструктуры, значительного сокращения межпоселенческих автобусных маршрутов и дороговизны билетов (один маршрут в день 1–2 раза в неделю; стоимость поездки на автобусе от Сентелека до Чарышского – 120 руб., на такси – 600–700 руб.). В результате, около 60% пациентов ЦРБ – жители районного центра, и 40% – сельское население (при соотношении населения районного центра к сельскому – 3,4 тыс. к 8,9 тыс. чел.).

**Сентелекская врачебная амбулатория, пос. Сентелек Чарышского района.** Сентелекская амбулатория является подразделением (филиалом) Чарышской ЦРБ и обслуживает прикрепленный участок с населением 1348 чел. в 4 поселениях (пос. Сентелек, пос. Аба, пос. Машенка, пос. Покровка). По документам фельдшерские пункты есть во всех прикрепленных поселениях, но в действительности это фиктивные ФАПы, где

нет ни здания, ни фельдшера, существующие только на бумаге, поскольку их содержание в столь малонаселенных пунктах нерентабельно. Формально функционирующий ФАП остался в пос. Покровке, но фельдшер приезжает туда всего несколько раз в неделю, так как живет в пос. Сентелеке. В других поселениях сохранились только ветхие «избушки» фельдшерских пунктов, которые уже не используются. Возможно, несуществующие ФАПы были необходимы для выполнения нормативов для прохождения процедуры лицензирования центральной районной больницы.

Несколько раз в месяц заведующая Сентелекской амбулаторией объезжает прикрепленные поселения и принимает население (в пос. Абе отдаленностью 19 км врач принимает пациентов в коридоре конторы совхоза, так как здание ФАПа для этого не пригодно).

В штате Сентелекской врачебной амбулатории работают 6 медицинских специалистов, включая заведующую амбулаторией (врач общей практики), медсестру-врача общей практики, зубного врача высшей категории (по совместительству фармацевт в аптеке при амбулатории), двух фельдшеров, детскую медсестру.

С понедельника по пятницу с 09:00 до 13:00 в амбулатории ведется прием пациентов, с 13.00 до 14:00 – перерыв на обед и с 14:00 до 17:12 – работа на вызовах и прикрепленных участках (суббота и воскресенье – выходные дни). Один из пациентов в очереди к врачу прокомментировал график работы амбулатории следующим образом: «С утра почти всегда работают, а после обеда уже никого не найти».

Посещаемость в амбулатории, в среднем, чуть выше, чем в фельдшерском пункте, и достигает 12–15 чел. в день, бывают небольшие очереди, а средний прием длится 15–20 минут. Значительная часть времени приема уходит на бумажную работу. На каждого пациента врач вручную заполняет около 6 разных документов (амбулаторная карта, реестр ОМС, талон амбулаторного пациента, в некоторых случаях – талоны для льготников или листы временной нетрудоспособности и проч.).

В амбулатории осталась всего одна койка дневного стационара, которая оплачивается из собственных средств ЛПУ, она используется для плановых процедур. Машина медицинской помощи в Сентелеке используется, в основном, для хозяйственных и административных нужд, в том числе, по договоренности с администрацией или школой, реже – в качестве машины «Скорой помощи». В основном станция «Скорой помощи» в пос. Ча-

рышском не выезжает дальше границ Чарышского поселения и ближайших сел. Такие же машины есть и в других селах, но в амбулатории сталкиваются с проблемой по обеспечению бензина: раньше выдавали средства на покупку 400 литров на месяц, теперь хватает только на 100–150 литров. По словам заведующей, по завершению рабочего дня амбулатории в 17:12 при необходимости на этой машине могут увезти пациента в Чарышское, однако это происходит чрезвычайно редко.

Местные жители утверждают, что в больницу все едут на своих машинах или на попутках, «скорой помощи нет».

Беременных женщин направляют рожать в Чарышскую ЦРБ, но бывают случаи, когда рожают в амбулатории. Это чаще всего социально неблагополучные семьи («Сами не работают, живут на деньги, которые платят за детей, пьют, за детьми не следят, кто им какую одежду даст, кто накормит»).

Простейшие стоматологические услуги оказываются в амбулатории (удалить зуб, поставить простую пломбу) зубным врачом со средним стоматологическим образованием высшей квалификации, но люди обращаются сюда не часто, поэтому зубной врач совмещает работу фармацевта в аптеке. Сложные процедуры, в том числе удаление нервов, здесь не производится, так как нет соответствующего оборудования, и пациентов направляют к чарышскому стоматологу в ЦРБ.

Все услуги амбулатории оплачиваются за счет средств ОМС, однако некоторые пациенты пользуются ее услугами без наличия полиса на бесплатной основе. С 1998 по 2009 год в амбулатории функционировала платная пантолечебница, на которой амбулатория зарабатывала около 350–400 тыс. руб. в месяц. Половина дохода уходила на оплату сырья в совхоз, а оставшиеся деньги тратили на зарплаты, ремонт и обустройство ЛПУ.

Услуги пантолечебницы были востребованы (в начале 1990-х гг. за контроль над ней «соперничали несколько бандитских группировок»), но когда очередная лицензия закончилась и получить новую не удалось (изменились условия получения лицензии, «региональные органы управления и руководство больницы были против»), половина помещения амбулатории, где располагалась пантолечебница, осталась пустовать. В аренду их сдать не смогли из-за необходимости привлечения оценочной комиссии, услуги которой стоят около 20 тыс. руб.

Иных платных услуг в амбулатории не оказывали, однако в помещении развешена реклама медицинских центров «Пигмалион» и «Гала-

тея», специалисты которых периодически принимают в пос. Чарышском (лечение заболеваний позвоночника, прием и консультация узких специалистов).

По мнению врача амбулатории, работающей здесь около 15 лет, среди местных жителей растает заболеваемость сахарным диабетом, а «статистика по онкологии не ведется» (хотя по образованию заведующая амбулаторией – терапевт-онколог). При этом отмечается увеличение рождаемости («аисты нас охраняют»), что связано с тем, что много молодежи остается жить в селе, а некоторые, уехавшие в большие города, не прижившись, возвращаются обратно. Рабочих мест в районе не много (два предприятия лесхоза на 30 рабочих мест, маслосырзавод на 40–50 рабочих мест, сфера муниципальных и частных услуг, предприятие «Сельхозтехника» недавно закрылось). Величина средней зарплаты составляет 5–7 тыс. руб., но жители успешно занимаются разведением домашнего скота, сбором целебных трав и т. д. Дома в селе, в основном, крепкие, заброшенных зданий мало, численность семей – от 2 до 4 чел. и более (например, трудовая династия семьи Петуховых), одиноких стариков значительно меньше, чем в центральной полосе России.

Социальная значимость амбулатории высока: «Врачи как-то помогают, если уже припечет, жена, вон, который год ходит лечиться, состояние не улучшается, благо, что хуже не становится», «Помогают назначением лекарств взрослым и детям, лечат или удаляют зубы». Некоторые жители, сравнивая уровень услуг врача и знахарки, отметили, что «лучше обратиться к нашему врачу, «бабка» лечит в основном испуги и заговоры, если верить, то помогает».

**Покровский ФАП, пос. Покровка Чарышского района.** ФАП в пос. Покровке обслуживает население поселка (340 чел.), однако постоянно работающего фельдшера здесь нет, как и аптечного пункта, и своего автотранспорта<sup>218</sup>.

Согласно графику работы ФАПа, фельдшер должна принимать пациентов каждый будний день с 9.00 до 17.00, однако, по словам местных жителей, она приезжает в Покровку из Сентелека по определенному расписанию. Возможно, по такому же принципу работают и другие фельдшерские пункты в поселениях, входящих в состав Сентелекского сельсовета.

В момент посещения ФАПа он был закрыт на протяжении нескольких недель, так как фельдшер находилась в отпуске, а на двери оставлена записка: «Фельдшер в отпуске, на вызов звонить Надежде Сергеевне

по номеру...» Сами жители сказали, что в случае необходимости они могут обратиться к бывшей медсестре Люсе, проживающей в пос. Покровке, «она делает уколы почти всей деревне». Во всех остальных случаях за медицинской помощью и лекарствами нужно ехать в пос. Чарышское или в пос. Сентелек (к врачу, в аптеку) на собственном транспорте или с кем-то из соседей (маршрутное такси выезжает в пос. Чарышское один раз в неделю).

**Березовский ФАП, пос. Березовка Чарышского района.** ФАП обслуживает пос. Березовку с прикрепленным населением 710 чел. (фактически проживают около 630 чел.), из которых 167 чел. – дети до 18 лет. В остальных поселениях, входящих в состав Березовского сельсовета, есть свои фельдшерские акушерские пункты (пос. Майорка, пос. Комендантка).

В штате ФАПа работают фельдшер, медсестра, санитарка, водитель и истопник (ставки санитарки и истопника довольно редкие в современных ФАПах по причине экономии средств, здесь сокращать не планируют). Фельдшер получает ежемесячную федеральную доплату – 3500 руб., медсестра – 2500 руб.

ФАП работает в будние дни с 09.00 до 17.00, включая перерыв на обед с 13.00 до 14.00, процедуры и патронажи на дому с 12.00 до 13.00. Количество посещений в день обычно достигает 10–15 человек, в дни прививок – до 60 чел. в день (стоимость прививки от энцефалитных клещей для взрослых – 150 руб., для детей – бесплатно). В ходе приема заполняются амбулаторные карты (в ФАПе и ЦРБ они дублируются), реестр амбулаторного приема, журнал посещений, сельская картотека, районная картотека по прививкам и проч. Когда приходит много пациентов, фельдшер не успевает заполнять все бумаги на приеме, дописывает позже. В ФАПе принимают всех желающих, в том числе без полиса ОМС, хотя официальные объявления на дверях пункта гласят о необходимости приносить на прием страховые медицинские полисы, страховые свидетельства государственного пенсионного страхования и паспорт.

В целом, фельдшер считает, что люди стали много болеть, а многие заболевания «помолодели». Сами местные жители отмечают участвовавшие врожденные заболевания (высказывают предположение, что инвалиды рождаются от того, что в деревне нередки случаи браков между троюродными и четвероюродными братьями и сестрами), другие говорят о том, что в селе проживают инвалиды с психическими заболеваниями, родственники которых не направляют их на лечение.

В связи с низкой платежеспособностью населения лекарства в аптеке при ФАПе до сих пор отпускались местным жителям в долг, но в связи с тем, что аптека может быть закрыта из-за несоответствия новым требованиям лицензирования (нет соответствующих условий для хранения медикаментов, отсутствует холодильник), теперь продажу «в долг» не практикуют («долги закрыты, в долг не даем с мая месяца»).

Взаимодействие фельдшерского пункта с ЦРБ включает в себя ежегодный диспансерный осмотр школьников врачами чарышской больницы, ежемесячное проведение «конференций» для сельских фельдшеров, направление пациентов на консультации и плановое лечение в Чарышскую ЦРБ («направляем без проблем, в госпитализации нам не отказывают»). К примеру, в июне 2011 года в Чарышскую ЦРБ из Березовского ФАПа на консультацию были направлены 12 чел., а госпитализации бывают гораздо реже.

Фельдшерская машина УАЗ при оказании «Скорой помощи» практически не используется, жители рассказывают, что «машина почти всегда без бензина стоит», и в некоторых случаях пациенты сами «достают» бензин, чтобы доехать до больницы (так как заправки в селе нет, бензин приходится собирать «всем селом»), рейсовый автобус до Чарышского бывает здесь дважды в неделю. По словам фельдшера, машину используют в экстренных случаях для транспортировки больного в Чарыш, а обычные вызовы на дом обслуживаются пешком.

Несмотря на то, что имущество ФАПов находится на балансе ЦРБ, сельская администрация сохраняет с фельдшерскими пунктами дружеские взаимоотношения: предоставляет место в своем гараже для фельдшерского УАЗа взамен на мелкие услуги для своих сотрудников (справки и проч.). При этом косметический ремонт в помещении ФАПа его работники делали своими силами и за свой счет, ни ЦРБ, ни сельсовет в этом помочь не смогли.

#### Частная медицина

Коммерческое здравоохранение в Чарышском районе представлено отдельными «гастролирующими» специалистами и клиниками из г. Барнаула, а также услугами пантолечения в пос. Сентелеке.

В чарышской районной газете «Животновод Алтая»<sup>219</sup> регулярно публикуются рекламные объявления представителей частной медицины следующего содержания:

- прием доктора из Барнаула, предоставляющего услуги по кодированию от алкоголизма (до двух объявлений ежемесячно);
- проведение «Психотерапевтической коррекции» (публикуется периодически на протяжении двух лет, в Чарышском есть человек, ведущий запись на лечение и принимающий заявки от пациентов);
- проезд специалистов из барнаульского центра «Добрый доктор» (реклама публикуется ежемесячно);
- проезд специалистов барнаульской клиники «Пигмалион» (реклама публикуется периодически).

Помимо этого, в Чарышский район, по словам местных жителей, периодически приезжают диагностические медицинские центры, которые проводят «комплексную диагностику всего организма», мануальный терапевт («останавливается и принимает пациентов в гостинице») и даже экстрасенсы<sup>220</sup>. Рассказывают, что несколько лет назад в район на отдых приезжал еще один мануальный терапевт из г. Барнаула, он также платно лечил людей.

По мнению участкового терапевта, если условия работы в Чарышской больнице будут ухудшаться, то «не останется ничего другого, как уволиться и открыть свое дело», хотя есть некоторые опасения по поводу прибыльности частной практики. Своим пациентам терапевт не советует обращаться к приезжающим специалистам частных клиник, поскольку низко оценивает качество их лечения и экономит деньги своих пациентов («деньги будут потрачены напрасно»).

Регулярно приезжающая в пос. Чарышское клиника «Добрый доктор» (г. Барнаул) принимает пациентов в Чарышской районной поликлинике по субботам и воскресеньям<sup>221</sup>. В составе группы врачей-специалистов: офтальмолог, уролог-андролог, эндокринолог, онколог-маммолог, кардиолог, гастроэнтеролог, невропатолог, ортопед-травматолог, гинеколог, ЛОР-врач; проводятся срочные лабораторные исследования, УЗИ, ЭКГ, гастроскопия (ФГС). При наличии полиса ОМС, паспорта, СНИЛС, талона-направления от врача Чарышской ЦРБ или «Доброго доктора» пациенты могут получить некоторые виды медицинских услуг бесплатно, например удаление кожных образований (невусы, бородавки, папилломы, шипицы, родинки) радиохирургическим аппаратом или лазером и гастроскопическое исследование. Для привлечения большего числа клиентов в рекламе центра сказано, что инвалидам 1 и 2 групп и ветеранам предоставляются льготы, а непосредственно на приеме врачи проводят отбор пациентов на бесплатные операции и диагнос-



тические исследования в клинике «Добрый доктор» в Барнауле по полисам ОМС.

Другая частная клиника – «Пигмалион», имеющая сеть филиалов в Барнауле, специализируется на восстановительной медицине, реабилитации и лечении заболеваний позвоночника<sup>222</sup>. В структуре клиники был открыт медицинский центр «Галатея», где консультируют специалисты узкого профиля: лор, сердечно-сосудистый хирург, терапевт, гинеколог, уролог, гастроэнтеролог, кардиолог. Услуги клиники включены в программу ТФОМС, и ее специалисты регулярно приезжают в районы ограниченным составом и проводят диагностику организма, включая лабораторные исследования, УЗИ и проч.

Специалисты частных барнаульских клиник, как правило, принимают пациентов в помещении районной поликлиники по договоренности с главным врачом, стоимость первичного приема составляет 500 руб.

**Пантолечебницы в пос. Сентелеке.** Пантолечение основано на использовании пантового сырья (молодые неороговевшие рога марала) и других продуктов пантового оленеводства, обладает многогранным действием на организм человека, в том числе считается эффективным методом профилактики преждевременного старения, укрепления иммунной системы, восстановления нервной системы, радикулита, болезней суставов, сердца и проч. На основе вытяжки из неороговевших рогов марала проводят пантовые ванны, которые можно принимать, по словам местных специалистов, без назначения врача.

Предложение услуг в сфере пантолечения включает в себя несколько пантолечебниц в пос. Сентелеке и продажу пантогематогена.

Одна из пантолечебниц принадлежит местным предпринимателям, однако сельские жители относятся к ней отстраненно и ревностно. По всей видимости, услуги пантолечебницы предоставляются туристам в комплексе услуг сельского туризма компанией «Sentelek Tour». Стоимость курса из 10 процедур составляет 6500 руб., длительность одной процедуры – около 30 минут.

Наиболее известная в пос. Сентелеке и Чарышском районе пантолечебница организована врачом Сентелекской амбулатории, которая практикует пантолечение более 12 лет. После того как в амбулатории было закрыто отделение пантолечебницы, врач открыла частную лечебницу у себя дома: построен дом для проживания туристов, оборудованы помещения для пантовых ванн. Пантолечение оказывается в рамках индивидуального предпринимательства в сфере гостиничных услуг. Основ-

ные клиенты лечебницы – туристы из Барнаула, Новосибирска, Москвы и других городов, отдельные пациенты приезжают сюда регулярно на протяжении нескольких лет.

Сырье для ванн врач закупает в конце весеннего периода у «проверенных людей» на мараловодческой ферме в пос. Покровке, вторая пантолечебница закупает сырье там же. Пантовые ванны – сезонная услуга, оказываемая всего несколько месяцев в году, с июня по август (хотя в некоторых пантолечебницах благодаря «современным технологиям приготовления пантового сырья» ванны проводятся круглогодично). Стоимость курса лечения составляет от 18 до 25 тыс. руб. (в зависимости от платежеспособности клиента), а его себестоимость не превышает 14 тыс. руб. В связи с высокой стоимостью процедур местные жители ими практически не пользуются. Более того, распространено мнение, что пантолечение – развлечение для богатых туристов, а для местных – возможность дополнительного дохода от продажи сопутствующих товаров и услуг (сборы лекарственных трав, молочные продукты, транспортные услуги, аренда жилья). При этом «эксклюзивные» процедуры в пантолечебницах заменяются употреблением пантогематогена или пантового порошка. Большая часть местных жителей утверждают, что они регулярно или периодически пьют пантогематоген для здоровья, и знают, где и у кого его можно выгодно купить.

#### АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Уникальные природные рекреационные ресурсы Алтайского края обуславливают распространенность альтернативных методов лечения и поддержания здоровья: соляные озера и лечебные грязи в степной зоне, уникальные травы в предгорье и тайге, травы-медоносы, панты и много другое.

Лекарственные средства, изготавливаемые из пантов (пантокрин, пантогематоген), принимают для долголетия и общего стимулирования организма, а также для допинга спортсменов. Солонowodных рачков артемий используют в косметологической промышленности. Мед из горных долин Кумира, Коргона и Сентелека когда-то поставлялся к царскому столу и теперь пользуется хорошим спросом. Многообразие уникальных трав (золотой корень, красный корень, маралий корень, эфедра, горечав-

ка и др.) служит основой для распространения практики траволечения и сбора трав на продажу. Знахарство, довольно распространенное в Чарышском районе, не связано напрямую с траволечением, и скорее является «традиционным» смешанным комплексом простейших лекарственных, религиозных, эзотерических и магических методов. Возрастание авторитета фармацевтов и провизоров и увлечение медикаментозным самолечением также характерно для жителей Чарышского района.

Востребованность профильной периодической литературы, по данным сотрудников почтовых отделений, держится на уровне 10 экземпляров на каждую газету или журнал в розничной продаже. Некоторое количество периодики распространяется по подписке («Айболит», «Твое здоровье», «Вестник здоровья», «Лечитесь с нами», «Вестник ЗОЖ» и др.), при условии, что большинство из них выходят дважды в месяц. Основными покупателями периодики о здоровье являются люди среднего и пожилого возраста. Пункты сбыта «оздоравливающей» литературы – это не только почтовые отделения, но и книжные киоски (например, в Чарышской поликлинике), киоски Союзпечати, а также книжные магазины. Примечательно, что и в общественно-политических изданиях, особенно регионального и районного уровней, как правило, ведутся рубрики о здоровом образе жизни, народных рецептах и новостях в сфере здравоохранения<sup>223</sup>.

Значительную конкуренцию печатным изданиям в последние годы составляют различные интернет-ресурсы («Интернет уже появляется во многих домах»). Распространение Интернета подтверждают слова сотрудницы местного отделения «Ростелекома» о том, что летом за несколько недель было организовано более 20 новых интернет-подключений для пользователей разных возрастов. Однако наиболее надежные и проверенные рецепты самолечения передаются устно, по семейным и соседским информационным каналам. К примеру, продавцы на рынке делились с нами советами лечения «больных суставов» по методу уринотерапии.

Идеология здорового образа жизни традиционно не развита, однако несмотря на видимое отсутствие мест для занятия спортом, в районе проводятся многочисленные соревнования и общественно-спортивные мероприятия, в том числе:

- зимняя спартакиада Чарышского сельсовета (соревнования среди спортивных семей, турниры по дартсу, стрельбе из пневматической винтовки и перетягиванию каната, волейболу, настольному теннису и шашкам);

- летняя спартакиада сельских спортсменов Алтайского края (в соревнованиях среди спортивных семей и гиревому спорту принимают участие и побеждают спортсмены из Чарышского района);

- спортивно-туристский фестиваль на реке Кумир (первенство России по рафтингу и спортивному туризму на водных дистанциях, в которых принимают участие команды из Санкт-Петербурга, Москвы, Томска, Новосибирска, Красноярска и других городов Сибири, Алтайского края и Республики Алтай);

- краевой турнир по футболу на «Кубок Предгорья» на стадионе пос. Чарышского (играют команды из Чарышского и Усть-Калманского районов, г. Алейска);

- спортивные эстафеты и любительские соревнования на районных и сельских праздниках (молодежный фестиваль «Этно-стиль» на празднике «Петровки», водные эстафеты на празднике Ивана Купалы и т. д.);

- районный проект «Служба дворовых инструкторов. Здоровье – в каждый двор!» (организация досуга детей разных возрастов в пос. Чарышском).

В большинстве районных спортивных мероприятий принимают участие сформировавшиеся команды от основных учреждений и организаций (Администрации района, Администрации Чарышского сельсовета, Комитета образования, средних образовательных школ района, отдела полиции, Погранзаставы, предпринимателей и др.), причем спонсорскую помощь некоторым школьным командам оказывают местные предприниматели и сельхозпроизводители.

Возможно, спортивные соревнования являются больше общественными и светскими мероприятиями, слабо влияющими на состояние здоровья населения, однако существующая активность местной власти может принести заметный результат в сфере популяризации спорта и здорового образа жизни.

По мнению редактора районной газеты, наиболее здоровый образ жизни ведут «миролюбивые сектанты-анастасийцы», живущие в относительной изоляции в сельской местности. Анастасийцы скупают земли и создают эко-поселения (в разных регионах, в особенности, в Алтайском крае, от 100 до 300 га на каждое поселение или родовое поместье)<sup>224</sup>. Местные жители утверждают, что поселенцы занимаются сельским хозяйством, продают натуральные продукты собственного производства и полностью себя обеспечивают. При этом большинство высказываний довольно настороженные: «Начали приезжать странные люди, покупать

землю или дома», «Живут замкнуто, лечатся травами, не пьют, по утрам камлают на горе». Помимо анастасийцев в районе проживают и другие религиозные группы, например рериховцы. Последние, однако, малочисленны и практически не взаимодействуют с местным населением. Православная община прихода церкви Иконы Божией Матери в пос. Чарышском, восстановленной несколько лет назад, не проявляет существенной активности в сфере воспитания здорового образа жизни и не занимает значимой позиции в общественно-социальной жизни района (в ходе проведенных интервью респонденты не упоминали православный приход или местного священника).

Между тем, среди выявленных альтернативных источников здоровья следует особенно выделить пункты продажи медикаментов, траволечение, знахарство и пантогематоген, продажа и изготовление которого распространены именно на территории Сентелецкого сельсовета.

**Аптеки и аптечные пункты.** В пос. Чарышском располагаются несколько аптечных учреждений, в том числе аптека №25 МУП «Чарышская фармация» и небольшой аптечный киоск-филиал в районной поликлинике, частный аптечный пункт «Для всей семьи» и «Аптека здоровья». Примечательно, что при большой развитости животноводства и наличии объявлений об оказании ветеринарных услуг в сельских поселениях района не было выявлено ветеринарных аптечных пунктов<sup>225</sup>.

Муниципальная аптека (МУП «Чарышская фармация») имеет филиалы в некоторых сельских поселениях (например, в пос. Маралихе, пос. Сентелеке). Режим работы центральной аптеки – в будние дни с 9:00 до 18:00, в субботу с 10:00 до 13:00, без перерывов на обед и выходным днем в воскресенье. Аптечный киоск по выдаче лекарств пациентам в поликлинике работает по будним дням с 10:00 до 16:00.

В муниципальной аптеке представлен полный ассортимент медикаментов первой необходимости, а также наркотические и психотропные вещества. Льготники получают здесь выписанные бесплатные лекарства, а редкие дорогие препараты привозят под заказ в срок до двух недель при условии предоплаты. Производство собственных лекарственных форм было закрыто в 2010 году, из-за чего пропала возможность изготавливать растворы для взрослых и детей, которые нередко успевают замерзнуть при транспортировке в холодное время года, теряя свои качества и свойства. Изменение перечня и введение регулирования цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты при-

водит к тому, что аптека вынуждена закупать некоторые дорогостоящие препараты, заведомо не пользующиеся спросом.

Единогоставщика лекарственных средств для муниципальных аптек в крае нет, но создание единого предприятия, способного обеспечить централизованное лекарственное обеспечение населения, планируется в ближайшее время. До создания подобного предприятия муниципальная аптека вынуждена закупать медикаменты у оптовых фирм, однако нередко возникают проблемы из-за нежелания дистрибьюторов везти небольшие заказы за несколько сот километров в сельский район.

В аптеке есть все необходимое оборудование для хранения медикаментов, и она соответствует требованиям, предъявляемым при лицензировании. Вместе с тем ассортимент аптеки довольно скромный, выбор «сопутствующих» товаров небольшой (косметика, парфюмерия). Традиционные алтайские продукты (бальзамы, травяные сборы, пантогематоген) покупают и местные, и приезжие. Причем, покупатели предпочитают покупать травяные сборы в готовом виде, нежели заготавливать их самостоятельно (особенно популярны фиточаи с эффектом похудения, оздоровления и т. д.).

Ранее местные травники предлагали в аптеку собранное ими сырье, но его не принимали, так как нет возможности для переработки.

Спрос на различные лекарственные средства – сезонный: увеличивается в осенне-зимний период и уменьшается в летний период. Заметно возрастает число покупателей в аптеках пос. Чарышского по четвергам, в базарный день. Лекарственной наркомании, по словам фармацевта, не наблюдается, это касается и некоторых видов таблеток, и спиртовых настоек (настойки емкостью 100 мл находятся в свободной продаже в продуктовых и хозяйственных магазинах).

По мнению заведующей муниципальной аптекой, частные пункты появились около трех лет назад. Сначала их было больше (3–4 пункта), но некоторые оказались нерентабельными и были закрыты. Так, «Аптека здоровья» в здании поликлиники имела в пос. Чарышском два филиала, но пришлось оставить только один пункт, работающий по будним дням с 9:00 до 16:30 с перерывом на обед (хозяйка аптеки – профессиональный провизор, супруга участкового терапевта). Частный аптечный пункт «Для всей семьи» открыт местным предпринимателем без фармацевтического образования. В штате пункта работают бывшие сотрудники муниципальной аптеки, вышедшие на пенсию, причем график работы здесь наиболее удобный для покупателей (по будним дням с 08:30 до

18:00, по субботам с 9:00 до 15:00, по воскресеньям и праздничным дням с 10:00 до 13:00).

В частных аптечных пунктах, равно как и в муниципальных, представлены не только лекарственные средства, но и некоторый ассортимент парафармацевтической продукции. В целом, и ассортимент, и территориальное расположение частных аптек лучше, что обуславливает большое количество посетителей.

Фармацевты в аптеках отмечают стабильный спрос на большинство лекарственных средств, а покупатели из районного центра и сельских поселений оценивают свои ежемесячные траты на медикаменты в сумму от 1000 до 3000 руб. (по словам пожилой женщины, «половина пенсии уходит на одни лекарства»).

Аптечный пункт при Сентелекской врачебной амбулатории является филиалом чарышской муниципальной аптеки. Здесь также представлен стандартный набор медикаментов, травяные сборы, бальзамы алтайского производства, косметика, а также БАДы «Корпорации «Сибирское здоровье» (фармацевт, по совместительству зубной врач амбулатории, ранее занималась распространением продукции этой компании и положительно отзывалась о ее качестве).

Фармацевт работает по договору с чарышской муниципальной аптекой, и для прохождения лицензирования по новым правилам фармацевтической деятельности она прошла обучение на курсах, однако помещение аптечного пункта не соответствует существующим требованиям, что может быть выявлено при очередной проверке (отсутствуют холодильники для хранения лекарств и проч.).

Заказ медикаментов осуществляется по мере сбыта текущих запасов через муниципальную аптеку в пос. Чарышском: составляется список необходимых лекарств, включая отдельные заказы от пациентов. Сформированный заказ передается в пос. Сентелек, как правило, рейсовым автобусом.

В случае срочной необходимости фармацевт может открыть аптеку в любое время («Все знают домашний телефон и звонят, когда что-то срочно понадобится»). Посетителей она охотно консультирует, рекомендует лекарства при тех или иных заболеваниях. Спрос на лекарственные препараты высок, а травяные сборы, несмотря на то, что в окрестностях Сентелека есть все условия для их самостоятельной заготовки, также покупаются в готовом виде.

Аптечные пункты при фельдшерских акушерских пунктах работают также по договору с муниципальной аптекой, аналогично врачебной ам-

булатории. При отсутствии ФАПа или аптечного пункта медикаменты закупаются фельдшерами по заказу жителей или покупаются ими самостоятельно в других поселениях или районном центре.

**Траволечение.** Траволечение и сборы лечебных трав в Чарышском районе распространены достаточно широко. Причем знания о лечебных свойствах и способах сбора местных трав передаются не только «по наследству», но и благодаря специальной литературе и Интернету (в советское время издавались подробные атласы, в которых были обозначены места сбора ценных растений). При этом отношение жителей к лечебным свойствам трав и практическом применении траволечения совершенно различно, на основании чего можно было бы выделить несколько групп:

– жители, имеющие непосредственное отношение к сбору и продаже травяных сборов (со слов респондентов, «многие ежегодно собирают травы для собственных нужд, некоторые – для продажи», «по осени едут в горы, чтобы накопить золотого и красного корня, без них жить нельзя», «травы тут многие занимаются»);

– жители, использующие травяные сборы при лечении различных заболеваний (на вопрос о том, какие травы чаще всего используются при лечении, женщина в пос. Покровке начала рассказывать, что «это вот – от почек, а вон то, с шишечками, помогает от давления»).

– жители, не считающие травяные сборы полноценным лекарственным средством (по словам некоторых жителей района, «травы и коренья хоть и употребляются в пищу, но не воспринимаются как лекарство», «травы пользуются спросом, в основном, у туристов и приезжих»).

Следует отметить, что знатоков-травников остались единицы, хотя в бизнесе по сбору и продаже трав участвуют многие местные жители. Так, продавец в туристическом и охотничьем магазине в пос. Чарышском предлагает приобрести травяные сборы, заготавливаемые ее родственниками, однако сама при этом не имеет ни малейшего представления о свойствах растений, способах их употребления и проч.

Травники в отдаленных сельских поселениях негативно отзывались об уровне знаний местных жителей о лечебных травах: «В Сентелеке, не говоря уже о Чарышском, вряд ли кто-то разбирается в корнях и травах, потому что там их и собирать негде». Вероятно, в крупных населенных пунктах утрачены навыки и знания, необходимые для сбора трав и корней в горах, а в малых сельских поселениях, наоборот, эта практика процветает, поскольку других источников заработка там зачастую нет.

Одним из таких сельских поселений является пос. Покровка в составе Сентелекского сельсовета, где в нескольких домах можно приобрести свежий мед, кедровые шишки, травяные сборы, а также золотой, красный и маралий корень<sup>226</sup>. Приезжие и туристы, являющиеся основными потребителями этих продуктов, покупают «много» (травы и корни – мешками по несколько килограммов). Стоимость золотого корня составляет 200 руб./кг, красного корня – 250 руб./кг.

Заготовка корней и трав на продажу является незаконной (для собственного употребления разрешается собирать в ограниченных количествах). Однако за счет этой торговли в отдаленных поселениях живут многие, а в районном центре есть несколько точек сбыта сырья, о чем гласят объявления на дверях магазинов («Покупаем траву эфедру, корень» и проч.). Уровень знания о местных травах и способах их сбора в селе достаточно высокий, но о лечебном эффекте или противопоказаниях знают единицы. Большинство воспринимают травы и корни не в качестве лечения, а в качестве элемента питания и образа жизни, поскольку травничество перешло из разряда ремесла в обычный способ заработка.

\* \* \*

Информация, собранная в ходе экспедиционной поездки в Чарышский район Алтайского края, свидетельствует о нескольких особенностях системы поддержания здоровья силами муниципальных учреждений здравоохранения и посредством альтернативных источников.

В сфере муниципального здравоохранения примечательно стремление регионального руководства к сохранению разветвленной структуры сельских медицинских учреждений. Вместе с тем, следует отметить, что некоторые ФАПы являются фиктивными и существуют только на бумаге, а в малонаселенные пункты фельдшер приезжает, как правило, по определенному графику. То есть доступность услуг государственного здравоохранения постепенно снижается, чему во многом способствуют отсутствие станций «Скорой помощи» в сельских поселениях и отмена межпоселенческих автобусных маршрутов.

Программа модернизации здравоохранения по данным второго квартала 2011 года коснулась территории Чарышского района только в части внедрения стандартов оказания медицинской помощи, однако в силу нехватки медицинских специалистов и других необходимых ре-

сурсов для их соблюдения это может способствовать обоснованием для наложения новых штрафов со стороны страховых медицинских организаций и территориального фонда ОМС.

Платные медицинские услуги не пользуются большим спросом и имеют узкую направленность (кодирование от алкоголизма и табакокурения, помощь экстрасенсов и целителей при «неизлечимых заболеваниях» и сложных жизненных ситуациях и проч.).

Услуги местных знахарей пользуются популярностью, но оказываются на безвозмездной основе. Траволечение встречается в отдаленных селах, где существуют значительные проблемы с доступностью муниципальных услуг здравоохранения, но профессиональных травников, способных назначить определенный травяной сбор пациенту с учетом заболевания и противопоказаний, в районе практически нет. По оценкам некоторых респондентов, сбором лекарственных трав и корней занимаются не менее 25% местных жителей, большие объемы сырья идут на продажу.

В целом, уникальные оздоровительные ресурсы Чарышского района практически не используются местными жителями в силу их дороговизны (пантовые ванны), незнания, недоверия (травяные сборы, пантогематоген) или из-за элементарной лени («Проще сходить в аптеку и купить таблетку, которая сразу поможет, чем идти в горы собирать лечебные травы и корни»). А характерная для жителя Чарышского района позиция в отношении к здравоохранению заключена во фразе «Лучше не болеть».

## ПЕРМСКИЙ КРАЙ

*Октябрь, ноябрь 2011 года*

По результатам экспедиционных поездок в Пермский край собраны подробные данные по пяти муниципальным районам, позволяющие делать выводы о существующей политике в сфере государственного и муниципального здравоохранения, о частной и «народной» медицине и, конечно, о различных институтах самолечения. Значительные социально-экономические различия исследованных районов находят отражение и в сфере здравоохранения: крупные лечебно-профилактические учреждения в городах имеют дополнительные финансовые преференции, а население, как правило, охотно пользуется платными и бесплатными услуга-



ми здравоохранения. В сельской местности, наоборот, выделяемые ресурсы на муниципальную медицину – минимальны, и местное население в основном прибегает к услугам неофициальной медицины.

#### ГОСУДАРСТВЕННОЕ (МУНИЦИПАЛЬНОЕ) ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НА УРОВНЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА

Во всех муниципальных районах были исследованы муниципальные и отраслевые учреждения государственного здравоохранения, включая центральные районные больницы в г. Чердыни, г. Красновишерске.

Следует отметить, что пермская политика в сфере здравоохранения положительно отличается от других региональных политик внедрением новых организационных, финансовых и информационных технологий. Наравне с пилотными районами Ленинградской области, в 2007 году был осуществлен переход пермских учреждений здравоохранения на одноканальное финансирование через систему ОМС, чему предшествовало формирование новых методик расчета тарифов. Одноканальная система финансирования и увеличение тарифов на медицинские услуги позволили привлечь к исполнению государственного заказа поставщиков медицинских услуг всех форм собственности. Право на свободный выбор гражданами страховой медицинской организации по ОМС в Пермском крае было реализовано еще в 2005 году, когда на федеральном уровне эти изменения только обсуждались.

Внедрение информационных технологий по управлению ресурсами здравоохранения стартовало в начале 2007 года, когда во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях краевого центра внедрялся программный комплекс «Промед», позволяющий осуществлять медико-статистический электронный учет оказанных медицинских услуг. Дальнейшее развитие этого направления связано с реализацией отдельных мероприятий в рамках Программы модернизации здравоохранения Пермского края на 2011 – 2012 годы. В то же время на уровне малых городов и в сельской местности эффект от нововведений пока минимален, а информационная «революция» не продвинулась дальше краевого центра и крупных городов.

Особый интерес представляет реализация пилотного проекта «Развитие частного здравоохранения в Пермском крае», в рамках которого врачи общей практики создавали частное ЛПУ, участвующее в выполне-

нии муниципального заказа на оказание медицинских услуг населению. В результате образовались 12 офисов врачей общей практики частной формы собственности, и проект был признан успешным (в выбранных для данного исследования муниципальных районах частных офисов врачей общей практики нет).

Вместе с тем в Пермском крае наблюдаются негативные особенности в структуре заболеваемости, отличные от общероссийских показателей. Так, среди населения в трудоспособном возрасте первое место по смертности занимают травмы, отравления и несчастные случаи (37,1%), второе – болезни системы кровообращения (30,6%), третье – новообразования (11,6%). При этом основными причинами неестественной смерти в трудоспособном возрасте являются самоубийства, дорожно-транспортные происшествия, алкогольные отравления, убийства и чрезвычайные ситуации (по этим причинам погибают более 3000 тыс. чел. ежегодно). Алкоголизм и суициды, безусловно, указывают на плохое состояние общественного здоровья и социального благополучия, высокий уровень психологической напряженности (уровень самоубийств в Пермском крае примерно в 1,7 раза превышает среднероссийские показатели).

Помимо специализированных учреждений различных профилей, сконцентрированных в краевом центре и крупнейших городах, в Пермском крае сформированы 11 межрайонных медицинских центров в Перми, Березниках, Соликамске, Кунгуре, Краснокамске, Кудымкаре, Нытве, Осе, Чернушке, Чайковском, Чусовом. Образование таких центров оправдывает сокращение мощностей и штатной численности центральных районных больниц и незначительное увеличение соответствующих показателей в новообразовавшихся межрайонных ЛПУ. Причем отдаленность районных больниц от специализированных межмуниципальных центров (от 16 км до 113 км) ставит под сомнение эффективность подобной структуры организации муниципального здравоохранения.

Аналогичная модель организации муниципальных медицинских учреждений реализована и в сфере акушерства. Многие районные родильные дома расформированы, сохраняются лишь несколько коек для экстренных родов. В большинстве случаев беременных женщин и рожениц направляют наблюдать и рожать в межмуниципальные акушерские центры (Родильный дом г. Березники, Перинатальный центр г. Соликамска, Кунгурский родильный дом, родильные отделения Чусовской районной больницы им. В.Г. Любимова, Осинской центральной районной больницы, Центральной городской больницы г. Чайковского, Ныт-

венской центральной районной больницы, Краснокамской городской больницы, Чернушинской центральной районной больницы и Коми-Пермяцкой окружной больницы). Учитывая большие расстояния, такое решение можно обосновать только экономией бюджетных средств, а не эффективностью и повышением качества медицинских услуг.

**Муниципальное медицинское учреждение Косинского района «Косинская центральная районная больница».** ММУ «Косинская ЦРБ» обслуживает население Косинского района (7,5 тыс. чел.) и включает помимо головного учреждения 19 ФАПов и один офис врача общей практики в пос. Светлице. В районном центре, селе Коса, проживают около 2,4 тыс. человек.

Косинский район – наиболее малонаселенная территория края, ранее входившая в состав Коми-Пермяцкого автономного округа (75% населения района составляют коми-пермяки), который был объединен с Пермским краем в 2005 году. Жители района утверждают, что после объединения области и округа в Косинской больнице «ухудшился медицинский надзор и обеспечение медикаментами». Помимо этого, новая административно-территориальная структура территории повлияла на маршрут и расстояние до регионального центра. Теперь добираться туда стало на 3 – 4 часа дольше и существенно дороже, обернуться за один день туда и обратно крайне сложно, а тому же главному врачу необходимо регулярно ездить в командировки в Пермь (служебные совещания, фармацевтические конференции и проч.<sup>227</sup>).

Планируемый перевод больницы в 2012 году в статус государственного учреждения, по мнению руководства ЦРБ, повлечет за собой прежде всего изменения в структуре управленческого аппарата. А младший медперсонал рассчитывает, что с изменением статуса медицинского учреждения их зарплата поднимется до «федерального» уровня. При этом Косинская больница до сих пор не перешла на одноканальное финансирование. Выручка от платных услуг (например, от предрейсовых и медицинских осмотров) невелика и составляет не более 2% от всех средств, получаемых больницей.

На протяжении последних лет финансирование больницы планомерно сокращалось вместе с коечным фондом и стационарными отделениями. Так, еще в 2008 году в Косинской ЦРБ было 6 отделений стационара, 23 ФАПа и 1 участковая больница, а спустя два года осталось всего 3 отделения стационара (38 коек круглосуточного пребывания в стационаре, 11 коек дневного пребывания при поликлинике и 1 ста-

ционар на дому), сокращены 4 ФАПа, участковая больница сокращена до статуса амбулатории (офиса врача общей практики). В больнице особенно отмечают то, что руководству удалось «отстоять» существующие койки, и в будущем году под сокращение попадает только одна койка дневного стационара. При этом говорят, что обычно все койки заняты, и пациентам приходится долгое время ожидать в очереди на госпитализацию, а в экстренных случаях больных устраивают на дополнительные кушетки в коридоре.

Таким образом, можно предположить, что больница выполняет (и даже перевыполняет) годовой план по койко-дням, поэтому дальнейшее сокращение круглосуточных коек пока не предвидится. В то же время набор узких специалистов настолько ограничен, что все консультации, а тем более процедуры или лечение по профилю педиатрии, эндокринологии, онкологии, кардиологии, необходимо проходить в зональном медицинском центре в г. Кудымкар (там же находятся туберкулезный и кожно-венерологический диспансеры).

К примеру, в родильном отделении Косинской ЦРБ принимают только экстренные роды, во всех рядовых случаях необходимо наблюдаться и рожать в перинатальном центре в Кудымкаре (дорога от Косы до Кудымкара асфальтирована только наполовину и занимает 3–4 часа). Впрочем, экстренные роды случаются нередко, что связано с низким достатком и социальным положением рожениц (некоторые беременные не имеют финансовой возможности ездить в Кудымкар, другие попросту не встают на учет по беременности в силу асоциального образа жизни).

Однако для того, чтобы попасть на прием в поликлинику или в больницу Кудымкара или Перми, нужно получить электронное направление из Косинской ЦРБ, а это не всегда просто сделать, поскольку компьютеров не хватает, и, в силу преклонного возраста большинства сотрудников ЛПУ, обслуживают их единицы. На рабочих местах врачей компьютеров нет, но планируется, что они будут закуплены по программе модернизации здравоохранения в ближайшее время.

Настойчивым пациентам удается обойтись и без направления, даже в тех случаях, когда консультацию нужного специалиста или лечение можно получить в Косинской больнице. Обеспеченные пациенты предпочитают лечиться в Перми или Кудымкаре. Однако многие жители даже при наличии направления на бесплатное лечение не могут себе этого позволить, поскольку расходы на транспорт и ночлег (из-за больших расстояний и плохого качества дороги управиться за один день не всег-

да удается) для них являются непозволительными. Таким образом, малообеспеченные люди лишены доступа к узким специалистам в Кудымкаре или Перми, поэтому вынуждены получать медицинские услуги в районной ЦРБ, пользоваться помощью и советами родственников или знакомых, работающих в сфере здравоохранения (врачи, фармацевты, медсестры в школах и детских садах и т. д.), либо заниматься самолечением.

Штат врачей в больнице составляет 19 специалистов, большинство из которых работают по совместительству, открыты вакансии хирурга, анестезиолога, реаниматолога, педиатра, эндокринолога, онколога, кардиолога и прочих специалистов. За неимением многих узких специалистов для проведения диспансеризации и осмотров больница заключает договоры с более крупными лечебно-профилактическими учреждениями, например Кочевской ЦРБ или Коми-Пермяцкой окружной больницей (местные жители вспоминали, что из Кудымкара приезжали и бесплатно принимали педиатр и некоторые узкие специалисты в дни диспансеризации, о чем сообщалось в объявлениях и местной газете). Однако помимо малочисленности врачебного штата Косинской больницы есть еще и другие весомые проблемы: дефицит молодых кадров и низкая квалификация врачей.

По мнению местных жителей, неумение косинских врачей поставить правильный диагноз доходит до абсурда: одному пациенту диагностировали туберкулез и рак легких только на основании того, что он курит с подросткового возраста, другому из-за некорректного прочтения рентгеновского снимка заявили, что у него не хватает позвонка и т. д. Пациенты ЦРБ также рассказывали, что многие врачи предпочитают ставить диагноз по медицинской энциклопедии («смотрят, какие симптомы, и сразу лезут сверять по своему букварю, какому заболеванию они соответствуют») или вообще не озвучивают никакого диагноза, и больные додумывают его самостоятельно. В стационаре пациентов держат «сколько положено», даже если назначенный курс лечения не помогает, и только потом дают направление в Кудымкар или Пермь, где, по словам местных жителей, врачи смеются над поставленными в Косе диагнозами и лечением.

Повышение квалификации для косинских врачей и сельских фельдшеров проходит преимущественно в Перми, однако больница в Косе часто возмещает командировочные расходы и затраты лишь по факту прохождения курсов, что вызывает определенные трудности для

медицинских специалистов (некоторые сотрудники утверждают, что расходы на учебу некоторым из них так и не были возмещены).

В ЦРБ на сегодняшний день работают всего два молодых специалиста: педиатр (по совместительству и. о. главного врача) и гинеколог, которая поддалась на уговоры и обещания руководства и вернулась после института в родное село. Впрочем, из-за конфликтов и плохой рабочей атмосферы в больнице многие считают, что надолго она здесь не задержится.

И. о. главного врача совмещает обязанности руководителя ЛПУ с должностью педиатра и заведующей родильным и детским инфекционным отделениями. Такая нагрузка и разноплановое совместительство для врачей Косинской ЦРБ являются привычными. При этом врач-педиатр всего полгода назад переехала из г. Ижевска, где жила и работала последние 13 лет, поэтому не успела досконально изучить особенности функционирования больницы. В связи с этим значительную часть административной работы выполняют секретарь и сотрудники бухгалтерии. В то же время, по слухам, несколько врачей хотели бы переманить на место главного врача «хорошего специалиста из Кудымкара».

Одна из причин конфликтной атмосферы в коллективе больницы – политическая: на состоявшихся выборах главы района врачи поддерживали разных кандидатов, активно участвуя в избирательной кампании. Один из кандидатов ранее работал в ЦРБ врачом-гинекологом, затем стал главой района, состоял в партии «Единая Россия», однако его работа на посту главы вызвала резкую критику местного населения. По слухам, его супруга, также врач ЦРБ, открыто давила на пациентов и своих коллег, чтобы его переизбрали, заявляла, что перестанет принимать и лечить тех, кто проголосовал за другого кандидата<sup>228</sup>. Одного из кочегаров больницы уволили и не обслуживают в поликлинике, когда стало известно, что он не проголосовал за «нужного» кандидата.

В результате старого главу района не переизбрали, избирательная кампания закончилась победой другого кандидата, но напряжение между сотрудниками больницы осталось и переросло в затяжной конфликт внутри коллектива.

И без того скромная поликлиника (мощность ее всего 83 посещения в смену) в дни приема сельских жителей со всего района становится самым оживленным местом в селе. Внутрирайонный транспорт курсирует дважды в неделю, по понедельникам и пятницам. Это единственные дни, когда сельские жители могут доехать до больницы или по другим

делам на общественном транспорте. При этом в поликлинике в эти «приездные дни» возникают самые большие очереди («в коридорах не протолкнуться»).

Участковые терапевты сельских участков (в Косинском районе таких участков всего два, население Косы обслуживает отдельный терапевт) три дня в неделю принимают в поликлинике, а в остальные рабочие дни выезжают на прием в ФАПы и ходят по вызовам. Однако судя по тому, что спрос на их консультации в поликлинике столь велик, можно с уверенностью говорить о том, что в ходе своих поездок по сельским ЛПУ участковые терапевты не охватывают большую часть районных жителей. Кстати, один из сельских участковых терапевтов пожаловался на то, что начальство «душит врачей бумагой и отчетностью: чем больше напишешь, тем лучше». Отчасти это объясняет малое усердие специалистов непосредственно на приеме пациентов, поскольку большая часть их рабочего времени уходит на заполнение отчетных документов («можно вообще ничего не делать, а только писать...»).

В стационаре ухудшился уход за тяжелыми больными: если раньше младшие медсестры дежурили круглосуточно, то с недавнего времени дежурства были отменены с целью экономии средств на заработную плату, и установлен график работы с 07:00 до 19:00 часов. В итоге неходячие пациенты практически лишились ухода, а медсестрам не хватает времени на дополнительную влажную уборку помещений, ее успевают делать лишь раз в день, хотя по существующим санитарно-эпидемиологическим нормам ее необходимо производить не менее двух раз в сутки<sup>229</sup>. Кстати, это нововведение было утверждено бывшим главным врачом, за что его вспоминают недобрым словом и пациенты, и медсестры.

Между тем соответствие нормам и требованиям, предъявляемым к медицинским учреждениям при лицензировании, чрезвычайно важно для больницы и ее подразделений. Так, если какая-либо лаборатория (или другое подразделение ЦРБ) не проходит лицензирование, то ее функционирование фактически приостанавливается на 4 года до следующего лицензирования (по словам и. о. главного врача, никакой процедуры перелицензирования не предусмотрено). На этот период придется заключать договоры с лечебно-профилактическими учреждениями соседних районов, где соответствующие подразделения прошли лицензирование успешно. Поэтому в Косинской ЦРБ опасаются предстоящего в 2012 году лицензирования, так как это может в значительной степени

повлиять на благосостояние учреждения и его функциональные возможности.

Наиболее благоприятные условия для работы сохраняются на станции «Скорой помощи»: финансирование из регионального бюджета, отсутствие жестких планов и зависимости их выполнения от объема поступающих денежных средств. Косинский пункт скорой медицинской помощи – это одна фельдшерская бригада в пос. Косе, работающая круглосуточно на двух машинах «Скорой помощи» (среднесуточная нагрузка около 7 вызовов в смену). Есть еще две машины без прикрепленных к ним бригад, используемые в крупных сельских поселениях при ФАПах. Вызов «Скорой помощи» в границах районного центра осуществляется в частном порядке, однако в сельской местности часть вызовов необходимо подтверждать через фельдшера. Планируемый перевод службы «Скорой помощи» на финансирование через фонд ОМС, вероятно, приведет к сокращению количества вызовов и ужесточению условий по выполнению ежегодного плана вызовов. В то же время у «Скорой помощи» не может быть недостатка вызовов и угрозы невыполнения плана, поэтому с целью экономии средств ОМС возможны ограничения плана (в том числе, финансовые ограничения, когда выезды сверх установленной годовой нормы просто не оплачиваются), как это сделано в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях.

Дополнительная проблема в работе «Скорой помощи» при финансировании из фонда ОМС может быть связана с обслуживанием граждан, не имеющих полиса обязательного медицинского страхования. То есть часть расходов по оказанию неотложной помощи гражданам без полиса ОМС покрывается за счет бюджетных средств.

Что касается структуры заболеваемости, то наряду со стандартными простудными и вирусными заболеваниями, онкологическими заболеваниями, болезнями сердечно-сосудистой, пищеварительной и эндокринной систем, следует выделить повышенную заболеваемость туберкулезом, раком и сифилисом. Прогрессирующее развитие социально опасных заболеваний связывают с алкоголизмом, низким уровнем жизни, безработицей, ростом количества «асоциальных элементов»<sup>230</sup>, а также крайне слабой профилактической работой. По словам участкового терапевта, асоциальные жители, как правило, не стремятся лечиться («иногда с целью принудительного лечения привлекается даже местная прокуратура»).

В местной столовой уже с утра собираются компании за бутылочкой водки. Впрочем, столовая не единственное место в селе, где можно при-

обрести алкоголь. По данным жителей, в Косинском районе насчитывается более 40 точек продажи алкоголя (без лицензии), в том числе спирта на разлив в любое время суток<sup>231</sup>. Проблема алкоголизации и учащения случаев отравления алкогольными суррогатами не является локальной и распространена по всему краю, о чем свидетельствуют объявления о вреде дешевых спиртосодержащих жидкостей, где отмечается, что реализация алкогольных «суррогатов» приводит к смертельным отравлениям более 1500 пермяков ежегодно<sup>232</sup>.

В Косинском районе, наряду с Гайнским и Кочевским районами Пермского края, приравненными к районам Крайнего Севера, выплачиваются «северные» (50%) и «уральские» (20%) надбавки к заработной плате (получается, что к окладу прибавляется еще 70% льготных надбавок). Такая система оплаты труда считается «хорошей», а доходы – относительно высокими. Часть местных жителей утверждает, что в Косу стоит ехать работать хотя бы из-за таких больших надбавок к заработной плате, однако медсестра из ЦРБ пожаловалась, что в больнице надбавки вообще не выплачиваются, а зарплату среднему медицинскому персоналу лишь «дотягивают» до МРОТа<sup>233</sup>, премии (25% ежемесячно) из фонда оплаты труда назначаются только сотрудникам бухгалтерии. Другая косинская жительница отметила, что относительно высокие зарплаты (по сравнению с другими районами края) нивелируются завышенными ценами на основные товары и продукты питания («уровень жизни везде примерно одинаковый»). Однако наши наблюдения не показали значительного разброса цен в соседних муниципальных районах. В то же время количество рабочих мест традиционно ограничено сферой государственных, муниципальных и потребительских услуг. Объявления о приеме на работу, как правило, приглашают работников переехать в другие населенные пункты (например, в санаторий в пос. Усть-Качке Пермского района, где требовались средние медицинские специалисты).

Следует отметить, что «северные» надбавки выплачиваются только в трех районах Пермского края (Косинском, Гайнском и Кочевском), хотя Чердынский и Красновишерский районы расположены севернее, а Соликамский район – на той же широте. Возможно, подобное выделение этих муниципальных районов обусловлено их труднодоступностью, экономической отсталостью и отсутствием крупных населенных пунктов (особенно это касается пос. Косы, отдаленного от ближайшей асфальтированной дороги на 40 км). Кстати, в других муниципальных районах края

размер «уральской» надбавки составляет только 15% (в Красновишерском и Чердынском районах – 20%).

Наиболее распространенные мнения косинских жителей о больнице и муниципальном здравоохранении можно описать несколькими цитатами: «В больницу лучше не обращаться», «Лечат там, как скотину», «Диагнозы ставят по букварю», однако в поликлинике все равно скапливаются большие очереди, особенно в дни приезда сельского населения. В то же время встречались и положительные отзывы. Состоятельные жители, наоборот, предпочитают лечить свои семьи в Перми, а в ЦРБ обращаются только в случае необходимости получения больничного листа или справки. При этом все опрошенные уверенно заявили о том, что никто из врачей взяток не берет, а пациенты их и не предлагают, – эта практика здесь совершенно не распространена.

**Муниципальное медицинское учреждение «Чердынская центральная районная больница».** Центральная районная больница в г. Чердыни обслуживает население численностью 24,4 тыс. человек, в том числе жителей самого районного центра – 4,9 тыс. человек. Еще в 2010 году (до переписи) за районом были записаны 31,7 тыс. человек, но перепись населения 2010 года выявила погрешность муниципальной статистики (на целых 7256 человек). Таким образом, в 2011 году официальная численность населения в районе резко уменьшилась, что не могло не сказаться на коечном фонде районной больницы.

В структуру ММУ «Чердынская центральная районная больница» входят районная поликлиника, стационарные отделения (терапевтическое, гинекологическое, детское), противотуберкулезный кабинет, отделение «скорой» и «неотложной помощи» и его филиал в пос. Ныробе, поликлиническое отделение в Ныробе, ММУ «Керчевская участковая больница» в пос. Керчевском, 12 фельдшерско-акушерских пунктов и 4 фельдшерских пункта.

На протяжении последних 10–15 лет в чердынском здравоохранении происходили значительные сокращения количества коек. На сегодняшний день в районе сохранилась только одна участковая больница (на 18 коек круглосуточного стационара и 17 коек дневного стационара), поликлиническое отделение в Ныробе с дневным стационаром и сама районная больница мощностью в несколько десятков круглосуточных коек. По словам фельдшера, в ныробском подразделении ЦРБ в больнице осталось не более 30 коек<sup>234</sup>. Это при том, что население района сократилось в 1,7 раза (40,6 тыс. чел. в 1989 г., 35,2 – в 2002 г., 24,4 –



в 2011 г.), а количество коек – более чем в 5 раз. К примеру, в соседнем Красновишерском районе при схожей численности населения района (22,5 тыс. чел.), но более крупном административном центре (численность населения г. Красновишерска почти в 3,3 раза превышает соответствующие показатели Чердыни) на район приходится 146 круглосуточных коек.

Число отделений в Чердынской ЦРБ значительно сократилось из-за несоответствия стандартам и лицензионным требованиям. Ранее в больнице функционировали хирургическое, кожно-венерологическое, фтизиатрическое и другие отделения. В настоящее время продолжают работать лишь отделения гинекологии, терапии и педиатрии. В то же время был построен, но не введен в эксплуатацию новый хирургический корпус, строительство которого началось еще в 2005 году. В здании не закончена внутренняя отделка помещений, средства для завершения ремонта и оснащения задерживаются. Респонденты объясняли ситуацию с «замороженным» хирургическим корпусом по-разному, в том числе говорили о проблеме отсутствия специалистов и лицензий на отдельные виды медицинских услуг. По мнению представителя администрации центральной районной больницы соседнего муниципального района, здание корпуса «вообще никогда не будет введено», и перспективы чердынского здравоохранения, в целом, «плачевны». Это, по его мнению, связано со сменой статуса больницы на государственный и переходом на краевое финансирование – «все медицинские учреждения района превратятся в один большой ФАП».

Хирургическое отделение хотели спасти и в прежнем помещении, сделав к нему пристройку на 29 коек и необходимый косметический ремонт. Предполагалось, что это позволит отделению пройти лицензирование. На запланированные строительные работы в 2008 году было выделено 7,5 млн рублей<sup>235</sup>. Однако весной 2009 года проблема с лицензированием коснулась всей больницы. К положенному сроку окончания предыдущей лицензии главный врач не получил необходимых рекомендаций по обновлению помещений от пожарных и санитарных служб. В результате этого и других упущений, больница не прошла лицензирование (единственная в Пермском крае), и на протяжении нескольких месяцев в ЦРБ производился лишь первичный прием пациентов и экстренные хирургические операции. Пациентам якобы оплачивали проезд в медицинские учреждения Соликамска и Березников, в то время как сотрудники Чердынской ЦРБ получали только 2/3 своей зарплаты<sup>236</sup>.

Вероятно, в то же время в ожидании «лучших времен» было упразднено и хирургическое отделение.

Примечательно, что такое серьезное происшествие, как приостановка работы центральной районной больницы, не вызвало волнений или недовольства местных жителей, о чем свидетельствует отсутствие официальных жалоб. Возможно, несмотря на окончание действия лицензии, специалисты в районной поликлинике продолжали принимать пациентов в объеме, превышающем «первичный прием», и, таким образом, удовлетворяли часть спроса на медицинскую помощь и консультации<sup>237</sup>.

Главный врач, допустивший «простой» в работе больницы, сменился сразу же в 2009 году<sup>238</sup>, но проблемы с лицензированием остались. Так, в 2012 году в процессе лицензирования сельских ЛУ ожидается, по словам одной из респонденток, «реорганизация 10 из 14 ФАПов» (один из ФАПов в пос. Искоре уже закрыли). Возможно, в связи с планируемым в 2012 году переводом ФАПов на финансирование через систему ОМС, они будут объединены и укрупнены, как это сделано в Кировском районе Ленинградской области, а не упразднены полностью. Подробные перспективы оптимизации ФАПов не были обнародованы, однако в больнице сетовали на постоянно изменяющиеся лицензионные требования.

Главный врач наотрез отказалась беседовать и отвечать на какие-либо наши вопросы (один из редких случаев за все экспедиции), вероятно, опасаясь широкой огласки существующих больничных проблем, поскольку таких публикаций в последние годы было достаточно, в том числе в региональных и федеральных СМИ.

Острый дефицит узких специалистов Чердынской больницы находит свое отражение в перечне вакантных мест врачебного штата. На работу в ЦРБ приглашаются: 17 различных специалистов (терапевты, невролог, отоларинголог, офтальмолог, педиатр, гинеколог, акушер-гинеколог, дерматолог, онколог, физиотерапевт, лаборант, рентгенолог, анестезиолог-реаниматолог), 4 из которых должны обеспечить лицензирование отдельных служб (кардиолог, инфекционист, эндокринолог, уролог).

Из числа узких медицинских специалистов в ЦРБ работают три терапевта, кардиолог, врач ультразвуковой диагностики, пульмонолог, отоларинголог приезжает еженедельно из Красновишерска по договору между Чердынской и Красновишерской больницами. Терапевты обслуживают два городских участка, южный и северный, и один сельский участок, но при имеющейся нагрузке в поликлинике не хватает еще двух врачей-терапевтов. При необходимости прочих медицинских консульта-

ций пациентов направляют в зональный межрайонный центр в г. Соликамск, реже – в г. Березники. Дорога занимает не более двух часов по асфальтированной дороге. Беременных женщин Чердынского района также направляют рожать в зональный центр, в самой ЦРБ принимаются только экстренные роды. Кстати, по словам местных жителей, некоторые исследования и анализы, которые не делают в Чердыни, в Соликамской больнице – платные, например УЗИ и компьютерная томография.

Чердынская станция «Скорой помощи» состоит из городской фельдшерской бригады (2 фельдшера, 1 водитель и диспетчер, все работники станции – местные жители в возрасте от 35 до 60 лет) и двух подстанций в Керчевском и Ныробе. На городскую бригаду приходится 3 машины (причем, по словам фельдшера, штат «скорой» полностью укомплектован), на Ныробскую подстанцию – медицинский УАЗ, а на Керчевский – УАЗ и реанимобиль, поступивший по нацпроекту «Здоровье».

В смену «Скорая помощь» обслуживает около 10 – 12 вызовов, несколько звонков иногда разрешаются посредством телефонной консультации. Плана по вызовам нет, как и нет необходимости подтверждения вызова, – звонки принимаются напрямую от городских и сельских жителей, отказов со стороны «скорой» не бывает, но и ложных вызовов, по словам фельдшера, практически нет.

С помощью компьютерной программы АДИС, установленной во многих больничных учреждениях Пермского края, фиксируются все данные о вызове, включая адрес позвонившего и описание случая. Программа ранжирует вызовы по срочности и очередности, определяет среднее время, требующееся на дорогу до места нахождения пациента. Однако чердынская станция «Скорой помощи» ограничивается вызовами в радиусе 50 км (включая пос. Покчу, пос. Рябинино, пос. Лобаниху, пос. Кушмангорт, пос. Вильгорт) и обслуживает преимущественно городское население (вызов в сельские поселения, в среднем, обслуживаются раз в сутки).

В связи с тем, что район обслуживает всего одна бригада фельдшеров (в Ныробе и Керчевском фельдшеры обслуживают только свои участки), «Скорая помощь» осознанно не выезжает в отдаленные сельские поселения, чтобы не оставлять районный центр «без присмотра». Чердынский район является крупнейшим по площади в крае, а дороги в сельской местности плохие, поэтому в экстренных случаях пациентов транспортируют по узкоколейке на тепловозах или вызывают для них санавиацию, для чего существует отдельный журнал вызовов. Чердынская бри-

гада выезжает в отдаленные сельские поселения крайне редко: «Если ситуация стабильная, проблему решает местный фельдшер», но «сложные» пациенты сразу же перевозятся в Соликамск.

Бюджетное обеспечение «Скорой помощи» должно прекратиться с 2012 года, когда будет осуществлен переход на финансирование через фонд ОМС. Фельдшеры негативно оценивают грядущие изменения, прежде всего, из-за сокращения финансирования и ужесточения требований к исполнению планов по выездам.

Основные причины вызовов «Скорой помощи» – обострение хронических заболеваний и алкогольный абстинентный синдром, несколько лет назад был также случай передозировки наркотическими веществами. В целом, в районе распространены привычные простудные заболевания (две-три волны гриппа и простуды ежегодно), болезни сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, онкологические заболевания, а также бытовые травмы. Высокую заболеваемость туберкулезом связывают с плохими условиями жизни и слабым иммунитетом, однако фтизиатрические койки в больнице были сокращены (еще в 1973 г. был закрыт чердынский противотуберкулезный санаторий на 50 коек). Повышенный уровень онкологических заболеваний здесь связывают с подземными ядерными взрывами в пос. Чусовском<sup>239</sup> в 120 км от Чердыни и 70 км от Ныроба. Взрывали одновременно в марте 1971 года с целью объединения бассейнов рек Печоры и Камы для создания водохранилищ (если бы план был реализован, под воду бы ушли многие поселения Чердынского района)<sup>240</sup>. На месте взрывов образовалось озеро, названное Чусовским, куда местные жители любят ездить на рыбалку, охоту, за грибами и ягодами («Там теперь и ягоды, и рыбы большие»). Впрочем, даже если проблема с онкологическими заболеваниями в районе действительно серьезная, никаких специальных профилактических или оздоровительных мер здесь не предпринимается (к слову, в больнице даже нет врача-онколога).

Следует отметить, что ситуация в муниципальных ЛПУ всюду схожая (труднодоступность медицинской помощи и низкое качество обслуживания), но такое количество жалоб местных жителей на свою больницу, как в Чердыни, до сих пор не встречалось. Можно предположить, что это связано с низкой мощностью больницы по количеству коек и врачей (соотношение коечного фонда к численности населения в Чердынском районе крайне низкое, в соседнем Красновишерском районе круглосуточных коек и специалистов в пять раз больше при схо-

жей численности жителей). Примечательно, что сами медицинские работники особых проблем не обозначили, – вероятно, сказывается привычка медиков на периферии к скудному и сокращающемуся обеспечению. В то же время, несмотря на недовольство работой Чердынской районной больницы, жители района полностью отрицают наличие взяточничества (взятки не берут и не дают), однако следует полагать, что родственные или дружеские связи во взаимоотношениях врачей и пациентов никто не отменял.

Во многих случаях местные жители предпочитают лечиться самостоятельно либо направляются в Соликамск или Пермь, обходя свою больницу стороной (один из опрошенных сказал, что он всегда ездит на лечение в Пермь, вот и сейчас «сидит на чемоданах», планируя очередную поездку на операцию). По словам обывателей, в Чердынской больнице «плохие специалисты, которые не могут нормально поставить диагноз, часто лечат не от того, что было нужно», а также огромные очереди, не позволяющие «пробиться» к нужному специалисту.

Вместе с тем, у больницы есть хороший персональный сайт в интернете<sup>241</sup>, через который можно записываться на прием к врачам в больницах края, выделяющийся на фоне плачевного состояния муниципальной системы здравоохранения. Однако это заслуга Министерства здравоохранения Пермского края, повсеместно внедряющего медицинские информационные технологии в рамках программы модернизации здравоохранения, до сих пор неоцененная по достоинству местными жителями.

**Ныробский филиал Федерального казенного учреждения «Больница ГУФСИН России по Пермскому краю» (пгт Ныроб Чердынского района).** В ресурсном отношении Ныроб, самое северное городское поселение Пермского края, «выгодно» отличается от большинства вымирающих населенных пунктов наличием некоей государственной гарантией существования – большой исправительной колонией. Зона является и градообразующим предприятием (производства, существовавшие здесь раньше, например маслозавод или сельскохозяйственные фермы, уже закрылись, остались лишь муниципальные организации, магазины и лесное хозяйство), и обоснованием для содержания социальной инфраструктуры поселения, а также сферы продажи и услуг для ее заключенных и сотрудников. Несколько небольших окрестных зон все же были закрыты, но Ныробу это пока не грозит.

Больница ГУФСИН в Ныробе относится к Министерству юстиции и входит в объединение по обслуживанию личного состава сотрудников

Минюста. В то же объединение, помимо ныробской больницы, входит головная больница ГУФСИН в Соликамске, две поликлиники в Кизеле и Перми; две гарнизонных военно-врачебных комиссии в Соликамске и Перми; 12 фельдшерских здравпунктов.

Ныробский филиал ФКУ «Больница ГУФСИН России по Пермскому краю» расположен в границах поселения и обслуживает аттестованных и вольнонаемных сотрудников зоны, в том числе штатских и военных пенсионеров, членов семей действительных сотрудников, а также сотрудников МВД и Минюста. Работники и пенсионеры МВД также могут обращаться в свою ведомственную больницу в Перми.

В общей сложности к больнице прикреплены около 2 тыс. человек, то есть почти половина жителей Ныроба. Причем эти люди приписаны и к ГУФСИНовской больнице, и к поликлиническому отделению как граждане, проживающие на данной территории, и в теории могут выбирать учреждение, где бы им хотелось получать медицинское обслуживание. Для поликлинического отделения это возможность сохранения существующих мощностей ЛПУ, способ остаться «на плаву», поддерживая свою текущую деятельность (не исключено, что за условно застрахованных и приписанных пациентов отделение имеет дополнительные ресурсы).

В состав больницы входит круглосуточный стационар с четырехразовым питанием на 25 коек и поликлиника на 150 посещений в смену. В стационаре лечат «всех подряд», чтобы койки не пустовали (на момент посещения больницы в стационаре находились 27 пациентов, были задействованы «запасные» койки). Чтобы заполнить коечный фонд, многих жителей Ныроба, особенно пожилых людей, оформляют на лечение как членов семей аттестованных сотрудников колонии. На приеме в поликлинике «гражданских» жителей тоже не прогоняют, – при федеральном ведомственном финансировании они могут себе это позволить, хотя некоторые врачи могут и отказать, чтобы не брать на себя ответственность за оформление «левых» пациентов. Все эти поблажки касаются исключительно «своих» ныробских жителей. Приезжего пациента из любого другого поселения, к примеру, из Чердыни, в больнице ГУФСИН обслуживать бы не стали. В то же время многие ныробские жители утверждают, что попасть на лечение в ведомственную больницу крайне сложно, и это удастся лишь «пробивным людям».

В штате больницы ГУФСИН работают терапевт, невропатолог, хирург, окулист и гинеколог, все специалисты – первой и высшей катего-

рии, принимают до 20 пациентов ежедневно. При необходимости консультаций по другим направлениям пациентов направляют в головную больницу в Соликамск, где заключены договоры на услуги кардиолога и эндокринолога, наблюдение и родовспоможение в роддоме при соликамской больнице ГУФСИН для аттестованных сотрудниц исправительных колоний. Больничные листы в Нырое выдаются только ведомственного образца для предоставления по месту службы аттестованным сотрудникам, остальным пациентам для получения стандартного листа временной нетрудоспособности необходимо обращаться в систему муниципального здравоохранения, поскольку у ныробской больницы ГУФСИН закончилась соответствующая лицензия.

Медикаменты, поступающие в больницу из закрытой ведомственной аптеки ГУФСИН в Соликамске (филиал головной аптеки в Перми), предназначаются исключительно для аттестованных сотрудников, члены их семей покупают лекарства за свой счет, и это правило, скорее всего, не нарушается в силу ограниченности ресурса и строгой отчетности.

Как уже было сказано, финансирование больницы находится на федеральном ведомственном бюджете («деньги приходят из Москвы»), благодаря чему здесь удается поддерживать определенный уровень оснащения и заработных плат, при условии умеренной отчетности (все это по сравнению с муниципальными учреждениями здравоохранения). Так, врачи в больнице ГУФСИН зарабатывают примерно в два раза больше, чем медицинские специалисты муниципальных ЛПУ. По словам главного врача, специалист ГУФСИНовской больницы получает заработную плату в размере около 12 тыс. руб. в месяц, а врач ЦРБ или поликлинического отделения – 5–6 тыс. руб. Помимо оклада, районного коэффициента и доплат за профессиональный стаж, врачи больницы ГУФСИН получают еще и доплаты за квалификацию, сложность и напряженность работы, выслугу лет, а также ежеквартальные премии. Однако и эти привилегии не способствуют обновлению больничного коллектива за счет молодых специалистов (вероятно, раньше в структуре ГУФСИН работал отбор кадров, в том числе для работы в ведомственных медицинских учреждениях, а сейчас набор персонала – это непосильная задача главного врача). В Ныробской больнице ГУФСИН смены кадров не было уже много лет, и возможно, пока не предвидится, меж тем самому молодому врачу уже за 55 лет.

«Стареющий» коллектив больницы, планомерное сокращение мощностей (раньше здесь функционировали педиатрическое отделение и

«Скорая помощь»), частные разговоры о том, что «больницу должны вот-вот закрыть», создают атмосферу обреченности. К слову, капитальный ремонт в здании больницы проводился 35 лет назад, а последние 5 лет из головного учреждения в Соликамске доходят слухи о реорганизации и расформировании ныробской больницы. Но, по словам главного врача, эти планы не получают одобрения в центре, поэтому в Нырое не исключают того, что их интересы в Москве или Перми лоббирует «кто-то ныробский».

Слухи о реорганизации основного в поселении медицинского учреждения вызывают тревожную реакцию у жителей Ныроба, однако как и в муниципальном поликлиническом отделении, в больнице ГУФСИН в день ее посещения не было замечено ни одного посетителя.

**Центральная больница при исполнительной колонии для осужденных «Больница при ОИК–11» (пгт Ныроб Чердынского района).** В Чердынском районе, где располагается множество исправительных учреждений ГУФСИН (включая исправительные, воспитательные и исправительно-трудовые колонии), находится больница для осужденных при исправительной колонии (ИК–11) в Нырое. Таких лечебных учреждений по Пермскому краю всего шесть: областная больница ФБУ ИК-9 в Соликамске, больница ФБУ ОИК–11 ИК–11 в Нырое, противотуберкулезная больница ФБЛПУ ОТБ–17 в пос. Нижнем Мошево, противотуберкулезная больница ФБЛПУ ОТБ-7 в г. Губахе, больница в ПВК пос. Гамово и больницы в г. Березниках и г. Перми при женских колониях ФБУ ИК–28 и ИК-32.

При исправительной колонии ФКУ ОИК–11 с особыми условиями хозяйственной деятельности ГУФСИН по Пермскому краю на 900 мест и колонии-поселении на 120 мест расположена центральная больница для осужденных мощностью 160 койко-мест. Такой коечный фонд превышает аналогичные показатели нескольких небольших ЦРБ вместе взятых. А ведь это только для обслуживания осужденных: больница находится на территории зоны, и никто кроме заключенных и работников исправительной колонии, сюда попасть не может, поэтому ограничение по обслуживанию зеков соблюдается строго. Однако не исключено, что ныробская больница для осужденных обслуживает не только близлежащую колонию и колонии-поселения, но и другие исправительные учреждения, расположенные в Чердынском районе, поскольку других специализированных больниц такого типа в районе нет.

Точная штатная численность медицинского персонала неизвестна, однако, по словам ныробских респондентов, большая часть врачей в закрытой больнице – это специалисты, проживающие в Ныробе, а также несколько врачей из Чердыни. Вследствие специфики учреждения в больнице ведется строгая отчетность, в частности, по медикаментам для больных и ВИЧ-инфицированных (говорят, что по препаратам против ВИЧ необходимо отчитываться буквально за каждую таблетку), а сотрудникам приходится иметь дело со сложной документацией и большим количеством документов.

В больнице выделены три стационарных отделения: терапевтическое – на 40 коек, хирургическое – на 25 коек и фтизиатрическое – на 95 коек, что составляет 60% общего коечного фонда. По словам ныробских медицинских специалистов<sup>242</sup>, фтизиатрические отделения в больницах при зонах бывают заполнены, как минимум, на половину, то есть 50–60 коек заняты постоянно. Таким образом, можно предположить, что значительная часть заключенных заражена туберкулезом, также высока заболеваемость СПИДом.

Главный врач больницы ГУФСИН для сотрудников колонии отметила высокую заболеваемость туберкулезом среди своих пациентов в последнее время. Примечательно, что она связывает это с курением и ослабленным иммунитетом, однако нет ничего удивительного в том, что после каждодневного контакта на протяжении долгого периода времени с заключенными, многие из которых больны туберкулезом, сотрудники также заболевают.

В Чердынском районе, по данным из открытых источников, находятся около 20 исправительных учреждений ГУФСИН различного типа, в том числе исправительная колония строгого режима и три колонии-поселения вблизи Ныроба, колония особого режима и колония-поселение в Валае, колония общего режима и колония-поселение в Верхней Колве, колония особого режима и колония-поселение в Бубыле, две колонии общего режима в Кушмангорте, а также колонии-поселения в Вижае, Ольховке, Петрецово, Пильве, Подгорном, Серебрянке, Чепеце, Чусовском. Если допустить, что в каждой исправительной колонии содержатся до 1000 осужденных, а в колонии-поселении проживают в среднем около 100–200 человек, то получается, что на Чердынский район приходится порядка 7 тыс. заключенных, значительная часть которых заражена туберкулезом. Если верно предположение, что ныробская больница для осужденных обслуживает все исправительные учреждения Чердынского

района, то соотношение количества коек в больнице и заключенных изменится (по сравнению с соотношением количества коек и численности заключенных в самом Ныробе), но по-прежнему будет выгодно отличаться от аналогичных показателей в муниципальных лечебных учреждениях.

Таким образом, в Чердынском и окрестных районах помимо «гражданских» источников заболеваемости наличествуют постоянные эпидемиологические источники туберкулеза в исправительных учреждениях, расположенных на их территории. В целом, для оказания специализированной фтизиатрической помощи в Пермском крае функционируют 9 краевых противотуберкулезных диспансеров, 10 противотуберкулезных отделений в составе центральных районных и городских больниц, 27 туберкулезных кабинетов, 5 противотуберкулезных санаториев.

**Поликлиника Федерального государственного учреждения ОИУ №1 ГУФСИН по Пермскому краю (г. Кизел, Кизеловского района).** Поликлиника ГУФСИН оказывает медицинскую помощь аттестованным сотрудникам системы исполнения наказаний, работающих в следственном изоляторе ФБУ ИЗ 59/3 на территории города, а также членам их семей. Учреждение финансируется из федерального ведомственного бюджета, поэтому никакого плана по посещениям нет, за исключением обязательных плановых профосмотров, а услуги предоставляются только на бесплатной основе.

В штатном расписании поликлиники предусмотрено всего 29 единиц, в том числе 9 врачебных ставок, однако фактически здесь числятся 11 врачей<sup>243</sup>. Все специалисты, как и в муниципальной больнице, работают по внутреннему и внешнему совместительству, подрабатывая в Кизеловской городской больнице, Центрально-Коспашской поликлинике и частных медицинских кабинетах.

Средняя заработная плата врача на полную ставку составляет 7–8 тыс. рублей. Молодые специалисты получают меньше – около 5 тыс. рублей, с учетом стажа работы, категории и уральского коэффициента. К слову, молодой специалист в поликлинике всего один – это врач-кардиолог, которая помимо основной работы оказывает медицинские услуги по гирудотерапии в частном косметологическом кабинете. Остальными специалистами ГУФСИНовской поликлиники являются преимущественно женщины в возрасте 40–45 лет, коренные жительницы Кизела.

Следует отметить, что у всех врачей поликлиники есть возможность зарабатывать на порядок больше, не совмещая и не подрабатывая в дру-



гих медицинских учреждениях, а обслуживая ведомственных сотрудников непосредственно на территории СИЗО, однако это не пользуется популярностью («заманивают нас зарплатой до 20 тыс. рублей, но желающих все равно мало»). Возможно, врачам неприятен сам факт нахождения «за колючей проволокой» или они опасаются заразиться туберкулезом, однако общаясь на приеме в поликлинике с теми же пациентами, вероятность заразиться остается на одном и том же уровне<sup>244</sup>.

В поликлинике выполняются несколько видов анализов, в том числе биохимический анализ крови и анализ мочи. Лабораторное и диагностическое оборудование в основном старое, но в рабочем состоянии (медперсонал считает, что широкий набор оборудования помог поликлинике в получении лицензирования). При необходимости иных анализов, консультаций или лечения, не оказываемых в поликлинике, пациентов направляют в центральную ведомственную больницу в Перми. При этом сотрудники исправительного учреждения могут обратиться за помощью и в муниципальную городскую больницу, однако за неимением полиса ОМС все услуги будут оказаны им платно.

Как и любые другие медицинские специалисты, врачи ведомственной поликлиники не отказывают в консультации или приеме своим знакомым как в рабочее, так и в свободное от работы время. Тем не менее, на фоне полноценной больницы с круглосуточным стационаром поликлиника ГУФСИН выглядит довольно скромно и не играет значительной социальной роли в жизни города (по сравнению с рассмотренной ранее Ныробской больницей ГУФСИН в Чердынском районе). Однако учитывая демографическую и экономическую ситуации в Кизеле и Кизеловском районе, можно прогнозировать дальнейшее сокращение численности населения вследствие отрицательного естественного прироста и сознательного оттока местных жителей в крупные города края. Если на сегодняшний день занятость в городе еще обеспечивает хлебокомбинат, молочный завод, вагонное депо, а также предприятия бюджетной сферы и частные предприниматели, то в недалеком будущем исправительное учреждение может остаться единственным «градообразующим предприятием», вокруг которого будет сконцентрирована вся городская жизнь.

**Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Центрально-Коспашская поликлиника» (Кизеловский р-н).** Центрально-Коспашская поликлиника обслуживает 3 муниципальных образования общей численностью 4,4 тыс. человек: пос. Центральный Коспашский,

пос. Южный Коспашский и пос. Северный Коспашский. Поселки были основаны при разработке угольных шахт, которые были закрыты и затоплены в конце 1990-х годов.

Поликлиника находится в центральном поселении и отдалена от южного и северного поселков на 6 км и 4 км соответственно. В связи с относительной близостью расстояний на их территориях южного и северного поселков были реорганизованы врачебные амбулатории (аналогичная оптимизация коснулась амбулаторий в пос. Шахта и пос. Рудничном, ранее относившихся к Кизеловской городской больнице). Это было оправдано экономией бюджетных средств, а также тем фактом, что в Центральном Коспашском поселении функционирует «Скорая помощь», способная добраться до места назначения за несколько минут. Впрочем, и в Северном, и в Южном Коспашском поселениях остались фельдшерские кабинеты, относящиеся к Центрально-Коспашской поликлинике, куда несколько раз в неделю приезжает фельдшер (до закрытия в поселках угольных шахт там функционировали полноценные поликлинические отделения), остальные сельские поселения курируют участковые фельдшеры. В самой поликлинике центрального поселения на протяжении последних 10 лет были постепенно упразднены все стационарные отделения, в том числе терапевтическое и психиатрическое (жители рассказывают, что психиатрические пациенты, находившиеся на лечении, были отправлены по домам и остались без надлежащего присмотра).

На сегодняшний день в составе Центрально-Коспашской поликлиники работают 60 врачей, 40 сотрудников среднего медперсонала (коэффициент совместительств не превышает 1,5), имеется коечный фонд дневного стационара на 12 коек и 2 машины «Скорой помощи» «Газель». После некоторого перерыва в поликлинике открылось аптечное подразделение, прошедшее лицензирование (аптека работает всего 3 часа в день и имеет узкий перечень лекарственных средств, однако других мест продажи медикаментов в пос. Центральном Коспашском нет), а в пос. Северном Коспашском вскоре заработал филиальный аптечный пункт.

В отделении «Скорой помощи» работают 2 врача, 8 фельдшеров и 4 диспетчера. Ежедневное количество вызовов не превышает 14 случаев, большая часть которых приходится на бытовые травмы, алкогольные отравления и гипертонические кризы. Диспетчерами принимаются все вызовы, в том числе от больных, проживающих без документов, прописки, и полиса ОМС (по мнению медперсонала, таких людей в районе проживает «довольно много», часть из них – бывшие заключенные).

Обе машины, поступившие в 2006 году по нацпроекту «Здоровье», не соответствуют местным природным условиям – бездорожью, гористой местности и сильным морозам. «Газели» оборудованы современными приборами и жидкокристаллическими мониторами, однако у них низкая проходимость, поэтому скорость часто не превышает 30 км/час, и время на дорогу значительно увеличивается. Медперсонал обеспокоен тем, что в зимнее время года мониторы могут выйти из строя из-за низких температур, но при этом отмечает их малую практическую ценность («они нам в работе не пригождаются»).

Большинство врачей поликлиники работают по совместительству в Кизеловской городской больнице и ведомственной поликлинике ГУФСИН, из местных – всего один врач (акушер-гинеколог). По словам главного врача, рациональнее пригласить специалиста из Кизела на четверть ставки и «закрыть дыру», чем нанимать отдельного специалиста и раздувать таким образом штат учреждения, тем более что перспектив для молодых специалистов здесь, по большому счету, нет. Тем не менее, главный врач планирует лицензировать массажный кабинет (в начале 2012 г. в поликлинике ожидают нового специалиста, заканчивающего свое обучение), увеличить ставки для кардиолога и физиотерапевта.

Ограничение фонда оплаты труда не позволяет главному врачу мотивировать медицинский персонал к эффективной работе премиями («стимулирование работы получается пока только добрым словом и вниманием»), а младший медперсонал в большинстве случаев работают за суммы, равные МРОТ. А для набора нового персонала, в том числе на условиях совместительства, нужно предлагать хоть сколько-нибудь конкурентные условия («нужно заинтересовывать врачей, а на 2,5 тыс. рублей никто сюда не поедет»).

Позитивные изменения в финансировании поликлиники главный врач связывает с изменением статуса медицинского учреждения – с муниципального на государственный. Этот переход совпал по времени с окончанием финансирования по краевому приоритетному проекту «Качественное здравоохранение», в ходе реализации которого в Центральном-Коспашской поликлинике были проведены ремонтные работы чердачных перекрытий, на крыше здания и др. (средства по проекту выделялись из краевого и муниципального бюджета в соотношении 75% на 25%). Приоритетными для края стали крупные лечебные учреждения, расположенные в г. Перми, г. Чайковском, г. Соликамске и г. Губахе, где есть рентабельные промышленные предприятия, однако, по мнению

некоторых респондентов, они не в состоянии эффективно использовать те колоссальные ресурсы, которые валяются на них сверху. В такие больницы поставляют оборудование, которое некому эксплуатировать из-за отсутствия соответствующих специалистов, в то время как небольшие медицинские учреждения пользуются аппаратурой 1980-х годов (например, в поликлинике на протяжении нескольких лет ждут поступления флюорографа).

По существующей концепции развития отрасли в регионах пытаются сформировать сильные зональные медицинские центры за счет сокращения периферийных мощностей, но в результате осложняют доступ к медицинским услугам и горожан (вследствие огромных очередей), и сельских жителей (по причине отсутствия квалифицированной медицинской помощи, в принципе). В итоге, колоссальные расходы на оснащение зональных больниц оказываются неэффективными. Если бы незначительная часть этих средств была потрачена, скажем, на машины «Скорой помощи», отвечающие запросам сельской местности, вероятно, практическая польза этих денег была бы гораздо выше («Зная здравоохранение села изнутри, необходимо понимать, что бабушки не поедут в зональный центр, им нужно обеспечить необходимый минимум медицины на месте»). К слову, следует отметить, что местное население недовольно сокращением круглосуточного стационара, а для того чтобы попасть в дневной стационар, пациенты неизменно ожидают в очереди (медикаментозное лечение и процедуры проходят в будние дни с 12:00 до 18:00, основной контингент стационара – пожилые люди).

Определенные надежды руководство поликлиники возлагает и на реализацию нового закона об ОМС, полагая, что он «развяжет руки» страховым компаниям и медицинским учреждениям, а также позволит повысить качество обслуживания населения за счет здоровой конкуренции. Среди прочих изменений в сфере модернизации здравоохранения в поликлинике создана единая электронная база на платформе системы ProMed<sup>245</sup>, в которую включены все официально зарегистрированные жители пос. Центрального Коспашского, пос. Южного Коспашского и пос. Северного Коспашского. Однако никаких иных модернизационных мероприятий в поликлинике, в том числе в сфере информатизации, не планируется, а система ProMed, ограниченная в своих интегративных возможностях, не позволит объединить данные о населении коспашских поселений с данными о жителях Кизеловского района и Пермского края.

Несмотря на ограниченность материально-технической базы Центрально-Коспашской поликлиники, главный врач (молодой специалист, врач-гинеколог, кандидат медицинских наук) проявляет большую активность в формировании новых подходов к обслуживанию пациентов и оптимизации финансовых расходов. Так, по его инициативе в работу поликлиники были внедрены принципы «ответственного самолечения», стационарное лечение на дому, создана «Школа гипертоника» для пожилых людей.

Под «ответственным самолечением» подразумевается информирование и обучение пациентов самостоятельной медицинской помощи, включая правильный рацион питания и здоровый образ жизни. На основе этого принципа работает и «Школа гипертоника», где пациентов учат измерять давление, объясняют, как помочь себе при приступах, когда необходимо принять лекарство, а когда – вызвать «Скорую помощь». В перспективе это уменьшит количество ложных вызовов, а значит, поможет поликлинике экономить средства («времени здесь больше, чем в городе, можно уделять время просвещению и общению с пациентами»). Кстати, одна из участниц школы, придерживаясь здорового рациона, похудела на 6 кг и нормализовала свое артериальное давление.

Стационар на дому является распространенной стационар-замещающей формой лечения пациентов, однако его непосредственное внедрение полностью зависит от медперсонала ЛПУ. В коспашских поселениях по инициативе главного врача таким образом уже пролечились несколько человек, к которым регулярно выезжал фельдшер и курировал прием медикаментов. Помимо значительной экономии средств, домашний стационар позволяет освободить койки для тех, кому они нужны больше. Однако подобная технология была бы гораздо более эффективной, если бы благодаря ее применению высвобождались круглосуточные койки для тяжелых пациентов. Однако в случае с Центрально-Коспашской поликлиникой и в дневном стационаре, и в стационаре на дому находятся лишь пациенты терапевтического профиля средней тяжести, тяжелые пациенты направляются в учреждения высшего уровня.

Основываясь на успешном опыте внедрения практики «ответственного самолечения», главный врач поликлиники также планирует создать «Школу сахарного диабета»<sup>246</sup>.

Какими бы результативными ни были просветительские мероприятия со стороны руководства медицинских учреждений района, это не изменит реалий социально-экономического положения района в целом. От-

сутствие рабочих мест и колоссальная безработица, высокая степень отходничества экономически активных жителей, трехкратное превышение смертности над рождаемостью, – все это создает крайне депрессивную атмосферу в обществе, которая на протяжении последних 15 лет продолжает усугубляться. Социально-экономическое положение района, а также неблагоприятное состояние окружающей среды являются причинами высокого уровня заболеваемости. Среди основных тенденций, выявляемых при анализе общего состояния здоровья населения района<sup>247</sup>:

- рост заболеваемости детей и подростков, имеющих хроническую патологию;
- высокий уровень патологии беременности, родов и послеродового периода;
- рост ВИЧ-инфекции (в 2009 г. – 12 выявленных случаев, в 2010 г. – 23 случая);
- рост хронических вирусных гепатитов;
- рост заболеваемости туберкулезом и рост смертности больных туберкулезом.

Структура смертности населения также косвенно подтверждает наличие социально-значимых и экологических проблем: на первом месте – смертность от заболеваний системы кровообращения, далее следуют болезни органов дыхания, онкология и травматизм. Помимо этого о процветании алкоголизма и наркомании говорили многие опрошенные жители района, в том числе медицинские специалисты и сотрудники местной газеты: за 9 месяцев 2011 года на учет к наркологу поступили более 90 человек в возрасте от 20 до 25 лет, а за 2010 – 2011 годы от «кустарных» наркотиков погибли 7 человек.

При таком социальном и психологическом неблагополучии общества сложно переключать ответственность, скажем, за высокую смертность, на больницы и плохое качество оказания медицинской помощи. Пример Кизеловского района лишний раз доказывает тезис о том, что само по себе выделение значительных ресурсов в сферу здравоохранения не является панацеей от роста заболеваний или ранней смертности.

Более того, структура медицинских учреждений здравоохранения в районе наводит на мысль о том, что краевые власти, поддерживая большие коечные фонды и штатную численность, стараются «загладить» государственную вину за ликвидацию угольной отрасли в районе и неспособность обеспечения жителей рабочими местами, или оказания содействия в их переселении в другие районы края.

**Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Чайковская центральная городская больница».** МБУЗ «Чайковская центральная городская больница» обслуживает большой муниципальный район численностью 109,8 тыс. человек, включая 82,9 тыс. жителей районного центра. Помимо населения своего района больница принимает пациентов из Еловского, Куединского и Частинского районов, для которых Чайковская больница является зональным медицинским центром (теоретически за медицинской помощью сюда могут обратиться еще 57 тыс. человек). Однако по экспертным оценкам более 60% пациентов в крупных городских или районных больницах составляют жители города, на территории которого расположено ЛПУ.

Мощность городской больницы составляют стационар на 493 койки (отделения хирургии, гнойной хирургии, кардиологии, терапии, травматологии и ортопедии, офтальмологии, акушерства, гинекологии, неврологии, отоларингологии, пульмонологии, анестезиологии и реанимации, инфекционных и кожно-венерологических заболеваний), и несколько десятков других подразделений, в том числе:

- 4 отделения женской консультации в нескольких районах города;
- отделение «Скорой помощи», отделение переливания крови, клинико-диагностическая и бактериологическая лаборатории, аптечное отделение;
- 12 ФАПов.

Только в штате Чайковской центральной городской больницы работают более 130 врачей, 615 сотрудников из числа среднего и младшего медперсонала и 156 работников вспомогательного персонала. Однако и здесь, по словам руководства, не хватает многих специалистов: в больнице всего 2 кардиолога, нет эндокринолога, в отделении анестезиологии и реанимации на ночных дежурствах работает всего один врач, вместо положенных двух. Молодые специалисты в Чайковский едут неохотно (к примеру, в 1976 г. на работу поступили 18 специалистов, а в 2009 г. – всего 5), а врачи пенсионного возраста прекращают врачебную деятельность. Таким образом, количество врачей в Чайковской городской больнице сокращается из года в год (за 2010 г. количество врачей уменьшилось на 16 чел.). Причем рабочая нагрузка распределяется среди оставшихся работников, значительная часть которых также находятся в пенсионном возрасте. В последние годы при помощи краевого бюджета создана программа поддержки молодых врачей, в рамках которой новым сотрудникам выделяется по 100 тыс. рублей при условии заключения 5-летнего трудового

контракта с Чайковской больницей, а для иногородних – возможно предоставление служебного жилья. Может быть, эти меры позволят привлечь молодых специалистов и «обновить» кадровый состав больницы.

Финансирование городской больницы осуществляется из нескольких источников, включая бюджеты всех уровней, средства территориального фонда ОМС и частных страховых компаний, оплачивающих услуги по ДМС. В рамках федеральных программ и проектов при софинансировании краевого бюджета (в том числе, нацпроект «Здоровье» и программа модернизации здравоохранения Пермского края) в больницу ежегодно поступает новое оборудование, осуществляется ремонт и оснащение корпусов. Приоритетный региональный проект «Качественное здравоохранение» также позволяет выделять краевые и муниципальные средства на совершенствование материально-технической базы ЛПУ и реорганизацию муниципальных учреждений здравоохранения. На строительство, ремонт и медицинское оборудование городская больница ежегодно получает десятки, а то и сотни миллионов рублей (кстати, первый в регионе компьютерный томограф появился именно в г. Чайковском еще в 1990-е гг.). Муниципалитет, в свою очередь, финансирует отделение «Скорой помощи», венерологическую, патологоанатомическую и инфекционную службы, а также участвует в софинансировании федеральных и краевых программ и проектов.

Городская больница оказывает широкий спектр платных услуг по пяти основным направлениям: стационарное лечение, амбулаторный прием специалистов, диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и транспортные услуги. Постоянное расширение перечня платных услуг вызывает недовольство со стороны городских жителей, однако, по словам руководства, больница не может не оказывать платных услуг из-за потребности в дополнительном заработке, а также с целью законного ускорения получения той или иной услуги для платежеспособных пациентов и «профилактики неформальных платежей». Однако при существующих нормах ожидания плановой госпитализации или проведения лабораторных исследований (до 20 и 14 дней соответственно)<sup>248</sup> существование «неформальных платежей» вполне предсказуемо, а учитывая экономическую выгоду для пациента (дешевле заплатить неформальное вознаграждение, чем оплачивать лечение по коммерческим тарифам больницы) – просто неизбежно.

Городские, а также приезжие пациенты при поступлении на плановую госпитализацию должны иметь при себе документ, удостоверяю-

щий личность, полис ОМС, направление установленного образца, заверенное руководителем ЛПУ или его заместителем, а также свежие данные флюорографии. То есть сельским жителям, прежде чем они попадут на лечение в стационар, необходимо пройти путь от участкового фельдшера до врача районной поликлиники, а затем, получив от него направление в Чайковский, попасть на амбулаторный прием в городскую поликлинику, подтвердить необходимость госпитализации, и только потом направиться в приемное отделение больницы с перечисленным пакетом документов. Ни о каком электронном здравоохранении речь пока не идет, хотя попытки обрывочного внедрения различных автоматизированных систем, например «Электронной регистратуры», предпринимаются постоянно.

Чайковская городская больница представляет собой ухоженный и чистый больничный городок, удобно расположенный в центре города, с большим штатом медицинского персонала и хорошим оснащением. Однако помимо Чайковской центральной больницы в городе расположены еще около 10 крупных медицинских учреждений, которые курирует Управление здравоохранения администрации Чайковского муниципального района, а именно Городская больница №2, Детская городская больница, Городские поликлиники №1 и №2, Стоматологическая поликлиника, Детская поликлиника и ее филиалы в Завокзальном, Заринском и Прикамском районах города, Центр медицинской профилактики (Центр здоровья), Краевая психиатрическая больница №6, Краевой противотуберкулезный диспансер №9, а также лечебно-профилактические учреждения, расположенные в сельских поселениях Чайковского района. Благодаря такому богатому перечню ЛПУ и их эффективной работе район занял первое место по Пермскому краю в 2009 году по итогам работы учреждений здравоохранения.

Таким образом, горожане имеют доступ к разнообразным медицинским услугам, в том числе высокотехнологичным (в редких случаях пациентов могут направить в Пермь или Москву). При этом Чайковский – пример крупного городского поселения с множеством медицинских и околomedicalных учреждений различного профиля и подчинения, трудно структурируемых, «непрозрачных» и не вписываемых в стандартное представление о государственном здравоохранении с головным учреждением и его подразделениями, финансируемыми из одного-двух источников.

Вместе с тем Чайковский муниципальный район благополучен и в сфере экономики, и в сфере медико-демографических показателей. С од-

ной стороны, население обеспечено рабочими местами за счет крупных предприятий нефтехимической промышленности, машиностроения, Воткинской ГЭС и большим количеством других средних и малых предприятий. С другой, – демографический анализ населения показывает рост рождаемости и уменьшение смертности, а численность трудоспособного населения (65%) значительно превышает число лиц пенсионного возраста (17%). При этом в районе неизбежно сохраняется определенный уровень распространения социально обусловленных заболеваний, в том числе алкоголизма и наркомании. Об этом свидетельствует не только медицинская статистика, но и наличие в городе таких общественных организаций, как «Анонимные наркоманы», «Матери против наркотиков», «Клуб анонимных алкоголиков» и проч. Но и на эту социальную проблему в Чайковском выделяются средства, а значит, соблюдается логическая зависимость «проблема – решение», в то время как в депрессивных районах исчезает всяческая логика, – есть только проблемы и способность «выживать», на которой все и держится (причем государство умудряется усложнять и приумножать существующие проблемы глубинки, не предлагая вариантов для их решения)<sup>249</sup>.

Социально-экономическая стабильность Чайковского района усиливается за счет дополнительных государственных финансовых вливаний, что особенно контрастирует с уже описанными муниципальными районами Пермского края. Получается, что сильные территории с большим экономическим и ресурсным потенциалом получают усиленное социальное обеспечение и всестороннюю поддержку властей, а слабые, наоборот, подчеркнута «игнорируются».

#### СЕЛЬСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

В **Косинском муниципальном районе** был обследован фельдшерско-акушерский пункт в пос. Кордоне. На три сельских поселения (пос. Левичанское, пос. Светличанское, пос. Чазевское) района приходится 19 ФАПов и один офис врача общей практики в пос. Светлице. Получается, что во всех укрупненных сельских поселениях функционируют не менее 5–6 ФАПов, то есть, практически в каждой деревне численностью от 100 до 300 человек есть свой фельдшер.

За последние годы были закрыты всего 4 ФАПа, причем в оставшихся фельдшерских пунктах сохраняются все рабочие ставки, вплоть до са-



нитарных и акушерских<sup>250</sup>. Зато были реорганизованы две полноценные участковые больницы с отделениями круглосуточного стационара. Одну из них, в пос. Чураках, преобразовали в ФАП, а вторую, в пос. Светлице, – в офис врача общей практики с тремя койками дневного стационара вместо бывших 25 круглосуточных коек. Санитарные машины, прикрепленные ранее к участковым больницам, забирать не стали, и они продолжают обслуживать сельское поселение в границах определенных участков (то есть с большой вероятностью сельского жителя в больницу повезет «скорая» из Чураков или Светлиц). Однако проблема транспортировки пациентов все же существует. Поскольку Светличанское поселение и его деревни находятся на другой стороне реки, в отсутствие мостов в Косинскую больницу можно доехать только в зимний период по льду, а в период навигации больного доставляют к реке и переправляют лодкой на другую сторону, где его встречает «скорая», приехавшая из Косы (в период ледохода и ледостава пациенты не могут быть перевезены в больницу в принципе).

Территория Косинского района поделена на два сельских терапевтических участка, которые курируют участковые терапевты из районной больницы, по одному на каждый участок. По существующему графику терапевты должны выезжать в ФАПы и ходить по вызовам два раза в неделю. Однако, по словам сельских жителей, терапевты приезжают гораздо реже. В пос. Кордоне, например, сказали, что врач приезжает всего лишь несколько раз в году («у него все нет времени»), хотя за ним закреплены всего четыре сельских поселения, из которых Кордон – крупнейший, где стоило бы бывать один или два раза в месяц. Возможно, это связано с близостью Кордона к Косе и районной больнице, а также большой текущей загрузкой терапевта на повседневном приеме пациентов.

Финансирование ФАПов осуществляется из бюджетных средств. При этом фельдшеры не знают годовых бюджетов или расходных смет своих пунктов, поскольку вся бухгалтерия ведется в районной больнице («денег никто не видит»). И сельских, и городских медработников беспокоит планируемый перевод ФАПов на оплату через фонд ОМС, так как из-за малочисленности сельского населения ФАПы не смогут выполнять планов и зарабатывать на свое содержание, следовательно, их, вероятно, придется закрывать или укрупнять.

Наряду с переходом на страховое финансирование по обязательному медицинскому страхованию в ФАПах опасаются лицензирования, которое должно пройти в 2012 году. Так, если фельдшерский пункт или дру-

гое подразделение районной больницы не проходит лицензирования, то его деятельность приостанавливается на несколько лет, вплоть до следующей лицензионной комиссии.

**Кордонский ФАП (пос. Кордон Косинского района).** Кордонский ФАП обслуживает население пос. Кордон численностью 1089 человек. Причем в последние два-три года фельдшер отметила повышение рождаемости, которое она связывает с материнским капиталом (в 2011 г. в Кордоне родились более 23 детей), хотя на самом деле повышение рождаемости отмечается практически повсеместно, и это может быть также связано с тем, что родителями становятся люди, родившиеся в период «детского бума» середины 1980-х годов.

В штате фельдшерского пункта работают 4 человека, в том числе фельдшер, акушерка, санитарка и медсестра физиотерапевтического кабинета (столь многочисленный коллектив ФАПа мы наблюдали только в Косинском районе Пермского края). Таким образом, в районе стараются сохранить и структуру сельских ЛПУ, и рабочие места.

Раз в 5 лет сельские фельдшеры проходят повышение квалификации. В 2010 году фельдшер Кордонского ФАПа проходила месячное обучение в Перми, а в 2005 году – двухмесячное обучение в Кудымкаре. Однако она была вынуждена оплачивать учебу и расходы на проезд и проживание самостоятельно. Лишь через какое-то время после поездки районная больница возместила ей командировочные расходы, а затраты на обучение так и не были возвращены. В районной больнице раз в месяц проходят собрания фельдшеров, на которых решаются текущие проблемы сельских учреждений, реже обсуждаются сложные пациенты и их лечение.

В Кордонском ФАПе принимают всех обратившихся за медицинской помощью, не спрашивая о наличии полиса ОМС, поскольку это никак не отражается на расходах или зарплате медперсонала, что является неоспоримым преимуществом бюджетного финансирования. Посещаемость ФАПа составляет до 25 человек в день. Наибольшее количество пациентов набирается в «процедурные дни», когда больные приходят на уколы, капельницы, перевязки, а также пользуются услугами физиотерапевтического кабинета. Пожилые люди часто приходят для общения под предлогом измерения давления («бабушки любят поговорить»), а работающие жители при необходимости прохождения диспансеризации или оформления больничного едут в Косу. В целом, жители Кордона могут беспрепятственно обращаться как в свой ФАП, так и в районную больни-

цу, поскольку расстояние между населенными пунктами составляет всего 3 км, а автобус районного сообщения курсирует несколько раз в неделю. Сложность заключается в том, чтобы попасть на прием к врачу, отстояв длинную очередь, так как в дни, когда работает районный автобус, в районной поликлинике собирается большое количество сельских пациентов. А для того чтобы поехать на лечение в медицинские учреждения Кудымкара или Перми, необходимо получить «электронное направление» (оформляется в электронной базе и распечатывается на бумаге). Дорога до специализированных больниц (наиболее сложный этап на пути госпитализации) оплачивается больным самостоятельно, в редких случаях оплачивается за счет районной больницы.

Медикаменты в поселке продаются только в частной аптечной лавке, которая работает всего несколько часов в день без определенного графика работы («работает, когда вздумается»). Наткнувшись на закрытую дверь, жители часто жалуются на владельца аптеки в ФАП. В самом фельдшерском пункте аптеки нет по причине отсутствия лицензии («если будет нужно – пройдем лицензирование»). Лекарства для оказания экстренной медицинской помощи ежемесячно закупаются фельдшером на фиксированную сумму в 1040 рублей (меньше одного рубля на человека), выделяемую из бюджета районной больницы. Причем косинская больница вынуждает фельдшера закупать медикаменты в аптеке ООО «Будь здоров!» группы предприятий «Пермфармация» (бывшая государственная аптека Коми-Пермяцкого АО), хотя там наиболее высокие цены.

Прежде чем купить какое-то лекарство, жители поселка обычно советуются с фельдшером, а затем часто приходят за повторным советом, чтобы правильно применить купленное средство. Социальные льготы на медикаменты люди предпочитают монетизировать, поскольку сами льготные рецепты доступны только в районном центре. Сама фельдшер предпочитает лечиться травами, что нередко рекомендует и своим пациентам.

Среди основных заболеваний местного населения были отмечены болезни сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и онкологические заболевания. Около десятка жителей Кордона болеют туберкулезом, в том числе в открытой форме. По мнению участкового терапевта, из-за низкого уровня культуры здравоохранения люди запускают свои болезни до хронического или неизлечимого состояния, особенно это касается больных туберкулезом.

Жалоб на работу «Скорой помощи» нет. Вызовы принимаются от самих жителей и через фельдшера, однако подтверждение вызова медра-

ботником не является обязательным условием для выезда бригады, тем более после окончания рабочего дня в ФАПе. Работа «Скорой помощи» затрудняется лишь плохим состоянием дорог.

О приезде участкового терапевта из Косинской больницы местное население извещают объявлениями с указанием даты и времени его приема в ФАПе, а иногда жители сами связываются с ним по телефону через регистратуру районной поликлиники для консультации. В свои приезды помимо приема пациентов в ФАПе врач обходит тяжелых больных вместе с фельдшером. Сама фельдшер ходит на вызовы и осуществляет обходы ежедневно во второй половине рабочего дня, но по мере надобности жители обращаются к ней в любое время суток, нередко приходят за советом в нерабочее время.

В **Чердынском муниципальном районе** были обследованы два фельдшерско-акушерских пункта – в пос. Покче и пос. Рябинино. Из числа сельских учреждений здравоохранения на территории района расположены 12 фельдшерско-акушерских пунктов (в пос. Покче, пос. Кольчуге, пос. Верхней-Колве, пос. Бондюге, пос. Чепеце, пос. Вильгорте, пос. Рябинино, пос. Пянтеге, пос. Кургане, пос. Больших-Долдах, пос. Коэптах, пос. Гремячево), 4 фельдшерских пункта (в пос. Серегово, пос. Уроле, пос. Редикоре, д. Аниковской) и одна участковая больница в пос. Керчевском.

В последние годы сельские учреждения Чердынского района планомерно сокращались. Из пяти участковых больниц на 185 коек сохранилась только одна больница на 18 коек круглосуточного стационара и 17 коек дневного стационара, остальные были преобразованы в фельдшерские пункты. По слухам среди медицинских специалистов, в самое ближайшее время будут закрыты еще 10 ФАПов (!). Однако эта цифра может быть сильно преувеличена, – не исключено, что в связи с переходом на финансирование из средств фонда обязательного медицинского страхования ФАПы будут укрупняться с сохранением прежних штатов, но не сокращаться полностью (хотя упразднение нескольких ФАПов все же возможно).

На сегодняшний день только 6 ФАПов работают полный рабочий день (Покчинский ФАП, Рябининский ФАП, Чепецкий ФАП, Вильгортский ФАП, Пянтежский ФАП, Бондюжский ФАП), а остальные работают либо 2–3 часа в первой половине дня (Аниковский ФП, Редикорский ФАП, Кольчужский ФАП, Долдынский ФАП), либо несколько часов во второй половине дня (Урольский ФП, Сереговский ФП). Пункты, работающие по сокращенному режиму работы (с 9:00 до 10:48, с 9:00 до 12:36,

с 16:12 до 18:00, с 18:00 до 21:36), являются наиболее вероятными кандидатами на сокращение, так как уже сейчас там, по всей видимости, нет постоянного штата сотрудников либо он сокращен до половины или четверти ставки фельдшера (кстати, фельдшера нет и в Бондюжском ФАПе, где его заменяет акушерка).

В Керчевской участковой больнице, несмотря на очевидные сокращения (с 8 стационарных отделений и 130 коек в 1980-х гг. до 4 отделений и 35 коек круглосуточного и дневного стационаров в 2011 г.) и численность жителей, не превышающую 1 тыс. человек, сохраняется хорошее социальное обеспечение, что объясняется наличием на территории поселения крупного предприятия лесной промышленности. Причем больница является самостоятельным юридическим лицом в статусе муниципального медицинского учреждения и имеет в своем подчинении подстанцию скорой медицинской помощи, ФАП в пос. Гремячево и здравпункты в Керчевской средней общеобразовательной школе и детском комбинате. Вероятно, в ближайшем будущем в связи с постоянным сокращением населения Керчевская участковая больница также будет реорганизована в амбулаторию с дневным стационаром. Однако на сегодняшний день она остается одним из немногих стабильных медицинских учреждений на территории сельских поселений Чердынского района.

**Покчинский ФАП (пос. Покча Чердынского района).** К Покчинскому ФАПу приписано население пос. Покчей и трех ближайших поселений (пос. Лобанихи, пос. Лызино, пос. Савины), всего около 900 человек. В штатном расписании ФАПа предусмотрено 3,75 ставок, включая двух фельдшеров (1,5 ставки), акушерку (1 ставка), медсестру (1 ставка) и санитарку (0,25 ставки). Пару лет назад в штате ЛПУ было пять ставок, в том числе 0,5 ставки для медсестры физиотерапевтического кабинета. В пос. Лызово (35 чел.) и пос. Савине (50 чел.) работают фельдшеры на 0,5 и 0,25 ставки соответственно, принимающие пациентов в помещении Покчинского ФАПа, а также у себя дома, так как бывшие помещения фельдшерских пунктов уже не пригодны для организации приема пациентов.

Переход на страховое финансирование по ОМС вызывает у сотрудников ФАПа крайнюю обеспокоенность. По их словам, уже с начала 2012 года для того, чтобы выходить «на ноль», фельдшерскому пункту необходимо выполнять план в объеме 400 посещений в месяц или 20 посещений в день. Практика показывает, что среднее количество посещений в день не превышает 7–10 пациентов.

Еще одну серьезную проблему сотрудники видят в предстоящем лицензировании, поскольку помещение ФАПа не соответствует новым стандартам и требованиям, предъявляемым к фельдшерским акушерским пунктам<sup>251</sup>. К примеру, минимальная установленная площадь для ФАПа, обслуживающего более 800 чел., составляет 74 м<sup>2</sup>, а площадь Покчинского ФАПа – только 50 м<sup>2</sup>. Помимо этого есть и другие пункты несоответствия требованиям, которые, впрочем, можно было бы предъявить к 95% других ФАПов по всей России<sup>252</sup>. Однако покчинский фельдшер считает, что их ФАП, скорее всего, не пройдет лицензирования и его закроют. С одной стороны, это маловероятно из-за более-менее стабильной численности населения, а с другой, – вполне возможно вследствие близости Чердынской районной больницы.

Фельдшерско-акушерский пункт работает по «северному» 36-часовому недельному графику с 08:30 до 16:12 в будние дни (обеденный перерыв с 13:00 до 13:30, суббота и воскресенье – выходные). После окончания рабочего дня фельдшера сельские жители могут беспрепятственно вызывать «Скорой помощи», а в рабочее время доврачебную помощь оказывают в ФАПе или вызывают фельдшера на дом (впрочем, учитывая небольшое расстояние до Чердыни, около 4 км, «скорая» может выехать сюда в любое время).

Купить медикаменты в Покче негде, поэтому их часто заказывают через фельдшера (в основном, пожилые люди) или покупают в Чердыни. Ограниченный запас лекарств для экстренной медицинской помощи есть и в самом ФАПе. Структура заболеваемости среди местного населения не отличается от других районов<sup>253</sup>, однако был отмечен рост заболеваний сахарным диабетом и «молодеющий» алкоголизм. По словам фельдшера, «пьют» жители всех возрастов, в том числе молодые мужчины и женщины, чаще всего не трудоустроенные, живущие на заработки от сбора грибов и ягод.

В **Красновишерском муниципальном районе** были исследованы ФАПы в пос. Вишерогорске и пос. Волынке, а также врачебная амбулатория в пос. Верх-Язьве. Всего в районе расположены 13 ФАПов (Вайский, Велсовский, Золотанский, Мутихинский, Волынкинский, Вишерогорский, Бычинский, Цепельский, Антипинский, Ваньковский, Северо-Колчимский, Березово-Старицкий, Усть-Язьвинский) и Верх-Язьвинская врачебная амбулатория. Причем один из ФАПов (Мутихинский) и амбулатория не прошли лицензирование, но благодаря внутренним районным договоренностям продолжают работать (и ФАП, и амбулатория яв-

ляются бывшими участковыми больницами, не успевшими получить новую лицензию после смены статуса ЛПУ).

Любопытно, что в Красновишерском районе есть пункты, которые не входят в число официальных 13 ФАПов. Они подчиняются фельдшеру одного из ФАПов и по сути являются его филиалами (такой подход к оптимизации сельских фельдшерско-акушерских пунктов был описан на примере Кировского муниципального района Ленинградской области). Например, к Вишерогорскому ФАПу относится три других пункта в окрестных поселках. Указанные ФАПы были формально закрыты, а персонал переведен в штат крупного фельдшерского пункта, что позволяет фельдшерам подменять друг друга, когда кто-то уезжает в город, скажем, на курсы повышения квалификации.

По состоянию на конец 2011 года все сельские лечебно-профилактические учреждения находились на бюджетном финансировании, и только с начала 2012 года планировался переход на ОМС, который, по мнению медработников, принесет лишь штрафные санкции от страховых компаний и нарекания со стороны руководства за убыточность и невыполнение плана по посещениям.

«Скорая помощь» по Красновишерскому району выезжает только при подтверждении вызова фельдшера, чтобы исключить вероятность ложного вызова. Собственные санитарные машины сохранились в Мухоморском ФАПе и Верх-Язьвинской врачебной амбулатории (машины остались после расформирования в этих поселках участковых больниц). При необходимости они также могут транспортировать пациентов из своих и близлежащих поселений в центральную районную больницу, однако формально машины предназначены для выезда фельдшеров по вызовам и не приписаны к отделению «Скорой помощи» в г. Красновишерске.

**Верх-Язьвинская врачебная амбулатория (пос. Верх-Язьва Красновишерского района).** Амбулатория обслуживает население села Верх-Язьвы (не более 900 чел.) и других деревень в границах Верх-Язьвинского сельского поселения. В амбулатории работают врач-терапевт (по образованию и специализации – акушер-гинеколог)<sup>254</sup>, акушерка, 2 медсестры (на приеме и в физиотерапевтическом кабинете), 2 фельдшера, один из которых работает в отделении сестринского ухода на 10 круглосуточных коек (пациентов в отделение рекомендуют сами фельдшеры из числа лежащих пожилых пациентов, в том числе, одиноких, которых они курируют на дому).

Несмотря на наличие в амбулатории санитарной машины, некоторое время ею не пользовались, поскольку в поселке не могли найти ни одного желающего работать на должности водителя за 5 тыс. рублей в месяц (в итоге, водителя нашли в пос. Цепеле, который приезжает на работу за 10 км.).

Пациентов в амбулатории принимают вне зависимости от наличия полиса ОМС, мотивируя это тем, что «важнее не запустить болезнь». В редких случаях в амбулаторию обращаются гастарбайтеры, работающие на пилорамах (также без документов или полисов). При этом сами жители поселка жалуются, что им тяжело пробиться в Красновишерскую больницу или к городскому врачу в поликлинику, так как считается, что они и так обеспечены врачебной помощью («говорят, что у нас тут своя больница»). По словам акушерки, беременные часто затягивают с обращением в районную больницу, и ей не раз приходилось принимать роды на дому или в дороге.

**Вишерогорский ФАП (пос. Вишерогорск Красновишерского района).** ФАП обслуживает всего 500 человек – население пос. Вишерогорска, однако ежедневно, по словам фельдшера, сюда обращаются около 30 человек. Такую большую посещаемость можно объяснить удаленностью поселения от районного центра (20 километров грунтовой дороги до г. Красновишерска) и труднодоступностью больничных услуг.

В штате Вишерогорского ФАПа числятся фельдшеры бывших фельдшерских акушерских пунктов в пос. Говорливом, пос. Бахарях и пос. Романихе. Они подчиняются вишерогорскому фельдшеру, но работают на своих участках, иногда подменяя друг друга. К примеру, это позволило не закрывать сам ФАП, когда вишерогорский фельдшер уехал на повышение квалификации: ее замещал фельдшер из пос. Говорливого, принимая 3 дня в неделю на своем участке, а 2 дня – в Вишерогорске.

В Кизеловском муниципальном районе до последнего времени функционировали 4 врачебные амбулатории, обслуживающие шахтерские поселки (пос. Южный Коспашский, пос. Северный Коспашский, пос. Шахта, пос. Рудничный). Однако после закрытия шахт амбулатории (а ранее – участковые больницы) были сокращены до фельдшерских кабинетов, где несколько раз в неделю принимает фельдшер. Остальные сельские поселения курируют участковые фельдшеры от Кизеловской городской больницы и Центрально-Коспашской поликлиники.

Так, фельдшерские кабинеты в пос. Южном Коспашском и пос. Северном Коспашском относятся к Центрально-Коспашской поликлинике,

а амбулатории в пос. Шахте и пос. Рудничном – к Кизеловской городской больнице). Фактически все сельское население Кизеловского района обслуживается в 3 медицинских учреждениях: Кизеловской городской больнице, Кизеловской стоматологической поликлинике и Центрально-Коспашской поликлинике.

В составе **Чайковского муниципального района** на 9 сельских поселений (Ольховское, Альняшанское, Большебукорское, Ваньковское, Зипуновское, Марковское, Сосновское, Уральское, Фокинское) приходится 12 ФАПов и Фокинская участковая больница<sup>255</sup>.

В Фокинской больнице работают 8 врачей, в том числе гинеколог, педиатр, терапевт, дерматовенеролог, фтизиатр, нарколог, а также средние медицинские специалисты в лаборатории, стационарном терапевтическом отделении и на «Скорой помощи». Таким образом, в сельском ЛПУ сохранен не только коечный фонд, но и бюджетные специалисты (фтизиатр, нарколог, дерматовенеролог), являющиеся редкостью даже во многих районных больницах. Это лишний раз доказывает изначальное предположение о том, что высокая обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом, в том числе в сельской местности, обусловлена экономическим благополучием Чайковского района (такие мощности сельской участковой больницы Чайковского района могут быть сравнимы с центральными районными больницами в Косинском или Чердынском районах Пермского края).

#### Частная медицина

Частное здравоохранение в Пермском крае получило развитие лишь в наиболее экономически развитых и благополучных муниципальных районах, хотя встречаются и исключения. В более благополучном Красновишерске частная медицина только зарождается, а в Кизеле, более депрессивном городе, функционируют несколько коммерческих медицинских кабинетов. В то же время даже в малых городах края, отличающихся низкой платежеспособностью населения, есть частные специалисты, оказывающие некоторые виды медицинских услуг.

В Косинском районе, учитывая его малонаселенность и низкий уровень обеспеченности местных жителей, нет коммерческих медицинских кабинетов. Косинские жители рассказывают, что еще в 2010 году в поселке работал массажный кабинет, но он закрылся весной 2011 года

из-за отсутствия достаточного количества клиентов для самоокупаемости. «Гастролирующие» медицинские фирмы, проводящие компьютерную диагностику, довольно редко решаются везти в Косу свою аппаратуру, а многие просто не доезжают сюда (не говоря уже о других сельских поселениях Косинского района). Однако несколько местных жителей подтвердили, что одни и те же частные диагносты приезжают в Косу раз в полгода и делают «полное обследование» за 500 рублей. Один из опрошенных воспользовался дополнительными «процедурами» и был вынужден заплатить 2 тыс. рублей. Другие жители вспоминали, что некоторое время назад в пос. Кордон «приезжал медицинский специалист», который проводил прием пациентов в средней школе (какие конкретно медицинские услуги оказывал специалист, жители вспомнить не смогли).

В Чердынском районе наиболее развиты коммерческие услуги стоматологов, косметологов и специалистов по компьютерной диагностике. Кабинеты массажа и косметологии расположены в соседних зданиях. В массажном кабинете помимо классических видов массажа делают «специальный лечебный массаж», а в косметологическом кабинете проводятся консультации по лечению угревой болезни, герпеса, грибковых и прочих заболеваний, а также процедуры по чистке кожи, химические пилинги, инъекции, эпиляция, маски и проч. По городу развешены несколько объявлений о приеме косметолога-дерматовенеролога: врач приезжает из Перми по субботам, предварительная запись пациентов ведется по телефону.

Бригады врачей-диагностов периодически приезжают в Чердынь из Перми и других крупных городов, предлагая услуги компьютерной диагностики организма. Как и в Косинском районе, это происходит не чаще двух раз в год, однако у подобного рода услуг всегда находится своя клиентура.

Один из бывших стоматологов Чердынской ЦРБ после сокращения стоматологического кабинета по протезированию открыл частный кабинет в качестве индивидуального предпринимателя. Теперь в районной больнице оказываются лишь терапевтические стоматологические услуги (профилактика и лечение кариесов), а ортопедия и протезирование – в частном кабинете, то есть конкуренции между ними нет. По словам самого стоматолога, это направление услуг было закрыто в больнице по причине нерентабельности («к тому же предстояло лицензирование, бедней заниматься никому не хотелось»).



Ежедневное количество посетителей в чердынском зубопротезном кабинете достигает 20 человек, большинство приходят на консультативный прием, и до 5 человек – на протезирование<sup>256</sup>. Врач пользуется «гибким» прейскурантом цен: «Проще сказать, сколько будет стоить вылечить зуб полностью, чем расписывать все поэтапно, тем более на кого-то я трачу больше времени и сил, а на кого-то – меньше, поэтому фиксированных цен нет». Так, если посетитель кабинета приходит на консультацию, врач не берет за это плату, чтобы не отпугнуть потенциального клиента, зато потом, если тот же человек приходит на лечение, консультативный прием также включается в итоговую сумму. Врач считает, что таким образом он формирует индивидуальный подход к клиентам и остается со всеми в хороших отношениях, что крайне важно для его работы, так как основной вид рекламы в городе – это «сарафанное радио». Отсутствие жалоб, по его мнению, является гарантом малого числа внеплановых проверок («Никому не хочется работать, тем более если нет веской причины»).

Частные стоматологи также работали при Рябининской амбулатории до ее реорганизации в фельдшерско-акушерский пункт. Сначала там практиковал стоматолог из Соликамска, принимавший пациентов несколько дней в неделю, затем – стоматолог из Березников, работавший по выходным. Оба врача арендовали помещение у амбулатории, а стоматологические услуги пользовались устойчивым спросом среди сельских и даже городских чердынских жителей, однако в последние годы практика частных стоматологических услуг в Рябинино прекратилась (возможно, стоматологи нашли для себя более комфортные и выгодные места работы).

В Красновишерском районе, несмотря на величину и численность населения районного центра г. Красновишерска, нет частных медицинских кабинетов. Единственная частная организация, которую можно условно связать со здравоохранением, – это Центр здоровья и красоты Светланы Ситниковой, где оказываются косметологические услуги, включая лечение некоторых заболеваний кожи, лечебный массаж, проводятся занятия фитнесом.

Косметологический салон расположен в здании поликлиники. Здесь работают несколько косметологов (без медицинского образования) и массажист. Специализированные услуги, например мезотерапия или уколы ботекса, выполняет супруг владелицы салона, стоматолог районной поликлиники, который в будущем планирует освоить процедуры контурной пластики лица.

Спрос на косметологические услуги в городе не велик, к ним прибегает не более 10% женского населения в возрасте до 35 лет («женщины не умеют за собой ухаживать»). Однако цены на услуги нельзя назвать низкими – консультация косметолога с применением простейших процедур – 350 рублей, а стоимость других услуг определяется по принципу «гибкого» прейскуранта («устанавливаем свои собственные цены»). Особенной популярностью пользуются услуги специалиста по массажу. Помимо медицинского образования и хорошего качества массажа («может рассказать, что лечить и как»), ее хвалят за «особенные» способности, благодаря которым она определяет наличие слеза или порчи («за этим люди к ней часто обращаются, она помогает всем бесплатно»). Второй косметологический кабинет в городе работает нерегулярно, и судя по всему, менее популярен.

В Красновишерске работает еще один частный массажист, который арендует в здании бассейна небольшой кабинет (на открытие кабинета он получал субсидию от администрации как индивидуальный предприниматель). И бассейн, и массажный кабинет пользуются большой популярностью. Так, посещаемость кабинета достигает 18 человек в день при стоимости одного сеанса около 300 рублей. Обращаются люди разных возрастов с жалобами на «боли в спине и других частях тела», много постоянных клиентов. Специалист занимается массажем профессионально уже более 12 лет, ранее работал в санатории для пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и сейчас в некоторых сложных случаях прибегает к консультации больничных хирургов, так как хочет, чтобы его курс лечения приносил пациентам действительный результат. Кстати, в бассейне помимо массажного кабинета есть свой медпункт, работающий без лицензии, в котором могут оказать доврачебную помощь посетителям бассейна при легких ушибах и травмах.

В Красновишерске также говорят о частных стоматологических кабинетах: один из них, после неуспешной попытки организации зубного кабинета, был перепрофилирован под парикмахерскую, а другой заявил о себе даже в местной газете, но на конец 2011 года еще не был открыт. Учитывая большое количество слухов именно о частных стоматологах, возможно, такие услуги в городе действительно оказывались и в скором времени будут возобновлены<sup>257</sup>.

Медицинские специалисты из числа руководителей районной больницы рассказывали о наличии в прошлом собственных планов по организации частной медицинской практики, однако, «просчитав все, как

следует», и, не ожидая большого спроса на свои услуги, эти идеи не стали реализовывать (главному врачу, стоматологу по образованию, в открытии частной клиники собирались помогать местные бизнесмены).

Впрочем, недостаток предложения частных медицинских услуг в Красновишерске восполняют выездные бригады узких специалистов из Перми, принимающие, как правило, в помещениях районной поликлиники с периодичностью 3 – 4 раза в год на протяжении нескольких дней. Консультация узкого специалиста стоит 600 рублей, дополнительные исследования и диагностика, например УЗИ, – еще 500 рублей. Несмотря на сравнительно высокие цены, приезжие специалисты весьма популярны. В дни приема к ним съезжаются даже сельские жители, объясняя это тем, что попасть к частным специалистам куда проще, чем в поликлинику (некоторые жители заявляют, что лечатся «только у них»). Определить клинику, от имени которой работают выездные бригады, не удалось. Пациенты считают, что это «государственные» специалисты, подчеркивая таким образом их высокий профессиональный уровень.

В г. Кизеле кабинеты врачей частной практики в большинстве случаев ведут специалисты, работающие в муниципальных учреждениях здравоохранения. Так, врач-отоларинголог совмещает работу в центральной городской больнице с частной практикой. Прием в частном ЛОР-кабинете ведется по будним дням с 16:00 до 19:00, стоимость консультации – 200 рублей (прием пациентов ведется по предварительной записи, поэтому явных очередей здесь нет). В условиях очередей и труднодоступности бесплатных медицинских услуг аналогичного специалиста в больнице частный кабинет пользуется стабильным спросом.

Специалист по ультразвуковым исследованиям также совмещает работу в Кизеловской городской больнице и частном УЗИ-кабинете, уделяя платному приему по несколько часов в день с 12:30 до 15:30 и обслуживая за это время в среднем до 7 пациентов. По рассказам местных жителей, врач УЗИ, пользуясь тем, что она является единственным подобным специалистом в городе, позволяет себе перенаправлять пациентов муниципальной поликлиники в свой кабинет. Между тем, многие негативно отзывались о ее работе и профессиональном уровне, утверждая, что предпочитают обращаться к медицинским специалистам в г. Губаху.

Стоматолог, единственный из всех частников не совмещающий работу в муниципальном лечебно-профилактическом учреждении, арендует помещение в одном здании с частным УЗИ-кабинетом. Однако из-за большой конкуренции с Кизеловской стоматологической поликлини-

кой, где также оказываются платные услуги, кабинет не популярен среди местных жителей, и возможно, в скором времени прекратит свое существование («врач часто отсутствует, о его графике работы никто толком не знает»).

В косметологическом кабинете г. Кизела оказываются услуги по косметологии, массажу и гирудотерапии. В штате кабинета работают терапевт и кардиолог (совместители из кизеловской поликлиники ГУФСИН), оказывающие услуги в области дерматологии и косметологии, массажист, ранее работавший в городской больнице, и фельдшер, занимающаяся гирудотерапией (директор кабинета). Кабинет открылся всего несколько месяцев назад, но уже обрел популярность среди жителей города. По словам директора, клиентская база начала формироваться уже давно: «На пиявки идут женщины среднего возраста, косметологические услуги – для молодых». Стоимость гирудотерапии зависит от заболевания и количества пиявок (1 пиявка – 130 рублей), зато цены на другие услуги, включая прокалывание ушей, пилинг, маски, уколы «молодости», не являются фиксированными.

В Чайковском муниципальном районе, наиболее благополучном по уровню платежеспособности населения из обследованных районов края, в одном только райцентре работают более 30 пунктов оказания частных медицинских услуг. В их числе – кабинеты невропатолога, детского невропатолога, отоларинголога, ультразвуковой диагностики, косметолога, диагностические центры, комплексные медицинские клиники («Эликсир-Д», «Клиника здоровья семьи», «Колибри», «Маджерик») и около 20 стоматологических клиник и кабинетов. И это несмотря на то, что в самом г. Чайковском находятся краевые и районные учреждения здравоохранения широкого профиля, также оказывающие платные медицинские услуги. То есть, чем более обустроен и экономически развит город, чем более обеспечены его жители, тем больше государственных (муниципальных) и частных учреждений приходится на эту территорию. Примечательно, что государство в данном случае действует исключительно по рыночному принципу: чем больше пациентов и выше ожидаемая прибыль ЛПУ, тем лучше его государственное обеспечение. Казалось бы, первое и второе не должны быть взаимосвязаны, поскольку если медицинское учреждение может зарабатывать за счет большого числа гарантированных пациентов, значит, по логике, оно может себя самостоятельно обеспечивать. Малонаселенные муниципальные образования обделены «по определению». Ни государство, ни предприниматели не

видят смысла в том, чтобы вкладывать средства в их развитие. И частные, и муниципальные медицинские учреждения считаются в таких условиях нерентабельными, в то время как небольшие коллективы медицинских специалистов, работающие в частных кабинетах, умудряются обеспечить себе регулярный поток пациентов и небольшую прибыль.

#### АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Среди многочисленных источников альтернативного здравоохранения в Пермском крае были рассмотрены различные формы «народного» и медикаментозного самолечения, знахарство, различные учреждения социальной направленности, а также медпункты среднеобразовательных и дошкольных учреждений.

Термин «самолечение» подразумевает несколько форм самостоятельного поддержания здоровья. Чаще всего самолечением называют самостоятельное определение диагноза и последующее лечение (народными средствами или медикаментами). Если речь идет о травяных сборах, то не менее 70% опрошенных говорили о том, что они собирают травы лично (зверобой, душица, клевер, тысячелистник, мать-и-мачеха, мята, подорожник и проч.) или покупают готовые сборы в аптеке. Тем не менее, не похоже, чтобы к целебным свойствам трав относились серьезно. Большинство обывателей воспринимают травы как вспомогательное вещество или элемент ежедневного рациона (например, ароматическая добавка к чаю), лишь некоторые жители привели конкретные рецепты. Так, для лечения воспаления суставов «необходимо настаивать сабельник на водке в течение 21 дня, затем растереть полученной настойкой» либо «настоями целебных трав делать оклады для суставов», а также использовать настойку на прополисе («вечером сделал, а на утро никакой боли, на следующий день повторил – и уже здоров»). При пищевых отравлениях порекомендовали «лечение тысячелистником», а при небольшом повышении температуры – «растереть чеснок с углем или принять 100 грамм водки с перцем».

В Косинском районе по инициативе местного отделения биржи труда специалисты по сбору лекарственных трав проводили бесплатные курсы травничества для безработных, состоящих на учете (один из респондентов сказал, что имеет «корочку» травника). Делалось это для того, чтобы

безработные жители заинтересовались перспективой создания малого бизнеса по сбору и продаже трав. А в Чердыни такой бизнес уже открыт: в центре города располагается пункт приема целебных трав, грибов и ягод (правда, на продажу «дары леса» обычно собирают алкоголики).

В Красновишерском районе существуют свои местные рецепты здоровья. В горных пещерах со стен соскабливают мумие для собственных нужд («хорошо помогает»), для энергетической подзарядки организма поднимаются на скалы Ветлан или Помяненный камень, издревле являвшимися местами поклонения языческих племен, живших на территории современного Пермского края («природная сила, которая не даст заболеть»).

В целом, различные проявления самолечения говорят о крайней обеспокоенности жителей своим здоровьем, что особенно проявляется с возрастом («самолечением занимаюсь, чем же еще заниматься... хочется пожить немножко»), в связи с беременностью или серьезным заболеванием. В то же время, здоровый образ жизни и занятия спортом не получили широкого распространения из-за естественной лени и любви к вредным привычкам («не лечусь, но принимаю на грудь»), а наиболее распространенной фразой является «стараясь не болеть» или «просто не нужно болеть».

Основные источники информации для самолечения – это печатные издания, телевидение, книги и, в меньшей степени, Интернет. В почтовых отделениях стабильным спросом пользуются такие издания как «Здоровье», «Вестник ЗОЖ», «Будь здоров», «Лечим без лекарств», «Простые рецепты здоровья», «Огород для здоровья», «Рецепты здоровья для всех», «Сам себе лекарь», «Твой доктор», «Лечебные письма», «Столетник», «Твое здоровье» (по словам сотрудников отделений, эти газеты, как правило, покупаются, а не выписываются).

Особую роль в сфере самолечения и пропаганде здорового образа жизни играют районные библиотеки. В Чердынской и Кизеловской библиотеках большим спросом пользуются медицинские справочники, которые берут обыватели для изучения собственных болезней (доверием пользуются справочники, выпущенные в 1980-х г., так как по ним «диагноз будет точнее, чем в больнице»), и медицинские специалисты. Библиотеки также проводят просветительские мероприятия для молодежи на тему здорового образа жизни, вреда наркотиков и алкоголя (выставки, лекции и проч.), однако они не привлекают большого числа посетителей в силу устаревшего несовременного формата организуемых встреч и об-

щего падения популярности библиотек из-за распространения Интернета<sup>258</sup>. Одним из наиболее успешных библиотечных мероприятий следует назвать цикл собраний «Встреча с врачом», которые проводятся в основном для взрослого населения врачами Кизеловской городской больницы (по сути, эти встречи являются дополнительной возможностью получения врачебной консультации для кизеловских жителей).

В районных газетах (например, в Красновишерском и Кизеловском районах) по договору с муниципальными больницами ведутся отдельные страницы или полосы, посвященные здоровью. Многие статьи пишут сами врачи (о профилактике основных заболеваний, сезонных обострениях хронических болезней и т. д.). В рубриках «обратной связи» жители могут оставить свой отзыв о работе ЛПУ и медперсонала (по словам сотрудников редакций, благодарностей бывает больше, чем негатива). В местных СМИ также размещается реклама частных медицинских кабинетов, информация о приезде специалистов из Перми, Соликамска и Березников. Народные рецепты публикуются лишь самые «безобидные», поскольку редакции опасаются брать на себя лишнюю ответственность. В целом, объем публикаций, так или иначе связанных со здравоохранением, довольно велик. В каждом номере общественной газеты есть материал, посвященный работе медицинских учреждений, профилактике или диагностике заболеваний и другим животрепещущим темам о здоровье, а количество региональных изданий варьируется от одного-двух (в большинстве муниципальных районов) до нескольких десятков (например, в Чайковском районе).

Примечательно, что отношение медицинских специалистов к самолечению в большинстве случаев крайне негативное, поскольку таким образом многие больные доводят себя до тяжелого состояния, усложняя работу врачей. А пациенты, со своей стороны, не доверяют муниципальным медикам, обоснованно полагая, что «врач может навредить».

Огромную роль в системе местного здравоохранения играют аптеки, предоставляя населению самый распространенный и губительный вариант самолечения – медикаментозный.

**Аптеки и аптечные пункты.** В Косинском районе работают всего несколько частных аптек, в том числе ООО «Будь здоров!» и два частных аптечных пункта.

Аптека ООО «Будь здоров!» группы предприятий «Пермфармация» является бывшей государственной аптекой Коми-Пермяцкого автономного округа, реорганизованной в частную сеть, широко представленную

во всех районах Пермского края. Здесь выдаются льготные медикаменты, а также закупаются муниципальные ЛПУ (больница и ФАПы). Несмотря на завышенные цены и бедный ассортимент, Косинская районная больница продолжает централизованную закупку лекарственных средств именно в этой аптеке, что свидетельствует о наличии договоренностей «сверху».

В аптеке предоставляется скидка пенсионерам, существуют накопительные скидки по дисконтным картам. В общей сложности аптеку ежедневно посещают не менее 100 человек.

В частном аптечном пункте в Косе, наоборот, стараются устанавливать максимально низкие цены (владелица аптеки руководствуется принципом «удобоваримой цены»). В наиболее посещаемые дни, когда в административный центр приезжает районный автобус, очередь в аптеку выстраивается даже на улице.

Частный аптечный магазин в пос. Кордоне (единственный на поселок) работает в свободном графике, не соответствующем расписанию, вывешенному у входа, поэтому местные жители им очень недовольны. Однако за неимением других мест продажи медикаментов, они вынуждены дожидаться владельца аптечного пункта либо ехать за покупкой лекарств в районный центр.

В Чердынском районе аптек гораздо больше, причем есть и муниципальные, и частные пункты. В Чердыни и в Ныробе расположены по три аптеки: МП «Центральная районная аптека №49 и ее филиалы, аптека «Березка», ООО «Берти», ООО «Реон», аптека ИП Ламонова. Наименее популярные аптеки посещают от 50 до 100 человек в день, а наибольшее число посетителей (до 300 чел. в день) приходится на чердынскую аптеку ООО «Реон»<sup>259</sup>.

Стоит отметить, что на вопрос о лекарственных предпочтениях посетителей, провизор аптеки «Реон» вместо формального ответа выдала рулон кассовых чеков за апрель и октябрь 2011 года, которые были впоследствии тщательно проанализированы. Так, выяснилось, что большим спросом у покупателей аптеки пользуются так называемые «копеечные» товары стоимостью менее 20 рублей (анальгин, аспирин, активированный уголь, парацетамол, ревит, ундевит, аскорбиновая кислота и проч.). Некоторые европейские медикаменты предположительно заменяются более дешевыми отечественными аналогами (например, мезим – панкреатином, а мильгамма – комбилипеном), однако в структуре продаж присутствуют и дорогостоящие оригинальные препараты свыше 500

рублей, а также медицинская техника. Примечательно, что медикаменты по-прежнему продаются отдельными «пластинами», хотя запрет нарушения вторичной упаковки действует с 2003 года<sup>260</sup>. В итоге благодаря замене дорогих препаратов на российские аналоги и продаже упаковок «по частям», средний чек за покупку составляет не более 200 рублей.

Наиболее востребованными фармакологическими группами товаров остаются сердечные препараты, обезболивающие и противопростудные средства, и в меньшей степени – антибиотики (кстати, большую часть покупаемых лекарственных препаратов составляют узнаваемые рекламируемые бренды). Тревожным сигналом является большое количество отпущенных упаковок препарата седал-М (от 2 до 8 упаковок в смену) вместе с раствором йода в расфасовке большого объема до 25 мл, что говорит о наличии в городе дезоморфиновых наркоманов. Среди лидеров продаж также присутствуют перцовка и спиртосодержащая жидкость для дезинфекции асептолин, пользующиеся популярностью среди людей, страдающих алкоголизмом.

Сравнивая ценовую политику в чердынских аптеках, можно заметить незначительную разницу скидочных предложений и категориальных привилегий. В ООО «Берти» пенсионерам предоставляется скидка в размере 5%, а несколько раз в году проводят акцию «Месяц пожилого человека» с увеличением размера скидки для покупателей пенсионного возраста до 10%. В аптеке «Березка» в отсутствие каких-либо акций постоянная скидка для пенсионеров составляет 7%, а в муниципальном аптечном пункте пенсионеры получают скидку 5% при общей сумме покупки от 100 рублей. В целом, подобные льготные условия минимизируют ценовые различия городских аптек.

В г. Красновишерске расположены около 9 аптек, в том числе несколько пунктов сетевых аптек ООО «Будь здоров!» и ООО «Таймер», частные аптечные пункты, а также МУП «Центральная районная аптека №50» с филиалами в районной больнице и сельских поселениях. Ценовая политика аптек сети «Таймер», в том числе назначение скидок и акций, регулируется в центральном пермском офисе, они предлагают своим покупателям несколько видов дисконтных карт с накопительной скидкой от 5% до 9%. Средняя посещаемость аптек «Таймер» достигает 300 человек в день. Филиалы аптечной сети «Будь здоров!», знакомой по Косинскому району, пользуются не меньшей популярностью среди местных жителей: в зависимости от расположения аптеки относительно центра города количество ежедневных покупателей составляет от 200 до 300 человек.

Примечательно, что муниципальные аптеки, как правило, придерживаются менее гибкой ценовой политики, в отличие от частных пунктов. Несмотря на монополистическое право по выдаче льготных лекарств и удобное расположение в непосредственной близости от учреждений здравоохранения, куда пациенты могут направиться сразу же после назначения врачом медикаментозного лечения, посещаемость муниципальных аптек меньше, чем у частных в 2–3 раза. Сами сотрудники предполагают, что вскоре муниципальные аптеки будут выкупаться частниками в связи с их неэффективной работой («все аптеки уже частными стали, и эту скоро тоже заберут»).

В Кизеловском районе располагаются около 10 аптек, включая муниципальную аптеку Кизеловской центральной городской больницы и ее филиал, муниципальную аптеку №1 в г. Кизеле, аптечный пункт в Центрально-Коспашской поликлинике, ООО «Будь здоров!», ООО «Таймер», ООО «Таймер регион», ООО «Здоровье», ООО «Аптека отличных цен». Посещаемость аптек в Кизеловском районе ниже, чем, скажем, в Красновишерском, – до 150 человек при среднем чеке в 100 – 130 рублей. На общем фоне выделяется лишь аптека «Таймер», в которой ежедневно бывает не менее 250 человек. Удивительно, что при таком количестве точек продаж медикаментов многие местные жители говорят о том, что «аптек в городе не хватает», хотя реальный недостаток аптек наблюдается лишь в сельских поселениях (на Центральный Коспашский поселок приходится всего один аптечный пункт, а жители других поселений отправляются за медикаментами в город).

Самые распространенные лекарственные препараты, покупаемые кизеловскими жителями, – это препараты от кашля и для улучшения работы желудочно-кишечного тракта. Спрос на первую группу препаратов объясняется профессиональными заболеваниями шахтеров, на вторую – трудностями с водоснабжением в городе, плохим питанием, а также активным лечением антибиотиками, прописанными местными врачами. Провизоры отмечают высокий спрос на препарат седал-М (около 4–6 упаковок в сутки), однако не предпринимают каких-либо мер для ограничения его продажи наркозависимым жителям, попросту констатируя, что «в городе много наркоманов».

В Кизеловском районе сохранилась одна из немногих муниципальных аптек, занимающихся производством растворов и лекарственных форм по заказу городской больницы (в других исследованных районах такое производство было повсеместно закрыто еще несколько лет на-



зад). В городе также работают круглосуточные дежурные аптеки, которых не осталось ни в Красновишерске, ни в Чердыни.

В Чайковском районе общее количество аптек превышает несколько десятков, в одном лишь районном центре работают около 30 аптек и аптечных пунктов. Две аптеки в городе работают круглосуточно, в то же время график работы других аптек позволяет приобретать медикаменты в любое удобное время: аптеки открываются в 8:00 или 9:00, работают преимущественно без перерывов, и закрываются только в 20:00 или 21:00 (выходные дни предусмотрены лишь в двух аптечных пунктах).

Во всех аптеках работают в среднем от 3 до 6 сотрудников (фармацевтов, провизоров), каждый из которых так или иначе влияет на состав личных «аптечек», закупаемых местными жителями. Многие жители отмечают, что предпочитают обращаться в аптеку, нежели к врачу, и этому есть несколько объяснений. Во-первых, нет необходимости выстаивать огромные очереди в поликлиниках, во-вторых, фармацевтические специалисты вызывают большее доверие, чем врачи («в аптеках знают лучше, здешние врачи – сосланные двоечники»). Действительно, попасть в аптеку гораздо проще и быстрее, чем к врачу, поэтому на выбор лекарств, а иногда и на метод лечения, аптекари могут повлиять сильнее.

Создается впечатление, что на мнение провизора или фармацевта ориентируются более 80% посетителей, и лишь незначительная часть (в основном, люди старшего возраста) полагаются на назначение врача и стараются ему следовать. При этом, что касается «модных» лекарств, рекламируемых по телевидению или в печатных СМИ, то их раскупают даже при отсутствии назначения и фактической необходимости (это также касается «чудодейственных таблеток, вылечивающих ото всех болезней», за которыми приходят опять-таки пожилые люди). Однако наибольший спрос составляют болеутоляющие средства, сердечные препараты, а также травяные сборы и парафармацевтическая продукция («дети приходят за аскорбинкой, молодежь – от боли, в старшем возрасте – от сердца»).

Сотрудники аптек отмечают неаккуратность врачей при выписывании рецептов: покупатели приходят «с клочками бумаги, на которых неразборчиво написано название лекарства без дозировки», или даже не название, а только группа препарата, например «антибиотик», или даже просто «что-нибудь от...» Однако такие серьезные жалобы встречались

только в Кизеле, в остальных районах фармацевты отзывались о врачах более уважительно, хотя признавались, что им нередко приходится корректировать назначение врача при замене дорогого препарата на доступный аналог или изменении дозировки.

Несмотря на большое количество аптек в районных центрах, в большинстве из них зачастую собираются очереди из 5–7 покупателей, поскольку практически каждый посетитель, прежде чем совершить покупку, консультируется с фармацевтом по поводу своего заболевания и необходимого лекарства. Впрочем, как и в других рассмотренных регионах, провизоры и фармацевты являются полноценными участниками системы оказания медицинской помощи. В таких городах, как Чердынь, Красновишерск и Кизел, количество аптечных сотрудников достигает от 20 до 50 человек, что вполне сопоставимо с численностью врачей в районных больницах.

**Медицинский персонал образовательных, дошкольных и социальных учреждений.** Помимо традиционных медицинских учреждений в поездке по Пермскому краю были изучены медпункты среднеобразовательных и дошкольных учреждений, а также учреждения социальной направленности.

Несмотря на то, что медсестры в школах и детских садах, как правило, состоят в штатах муниципальных лечебно-профилактических учреждений (больниц, ФАПов), они выступают в качестве отдельных единиц системы здравоохранения, со своими постоянными пациентами и определенным контингентом.

Например, к школьной медсестре в Косе регулярно приходят за советами домой, могут остановить на улице. По словам самой медсестры, «все учителя лечатся у нее», ежедневно через медкабинет проходят около 150 школьников («приходят и лечиться, и поговорить»). В нерабочее время медсестра оказывает доврачебную помощь знакомым и соседям, делает перевязки и уколы, консультирует по поводу медикаментозного лечения.

В Чердыни в школьном медкабинете работают два фельдшера. Учителей они не «лечат», однако школьники охотно обращаются в медкабинет с жалобами на боли в животе или головные боли. В Рябининской школе работает еще один фельдшер, приписанный к сельскому ФАПу, а в Покче два фельдшера работают в школе и один в детском саду. В красновишерских и кизеловских общеобразовательных и дошкольных учреждениях работают в среднем по одному среднему медработнику.

Школьный фельдшер в Красновишерске активно практикует траволечение и даже проводит семинары по травничеству для школьников. А в медпункте кизеловской Школы №1 обустроен прививочный кабинет, а фельдшер регулярно проводит просветительские беседы с учениками о вреде курения и алкоголя.

Таким образом, в каждом поселении, где есть общеобразовательное или дошкольное учреждение, как минимум 1–2 средних медработника оказывают дополнительную доврачебную медицинскую помощь детям, учителям, а также людям своего круга общения (знакомым, друзьям, соседям).

Что касается социальных учреждений, то здесь количество медработников может быть значительно больше, чем в школах и детских садах. Так, в Чердынском филиале КГАУ «Соликамский дом-интернат для престарелых и инвалидов» в пос. Покче работают 6 человек на 30 пожилых людей, находящихся на попечении дома-интерната (3 медсестры, 2 санитарки и фельдшер)<sup>261</sup>. В красновишерском филиале того же Соликамского дома-интерната для престарелых и инвалидов также работают несколько средних медработников. Причем несколько лет назад многие учреждения социального обслуживания пожилых людей и инвалидов были расформированы, а услуги надомного обслуживания переданы на исполнение частной организации. То есть некоторые средние медицинские сотрудники, работавшие в стационарных отделениях временного пребывания, были сокращены, и возможно, трудоустроены в других социальных или медицинских структурах.

Продолжая анализ альтернативных источников здравоохранения на территории исследованных районов Пермского края, следует отметить определенную роль районных учреждений культуры, в которых организованы спортивные клубы и секции. Так, в косинских сельских домах культуры имеется 4 теннисных кружка, клуб «Здоровье», женский клуб «ЗОЖ», более 10 танцевальных кружков для детей и подростков, а также кружок аэробики (причем, в одном из сельских клубов работают исключительно спортивные секции, например футбол, теннис, волейбол, бильярд, лыжи). В каждом из таких кружков занимаются от 4 до 10 детей и подростков в возрасте до 18 лет, а в клубах «Здоровье» и «ЗОЖ» – женщины в возрасте от 40 до 80 лет.

В Кизеловском Дворце культуры работают две секции йоги («Асана» и «Ветеран»), хорошо известные местным жителям и городским медицинским специалистам. Несмотря на то, что занятия ведет инструктор

без медицинского образования, перед началом секции все участники заполняют анкету о состоянии здоровья с указанием возраста, пола, хронических заболеваний, поскольку программа занятий планируется индивидуально («При наличии определенных травм или, скажем, повышенного давления, некоторые приемы асана-йоги просто противопоказаны»). Спустя несколько месяцев после начала работы секций, когда появились первые положительные отзывы об эффективности занятий и улучшении самочувствия ее участников, врачи Кизеловской больницы стали направлять своих пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в Дворец культуры «на оздоровление и реабилитацию». По мнению самого инструктора, эти занятия являются «настоящей альтернативой официальной медицине и таблеткам» («в наших городах только так и можно лечиться»). Считается, что простые техники йоги способны освоить люди всех возрастов. Например, секцией «Ветеран» руководит 80-летняя женщина-йог, а участники – женщины в возрасте от 60 до 80 лет.

\* \* \*

Исследования, проведенные на примере 5 муниципальных районов Пермского края, позволяют делать выводы об институтах общественного здравоохранения при условии различного финансового и материально-технического обеспечения.

Несмотря на общие тенденции к сокращению мощностей лечебно-профилактических учреждений, в каждом из муниципальных районов это происходит по-разному. Так, наименее населенный Косинский район сопоставим по мощности районной больницы с Чердынским районом, население которого в несколько раз больше. Сравним Чердынский, Красновишерский и Кизеловский районы, сопоставимые по численности населения. Здесь также существуют значительные различия в структуре и мощности головных медицинских учреждений. Наконец, наиболее выделяется на общем фоне Чайковский район, развитый экономически, сохранивший широкую сеть социальных и медицинских учреждений.

Таким образом, мощности районных лечебно-профилактических учреждений регулируются не по существующим нормативам, а в зависимости от экономического и социального положения муниципального

образования. Особенно на мощность районных больниц влияет наличие крупных промышленных производств или других социально значимых объектов.

В структуре сельских учреждений здравоохранения (амбулатории, ФАПы) продолжается процесс оптимизации, однако наибольшие сокращения ожидаются в связи с переводом их на финансирование через территориальный фонд обязательного медицинского страхования. В большинстве случаев медицинские работники не знают, какие структурные изменения их ожидают, но предполагают объединение некоторых ФАПов и даже их закрытие. Вместе с тем в Косинском и Чердынском районах в ФАПах сохраняются ставки акушерок, что является большой редкостью, а также четкое разграничение понятий фельдшерского и фельдшерско-акушерского пунктов. В других районах практика акушерства в сельской местности уже утрачена, поэтому разграничение понятий между ФП и ФАП отсутствует в принципе.

Несмотря на низкую платежеспособность населения, платные медицинские услуги являются востребованными в определенных объемах (в Красновишерском, Кизеловском, Чайковском районах), но практически отсутствуют в других районах (Косинский, Чердынский) по причине их труднодоступности. В то же время практика неформальных платежей непопулярна, и, по словам самих жителей, ее не поддерживают ни врачи, ни пациенты.

Заболеваемость населения социально значимыми болезнями, связанными с плохой экологической ситуацией и многочисленными исправительными учреждениями, расположенными на территории края, лишь частично находит свое отражение в стационарных структурах больниц. Так, фтизиатрические койки и врачи-фтизиатры есть во всех рассмотренных районах, однако онкологические заболевания остаются без внимания со стороны медицинских специалистов. Благодаря подробной информации о функционировании ведомственных медицинских учреждений, можно делать вывод о нормативах обеспеченности лечебно-профилактических учреждений гражданской и ведомственной медицины, которые различаются, безусловно, не в пользу муниципальных ЛПУ. А если сюда же добавить информацию, полученную о мощности ныробской больницы в границах исправительной колонии, то получится, что наибольшей мощностью обладают именно закрытые учреждения для заключенных, за ними следуют ведомственные, и лишь затем – муниципальные. Другое дело, что ресурсы, выделяемые в меди-

цинские учреждения для заключенных, как правило, не доходят до своих адресатов, но это уже совершенно иная тема, касающаяся системы исполнения наказаний.

Малая доступность специализированной медицинской помощи, дефицит узких специалистов («один терапевт на все село»), а также ограниченные профессиональные компетенции медработников, вынуждают население обращаться к альтернативным источникам здравоохранения. Примечательно, что социальный статус и авторитет фармацевта, провизора или фельдшера сопоставимы (а в некоторых случаях даже превышают) с авторитетом врачей. Сотрудники аптек в большинстве случаев позволяют себе корректировать или даже менять назначение врача, а покупатели склонны доверять мнению фармацевтов или провизоров. Более того, пациенты зачастую приходят за рецептурными медикаментами без соответствующего рецепта, определив для себя лечение самостоятельно.

Сельские фельдшеры и сотрудники аптек выполняют схожую социальную функцию: и те, и другие выступают в качестве представителей сферы здравоохранения, которая в глазах местных жителей перестала подразделяться на государственную или профессиональную. Любой специалист, обладающий теми или иными знаниями или навыками в оказании медицинской помощи, отождествляется с представителем системы «здравоохранения». Что касается назначения конкретного медикаментозного или профилактического лечения, то доступность консультации фельдшера или фармацевта делает их рекомендации более значимыми, поэтому на выбор лекарств или метод лечения такие специалисты могут повлиять сильнее, чем врач.

К целителям, в среднем, обращается не менее  $\frac{1}{6}$  части населения, однако в некоторых районах этот показатель несколько выше (например, в Чердынском), а в других – ниже (Красновишерский район заселен преимущественно в советское время, поэтому здесь нет устоявшихся традиций знахарства, и предложение такого типа услуг ограничено). Вместе с тем, многие жители отмечают, что знания и навыки целительства и траволечения во многом утрачены, так как не передаются «по наследству», хотя и воспроизводятся с помощью специализированной литературы.

ИВАНОВСКАЯ ОБЛАСТЬ<sup>262</sup>*Декабрь 2011 года*

Ивановская область представляет особенный интерес в рамках изучения сельского здравоохранения как регион, один из первых в России внедривший на практике домовые хозяйства. Соответствующий Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ вышел в августе 2011 года, а осенью в Ивановской области уже были созданы первые домовые хозяйства, в то время как в других регионах их создание было лишь прописано в региональных программах модернизации здравоохранения<sup>263</sup>:

– «в тех населенных пунктах, где нет возможности открытия фельдшерского пункта или ФАПа, на одно из домовых хозяйств будет возложена функция оказания первой помощи. Для этого данные домовладения будут оснащены аптечкой первой помощи, носилками, шинами, а также средствами связи с ФАПом, ВОПом или ЦРБ. Организовывать такую помощь будут соответствующие учреждения здравоохранения на основе Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2010 года №353н «О первой помощи», обеспечивая необходимое обучение и материальное обеспечение домохозяйств» (из Программы модернизации здравоохранения Ленинградской области на 2011–2012 гг.);

– «согласно порядку оказания медицинской помощи больным терапевтического профиля в населенных пунктах с числом жителей менее 100, не имеющих ФАПов, будут выбраны домовые хозяйства, на которые будут возложены функции по оказанию первой помощи. Данные хозяйства будут оснащаться средствами связи, перевязочными и иммобилизационными средствами для оказания первой помощи. Домовые хозяйства будут связаны с ЛПУ в зоне ответственности, курироваться медицинскими работниками близлежащего ФАПа, офиса врача общей практики, врачебных амбулаторий, центральных районных больниц» (из Программы модернизации здравоохранения Костромской области на 2011–2012 гг.);

– «вопросы обеспечения медицинской помощью населения сел с численностью менее 100 человек будут решаться путем возложения функций оказания первой помощи на домовые хозяйства, с обеспечением их средствами первой помощи и средствами телефонной связи. Данные домовые хозяйства должны быть оснащены телефонной связью для оперативного вызова фельдшера, врача или бригады скорой медицинской помощи, а также укладкой первой помощи. Лицо, возглавляющее домовое хозяйство,

должно быть обучено приемам оказания первой помощи» (из Программы модернизации здравоохранения Алтайского края на 2011–2012 гг.);

– «в целях достижения максимальной доступности сельскому населению доврачебной помощи в малонаселенных пунктах, где отсутствуют ФАПы, предусматривается организация домовых хозяйств, оснащенных необходимыми средствами для оказания первой помощи, с выделением ответственных лиц, прошедших обучение по программе первой помощи (само- и взаимопомощь). Домовые хозяйства будут обеспечены телефонной связью с ЛПУ, в зоне ответственности которой они расположены» (из Программы модернизации здравоохранения Саратовской области на 2011 – 2012 гг.).

Программа модернизации здравоохранения Ивановской области на 2011 – 2012 год содержит подобную информацию об организации деятельности домовых хозяйств. По данным регионального Департамента здравоохранения на территории области запланировано создание 200 домовых хозяйств, из которых 142 начали функционировать еще в сентябре–октябре 2011 года<sup>264</sup>. Примечательно, что во всех исследованных регионах домовые хозяйства не были внедрены на практике (в Пермском крае они не были предусмотрены даже в рамках региональной программы модернизации здравоохранения), а в Ивановской области представилась возможность изучения их функционирования на примере 3 муниципальных районов и 5 сельских поселений в их составе.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ (МУНИЦИПАЛЬНОЕ) ЗДРАВООХРАНЕНИЕ  
НА УРОВНЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА

В каждом из 3 районов были посещены центральная районная больница, а также областные учреждения здравоохранения и Центры здоровья.

К началу 2012 году центральные районные больницы получили статусы бюджетных учреждений (МБУЗ – муниципальные бюджетные учреждения здравоохранения), хотя до конца 2011 года все ЦРБ имели статус муниципальных учреждений здравоохранения (МУЗ) (в Ивановской области не исключают дальнейших преобразований МБУЗ в ГУЗ с 2013 г.). То есть бюджетные деньги стали поступать не из муниципального, а из регионального бюджета путем передачи полномочий муниципалитетам: область передает все соответствующие полномочия муниципальным районам и городским округам и перечисляет соответствующие субвен-

ции. Из бюджетных средств по-прежнему оплачиваются расходы по содержанию зданий, социальные койки, ФАПы, станции «Скорой помощи» и заработная плата социально значимых медицинских специалистов (психиатры, фтизиатры, наркологи, дерматовенерологи). Таким образом, для районных больниц фактически ничего не изменилось, кроме наименования учреждения, но при этом, в связи с изменением статуса лечебных учреждений (МУЗ на МБУЗ) возникла необходимость внесения изменений в Уставы, замены печатей, закрытия и открытия счетов и т. д.

**МБУЗ «Южская центральная районная больница».** В структуру ЦРБ входят взрослая и детская поликлиники на 500 и 50 посещений в смену соответственно, круглосуточный и дневной стационары на 85 коек и 34 места соответственно, 8 фельдшерских бригад СМП и 10 ФАПов.

В круглосуточном стационаре имеется 40 терапевтических, 20 хирургических, 11 детских, 10 гинекологических коек и 4 социальные койки, финансируемые из бюджета и сохраняемые по всей области (2 койки для бомжей и 2 детские для отказников и «найденшей» дошкольного возраста). Дневной стационар состоит из 4 детских, 10 гинекологических мест и 20 мест дневного пребывания при поликлинике.

Дневной стационар при поликлинике располагается не в поликлинике, а в здании бывшей медсанчасти при ткацко-прядаильной фабрике. В свое время фабрика построила здание медсанчасти вблизи своих построек и сдала его в аренду ЦРБ. Раньше здесь работали полноценная больница и профилакторий, где лечились преимущественно фабричные работники, но в настоящее время фабрика практически закрылась и дневной стационар никакого отношения к ней не имеет, а здание профилактория уже закрыто. В дневном стационаре нет дежурных врачей, кроме иногда приходящего терапевта, курирующего деятельность медсестер. Попастъ сюда можно по назначению участкового терапевта, длительность пребывания в стационаре – не более 10 дней, очереди бывают регулярно, но длятся не более 3 – 4 рабочих дней.

Годовой бюджет больницы составляет около 30 млн руб., из которых около 60% идет из средств ОМС и около 40% – из бюджета. Руководство ЦРБ, как и многие провинциальные медики, недовольны страховой медициной. Главный врач считает, что система, при которой медицинским специалистам выгодно, чтобы население больше болело, в корне неверна: «Врач не должен кормиться от болезней, а получается, что хорошим врачом считается тот, у кого население более больное, поскольку больнице приходит больше денег». Бумажной работы после внедрения систе-

мы ОМС стало гораздо больше, что отвлекает врачей от работы с больными: планы и бумажная работа заставляют принимать пациентов быстро и менее внимательно. Также вызывают недовольство тарифы ОМС, например за удаленный зуб они получают из фонда 36 руб., в то время как частники получают от населения во много раз больше («за 36 руб. вам даже охранник у большого магазина зуб не выставит кулаком...»).

Доля платных услуг ничтожна мала (менее миллиона рублей в год). Несмотря на то, что цены на платные услуги не высоки, они не пользуются большим спросом.

Дополнительный заработок больница имеет при оказании услуг по договору с другими медицинскими учреждениями. Один из таких договоров заключен с больницей Управления федеральной службы исполнения наказаний в пос. Талицах Южского района, к которой прикреплены сотрудники расположенных здесь исправительных учреждений (ФБЛПУ «Областная больница №2 УФСИН по Ивановской области»). Аттестованные сотрудники УФСИН не застрахованы в системе ОМС, поскольку обслуживаются в ведомственных медицинских учреждениях – в данном случае в поликлинике и терапевтическом стационаре в Талицах. При необходимости госпитализации иного профиля сотрудников направляют в больницу УФСИН в г. Иваново. Однако учитывая, что большинство из них живут в г. Юже, и медицинских специалистов там существенно больше, обращаться в талицкую больницу им неудобно, поэтому, согласно договору между областной больницей УФСИН и ЦРБ, сотрудники могут обслуживаться в южской районной больнице<sup>265</sup>. По факту оказания услуг ЦРБ выставляет областной больнице соответствующие счета, согласно тарифам ОМС (среднемесячная сумма счетов – около 80 тыс. руб.).

Впрочем, «так сложилось исторически», что жители Талиц, около 2 тыс. чел., по-прежнему обращаются за медицинской помощью в больницу УФСИН, хотя там и не должны обслуживать граждан, застрахованных в системе ОМС. В связи с этим, по мнению руководителей районной больницы, необходимо открыть в Талицах подразделение ЦРБ, чтобы не упускать «неохваченных пациентов».

По программе модернизации здравоохранения в Южской ЦРБ в 2011 году были реализованы некоторые мероприятия, включая приобретение нового медицинского оборудования (рентгенодиагностический комплекс на три рабочих места стоимостью 9 млн руб.) и проведение углубленной диспансеризации детей школьного возраста (на осмотр 178 чел. было освоено более 1,2 млн руб.)<sup>266</sup>. В 2012 году запланирован капиталь-



ный ремонт зданий под офисы врача общей практики в пос. Талицах и пос. Холуе общей стоимостью 5,8 млн руб. Проектно-сметная документация уже разработана, а врачи проходят дополнительное обучение.

В штате Южской ЦРБ работают более 300 сотрудников, из которых 39 врачей (руководители, 13 терапевтов, 7 педиатров, 3 хирурга, 2 акушера-гинеколога, 2 стоматолога, офтальмолог, психиатр, нарколог, невролог, фтизиатр, врач-лаборант, анестезиолог-реаниматолог и рентгенолог), 162 средних медицинских работника и 147 сотрудников из числа прочего персонала. При этом больнице требуются дополнительные медицинские специалисты, в том числе отоларинголог, эндокринолог, врач ультразвуковой диагностики.

Одна из основных проблем больницы – недостаток молодых кадров, связанный с низким уровнем оплаты труда (из молодых специалистов были названы один из хирургов, заведующий терапевтическим отделением и анестезиолог-реаниматолог). Стартовая ставка для врача-выпускника – 4300 руб., даже в соседнем районе Владимирской области она выше. Молодые врачи едут в г. Южу неохотно, несмотря на то, что им здесь предоставляется жилье.

Выпускники южских школ по-прежнему идут учиться на медиков (Ивановская медицинская академия считается одной из лучших в стране), но по специальности практически не работают, потому что «торговать на рынке выгоднее». А некоторые узкие специалисты перестают работать по специальности и становятся участковыми терапевтами, потому что те получают федеральные доплаты.

Из-за низких зарплат практически все медицинские специалисты вынуждены идти на совместительство, набирать себе различные дежурства и дополнительную нагрузку. Большинство работает на максимально допустимые 1,75 ставки. Тем не менее, главный врач отмечает, что все меньше врачей хотят идти на ночные дежурства, поскольку ответственность огромная, а доплата – всего 300 руб. за ночь («если в ночное дежурство привезут безнадежного больного и он умрет, дежурного врача могут затаскать по судам родственники, и такие случаи уже были»).

Несколько лет назад в связи с недостаточным финансированием больницы главный врач временно «срезал» всем зарплату (руководству – на 3 тыс. руб., врачам – на 2 тыс. руб. и остальным категориям персонала – на 500 руб.). Однако коллектив врачей сразу же подал жалобу в прокуратуру района по факту задержки и выдачи заработной платы не в пол-

ном объеме, после чего соответствующие приказы главврача были отменены, а долги по зарплате восполнены. Вскоре после этого случая в больнице в очередной раз сменился руководитель.

Несмотря на низкие зарплаты, взятки врачи не берут, как и в большинстве малых городов. По словам заместителя главного врача, был случай, когда один из анонимных проверяющих почти насильно дал взятку одному из врачей, хотя тот долгое время отказывался. В результате на этого врача даже уголовное дело завели.

Для удобства работающих пациентов по субботам и воскресеньям в поликлинике организован прием терапевтов и педиатров, однако это не может в значительной степени «разрядить» негативную ситуацию в районной системе здравоохранения. Коечный фонд в ЦРБ постоянно сокращается, а недавно были полностью закрыты инфекционное, родильное, кардиологическое и неврологическое отделения (на сайте района до сих пор размещена информация о том, что в структуре ЦРБ – 210 коек круглосуточного стационара).

В г. Юже принимаются только экстренные роды, которые случаются, как правило, в неблагополучных «маргинальных» семьях. При плановом ходе беременности и наблюдения рожениц увозят в г. Шую (около 70 км), а при осложнениях – в НИИ материнства и детства в г. Иваново (около 100 км). В г. Шую, в котором расположен зональный медицинский центр, южским больным приходится ездить в различных ситуациях. Например, в случае инфаркта или инсульта пациента сразу везут туда, туда же направляют к узким специалистам, там же проводятся операции, необходимые при серьезных травмах, и т. д. Если больной нуждается в госпитализации в инфекционное отделение, его везут сразу в г. Иваново. А на прием к ЛОР-врачу (ставка в Юже есть, но нет специалиста) южанам нужно ездить в Палех за 35 км.

Из-за большого потока районных пациентов в Шуйскую зональную больницу, которая исходно рассчитана на обслуживание одного Шуйского района, пациентов стараются выписывать максимально быстро («роженицы должны возвращаться домой на третий-четвертый день после родов с незажившим пупком»). По мнению руководства Южской ЦРБ, большая «скупенность» пациентов в Шую ведет к распространению инфекций, а больные не получают там должного ухода и комфорта, который могли бы обеспечить в Юже. Однако в шуйском межрайонном центре есть современное оборудование, которое небольшие районные больницы не смогли бы получить.

Очевидно, что не каждый пациент (особенно из удаленных лесных поселков) может себе позволить съездить в г. Шую на прием к врачу. И тем более, не каждый захочет лечиться в больницу вдали от дома и хозяйства, где его даже не смогут навещать. Таким образом, многие затягивают и запускают свои заболевания до хронического состояния, и последующее лечение дает лишь краткосрочный эффект.

**МБУЗ «Палехская центральная районная больница».** В структуре Палехской ЦРБ, помимо сельских учреждений здравоохранения, остались только поликлиника с дневным стационаром, терапевтический и хирургический стационары (15 и 20 коек соответственно), а также отделение скорой медицинской помощи, своего морга нет. В целом, население еще сильнее «завязано» на более крупных учреждениях здравоохранения в г. Шуе и г. Иваново, чем южские жители. Но от г. Палеха до г. Шуи значительно ближе (35 км), общественный транспорт ходит чаще, и проезд дешевле. В случаях инфаркта или инсульта палехская бригада «Скорой помощи» везет больного сразу в г. Шую, даже не заезжая в Палехскую ЦРБ.

Многие ставки в штате больницы не заняты, узких специалистов мало, что связано с низкой оплатой труда и нежеланием молодых ехать в глубинку. В больнице принимают 2 участковых терапевта, 2 участковых педиатра, 2 стоматолога, 2 хирурга, отоларинголог, акушер-гинеколог, нарколог, дерматолог, фтизиатр. Средний возраст врачебного персонала – старше 40 лет, большинство работают по совместительству. Самый молодой специалист – врач лучевой диагностики, ей около 30 лет. Она заведует и рентгенологическими обследованиями, и кабинетом ультразвуковой диагностики.

Один–два раза в месяц в г. Палех приезжают и ведут прием по записи узкие специалисты из областной больницы: кардиолог, детский ортопед, эндокринолог, детский невролог и др. Сельское население извещается о дате приезда специалистов через фельдшеров.

Проиллюстрировать организацию больничных дежурств в Палехской ЦРБ можно на примере хирургического отделения. В ночную смену дежурный врач в больнице всего один. В случае необходимости проведения сложной операции он вызывает либо второго хирурга из дома, либо санитарную авиацию из г. Иваново<sup>267</sup>. У каждого хирурга есть два полных ночных и одно вечернее дежурства в стационаре и по 15 домашних дежурств ежемесячно (общее количество дневных дежурств поделено между заведующим хирургическим отделением в стационаре и хирур-

гом в поликлинике). Если же в ночную смену в больнице дежурит специалист другого профиля и возникает необходимость в хирургической операции, то вызывается тот хирург, который в тот момент находится на «домашнем посту».

В отделении «Скорой помощи» работают всего 2 бригады в смену (фельдшер и водитель), количество вызовов варьируется день ото дня, но не превышает 20 раз. Если одна из бригад повезет больного в г. Шую или г. Иваново, а вторая уедет на вызов, то другие пациенты уже не смогут вызвать «Скорой помощи», поскольку диспетчера в отделении нет. По словам фельдшера «Скорой помощи», вызовы из сельской местности обслуживаются без личного подтверждения местного фельдшера из ФАПа, однако случаются и ложные вызовы («как-то сообщили о несуществующем ДТП»). В шуйской больнице пациента могут не принять, если посчитают, что диагноз фельдшера «Скорой помощи» неверен и госпитализация не положена («они не приняли бабушку с инсультом, которую пришлось возвращать в Палех, где она и умерла»). Сами жители хвалят фельдшеров («если бригада вообще выезжает, то добираются они быстро»). В пос. Еремкино рассказали, что один из фельдшеров СМП для них как «родная», может похлопотать при госпитализации, чтобы врач посмотрел вне очереди, и т. д.

В палехской больнице жестких ограничений по госпитализации нет, особенно по сравнению с межрайонными и областными медицинскими центрами. Средний возраст стационарных пациентов около 70 лет. Однако пожилых людей на длительный срок уже не кладут и стараются соблюдать стандарты лечения (если пациент лежит больше двух недель, то за дополнительные койко-дни больница будет получать все меньше денег по ОМС).

В хирургическом отделении могут лежать до 30 больных, хотя «официальных» коек всего 20 (в 2010 г. было 26 коек), – задействуются койки дневного стационара, а также «сокращенные» койки, которые остались в палатах. По словам заведующего отделением, «все койки оплачиваются», так как для проверяющих из территориального фонда ОМС и страховых компаний важно, «чтобы план был выполнен, остальное их не интересует». План, как правило, выполняется, и койки не пустуют, хотя при этом существует специфическая экономическая «арифметика», согласно которой план должен быть выполнен на 102,3%. При перевыполнении плана оплачиваются те же 102,3%, а при 100% выполнении заработок больницы, как правило, меньше (часть счетов не принимается к оплате в связи с некорректным оформлением документов). ЦРБ работает с тре-

мя страховыми компаниями, каждая из которых проводит проверки раз в квартал, поэтому, в совокупности, проверки случаются в больнице ежемесячно.

Общий бюджет больницы составляет 13 млн руб., которые поступают из ФОМС и бюджета примерно в равных частях. Палехская больница выполняет по договору и в счет родовых сертификатов ряд лабораторных услуг другим ЛПУ, например биохимические исследования для Пестяковской ЦРБ. Более сложные лабораторные исследования для палехской больницы выполняет областной онкодиспансер.

В рамках программы модернизации здравоохранения в 2011 году в Палехскую ЦРБ поступил новый рентгенодиагностический комплекс стоимостью 9 млн рублей. Вместе с цифровым аппаратом со сниженной дозой облучения, рассчитанным на три компьютеризированных рабочих места, была установлена система «телемедицины», позволяющая передавать снимки в областные клиники для консультаций со специалистами в режиме реального времени. В связи с этим районная администрация выделила дополнительные средства в сумме 450 тыс. руб. на проведение капитального ремонта рентгеновского кабинета, закупку новой мебели и дополнительное обучение врача-рентгенолога и лаборантов. Параллельно с областной программой модернизации средства на хозяйственные нужды выделялись и в рамках программы «Добрые дела» партии «Единая Россия», на которые были приобретены банкетки для посетителей и отремонтировано крыльцо районной поликлиники (установлены поручни, стеклопакеты и проч.)<sup>268</sup>.

Лекарства для больницы закупаются на оптовой базе в г. Иваново, хотя раньше были договоры с муниципальной аптекой. В стационаре проблем с лекарствами нет, но ассортимент ограниченный, существует недостаток медицинских инструментов, большинство которых уже устарели.

Палехские медики, как и врачи других районов Ивановской области, выделяют проблему недостатка профилактических мер: «Заболеваемость выше, хуже обстоит дело с прививками, растет число пациентов с сахарным диабетом и онкологией» (Ивановская область остается одним из лидеров в стране по онкологическим заболеваниям).

Некоторые местные жители негативно отзываются о главном враче, упоминая, что он «проворовался», – из-за скандала с растратой бюджетных средств в сумме 3 тыс. руб., за что был позже оштрафован на сумму 120 тыс. руб. по ст. 160 ч. 3 УК РФ «Присвоение или растрата»<sup>269</sup>. Впрочем, были и другие случаи, в частности, в 2011 году в ходе внепла-

новой проверки деятельности ЦРБ выяснилось, что должностной оклад главного врача был необоснованно завышен, а стимулирующие выплаты осуществлялись без учета показателей эффективности работы ЛПУ (кстати, те же нарушения были выявлены в г. Юже, г. Шуе, г. Иваново и др.)<sup>270</sup>.

Часть местных жителей, напротив, не принимают во внимание эти инциденты и относятся к работе главного врача нейтрально или положительно. В то же время пациенты палехской больницы недовольны сокращением коечного фонда и медицинского персонала: «Почти по любому поводу нужно ездить в Шую или в Иваново», так как в Палехе мало специалистов и оборудования («диагностика совсем плохая»). По будним дням в поликлинике большие очереди, а по выходным приема нет. Работающие жители не имеют возможности прийти к врачу на профилактический прием, что препятствует ранней выявляемости заболеваний («приходят, когда заболит, запускают болезнь»). В палехский стационар также бывают очереди, и не всегда «просто устроиться», многие лекарства для прохождения курса лечения пациенты покупают за свой счет.

При наличии направления палехских жителей принимают бесплатно и в зональной (г. Шуя), и в областной (г. Иваново) больницах, но если направления нет, пациентам часто приходится платить из своего кармана. Тем не менее, те, кто могут себе это позволить, предпочитают, при необходимости, сразу ехать в областную больницу или частные медицинские центры в Иваново.

**МБУЗ «МУЗ Родниковская центральная районная больница».** Чтобы избежать бюрократической волокиты, возникшей в связи с изменением статуса лечебного учреждения (МУЗ на МБУЗ), по задумке главного врача Родниковской ЦРБ в Уставе больницы прописали, что она является бюджетным учреждением, но вносить букву «Б» в название не стали, и ничего, кроме Устава, менять не пришлось. В результате, в названии больницы сохранился и старый, и новый статус: МБУЗ «МУЗ Родниковская центральная районная больница».

По мнению руководства больницы, изменение юридического статуса, а также источников формирования бюджета ЛПУ приводят к еще большему дистанцированию администрации муниципального образования (районной администрации) от ЦРБ. Если раньше больница могла рассчитывать на «внеплановую помощь» от администрации, то получая деньги из регионального бюджета, «поплакаться» о текущих проблемах в ЦРБ можно только в Иваново, где достаточно своих просителей (более

90 бюджетных учреждений здравоохранения, которые с 2013 г. могут стать еще и государственными, в статусе ГУЗ).

Родниковская больница является довольно крупным старинным медицинским учреждением. «Красная больница», как ее раньше называли, открылась в 1905 году при текстильной фабрике Красильщиковых и была одним из лучших лечебных заведений Ивановской губернии, здесь были стационар на 75 мест, поликлиника и аптека.

На сегодняшний день в структуре ЦРБ работают взрослая и детская поликлиники, филиал районной поликлиники на текстильном предприятии, женская консультация, круглосуточный фельдшерский пункт, Центр здоровья, станция «Скорой помощи», а также сельские медицинские учреждения. В стационаре ЦРБ сохранены терапевтическое, хирургическое, педиатрическое, гинекологическое, неврологическое, инфекционное и родильное отделения.

Хирургическое отделение занимает второй этаж старого здания, где расположены операционный блок, реанимационное отделение и подсобные помещения (капитальный ремонт отделения был выполнен в 1997 г.). В хирургическом стационаре, развернутом на 35 коек, работают заведующий хирургическим отделением, хирург-ординатор, круглосуточный пост врачей анестезиологов-реаниматологов и медсестер. Для оказания экстренной помощи, которая охватывает 86% объема работ хирургического отделения, в выходные, праздничные дни, а также в вечернее и ночное время организованы дежурства совместно с лаборантами рентгенологического и дежурного кабинетов. В случае необходимости дежурный хирург вызывает второго хирурга, заведующего отделением или специалиста областной больницы по санитарной авиации.

Несколько лет назад в хирургическом отделении было 7 травматологических коек, работал хирург-травматолог, но в 2007 году данный вид помощи не прошел лицензирование, и травматологических больных стали направлять в межрайонное травматологическое отделение Вичугской ЦРБ (г. Вичуга находится в 20 км от г. Родников). По другим профилям медицинской помощи, не задействованным в Родниковской ЦРБ, пациентам выдают направление в областную больницу г. Иваново (50 км) или доставляют туда на машине «Скорой помощи».

Сама родниковская больница является межрайонным центром для Лухского района (сельский район с населением около 9 тыс. чел., расстояние от административного центра пос. Лух до г. Родники – 45 км). Однако лухских пациентов в Родники возят не часто, предпочитая направ-

лять их в Вичугскую ЦРБ, в том числе, беременных женщин и больных с острым коронарным синдромом, или в Шуйскую ЦРБ, – с острым нарушением мозгового кровообращения. Возможно, открытие нового межрайонного акушерского отделения в Родниках в рамках Программы модернизации здравоохранения Ивановской области<sup>271</sup>, рассчитанного на 280 – 290 родов в год, привлечет сюда больше рожениц из Лухского и других соседних районов<sup>272</sup>.

Следует отметить, что за последние 6 – 7 лет в родниковской больнице регулярно осуществляются косметические ремонты и переоснащение различных стационарных отделений и других подразделений ЦРБ, о чем охотно сообщают ивановские и родниковские газеты и интернет-издания. Так, в 2004 году было отремонтировано гинекологическое отделение, в 2005 году – детское отделение, а в 2007 году – построена детская поликлиника.

Гинекологическое отделение перевели в обновленное помещение бывшего ЛОР-отделения. Ремонт и переоснащение отделения (закупка новой мебели, замена сантехники, установка водонагревателей) выполнено за счет администрации района, изыскавшей для этого средства из своего бюджета. Позже из районного бюджета было выделено около 1,5 млн руб. на ремонт женской консультации и зданий участковых больниц в пос. Каминском, пос. Фелисово и пос. Острецово.

В 2008 году за счет средств областной целевой программы «Строительство (реконструкция) и оснащение офисов врачей общей практики в Ивановской области в 2007 – 2009 годах»<sup>273</sup> на базе реорганизованной Сосновецкой участковой больницы был открыт офис врача общей практики в пос. Сосновце, входящий в структуру Родниковской ЦРБ. На это было израсходовано более 3 млн рублей. Круглосуточные койки с питанием были сокращены, зато в офис ВОП были закуплены электронные тонометры, аппарат ЭКГ, стоматологическая установка, фармацевтический холодильник для аптечного пункта, детские электронные весы, набор линз для определения остроты зрения, мебель и оргтехника (компьютер, факс, принтер), установлена автоматическая система противопожарного оповещения, водонагреватели, двери, окна, ожидается поставка автомобиля «Нива»<sup>274</sup>.

В конце 2010 года за счет федеральных субсидий, выделяемых на капитальный ремонт вновь создаваемых офисов врачей общей практики<sup>275</sup>, в пос. Парском Родниковского района был открыт новый офис ВОП. Парская врачебная амбулатория располагалась в ветхом деревянном

здании, которое решили не использовать. Под офис ВОП реконструировали контору бывшего сельхозпредприятия, выкупленную в муниципальную собственность районной администрацией. Реконструкция здания и ремонт для обустройства офиса ВОП обошлись в 5,9 млн руб., включая закупку оборудования и мебели, благоустройства прилегающей территории.

В декабре 2011 года после капитального ремонта в рамках Программы модернизации здравоохранения Ивановской области было открыто межрайонное акушерское отделение, на которое было затрачено около 13 млн рублей. Здесь была заменена система отопления, водопровода и канализации, установлены пластиковые окна, новые двери, завезено новое оборудование на сумму 9,5 млн руб., включая фетальный монитор кардиотокограф, стол для реанимации новорожденных, биохимический автоматический анализатор, хирургическую эндовидеоскопическую стойку, операционные мониторы, аппарат для токографии плода и проч.

Наконец, во втором квартале 2012 года готовится к открытию новое здание поликлиники, которое возводилось более 9 лет. Старое здание после перевода поликлиники может быть временно закрыто («оно обветшало, а денег на капитальный ремонт нет»), хотя существует проектно-сметная документация по реконструкции старого здания под отдельное патологоанатомическое отделение, разработанная по совместной инициативе администрации района и ЦРБ.

Все строительные достижения так или иначе связывают с главным врачом Родниковской ЦРБ, кандидатом медицинских наук и Заслуженным врачом Российской Федерации<sup>276</sup>, занимающим свою должность с 1980 года. Помимо административных обязанностей, он занимает общественные посты в качестве члена Правления Фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области, председателя ассоциации главных врачей Ивановской области и члена Комиссии по вопросам здравоохранения Ивановской областной думы. Под его руководством был разработан проект реконструкции больничного комплекса, построены новые корпуса и отделения, здание пищеблока.

Родниковская больница – редчайший пример, когда из областного бюджета выделяются адресные субсидии медицинскому учреждению на проведение ремонта, приобретение оборудования, оргтехники и мебели, противопожарные мероприятия и благоустройство территории<sup>277</sup>. Косметический или капитальный ремонт и противопожарные меропри-

ятия всегда назывались в других медицинских учреждениях среди «неразрешимых» проблем, а всего-то нужны были субсидии!

Еще более примечательная особенность родниковской больницы – это наличие действующего домового храма в честь святого великомученика и целителя Пантелеимона в здании медицинского учреждения. Храм Пресвятого Пантелеимона был открыт в 2004 году, и здесь успели побывать епископ Иваново-Вознесенский и Кинешемский Иосиф, секретарь Иваново-Вознесенского епархиального управления, благочинные 8-го и 9-го благочиннических округов, Глава Родниковского муниципального района, Глава Родниковского городского поселения, заместитель главы администрации Родниковского района по социальной политике и другие<sup>278</sup>.

Дружественные взаимоотношения со священниками и представителями территориальной епархии проявляются в совместной работе по предотвращению аборт в больнице (беседы, консультации, публикации в СМИ). По словам заведующей женской консультацией, ежегодно в Родниковском районе совершается около 200 абортов (соотношение родов к абортам составляет 1:0,7) женщинами в возрасте от 20 до 24 лет, реже – в возрасте до 17 лет. При этом Родниковский район лидирует в регионе по количеству беременных и рожениц среди несовершеннолетних<sup>279</sup>.

Консультативную работу с «кризисными» беременными женщинами в Родниковском и Лухском муниципальных районах проводят волонтеры общественной организации Ивановской области «Комитет защиты детства, семьи и нравственности «Колыбель» (Епархиальный центр защиты материнства и семейных ценностей во имя святителя Василия, епископа Кинешемского в структуре Епархиального отдела социального служения).

В Родниках есть то, что крайне редко встречается в малых городах, – социальные койки для детей из неблагополучных семей в составе педиатрического отделения и круглосуточный фельдшерский пункт, расположенный на территории комбината «Большевик» (раньше он обслуживал только сотрудников предприятия, оставшиеся рабочие, около 1 тыс. чел., по-прежнему обращаются в пункт при необходимости).

Социальные койки были организованы в 2005 году для лечения и содержания детей, изъятых из социально неблагополучных семей, и оплачиваются из средств районного бюджета. Как правило, все 5 коек бывают заняты. Помощь таким детям оказывают и организации (сотрудники



«ГАИ» подарили отделению игрушки), и частные предприниматели (закупка музыкального центра, медицинского оборудования и проч.). Волонтеры ивановского благотворительного фонда «Волонтеры в помощь детям-сиротам» навещают в ЦРБ и детей из асоциальных семей, и отказников, – привозят памперсы, детское питание, средства гигиенического ухода, одежду, игры. В палаты отказников ими были закуплены новые кровати, постельное белье, ходунки и манежи.

Кстати, за увеличение числа бюджетных коек также высказываются сотрудники правоохранительных органов Родниковского района: для проведения освидетельствования и оказания медицинской помощи лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения, необходимы койко-места и медэксперт. За неимением специалиста-медэксперта и койко-мест пострадавших везут для прохождения освидетельствования в г. Иваново, что затрудняет и значительно затягивает процесс расследования.

Врачебный состав ЦРБ по сравнению с другими районными больницами также богат медицинскими специалистами. В районной поликлинике работают 8 участковых терапевтов, кардиолог, дерматовенеролог, психиатр, невролог, хирург, окулист, онколог, нарколог, оториноларинголог, флюорограф, врач ЭКГ, а в детской – 6 участковых педиатров, сельский педиатр, отоларинголог, детский хирург, невролог, окулист, логопед, психиатр, детский стоматолог. Еще 7 стоматологов работают в стоматологическом подразделении взрослой поликлиники.

Всего в структуре ЦРБ работают 60 врачей и более 500 средних медицинских работников и вспомогательного персонала. При этом существует потребность в некоторых медицинских специалистах (по официальным данным, укомплектованность кадрами врачей составляет 60%), включая терапевта, невролога, кардиолога, хирурга, травматолога, акушера-гинеколога, оториноларинголога, офтальмолога, анестезиолога, рентгенолога, врача скорой медицинской помощи, врача функциональной диагностики и врача общей практики. Большинство медицинских специалистов, как и в других районных больницах, находятся на совместительстве.

В конце 1990-х годов областные специалисты практически перестали выезжать в районы, но теперь эта традиция возобновляется. В Родники регулярно приезжают на прием кардиологи, пульмонологи, гастроэнтерологи и нефрологи. Врачи оказывают как лечебную, так и организационно-методическую помощь.

Администрация района и руководство больницы предпринимают меры по привлечению в систему муниципального здравоохранения молодых специалистов. Так, в рамках долгосрочной целевой программы «Социально-экономическая поддержка молодых специалистов социальной сферы Родниковского муниципального района на 2010 – 2012 годы»<sup>280</sup> молодым врачам предоставляются следующие социальные гарантии:

- единовременные выплаты от 5 тыс. руб. до 8 тыс. руб.;
- предоставление служебного жилья из муниципального жилищного фонда;
- дополнительное субсидирование на приобретение жилья в размере 10% от расчетной стоимости приобретенного жилья;
- доплата молодому специалисту в размере 25% от должностного оклада оплаты труда в течение одного календарного года;
- оплата обучения специалистов, принятых на работу в МУЗ «Родниковскую ЦРБ», в интернатуре и ординатуре Ивановской государственной медицинской академии (ИГМА) по врачебной специальности для нужд муниципального образования;
- внеочередное предоставление места в детском образовательном учреждении ребенку дошкольного возраста из семьи молодых специалистов.

Помимо муниципальной целевой программы поддержки молодых специалистов здравоохранения, в нынешнем году в соответствии с Постановлением Правительства Ивановской области «Об осуществлении в 2012 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, работающих в сельских населенных пунктах Ивановской области», медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим или переехавшим в 2011 – 2012 годах после окончания медицинской академии на работу в сельскую местность, осуществляется единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн рублей<sup>281</sup>.

При участии Первичной профсоюзной организации Родниковской ЦРБ ежегодно проводятся конкурсы профессионального мастерства «Лучший медицинский работник» среди сотрудников «МУЗ Родниковская ЦРБ» и ее структурных подразделений, Родниковского филиала ГУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер», Родниковского комплексного центра социального обслуживания населения. Победитель конкурса получает денежный приз, руководители учреждений, подготовившие участников конкурса – благодарности, а остальные участники

финального этапа – дипломы и ценные подарки от местного отделения ВПП «Единая Россия» и администрации района.

При внешнем благополучии больницы жители отзываются об услугах муниципального здравоохранения преимущественно отрицательно, хотя встречались и положительные оценки, касающиеся хороших и неравнодушных специалистов. Как и в большинстве малых городов, в Родниках жалуются на «слабую» диагностику, отсутствие специалистов и большие очереди. Обеспеченные жители предпочитают ехать за медицинской помощью в Иваново, даже если за полученные услуги придется заплатить.

Отрицательно настроенные родниковцы обвиняют врачей в хамстве, невежестве, взяточничестве, хотя лично со взятками никто из опрошенных не сталкивался, но многие о них слышали, в том числе из СМИ. Например, в 2007 году был осужден невролог, продававший больничные листы: сначала его «шумно» сняли с должности, он был вынужден устроиться на завод фельдшером, но через несколько месяцев вернули на прежнее место, потому что не смогли найти ему замену<sup>282</sup>. Пациенты, недолголюбивающие этого врача, даже дали ему кличку «диклофенак», потому что «ничего, кроме препарата диклофенак, он не выписывает».

В коллективе больницы также есть недовольство отдельными сотрудниками. Так, некоторые врачи считают «несправедливым» назначение на позицию начальника отдела по реализации национального проекта «Здоровье» главной медицинской сестры («вокруг много опытных и авторитетных врачей, а главная медсестра была неоднократно замечена в нетрезвом состоянии»).

При этом Родниковская ЦРБ имеет высокие баллы в рейтинге Департамента здравоохранения Ивановской области среди поликлиник и подразделений лечебно-профилактических учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. Рейтинг был составлен по таким критериям оценки, как выполнение объема амбулаторно-поликлинической помощи по программе государственных гарантий, обоснованные жалобы, время ожидания пациентами лабораторных исследований, время ожидания пациентами функциональных исследований, время ожидания пациентами консультаций врачей-специалистов, работа с населением, организация работы учреждения в субботу, воскресенье, праздничные дни.

**Родниковский Центр Здоровья при МБУЗ «МУЗ Родниковская ЦРБ».** В 2009 году в рамках реализации Национального проекта «Здоровье» на базе Родниковской районной больницы был создан Центр Здо-

ровья, который разместили в здании филиала районной поликлиники на территории текстильного предприятия.

Подобных центров здоровья в Ивановской области всего шесть: три обычных центра (на базе Родниковской ЦРБ, больницы городского округа Кохма, Городской клинической больницы №4 г. Иваново), два детских (на базе МУЗ «Детская городская клиническая больница №1» в г. Иваново и МУЗ «Вичугская ЦРБ») и один кардиологический (на базе ГУЗ «Кардиологический диспансер» в г. Иваново). Все районы области приписаны к какому-нибудь Центру здоровья, при этом 3 из 6 центров находятся в г. Иваново, следовательно, доступность предоставляемых в Центре услуг для жителей отдаленных районов весьма условна.

К Родниковскому центру прикреплены более 250 тыс. чел. из 6 муниципальных районов и 2 городских округов. В 2010 году первичный осмотр в нем прошли около 4300 чел. (всего за год – около 7500 чел.), из которых всего лишь 130 чел. приехали из прикрепленных районов. Таким образом, услугами Центра Здоровья пользуются, в подавляющем большинстве, жители района и города, в котором он расположен. К примеру, в Южской ЦРБ вообще не знали о существовании этого учреждения.

Центры здоровья выполняют профилактическую функцию, здесь определяют общее состояние здоровья и функционирование организма человека, выявляют основные отклонения. Проводимое комплексное обследование включает тестирование на аппаратно-программном комплексе для оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, скрининг сердца, определение уровня холестерина и глюкозы в крови, оценка функций дыхательной системы. Лечение, за исключением комплекса ЛФК, в Центре не проводится. Медицинское оборудование для центров здоровья Ивановской области было закуплено за счет средств федерального бюджета в сумме более 7 млн рублей.

Взрослые посещают Центр Здоровья добровольно (примечательно, что соотношение женщин и мужчин, обратившихся в Центр, составляет пять к одному), а школьники и учащиеся профессиональных училищ – в обязательном порядке, что закреплено в соответствующих соглашениях с каждым из учебных заведений. За один только декабрь 2011 года были приняты 910 чел., из которых 560 – дети. На врачебную ставку приходится в среднем 10–12 обследований в день, каждое из которых длится около 40 минут. Все обследования производятся бесплатно, платные услуги в Центре Здоровья не оказываются.

Всем посетителям Центра рекомендуется проходить обследование хотя бы 2 раза в год, чтобы проследить динамику показателей. При первичном обследовании пациенту даются рекомендации по образу жизни и питанию, но не по лечению, – лекарства здесь не выписываются. Диагнозы ставятся наиболее очевидные (нарушение осанки, кариес), однако было несколько случаев выявления серьезных заболеваний (в 2010 г. у четверых детей был выявлен порок сердца). Общие результаты обследований неутешительны: среди посетителей Центра здоровыми можно признать только 2–3% взрослых и 30% детей.

Врачи в поликлинике (как правило, терапевты, педиатры и неврологи) могут направить пациента на обследование в Центр Здоровья. И наоборот, если в результате обследования выясняется, что пациент нуждается в лечении, то, в зависимости от тяжести заболевания, его направляют в поликлинику, стационар, клинику Ивановской государственной медицинской академии в г. Кохме (с сердечно-сосудистыми заболеваниями) или ортопедический центр в г. Иваново. В действительности, в поликлинику направляются многие пациенты, а в стационар и специализированные медицинские учреждения – единицы.

В Центре Здоровья принимают 2 терапевта, 2 педиатра, врач-диетолог, психолог-нарколог, стоматолог-гигиенист и врач ЛФК, работающие по совместительству в районной поликлинике. В будущем планируется открыть смотровые кабинеты окулиста и гинеколога. Финансирование, по словам врачей, осуществляется через ЦРБ «по бюджету и ОМС». А бумажной работы здесь даже больше, чем в поликлинике (журналы учета, карта здорового образа жизни и проч.).

Врачи Центра отмечают, что поток посетителей в последние месяцы сильно сократился: «Если раньше запись велась на 5 месяцев вперед, то теперь – всего на неделю». Вполне возможно, что это связано с тем, что большинство из тех, кто хотел пройти обследование, его уже прошел. Однако спад посещаемости Центра был прогнозируемым изначально, поскольку в добровольном режиме посещения пациенты не станут обращаться за советами о здоровом образе жизни чаще 1–2 раз, а медицинская помощь здесь фактически не оказывается.

Таким образом, основная функция Центра Здоровья – общественная: санитарно-просветительская работа, создание видимости заботы о здоровье граждан и «заполнение дыр» в муниципальном здравоохранении. С целью оправдания многомиллионных федеральных затрат на закупку диагностического оборудования и обустройство помещений подобных

центров здоровья они вынуждены проявлять большую активность в организации различных мероприятий и акций «здоровья» на соответствующих территориях.

Родниковский Центр Здоровья сотрудничает с районными СМИ: в газете «Родниковский рабочий» регулярно выходят статьи и заметки о деятельности Центра, а на местном телевидении вышел небольшой фильм о его работе. Помимо этого, Центр охотно сотрудничает с образовательными и социальными учреждениями района, а именно с городскими и сельскими школами (МБОУ СОШ №3 и №4, школа в пос. Парком), Школой искусств, ОГУ СО «Родниковский комплексный центр социального обслуживания населения» и Родниковским Центром занятости населения.

Так, Родниковский центр социального обслуживания направляет на комплексное обследование в Центр Здоровья пожилых людей, находящиеся на обслуживании в отделении дневного пребывания (всего около 40 граждан пожилого возраста в течение года). Для граждан, проживающих в Доме-интернате для ветеранов войны и труда «Лесное» и Богородском доме-интернате для престарелых и инвалидов, также организуются консультации врачей-специалистов из Центра и районной поликлиники. В Центре занятости специалисты Центра консультируют безработных о здоровом образе жизни, распространяют специально разработанные памятки «Секреты долголетия».

Однако самое большое количество мероприятий проходит совместно с общеобразовательными учреждениями, где медики Центра Здоровья работают с детьми, а также с их родителями и преподавателями. В городских и некоторых сельских школах были созданы школьные центры здоровья, тесно взаимодействующие с родниковским Центром Здоровья, работают медкабинеты (например, в МОУ СОШ №3 работают два медицинских специалиста, фельдшер и педиатр, что является большой редкостью для школы). В рамках программы «Здоровая школа» организуются многочисленные акции в рамках повышения приверженности населения к здоровому образу жизни (например, «Жизнь без гипертонии», «Жизнь без диабета» и др.)

С целью пропагандирования здорового образа жизни в МБОУ СОШ №3 г. Родников созданы соответствующие клубы и объединения, например «Планирование семьи и ЗОЖ», «Полезные навыки», районная школа «Доверие». Примечательно, что даже родительские собрания проходят при участии врачей детской поликлиники Родниковской ЦРБ, школьни-

ки с родителями также приглашаются на встречи в Родниковский Центр здоровья и в Центр планирования семьи г. Иваново. В рамках социальной педагогики для учащихся устраиваются встречи с работниками Православного просветительского Центра во Имя преподобного Сергия Радонежского и представителями ОВД и суда. Судя по плану намеченных мероприятий в общеобразовательных учреждениях, родниковские школьники вооружены профилактическими знаниями о здоровом образе жизни и планировании семьи, а также хорошо осведомлены и о грехе, и об уголовном кодексе.

Помимо мероприятий в образовательных учреждениях, Центр Здоровья участвует и организует мероприятия городского и районного масштаба совместно с Родниковской ЦРБ: Дни здоровья, Марафон здоровья (районный фитнес-фестиваль «Спорт! Стиль! Жизнь!» в родниковском спорткомплексе), Дни открытых дверей в ЦРБ и Центре Здоровья (измерение артериального давления, экспресс-обследование на содержание в крови сахара и холестерина, работа смотрового и флюорографического кабинетов в поликлинике, вручение памяток и проч.), акции по раннему выявлению рака молочной железы и профилактике гипертонии.

В торговых центрах города также периодически организуются пункты измерения артериального давления и консультаций по профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы (к примеру, в рамках реализации проекта «Здоровое сердце» в Родниках ежегодно проводится акция «Гипертония, стоп!»).

Иными словами, с появлением Центра Здоровья в Родниках возник «оазис безграничного здоровья», и бесплатные медицинские услуги «потекли рекой». Не исключено, что при подобной настойчивой популяризации деятельности Центра будет наблюдаться положительный социальный эффект «плацебо», влияющий на удовлетворенность жителей города услугами муниципального здравоохранения. Например, в День здоровья 2012 года, прошедший под девизом «Хорошее здоровье прибавляет жизни к годам», была реализована разработанная физкультурно-оздоровительная программа для пожилых людей, кроме того, все желающие угощались, танцевали под духовой оркестр, наслаждались выступлением ансамбля «Русская душа»<sup>283</sup>. Нет никаких сомнений в том, что посетители мероприятия остались им довольны.

**Родниковский филиал ГУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина».** Филиалы областного диспансера имеются в г. Родниках, г. Шуе, г. Вичуге, г. Кинешме и г. Фурманове. По

состоянию на начало 2012 года круглосуточный стационар остался только в Родниках, шуйский стационар (50 круглосуточных коек) был закрыт в конце 2011 года. Таким образом, для жителей области за пределами г. Иваново имеется лишь 40 диспансерных коек для больных туберкулезом, в остальных филиалах диспансера функционируют дневные стационары. Причем сокращение филиальных стационаров не повлекло за собой увеличения коечного фонда головного учреждения в г. Иваново. Как и в муниципальных учреждениях здравоохранения, здесь также наблюдается устойчивая тенденция к сокращению. Главный врач родниковского филиала не исключает, что вскоре может быть закрыт и стационар в Родниках.

Филиалы обслуживают преимущественно жителей прикрепленных к ним районов, но прийти на прием может любой гражданин Российской Федерации. Иностранцы принимаются только на платной основе в центральном диспансере г. Иваново, поскольку в родниковском филиале нет разрешения на оказание платных услуг. В тех районах, где нет противотуберкулезного диспансера, в штате ЦРБ, как правило, работает врач-фтизиатр, который при необходимости сможет направить пациента на обследование в областное учреждение. В городах и районах, где есть филиалы диспансера, фтизиатра в штате ЦРБ обычно нет.

Что же касается лечения в стационаре, то в родниковский филиал могут направить больного из любого района области. Однако этот стационар выполняет скорее функцию изоляции тяжелых хронических больных от общества, а не полноценного лечения, поскольку здесь нет физиокабинета и кабинета функциональной диагностики. Любопытно, что на территории диспансера сохранился хвойный сад, который медики называют «зеленой палатой», так как фитонциды, выделяемые хвоей, убивают туберкулезную палочку. Этот уникальный ботанический сад, внесенный в Красную книгу Ивановской области, начал создаваться в Родниках в послевоенные годы<sup>284</sup>.

Структура филиала включает поликлиническое и стационарное отделения, а в его штате работают 4 фтизиатра, ставка рентгенолога пока не занята. На сегодняшний день противотуберкулезный диспансер финансируется из областного бюджета, но в 2013 году его могут перевести в систему ОМС. Однако, по мнению главного врача родниковского филиала, финансирование лечения за счет средств ОМС столь социально опасного заболевания, как туберкулез, недопустимо.

В связи с ухудшением социально-экономического положения в начале 1990-х годов, после распада СССР, заболеваемость туберкулезом в

Ивановской области и в целом по стране существенно выросла. Пик заболеваемости пришелся на 2000 год, когда экономическая ситуация начала стабилизироваться, и в последующие годы начался ее спад. В то же время высока вероятность наличия невыявленных заболеваний среди жителей отдаленных районов.

По словам главного врача, туберкулез является сложным, но излечимым заболеванием. Проблемы, связанные с его лечением и профилактикой, кроются в социальных факторах, не связанных напрямую с медициной: пациенты с диагнозом туберкулеза относятся в большинстве случаев к асоциальной категории граждан (алкоголики, наркоманы, бомжи и пр.), «наплеватьски» относящиеся к своему здоровью и лечению. В последние годы становится больше пациентов с «роковым дуэтом» заболеваний (так в диспансере называют сочетание ВИЧ и туберкулеза).

#### СЕЛЬСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Фельдшерские акушерские пункты Ивановской области по-прежнему финансируются из бюджета, перевод на их финансирование за счет средств ОМС планируется в 2013 году. Впрочем, уверенности в том, что это произойдет, у медработников нет, они считают, что ФАПы не смогут выжить в условиях страховой медицины: «Многие пункты придется закрыть в связи с малочисленностью прикрепленного населения, а их участки присоединить к другим ФАПам, но даже укрупненным ФАПам будет трудно выполнять план по посещениям».

С начала 1990-х годов ФАПы закрывались неоднократно. Реорганизация последних лет свела количество фельдшерских пунктов к минимуму, а с 2011 года началось формирование домовых хозяйств.

Общая схема создания домового хозяйства такова: в руководстве ЦРБ назначается ответственный за создание сотрудник, как правило, один из заместителей главного врача, затем в соответствии с утвержденными критериями<sup>285</sup> определяются населенные пункты, в которых должны появиться домовые хозяйства. Ответственный за создание домовых хозяйств и фельдшеры соответствующих участков направляются в г. Иваново, где проходят короткое обучение по оказанию первой помощи на базе ГУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области» с целью дальнейшего инструктирования заведующих домовыми хозяй-

ствами (на конец 2011 г. были обучены 26 фельдшеров ФАПов и отделений скорой медицинской помощи).

Первая помощь<sup>286</sup>, оказание которой возлагается на домовые хозяйства, включает в себя несколько последовательных действий, в том числе оценку обстановки с определением угрозы для собственной жизни, угрозы для пострадавших и окружающих, вызов скорой медицинской помощи, определение признаков жизни и осмотр пострадавшего, извлечение пострадавшего из транспортного средства, его перемещение, придание оптимального положения, восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей, проведение сердечно-легочной реанимации, остановку кровотечения и наложение повязок, герметизацию раны при ранении грудной клетки, проведение иммобилизации (фиксации конечностей, шейного отдела позвоночника), местное охлаждение, термоизоляцию при холодной травме<sup>287</sup>.

Заведующие домовыми хозяйствами определяются на уровне сельских администраций, реже – на сходе жителей. По профессиональному статусу лишь малая часть заведующих является бывшими медицинскими работниками (фельдшерами или медсестрами), в основном функция по оказанию первой помощи возложена на наиболее активных представителей поселений, – продавцов, почтальонов, социальных работников и т. д. В некоторых случаях на них возлагаются еще и социальные функции по курированию социально неблагополучных семей и пожилых людей.

После выбора заведующего фельдшер участка приезжает в поселение один или вместе с ответственным лицом из районной больницы, привозит аптечку-укладку и сразу же показывает, как пользоваться ее содержимым: итак, доврачебная помощь в поселке – организована!

По состоянию на начало 2012 года в Ивановской области формально функционировали 142 домовых хозяйства. При этом, по данным регионального Департамента здравоохранения, аптечками для оказания первой помощи были обеспечены только 100 домовых хозяйств, остальные аптечки находились «в стадии формирования», а инструктаж и обучение прошли лишь 39 из 142 заведующих. В подавляющем большинстве случаев владельцы домовых хозяйств имеют личные мобильные или стационарные телефоны и дополнительными средствами связи не обеспечиваются.

В качестве успешного примера функционирования домашних хозяйств ивановские СМИ отмечают Вичугинский район, где районная больница изыскала средства для своевременного формирования аптек



и покупки мобильных телефонов для 17 заведующих домовыми хозяйствами, а также обеспечила их справочной литературой.

Во всех изученных районах Ивановской области руководство центральных районных больниц относится к созданию домовых хозяйств скептически. Главные врачи ЦРБ отмечают, что заведующие домовыми хозяйствами, как правило, не обладающие медицинскими знаниями и навыками оказания первой помощи, не смогут стать заменой ФАПам, и тем более повлиять на повышение доступности медицинской помощи для сельского населения.

В Южном муниципальном районе были исследованы несколько домовых хозяйств в пос. Мордовском, пос. Глушицах и пос. Снегирево.

Общая структура сельских учреждений Южного района в конце 2011 года насчитывала всего 10 ФАПов, 8 из которых имеют лицензии на медицинскую деятельность, в 7 пунктах осуществляется реализация лекарственных средств. Еще недавно в районе работали 2 участковые больницы, 3 врачебных амбулатории, бывшие пару лет назад также участковыми больницами, и 11 ФАПов. В результате очередной реорганизации 6 ФАПов закрыли, все участковые больницы и амбулатории получили статус ФАПов, и из 16 структурных подразделений ЦРБ в сельской местности осталось только 10 фельдшерских акушерских пунктов. Населенные пункты, где ФАПы были закрыты, теперь прикреплены к укрупненным фельдшерским пунктам, фельдшеры которых курируют их выборочно и нерегулярно. Один из сохранившихся и наиболее крупных ФАПов (в пос. Холуе) планируется преобразовать в офис врача общей практики, но нет ясности относительно финансирования и кадрового состава.

По причине отдаленности некоторых поселений, границы фельдшерских участков не всегда соблюдаются, и жители обращаются либо в ближайший ФАП, либо по доброй памяти туда, где раньше была врачебная амбулатория или участковая больница. Например, к участку Холуйского ФАПа относится только сам пос. Холуй, но жители соседних деревень, приписанные к другому ФАПу, расположенному существенно дальше, при необходимости обращаются именно к холуйскому фельдшеру.

Что касается создания домовых хозяйств, то по официальным данным руководства Южской ЦРБ, они были созданы в 6 населенных пунктах (пос. Лукино, пос. Травино и др.), в двух из которых были закрыты ФАПы (пос. Снегирево и пос. Глушицы). Однако по итогам двух месяцев с момента организации первых домовых хозяйств в приемное отде-

ление ЦРБ или отделение «Скорой помощи» не поступило ни одного звонка.

Домовые хозяйства расположены на территории трех сельских поселений и соответствующих фельдшерских участках. Причем удаленность домовых хозяйств до ближайшего ФАПа составляет от 3 до 7 км, и в половине случаев не дотягивает до требуемых 5 км.

Создание домовых хозяйств должно было сопровождаться собранием жителей поселений, обучением заведующих хозяйствами и вручением аптечек-укладок в специальных сумках, мобильных телефонов и справочников с номерами «Скорой помощи», регистратуры и руководства ЦРБ. В Южном районе в состав укладок, помимо перевязочных материалов и изделий для временной остановки наружного кровотечения и проведения сердечно-легочной реанимации, входящих в обязательный комплект укладки для домовых хозяйств<sup>288</sup>, планировали добавить тонометр и термометр.

Заведующие домовыми хозяйствами не отчитываются за расходование содержимого укладки, но должны своевременно сообщать фельдшеру о необходимости ее пополнения, если истекают сроки годности отдельных изделий медицинского назначения или в случае их использования.

В Южном районе дома, в которых проживают заведующие домовыми хозяйствами, никак не обозначены («сельские жители и так все друг о друге знают»), и приезжий не сможет самостоятельно найти место, где оказывается первая помощь.

В пос. Мордовском о домовых хозяйствах вообще никто ничего не слышал, даже директор сельского клуба и продавщица в единственном магазине. В пос. Глушицах было проведено собрание, на котором «обещали создать домовое хозяйство», однако создано оно не было, что подтвердили депутаты Новоклязьминского сельского поселения, живущие в Глушицах («какие-то накладки вышли»). В то же время в Глушицах сохранилось здание расформированного ФАПа, куда, как и прежде, дважды в месяц приезжает фельдшер Новоклязьминского ФАПа, ведет прием и обходит больных бабушек. И только в пос. Снегирево удалось найти домовое хозяйство и переговорить с его заведующей.

**Домовое хозяйство в пос. Снегирево Южного района.** В Снегирево, где недавно был закрыт ФАП, фельдшер не приезжает, зато организовано домовое хозяйство. По словам его заведующей, она не вызывалась отвечать за первую помощь, но ее «попросили» («укладку привезли, ни-

чего особенного там не нужно, инструкцию дали: замерз – я тебя должна обернуть одной простыней, обжегся – другой»).

Заведующей домовым хозяйством выбрана бывший почтальон, пенсионерка, которую в администрации сельского поселения сочли наиболее активной среди местных жителей (когда она работала и ездила на почту в пос. Холуй, ей делали заказы на покупки, а теперь она поддерживает ту же практику через нового почтальона). Собрание жителей в Снегирево не проводилось, и о существовании домового хозяйства знают единицы.

Кстати, в привезенной укладке нет ни обещанного тонометра, ни термометра. Телефон заведующей также не выдали, в случае необходимости она пользуется своим («все деньги жалуют, а я звоню на свои в «Скорую помощь», все ко мне идут прямой наводкой, больше здесь нет никого»). Не исключено, что наличие телефона также являлось критерием при выборе заведующего домовым хозяйством.

За помощью в снегиревское домовое хозяйство еще ни разу не обращались («и дай Бог, чтоб никто»), что неудивительно, поскольку местные жители о нем не знают. Зато в деревне живет «московская медсестра», вышедшая на пенсию, к которой часто обращаются за советом и медицинской помощью, просят «посмотреть» и сделать уколы.

В **Палехском муниципальном районе** были посещены Тименковский ФАП и домовое хозяйство в пос. Еремкино.

Несмотря на то, что площадь территории и численность сельского населения Палехского района более чем почти в полтора раза меньше соответствующих показателей Южского района, здесь сохранилось больше сельских структурных подразделений ЦРБ: 11 ФАПов и отделение общей врачебной практики в пос. Майдаково с лабораторией, зубным кабинетом, физиокабинетом и дневным стационаром (на базе бывшей участковой больницы). Главный врач Палехской ЦРБ считает своей заслугой то, что ему, в отличие от своих коллег из других районов, удалось сохранить широкую сеть ФАПов («проявил стойкость и отказался их закрывать, когда пришла соответствующая директива»). Так, за последние годы было закрыто всего 3 ФАПа, в том числе в пос. Еремкино, где было создано единственное домовое хозяйство в районе. Один из фельдшеров был переведен в штат соседнего ФАПа, а другие фельдшеры ушли на пенсию.

**Тименковский ФАП (пос. Тименка Палехского района).** К участку Тименковского ФАПа относятся 9 населенных пунктов, а радиус обслуживания составляет 11 км. В двух самых отдаленных деревнях прожи-

вают всего 3 человека. Летом фельдшер ездит на велосипеде, а зимой либо ходит пешком, либо добирается на попутной машине.

Численность населения на участке составляет 380 чел., из которых фактически проживают только 280. От наиболее крупного поселка Тименка до г. Палеха всего 6 км, поэтому основная часть экономически активного населения работает и получает медицинскую помощь в районном центре. В ФАП приходят преимущественно пенсионеры.

Фельдшер Тименковского ФАПа работает здесь более 20 лет. Уроженка Палехского района, она попала в Тименку по распределению: сначала работала акушеркой, а после сокращения ее ставки заменила ушедшего на пенсию фельдшера. На сегодняшний день в ФАПе работают фельдшер и санитарка.

Медикаменты для оказания экстренной помощи поставляются в ФАП без перебоев. А с мая 2011 года сельские ФАПы получили лицензии на открытие аптечных пунктов, для этого фельдшеры прошли предварительное обучение в г. Шуе. В Тименковском ФАПе есть необходимость в новом холодильнике, но пока «обходятся» и без него. Лекарства для аптечного пункта закупаются в палехской муниципальной аптеке.

Фельдшер отмечает, что на прибыль тименковского аптечного пункта влияет то, что многие жители работают в г. Палехе, где им удобнее покупать медикаменты. В результате, выручка аптечного пункта в Тименке ниже, чем в более отдаленных населенных пунктах. Если другие фельдшеры могут ежемесячно сдавать около 20–25 тыс. руб., то в Тименке доход составляет не более 16 тыс. руб. (в среднем – около 13 тыс. руб.). Первое время работы аптечных пунктов фельдшерам выплачивали 5% выручки от продажи медикаментов, но потом повысили оплату до 7%. Таким образом, фельдшер Тименковского ФАПа получает надбавку к зарплате от 900 до 1000 руб. ежемесячно.

Несколько лет назад перед лицензированием в ФАП был проведен водопровод и куплены бактерицидные лампы. Косметический ремонт фельдшер и санитарка делают собственными силами и за свой счет.

Благодаря своей прошлой специализации, фельдшер проводит в ФАПе гинекологические осмотры, а также другие стандартные процедуры и осмотры на дому. При необходимости вызова «Скорой помощи» в течение рабочего дня фельдшер должна прежде осмотреть пациента и под-твердить необходимость приезда бригады, в вечернее и ночное время «скорая» приезжает без непосредственного фельдшерского участия.

Участковый терапевт из районной больницы приезжает в ФАП крайне редко. Фельдшер связывает это с малым количеством детей на участке, утверждая, что «в прежние времена детей было больше, и врачи приезжали в Тименку чаще». Вместе с тем, в сельскую местность изредка приезжают частные медики, проводят в здании Тименковского ФАПа компьютерную диагностику стоимостью 1000 руб. с 20% скидкой для пенсионеров. За лечением, назначенным частными специалистами (в прошлый приезд на приеме у диагностов набралось около 12 пациентов, страдающих от сердечно-сосудистых заболеваний), фельдшер следила лично.

**Домовое хозяйство в пос. Еремкино Палехского района.** В Палехском районе было создано всего одно домовое хозяйство в пос. Еремкино, поскольку в районе была сохранена широкая сеть ФАПов, и населенный пункт, подходящий по критериям для создания домового хозяйства, оказался всего один. Еремкинское поселение расположено в 5 км от своего участкового ФАПа и на таком же расстоянии от отделения общей врачебной практики в пос. Майдаково, однако ближе находится другой ФАП, относящийся к другому территориальному участку.

Еремкинский ФАП был закрыт в связи с тем, что найти замену фельдшеру, вышедшей на пенсию и уехавшей в пос. Майдаково, не смогли.

Главный врач воспринимает организацию домового хозяйства в качестве очередного «эксперимента» и относится к нему критически, не вникая в подробности его фактического функционирования. Кстати, в Палехском районе сознательно выбирали заведующего домовым хозяйством со своим мобильным или стационарным телефоном («в исходной инструкции был пункт, согласно которому нужно было обеспечить домовые хозяйства связью, но потом от этого отказались по причине затратности»).

Несмотря на то, что, по мнению руководства районной больницы, найти домовое хозяйство не составит большого труда, отыскать его оказалось непросто, так как местные жители ничего о нем не знают: собрание здесь не проводилось, а сама заведующая об этом не рассказывала.

Заведующая домовым хозяйством – пенсионерка, чуть старше 60 лет, работала дояркой на ферме, а затем 2 года санитаркой в Еремкинском ФАПе, вплоть до его закрытия. Заранее ее «назначение» не обсуждалось и обучение не проводилось («фельдшер привезла укладку и сказала, что назначает меня, ничего не показала и уехала»).

В составе укладки отсутствовали носилки, термометра и тонометра также не было. Впрочем, заведующая не проверяла укладку, и за по-

мощью к ней пока никто не обращался, однако «Скорую помощь» односельчанам ей приходилось вызывать и раньше, поскольку у нее есть мобильный телефон. Любопытно, что в самом отделении «Скорой помощи» о домовых хозяйствах слышали впервые.

Вне зависимости от наличия домового хозяйства после закрытия ФАПа в Еремкино периодически приезжает фельдшер сельского участка для обхода местных жителей (прием вести негде, так как здание бывшего ФАПа уже отрезано от всех коммуникаций). Помимо этого в село регулярно приезжает медсестра из г. Палеха, чтобы навестить свою мать, и в случае необходимости, она также может проконсультировать соседей (местные говорят, что женщина отдает дочери почти всю пенсию, потому что та получает в больнице минимальную зарплату).

**Родниковский муниципальный район** положительно отличается от своих соседей разветвленной сетью фельдшерских акушерских пунктов, врачебных амбулаторий и офисов врачей общей практики. На сегодняшний день в районе функционируют 16 ФАПов, 2 офиса врача общей практики (в пос. Парском и пос. Сосновце) и 3 врачебных амбулатории (в пос. Каминском, пос. Филисово, пос. Острцово), в которых помимо дневного стационара сохранились бюджетные круглосуточные койки сестринского ухода.

По существующим нормативам на участке одного ФАПа должны проживать от 300 до 700 человек. Функционирование ФАПа также допускается и в менее населенных поселениях численностью от 100 до 300 человек при условии их удаленности от ближайшего структурного подразделения ЦРБ. Однако в Родниковском районе удалось сохранить ФАПы даже на участках с 70 жителями.

Главный врач гордится тем, что при поддержке районной администрации за последние 8 лет не был закрыт ни один ФАП, более того, все они прошли лицензирование сроком на 7 лет. Таким образом, уровень обеспеченности сельских жителей учреждениями здравоохранения намного выше, чем в Палехском и, тем более, Южском районах. Тем не менее, проверяющие инстанции периодически находят некоторые нарушения в работе сельских учреждений здравоохранения. Например, в 2011 году деятельность Мало-Ломовского ФАПа и пищеблока в Острцовской амбулатории была приостановлена на 3 месяца в связи с нарушениями пожарной безопасности (эксплуатация электросветильников без защитных колпаков, отсутствие автоматической пожарной сигнализации и планов эвакуации при пожаре и проч.).

Круглосуточные стационары в офисах врача общей практики (бывших участковых больницах) были сокращены только в 2011 году, дневные стационары и койки сестринского ухода пока сохраняются. Главный врач Родниковской ЦРБ с ностальгией упомянул тот период, когда в каждом районе работали полноценные сельские участковые больницы. Теперь для содержания стационара необходимо наличие не менее 20 коек круглосуточного врачебного наблюдения и палаты интенсивной терапии, что практически невозможно организовать в сельской местности, поскольку для этого нет ни средств, ни соответствующих медицинских специалистов (нормативы по численности населения также не предполагают дополнительных коек и врачебных ставок). Поэтому институт участковых больниц, по сути, прекратил свое существование. А дневные стационары в амбулаториях и офисах врачей общей практики востребованы прежде всего теми, кто живет в «шаговой» доступности от самих медицинских учреждений, но не жителями отдаленных поселений (тем более пожилыми людьми) в силу отсутствия транспортных коммуникаций между сельскими поселениями.

Следует отметить, что в амбулатории и офисы врачей общей практики периодически приезжают бригады взрослых и детских врачей из районной больницы, ведущие прием сельского населения (невролог, отоларинголог, гинеколог, окулист, хирург). По словам главного врача, многие пациенты ждут приезда узких специалистов, потому что попасть в районную поликлинику сельскому жителю довольно проблематично. При этом более активные сельские жители предпочитают обращаться сразу в родниковскую районную поликлинику, минуя своего участкового терапевта в амбулатории или офисе врача общей практики («в Родниках иногда ворчат, но принимают»).

К созданию домовых хозяйств в Родниковском районе подошли традиционно основательно, и несмотря на большое количество ФАПов, организовали 5 общественных пунктов оказания первой помощи: в деревнях Гари, Федорково, Никониha, Скрылово и Хлябово. Причем лишь два населенных пункта, Гари и Хлябово, соответствуют критериям удаленности от ближайшего структурного подразделения ЦРБ.

Родниковские домовые хозяйства (кроме пос. Скрылово) обозначены соответствующими табличками с красным крестом на зеленом фоне, что позволяет их найти даже приезжему человеку.

Руководство ЦРБ видит основную полезность хозяйств не только в оказании первой доврачебной помощи, но и в том, чтобы фиксировать обра-

щения жителей по поводу состояния их здоровья и передавать эту информацию фельдшеру участка или в скорую помощь. При этом допущены некоторые отклонения в составе укладки, в частности, добавлены тонометр, йод и зеленка, но отсутствуют обещанный, хотя и не положенный термометр, носилки, шины, изотермическое покрывало, противоожоговая простыня и т. д. Впрочем, состав укладки должны пополнить в ближайшее время, а также приобрести всем заведующим мобильные телефоны. Примечательно, что в одной из публикаций районной газеты<sup>289</sup> состав аптечки домашнего хозяйства «пополнялся» наиболее распространенными лекарствами, например валидолом, хотя заведующие не имеют права рекомендовать жителям какие-либо лекарства без назначения врача.

Обучение заведующих домовыми хозяйствами проходило в ЦРБ, где с ними работали фельдшеры и врачи (главный врач лично пообщался со всеми заведующими). В дальнейшем планируется проведение дополнительных учебных семинаров на базе ЦРБ по оказанию первой неотложной помощи хотя бы один раз в полгода.

Добровольными помощниками в сфере оказания доврачебной помощи стали продавщица в магазине (пос. Никониha), бригадир телятника с незаконченным средним медицинским образованием (пос. Федорково), пенсионерка (пос. Хлябово), домохозяйка (пос. Гари) и главная медсестра ЦРБ (пос. Скрылово). Средний возраст заведующих около 40 лет и старше (в пос. Скрылово и пос. Хлябово). Все они имеют представление об оказании первой помощи, неоднократно вызывали для своих односельчан «скорую» и пользуются уважением и доверием местных жителей.

**Домовое хозяйство в пос. Скрылово Родниковского района.** Скрылово находится всего в 2 км от ближайшего образцового ФАПа в пос. Постнинском и в 5 км от самой районной больницы. Однако здесь живет главная медсестра Родниковской ЦРБ, на которую и были возложены обязанности заведования домовым хозяйством. Учитывая ее большой опыт работы в учреждениях здравоохранения, скрыловское домовое хозяйство может стать показательным примером для других хозяйств района.

Вместе с тем жители Скрылова не были проинформированы о том, что в их селе уже есть домовое хозяйство, хотя читали о создании таковых на территории Родниковского района в местной газете (опознавательной зеленой таблички здесь пока нет). Зато все упоминали о «старшей медсестре», к которой можно обратиться за медицинской помощью и для вызова «скорой» («обращаемся к ней иногда, она не отказывает»).

Очевидным минусом является то, что в будние дни заведующая находится в Родниках и бывает дома только по вечерам. В отсутствие заведующей жители иногда обращаются к фельдшеру в совхозе «Светоч», где та принимает до 12:00, после чего «ездит по домам».

Помимо основной работы в районной больнице, заведующая домовым хозяйством занимается предпринимательством и «держит» единственный в Скрылово магазин. По словам местных жителей, помимо продуктов, там можно купить и лекарства<sup>290</sup>.

**Домовое хозяйство в пос. Федорково Родниковского района.** В Федорково проживают около 50 человек пожилого возраста, есть и дети (10 чел.). Село относится к участку ФАПа в Тайманихе, но фельдшер сюда приезжала только по вызову.

При выборе заведующей домовым хозяйством проводили опрос по телефону, затем в один из дней хлебного завоза, когда все жители собираются у ларька, приехал сотрудник сельской администрации и оповестил всех о дате открытия домового хозяйства. Мероприятие по открытию домового хозяйства сделали торжественным, на нем присутствовали представители сельской администрации, вручившие аптечку, заместитель главного врача ЦРБ, ответственный за создание домовых хозяйств, журналисты и корреспонденты родниковского телевидения. Впоследствии снятый сюжет был показан в местных новостях, а в газете опубликована статья, в которой, в частности, сообщалось, что заведующей домовым хозяйством выдали «документ, подписанный главой администрации сельского поселения о праве заниматься подобной деятельностью»<sup>291</sup>.

Заведующая домовым хозяйством работает бригадиром на телятнике СПК им. Фрунзе<sup>292</sup>, имеет незаконченное медицинское образование (Шуйское медучилище) и уже неоднократно оказывала медицинскую помощь односельчанам (померить давление, вызвать «Скорую помощь» или фельдшера). Правда, теперь жители не будут стесняться обратиться или позвонить в позднее время или выходной день.

Изменились и «взаимоотношения» с отделением «Скорой помощи». Раньше могли отказать в выезде бригады, либо перенаправить к фельдшеру в Тайманихе («получался такой круговорот: в «скорой» говорили звонить фельдшеру, а она не может добраться, говорит, чтобы снова в «скорую» обратились»), теперь же отказать не имеют права.

За первые 3 месяца работы домового хозяйства заведующей пришлось 6–7 раз вызывать «Скорую помощь» («первый раз, было, сопротив-

лялись приезжать, но после разговора с ответственным за хозяйство заместителем главного врача приезжают исправно»). До приезда «скорой» она обычно находится рядом с больным, иногда, по совету фельдшера, дает им таблетки.

К своей общественной должности заведующая относится очень ответственно: «Со всеми бабушками у меня договоренность, что они будут звонить и сбрасывать, если им нужна моя помощь, и я сразу иду к ним домой». Был случай, когда она не могла отлучиться с работы и решала все вопросы дистанционно, вызвала «скорую» и до ее приезда разговаривала с бабушкой по телефону. Телефонные переговоры пока оплачиваются за счет СПК им. Фрунзе («директор разрешает пользоваться телефоном в таких целях, а звонки на «скорую» через «112» вообще бесплатно обходятся»), но позже, возможно, будут оплачиваться районной больницей.

**Домовое хозяйство в пос. Гарях Родниковского района.** Кандидатуру заведующей в Гарях утверждали на сельском собрании. В поддержку избранной заведующей высказывались также глава сельской администрации и врач Филисовской амбулатории, который впоследствии проводил для нее дополнительное обучение по оказанию первой помощи.

Заведующая домовым хозяйством не трудоустроена, но имеет заработок от продажи молока. Некоторые медицинские знания она получила в семье от матери, которая работала фельдшером в Филисово, поэтому доврачебную помощь ей приходилось оказывать и раньше, в том числе жителям из соседней деревни Савково. Таким образом, социальная роль заведующей не изменилась, но приобрела легализованный статус, который, возможно, вызвал временное отторжение (несколько месяцев заведующая отказывалась вешать на дом «зеленую» табличку, объясняя это тем, что ей не нравится само название «домовое хозяйство», не отражающее его сути, пока не получила замечания от сотрудников сельской администрации).

#### Частная медицина

Услуги частного здравоохранения в Южском и Палехском районах оказываются преимущественно в сфере стоматологии. В г. Юже работают 4 зубных кабинета, врачи которых перешли в частную практику после работы в центральной районной больнице, решив, что это будет выгоднее. В г. Палехе стоматологические услуги оказываются также бывшим вра-



чом из районной больницы, который арендует кабинет и стоматологический вагончик у ЦРБ (школьный стоматологический вагончик поступил в Палех в качестве гуманитарной помощи из Швейцарии, где он отработал свой срок эксплуатации).

В районных центрах отдельные медицинские работники создают свой круг клиентов и пациентов. Например, в Палехе работают две медсестры, в больнице и детском саду. Они делают массаж взрослым и детям по рекомендации или направлению от врачей (это пользуется большой популярностью, вознаграждение за сеанс массажа составляет около 200 руб.). В штате текстильного предприятия в Родниках работает врач, к которому обращаются за консультацией многие горожане. Медсестры в родниковском лицее и школах, как правило, также оказывают медицинскую помощь своим коллегам, соседям и знакомым (инъекции, капельницы и т. д.). Рассказывают также и о родниковских специалистах, лечащих от алкоголизма на дому за «умеренную плату».

В районные центры с периодичностью раз в один–два квартала приезжают частные диагносты из Москвы и Иваново. В Палехе и в Родниках они арендуют помещения в районных больницах, в сельских поселениях принимают пациентов в помещениях ФАПов (например, в ФАПе пос. Тиенки Палехского района).

Стоимость комплексной диагностики варьируется от 1000 руб. (для сельских жителей) до 2200 руб. (для городских жителей), пенсионерам предоставляется 20% скидка. Главные врачи районных больниц относятся к «гастролерам» с осторожностью (к примеру, палехский главный врач отрицал, что больница сдает диагностам в аренду помещение). В Родниках многие диагностические исследования проводятся в Центре Здоровья бесплатно, однако определенные исследования частных, которых нет ни в ЦРБ, ни в Центре, пользуются у горожан умеренным спросом.

**Оздоровительный центр «Орбита» в г. Родниках.** Оздоровительный центр «Орбита» в современном виде функционирует всего 2 года, а раньше это был санаторий-профилакторий с круглосуточным стационаром при градообразующем текстильном предприятии «Большевик». На сегодняшний день в Центре оказывается платная амбулаторная помощь, преимущественно в сфере физиотерапии, работают 3 врача и 17 сотрудников из числа среднего медицинского и вспомогательного персонала. Средняя посещаемость «Орбиты» составляет от 20 до 40 чел. ежедневно.

Центр оснащен современными физиотерапевтическими аппаратами в количестве 40 штук, и при необходимости врачи из ЦРБ направляют своих пациентов в «Орбиту» на некоторые процедуры. И наоборот, если пациенту необходимо сдать какие-либо анализы, его направляют в районную поликлинику.

В помещениях оздоровительного центра также арендуют помещения другие частники, в том числе хирург и некоторые «гастролирующие» специалисты. Например, в районной газете «Родниковский рабочий» иногда появляются объявления о приеме офтальмологов из г. Иваново, которые проводят отбор пациентов на платную коррекцию зрения (близорукость, дальнозоркость, астигматизм, бесшовное удаление катаракты, лечение глаукомы и проч.).

Частный хирургический кабинет открыт совсем недавно и занимает в здании «Орбиты» три комнаты (на момент посещения в кабинет завозилось оборудование). Персонал хирургического кабинета – это врач-хирург и медсестра. Хирург приехал сюда из г. Иваново, успел поработать в Родниковской ЦРБ, в больницах Ивановской области и Краснодарского края, в том числе, в должности главного врача. Позже ему даже предлагали работу в Палехской ЦРБ заведующим хирургическим отделением, обещали обеспечить служебным жильем, но он отказался по причине низкой заработной платы («с полной нагрузкой выходило 12,5 тыс. руб. в месяц, а это никуда не годится»). Таким образом, «набравшись опыта на периферии», он решил открыть собственную практику.

По словам частного хирурга, услуги его кабинета будут востребованы, так как в ЦРБ кожные и косметические операции не выполняются. Однако сложные операции по косметической хирургии он проводить не планирует.

#### АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Основными источниками альтернативного здравоохранения на территории изученных районов Ивановской области являются самолечение, в том числе медикаментозное и с помощью народных методов («перец – лучший антисептик», «есть чеснок на пустой желудок» и проч.), в меньшей степени, знахарство. Благодаря дружеским взаимоотношениям между Иваново-Вознесенской епархией и районными комитетами по здравоохранению, а также отдельными учреждениями здравоохране-

ния, религия также имеет определенное значение в вопросах, касающихся здоровья.

Представления о методах самолечения разнообразны. Большинство жителей утверждают, что знают, как нужно лечиться «по опыту»: «Таблеток попью, да и ладно, приблизительно знаю свои потребности: травяные сборы и частенько антибиотики, так вот, сама иду и покупаю». Или такой распространенный метод самолечения: «После инсульта врачи сказали пить каждый день по 50 гр коньяка, но хорошего коньяка сейчас не найти, поэтому лучше пить водку. То есть пить можно, но только хорошее и в меру, а не пить в деревне сложно: вот сейчас приду домой, сосед сразу позовет пить, придется идти». Другие лечатся, основываясь на советах знакомых и рецептах из Интернета и «оздоровительной» литературы, которая пользуется большим спросом как на почте, так и в библиотеке («ЗОЖ», «Завалинка», «1000 рецептов здоровья», «Будь здоров», «Доктор Лекарев» и проч.).

Интересное мнение об алкоголизме высказали нарколог из Южи и психиатр из Родников. Южский врач отметил, что алкоголиков в сельской местности чрезвычайно много, а некоторые деревни «пьют поголовно»<sup>293</sup>. Вместе с тем, в городе люди тоже спиваются: «Мрут прямо на улицах, особенно после праздников, а милицейский бобик, так называемая труповозка, ездит по городу и собирает трупы». Родниковский психиатр считает, что алкоголизм развился до максимума, и количество алкоголиков уже не будет значительно увеличиваться: «Число больных алкоголизмом уперлось в верхний биологический предел, равный 15% от общей численности населения, то есть все, кто могли стать алкоголиками, – ими стали, и хуже уже не будет»<sup>294</sup>.

Поход к врачу многие жители воспринимают как крайнюю меру, требующую серьезных оснований. Одна из сельских жительниц рассказывает, что в последний раз была в больнице на родах, 32 года назад, и этот пример в целом весьма показателен. Комментируя это явление, фельдшер говорит о том, что «бабушки-то здоровые, не сказать, что на смертном одре, у них давление только...»

В пос. Еремкино Палехского района, где в свое время селились бывшие заключенные, практикуют лечение от туберкулеза собачьим мясом. Заведующая родниковского противотуберкулезного диспансера пояснила, что лечебный эффект «собачатины» научно не подтвержден и не опровергнут, в отличие, скажем, от барсучьего или медвежьего жира, применяемого для поднятия иммунитета. Однако некоторые боль-

ные верят в жизнеспособность данного метода, поскольку собаки не подвержены заболеванию туберкулезом. По словам местных жителей, в деревне «вовсю едят собак», а некоторые их специально разводят или отлавливают «на мясо» («один из рецидивистов по кличке Шампунь ел собак от туберкулеза, другой, по фамилии Бандюк, тоже ест собак, но уже просто так»).

В районных центрах становится популярным здоровый образ жизни и занятия спортом, особенно среди молодого населения. К примеру, в Родниках в последние годы стал модным фитнес, открыты несколько секций, организуются городские и школьные мероприятия. Для этого есть помещения и залы, сохранившиеся с тех времен, когда текстильные и промышленные предприятия вкладывались в обустройство социальной инфраструктуры города. В Палехе спортивных секций значительно меньше (основные кружки базируются в районном Доме культуры), но они также пользуются популярностью.

Здоровым воспитанием молодежи усиленно занимаются образовательные учреждения. В родниковских школах ежегодно проходит около 20 мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, развитие культуры профилактики заболеваний, создание семьи и рождение детей. В них участвуют не только врачи, но и сотрудники правоохранительных органов, а также священнослужители и сотрудники православных просветительских центров.

Священнослужители проявляют особенную активность в сфере противодействия аборт, особенно в Южском и Родниковском районах. В Южской районной больнице педагоги-катехизаторы и священнослужители Воскресенско-Феодоровского монастыря (пос. Сергеево Шуйского района) проводят встречи с женщинами из гинекологического и родильного отделений, делают доклады на различные темы, касающиеся вопросов семьи и детей (например, «Церковный брак как Святое Таинство», «О воспитании детей в христианской семье», «Рождение ребенка – дар Божий», «Муж и жена: христианские обязанности» и т. д.). Специально для беременных женщин в больницу привозят иконы для молитв, рассказывают о правилах поведения будущей матери, «прибегая к спасительным и укрепляющим Таинствам Церкви», распространяют буклеты «О таинстве Крещения. О Венчании» и православный журнал «Как построить христианскую семью»<sup>295</sup>.

В Родниковской ЦРБ консультативную работу с беременными женщинами практикуют представители общественных организаций, высту-

пающие от имени отдела социального служения Иваново-Вознесенской епархии. А в самой больнице устроен домовый храм в честь святого великомученика и целителя Пантелеимона, в котором имеется свой настоятель и прихожане.

При этом родниковцы называют несколько святых мест в городе, в частности, родник, освященный в XV веке преподобным Тихоном Лухским, вода которого обладает целительной силой. Над родником построена часовня в честь великомученицы Святой Параскевы Пятницы, целительницы душевных и телесных недугов, хранительницы семейного благополучия и покровительницы невест. Считается, что молитвы, обращенные к Святой Параскеве, помогают «всем страдающим и болящим».

В Палехе активность православной общины мало заметна, зато в городе есть церковь Христиан Веры Евангелистов-Пятидесятников (ХВЕП) «Благодать». Постоянных прихожан там, впрочем, всего несколько человек, и одна из них работает рентгенлаборантом в ЦРБ. Пятидесятники принципиально не лечатся сами и не лечат своих детей, полагаясь на Божью помощь.

**Аптеки и аптечные пункты.** Спрос на лекарственные средства является значительным, о чем свидетельствует количество точек продажи медикаментов, а также их ежедневная посещаемость.

В Палехе расположены 4 аптеки, в том числе 2 частных аптечных пункта. Примечательно, что при равной численности населения в г. Чуломе Костромской области функционирует всего 2 аптеки, а в г. Солигаличе Костромской области, где численность населения больше на 1500 чел., – всего 3 аптеки.

Самой дорогой считается областная (государственная) аптека, арендующая помещение в районной больнице. Раньше в этом же помещении находилась муниципальная аптека №24 (МП «Фармация»), но им не стали продлять договор аренды, и аптека переехала в другое, «неходовое» место. Муниципальная аптека предлагает самые низкие цены на лекарственные препараты, однако новое помещение выглядит «бедно», и аптеку посещают не более 100 человек в день.

По договору с больницей аптека производит мази и другие лекарственные средства, собственное производство было сильно ограничено несколько лет назад («условия не позволяют»). Для привлечения большего количества покупателей муниципальная аптека предоставляет скидки льготным категориям граждан, но дисконтных или накопительных карт

здесь нет. Заказ дорогостоящих лекарств стоимостью больше 4 тыс. руб. осуществляется только при условии предоплаты.

В частной аптеке (ИП Воронкова) установлены довольно высокие цены, отсутствуют скидки и дисконтные карты, однако территориальное расположение в центре города делают ее популярной: ежедневное количество посетителей составляет более 150 человек. Дорогостоящие лекарства можно заказать без предоплаты и получить в течение 1–2 дней.

Сетевая аптека (ООО «Аптека Волжская Мануфактура»), напротив, регулярно проводит различные рекламные акции и скидки. Ежедневный поток посетителей достигает 350 – 400 человек. Помимо частных покупателей, лекарственные средства здесь заказывают медицинские кабинеты общеобразовательных учреждений и детских садов.

Во всех палехских аптеках высок спрос на тонометры, а в частной аптеке можно измерить давление на месте. Посетители любят «поговорить», но у фармацевтов не всегда есть на это время, поскольку поток пациентов довольно плотный, и к окошку нередко выстраиваются очереди.

В Родниках аптек гораздо больше, чем в Палехе, в том числе местные сетевые и муниципальные пункты продажи лекарственных средств.

Поток покупателей в муниципальной аптеке №61 (один из двух городских пунктов МП «Фармация») составляет около 450 чел. ежедневно. Все фармацевты работают здесь длительное время, да и сама аптека функционирует на одном месте с 1943 года, горожане к ней привыкли. В муниципальной аптеке закупаются несколько сельских ФАПов, а также школы и детские сады.

Местная аптечная сеть ООО «Орхидея» имеет в городе две точки. Здесь ежедневно покупают медикаменты более 600 чел., что фармацевты объясняют низкими ценами, широким ассортиментом, системой скидок и карточек. Для удобства покупателей заказы на дорогие лекарства принимаются без предоплаты. В «Орхидее» в частном порядке закупаются некоторые медкабинеты.

По мнению фармацевта аптеки крупной сети ЗАО «Фарм-Лига», цены на медикаменты в их аптеках ниже, чем в муниципальных, однако скидки или акции они не практикуют. Другая сеть аптек (ИП Тронова) имеет свои точки в трех населенных пунктах в Родниковском районе. Аптечный пункт в городе, несмотря на наличие скидок пенсионерам и постоянным покупателям, не пользуется большой популярностью из-за своего неудобного расположения. Значительная часть покупателей – по-

жилые люди, которые, по словам фармацевта, приходят в аптеку «как только получают пенсию».

Собранные данные позволяют предположить, что при выборе аптеки для местных жителей решающее значение имеет территориальное расположение, а не уровень цен. В муниципальных аптеках цены «приходят сверху» с правом незначительной корректировки, а в частных – устанавливаются самостоятельно, но зависят от соответствующих цен поставщиков.

Врачи, как правило, выписывают дорогие лекарства, которые многим не по карману, поэтому фармацевты предлагают приобрести более дешевый аналог, а иногда позволяют себе «подкорректировать» рецепт или даже уговаривают посетителей отказаться от некоторых покупок.

Традиционно многие предпочитают обращаться за медицинской консультацией в аптеку, где можно сразу же приобрести нужное лекарство. Особым спросом пользуются рекламируемые препараты, и фармацевты, как правило, не отговаривают от таких покупок. Некоторые «сомнительные» посетители покупают препараты, из которых можно изготавливать наркотические вещества, но им также не препятствуют.

\* \* \*

Изменения, происходящие в системе муниципального здравоохранения исследованных районов Ивановской области, соответствуют общероссийским тенденциям. Происходит ежегодное сокращение коечного фонда, понижение статуса сельских участковых больниц и врачебных амбулаторий, закрытие ФАПов, что свидетельствует о дефиците финансовых средств в территориальном фонде ОМС. Вместе с тем, на примере Родниковской районной больницы можно убедиться в том, что при определенном общественном и социальном статусе руководителя ЛПУ и в зависимости от его взаимоотношений с районным руководством, у медицинского учреждения могут появиться дополнительные источники финансирования в рамках общих государственных федеральных и адресных программ, а также грантов уровня субъекта Российской Федерации.

При сравнении функционирования трех центральных районных больниц была выявлена примечательная тенденция ресурсного обеспечения муниципальных лечебно-профилактических учреждений, которую можно сформулировать следующим образом. На величину коечного фонда и финансовое благополучие центральной районной больницы влияет, прежде всего, численность населения районного центра, а не

всего района. Так, численность населения г. Родников в 1,9 раза превышает население г. Южей. При этом Родниковский район по численности населения всего в 1,3 раза больше Южского. А разница в количестве коек круглосуточного стационара составляет 1,8 раза, а с учетом наличия 30 коек сестринского ухода на селе – в 2,1 раза. Соотношение по количеству коек в дневном стационаре – 1,9 раза в пользу Родниковского района. Разница в численности врачей и медперсонала составляет 1,7 и 1,8 раза соответственно.

Состояние учреждений сельского здравоохранения зависит не только от государственной политики и экономической развитости района, но и от совместной политики руководства головного медицинского учреждения и муниципального района. Главные врачи в Палехском и Родниковском районах проявили твердость и отказались от массового закрытия ФАПов. В Южском районе, следуя общей тенденции и рекомендациям «сверху», было произведено сокращение количества фельдшерских акушерских пунктов, в результате чего ФАПов стало меньше, чем в соседнем Палехском районе, площадь и численность населения которого более чем в 1,5 раза меньше Южского.

Домовые хозяйства, создание которых осуществляется по государственной инициативе, – абсурдны. Местные жители, преимущественно женщины в возрасте от 40 до 60 лет, имеющие представление об оказании первой помощи, очевидно, не могут заменить работу фельдшера и тем более повысить уровень доступности доврачебной и профессиональной медицинской помощи сельскому населению. При этом даже при создании домовых хозяйств в трех соседних муниципальных районах заметны определенные различия при выборе заведующих, при постановке задач функционирования домовых хозяйств, а также в составе укладок и аптек.

В Южском и Палехском районах созданные домовые хозяйства являются фикцией. Зато в Родниковском районе большинство домовых хозяйств существуют в действительности, что, впрочем, не меняет их «пустой» сущности. При этом стоит отметить активность и отзывчивость избранных заведующих домовыми хозяйствами, принявших дополнительные общественные обязанности и свой новый статус.

Дефицит медицинских кадров проявляется как на уровне районных центров, так и в сельских поселениях. Врачей не хватает даже для того, чтобы заполнить существующие ставки, но именно это дает возможность работать по совместительству и зарабатывать чуть более приличные суммы.

Население относится к происходящим изменениям в сфере муниципального здравоохранения негативно, и уровень доверия к врачам значительно сокращается. В частности, это приводит к осознанному переходу от качественного государственного здравоохранения к медикаментозному самолечению, что подтверждается наличием большого количества пунктов продажи лекарственных средств и огромных потоков покупателей-пациентов.

## САРАТОВСКАЯ ОБЛАСТЬ

*Март 2012 года*

Изучение функционирования системы муниципального здравоохранения проводилось на территории Базарно-Карабулакского района Саратовской области в трех муниципальных образованиях, где были взяты 20 интервью.

Базарно-Карабулакский район представляет особый интерес для изучения в качестве территории с большим количеством населенных пунктов с компактно проживающим населением различных национальностей: в пос. Яковлевке – татары (1,7 тыс. чел.), в пос. Казанле и пос. Белой Горе – чуваша (1,5 тыс. чел.), в пос. Сухом Карабулаке и пос. Рязайкино – мордва (менее 700 чел.). При этом Саратовская область оказалась в числе исследуемых регионов в качестве примера организации домовых хозяйств, которых в действительности там не оказалось. В целом, система муниципального здравоохранения Базарно-Карабулакского района не имеет принципиальных отличий от других муниципальных районов, рассмотренных в рамках данного исследования, зато обладает некоторыми особенностями в вопросах взаимодействия муниципальных медицинских учреждений с региональным органом управления здравоохранением и районной администрацией.

### ГОСУДАРСТВЕННОЕ (МУНИЦИПАЛЬНОЕ) ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НА УРОВНЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА

**МБУЗ «ЦРБ Базарно-Карабулакского района».** В структуру районного учреждения здравоохранения МБУЗ «ЦРБ Базарно-Карабулакского района» входят районная поликлиника на 400 посещений в день, детская поликлиника на 70 посещений в день, стационарные отделения, включаю-

щие койки круглосуточного и дневного пребывания, 8 сельских поликлиник с отделениями участковых терапевтов и офисами врачей общей практики и 15 ФАПов. Центральная районная больница обслуживает 48 населенных пунктов в радиусе до 65 км от районного центра.

В стационаре ЦРБ сохранены отделения терапии (60 круглосуточных коек), хирургии (32 круглосуточные койки), детское соматическое (7 коек) и детское инфекционное (12 коек), гинекологическое (19 круглосуточных коек), отделение родильного дома (12 коек и 1 койка экстренной помощи при родах), инфекционное (14 круглосуточных коек).

В больнице и в поликлинике работают в общей сложности около 60 врачей (из них 20 человек – пенсионного и предпенсионного возраста), более 150 средних медицинских работников (больница полностью обеспечена специалистами среднего звена, ближайшее медицинское училище находится в г. Вольске). Среди специалистов с высшим медицинским образованием в штате ЦРБ – 5 терапевтов, 2 врача общей практики, 3 педиатра, невролог, окулист, отоларинголог, эндокринолог, уролог, рентгенолог, акушер-гинеколог, инфекционист, дерматовенеролог, фтизиатр, хирург, анестезиолог-реаниматолог, 2 стоматолога, 3 зубных врача, стоматолог-ортопед, врач клинической лабораторной диагностики, врач ультразвуковой диагностики, врач функциональной диагностики и другие. Однако часть врачей (около 20 чел.) проходят обучение на курсах в Саратовском государственном медицинском университете им. В.И. Разумовского, и недостаток узких специалистов существует даже при таком большом количестве медицинского персонала. К примеру, для проведения диспансеризации районная больница заключает договор с областной больницей, специалисты которой приезжают в Базарный Карабулак из Саратова несколько раз в году. В то же время в районной больнице имеется несколько вакантных должностей для эндокринолога, хирурга, кардиолога и других специалистов.

Некоторые участковые терапевты и педиатры работают в составе выездной бригады в сельских поселениях (по словам главного врача, такие выезды совершаются не чаще одного раза в квартал). При этом несколько раз в неделю терапевты районной поликлиники принимают преимущественно сельских жителей (понедельник, среда, пятница – жителей пос. Алексеевки, пос. Ивановки; вторник, четверг – жителей пос. Старой Жуковки, пос. Стригая, пос. Вязовки). Это лишний раз подтверждает, что доступность квалифицированных медицинских консультаций и иной помощи реализуется не на местах, а в районном центре, либо в других круп-



ных городах (межрайонная травматологическая помощь и онкодиспансер – в г. Вольске, областной онкодиспансер – в г. Энгельске, другие специализированные ЛПУ – в г. Саратове). Кстати, среди пациентов, проходящих стационарное лечение, преобладают сельские жители, однако общая численность жителей районного центра в 1,7 раза превышает число сельских жителей, поэтому в долевого соотношении сельские вновь проигрывают горожанам по уровню доступности медицинских услуг.

Основной принцип работы центральной районной больницы заключается в том, чтобы обслужить как можно больше больных (в том числе, оказывать дорогостоящие медицинские услуги, раньше выписывать пациентов круглосуточного стационара и т. д.). Вероятно, существующие принципы работы ЦРБ оправдывают нормативы длительности оказания услуг медицинскими специалистами в Базарно-Карабулакской больнице. Так, на посещение (консультацию) большинства специалистов (невропатолога, терапевта, хирурга, эндокринолога, акушера-гинеколога, дерматовенеролога, офтальмолога, стоматолога, фтизиатра, онколога, инфекциониста) отводится всего 10 минут, хотя зачастую этого времени бывает недостаточно даже для заполнения всевозможных бланков, карт и прочих отчетных документов на каждого пациента.

Общий план посещений, рассчитанный территориальным фондом ОМС для больницы Базарно-Карабулакского района, составляет 217,3 тыс. посещений в поликлинике, 46 тыс. койко-дней в круглосуточном стационаре и 13,8 тыс. койко-дней в дневном стационаре. То есть на одного врача в поликлинике должно приходиться более 560 пациентов ежемесячно (около 28 пациентов в день, по 13 минут на каждого). Сложно однозначно судить, много это или мало, однако проблемы со здоровьем у каждого пациента индивидуальны, и продолжительность приема может зависеть от тяжести и характера заболевания, вида обращения (первичное или повторное), необходимости в проведении дополнительных манипуляций и т. д. Таким образом, полноценный прием может длиться от 15 до 40 минут, включая заполнение карты пациента, осмотр и сбор анамнеза. Темп работы врачей в поликлинике и время, которое отводится на пациента, заведомо не предполагают подробного расспроса больного о его заболевании, что в конечном итоге может приводить к неверным диагнозам, и, само собой, к неудовлетворенности качеством оказания медицинской помощи в целом. Негативный эффект от подобной организации работы муниципальных ЛПУ распространяется и на медицинских работников, и на пациентов. Обе стороны недовольны друг другом,

пациенты требуют к себе внимания, конфликтуют или требуют замены специалиста, а врачи стараются выполнить план и заработать. Не удивительно, что в потоке подобных взаимоотношений теряется главная идея системы здравоохранения – сохранения здоровья населения.

По данным руководителей ЦРБ, средняя заработная плата врача составляет 14,5 тыс. рублей, среднего медицинского персонала – 8 тыс. рублей (вероятно, величина зарплат названа с учетом федеральных доплат участковым специалистам и их медсестрам, 10 тыс. руб. и 5 тыс. руб. соответственно, а также доплат работникам сельского здравоохранения). Сами ставки на заработную плату невысокие, и не будь возможности дополнительного заработка (например, на диспансеризации) или доплат, муниципальные медики не смогли бы себя прокормить.

Общий бюджет больницы составляет 24 млн руб., из которых, по словам главного врача, около 3 млн руб. уходит на штрафы (количество ежемесячных проверок и экспертиз, проводимых территориальным фондом ОМС и страховыми компаниями, увеличивается с каждым годом: в 2009 г. было проведено 520 проверок и экспертиз, а в 2011 г. – уже 2800). Помимо территориального фонда ОМС районная больница работает с 6 страховыми компаниями. Деятельность ЦРБ оценивается по таким медико-экономическим показателям, как количество посещений, законченных случаев и «отработанных» койко-дней, большое значение имеет выполнение рассчитанного годового плана. Отчетность при этом сдается по-прежнему на бумаге, организация «электронного здравоохранения» пока не заметна, хотя в рамках информатизации в ЦРБ поступили 9 компьютеров, сканер и принтер, в регистратуре установлен информационный киоск для электронной записи пациентов к врачу. В то же время на уровне области с целью информатизации здравоохранения было выделено более 400 млн рублей на создание единого информационного пространства медицинских учреждений на базе Портала здравоохранения Саратовской области, разработку и монтаж локально-вычислительных сетей ЛПУ, внедрение медицинских информационных систем и проч<sup>296</sup>.

Очевидно, что приоритетом для районной больницы является не информатизация, а оснащение ЛПУ современным медицинским оборудованием. К «электронному здравоохранению» в руководстве ЦРБ относятся скорее прохладно, не усматривая в этом направлении модернизации большого практического смысла. За время действия национального проекта «Здоровье» в ЦРБ было закуплено оборудование на 14 млн рублей, в том числе УЗИ, ЭКГ, рентгеновский и флюорографический аппараты,

фиброгастроуденоскоп, фетальный монитор, кольпоскоп и лабораторное оборудование. В то же время в рамках реализации программы модернизации здравоохранения в Саратовской области (2011–2012 гг.) для Базарно-Карабулакского района предусмотрены средства в размере более 71 млн рублей, в том числе на закупку дорогостоящего оборудования, например аппарат искусственной вентиляции легких, и 21 млн руб. – на капитальный ремонт терапевтического отделения.

Следует отметить, что согласно ежегодным территориальным программам государственных гарантий в Саратовской области, в бюджете ЦРБ заложены средства на оказание медицинской помощи гражданам Российской Федерации, не застрахованным в системе ОМС. В других регионах эти средства, как правило, не доходят до уровня ЛПУ муниципальных районов, и больницы испытывают определенные затруднения при оказании услуг пациентам без полиса, поскольку эта работа не может быть оплачена за счет средств территориального фонда ОМС. В ЦРБ Базарно-Карабулакского района граждане без полиса ОМС могут получать бесплатную стационарную и амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, за исключением стационарозамещающего лечения. При этом подушевое финансирование здравоохранения для жителей области составляет всего 29 рублей в день.

Платные услуги в ЦРБ оказываются, в основном, в стоматологии, при проведении медосмотров и выдаче справок. Ценовая политика платных медицинских услуг в ЦРБ ориентирована на существующий уровень платежеспособности местных жителей, и в целом, платные услуги «по карману» большинству из них. Так, клинико-диагностические лабораторные исследования и анализы стоят от 40 руб. до 130 руб., иммунологические исследования – от 48 руб. до 56 руб., ЭКГ – 48 руб., УЗИ – от 78 руб. до 312 руб., фиброэндоскопия – 1456 руб. Профилактические осмотры узких специалистов – от 26 руб. (хирург) до 104 руб. (фтизиатр), но консультации специалистов уже дороже, – от 45 руб. (онколога) до 118 руб. (акушер-гинеколог). Медицинские осмотры стоят от 25 руб. до 891 руб., причем самый дешевый – предрейсовый и послерейсовый осмотр водителей, а самый дорогой – осмотр для получения справки по форме 086/у для поступления в учебные заведения и работы в государственных учреждениях. Наконец, стоимость одного койко-дня стационарной медицинской помощи в различных отделениях варьируется от 599 руб. в терапевтическом отделении до 826 руб. в гинекологическом отделении и 999 руб. в пе-

диатрическом (соматическом) отделении. Пребывание в дневном стационаре обходится значительно дешевле: 117 руб. – терапевтическая койка в поликлинике, 233 руб. – терапевтическая койка в стационарном отделении. Однако оказание платных услуг не является значимой доходной статьей для больницы (при наличии у пациента полиса ОМС пользование платными услугами в муниципальных ЛПУ практически лишено смысла).

Единственная гарантированная медицинская помощь (за счет регионального бюджета) оказывается отделением скорой медицинской помощи Базарно-Карабулакского района (всего 6 санитарных машин и 14 фельдшеров). Годовой план «Скорой помощи» по району в 2012 году составил 10,1 тыс. выездов с бюджетом более чем 12 млн руб. (около 27 вызовов в сутки при стоимости одного выезда 1200 руб.). Отделение базируется в Базарном Карабулаке и обслуживает близлежащие поселения в радиусе 10 км от районного центра. Сельские поселения обслуживаются 6 фельдшерами «Скорой помощи» при поликлиниках пос. Липовки и пос. Максимовки на 2 санитарных машинах, еще 2 машины, прикрепленные к офисам врачей общей практики в пос. Хватовке и пос. Алексеевке, выезжают в случае необходимости в границах территорий своих сельских поселений. В центральном отделении «Скорой помощи» при ЦРБ работают 8 фельдшеров на 4 санитарных машинах. В отдаленные сельские поселения, где нет доступа к врачебной помощи и работает только ФАП (либо поселение приписано к ближайшему ФАПу), «Скорая помощь» выезжает после окончания рабочего дня сельского фельдшера, а до этого времени все срочные вызовы решаются на месте. То есть в рабочие часы жители не могут самостоятельно вызвать «Скорую помощь», и все вопросы должны решаться через фельдшера, который в экстренном случае сможет подтвердить необходимость выезда бригады (вне рабочего времени фельдшера жители могут сами вызывать «Скорую помощь»).

Региональная служба санавиации также работает по определенному годовому плану: 100 вылетов и 25 операций, однако на суточном дежурстве в службе находится всего один врач (при возникновении необходимости вызова второго врача, его работа оплачиваться не будет).

Высокотехнологичная медицинская помощь в Саратовской области предоставляется в государственных учреждениях здравоохранения, а квотами ВТМП распоряжается региональное министерство здравоохранения. Центральная районная больница выявляет больного, нуждающегося в данной помощи, а затем областная поликлиника «отсеивает» па-

циентов, прибывших с направлением из ЦРБ, как для планового лечения в областной больнице, так и для получения ВТМП. Тем не менее, в 2011 году около 70 пациентов Базарно-Карабулакского района были направлены на ВТМП.

Очередь на стационарное лечение в областной больнице составляет 2–3 месяца, в зависимости от профиля отделения. Максимальные очереди ожидания наблюдаются в отделении общей хирургии и гинекологии, минимальные, сроком не более 7 дней – в нейрохирургическом отделении из-за специфики пациентов, которым, как правило, необходимо срочное хирургическое вмешательство после травм и аварий. Многие жители Базарно-Карабулакского района утверждают, что некоторые больные умирают, не дождавшись своей очереди, а в самой областной больнице лечат только за деньги («неплатежеспособных выгоняют на улицу»). Стоимость курса лечения в терапевтическом отделении может достигать несколько десятков тысяч рублей. Однако по утверждению самих врачей, среди платных услуг в областной больнице превалирует диагностика, лечение осуществляется бесплатно и на высоком уровне, поскольку за последние годы в ЛПУ поступило большое количество современного оборудования. В целом, практика платных услуг в крупных больницах Саратова перешла на уровень частных сателлитных медицинских учреждений, учредителями которых являются, как правило, сами руководители государственных и муниципальных ЛПУ<sup>297</sup>.

При этом в разговорах с жителями Базарно-Карабулакского района областная больница (поликлиника) упоминается как единственное областное лечебное учреждение, с которым приходилось иметь дело. Вероятно, вся дальнейшая маршрутизация пациентов из ЦРБ для получения узкоспециализированной медицинской и высокотехнологичной помощи осуществляется именно через областную поликлинику (за исключением травматологии и онкологии, межрайонные отделения которых расположены в г. Вольске). И несмотря на то, что общее число государственных областных медицинских учреждений – 17, вопрос о доступности услуг этих ЛПУ остается открытым.

Примечательный результат дает поверхностный анализ концентрации учреждений здравоохранения в муниципальных образованиях Саратовской области. Так, всего в 4 городах с населением более 90 тыс. человек расположены крупные учреждения здравоохранения, оказывающие узкоспециализированную медпомощь. На территории городов и районов численностью до 60 тыс. жителей находятся только централь-

ные районные больницы. При этом население закрытых поселений численностью до 14 тыс. человек (Городской округ ЗАТО Светлый, ЗАТО Михайловский, ЗАТО Шиханы) обслуживают отдельные медико-санитарные части, военные госпитали и поликлиники. Получается, что только жители крупных городов и стратегических центров (пусть и малонаселенных) имеют полноценный доступ к медицинской помощи, но нет четкого соотношения между численностью муниципального образования и мощностью учреждений здравоохранения, расположенных на его территории. Приоритет в обеспеченности медицинской помощью имеют либо крупные города с большой численностью населения, либо экономически и стратегически важные населенные пункты, на территории которых расположены крупные производства, военные или инженерные объекты. В остальных случаях работают установленные нормативы мощности ЛПУ в зависимости от численности населения.

Общее отношение к районному здравоохранению в Базарном Карабулаке отрицательное, несмотря на то, что на территории района действуют многочисленные муниципальные целевые программы<sup>298</sup>, а в рамках «Года здоровья» проводятся акции по измерению артериального давления, проверке веса, зрения и здоровья зубов, содержания сахара в крови, по профилактике и ранней диагностике онкологических заболеваний. Ситуацию омрачают слухи о «проворовавшихся» руководителей<sup>303</sup> и неудовлетворенность качеством обслуживания в районной больнице.

Многие местные жители считают, что в случае болезни они «предоставлены сами себе» и не могут рассчитывать на полноценную медицинскую помощь в ЦРБ или областной больнице, несмотря на большой штат врачей и средних медицинских специалистов<sup>299</sup>.

**ГУ «Хватовский психоневрологический интернат» (пос. Хватовка Базарно-Карабулакского района).** Психоневрологический интернат в пос. Хватовке был организован на базе бывшей участковой больницы. Больница, которую долгое время возглавлял врач-хирург (по словам местных жителей, талантливый специалист и хороший руководитель), была закрыта в 2007 году, ее здание было передано в собственность области, а персонал сокращен и уволен<sup>300</sup>.

В рамках программы Саратовской области по оптимизации сети интернатов для улучшения доступности и условий проживания пожилых граждан и инвалидов в учреждениях социального обслуживания, реализуемой на протяжении 6 лет, было выделено более 22 млн руб. на ремонт

и оснащение Хватовского интерната. За последние годы в области были открыты восемь учреждений подобного типа.

Хватовский психоневрологический интернат начал функционировать в начале 2010 года. Его деятельность направлена на социальное обслуживание инвалидов 1 и 2 групп, страдающих хроническими психическими заболеваниями, нуждающихся в уходе, бытовом и медико-социальном обслуживании, а также в реабилитационных услугах. Учреждение включает в себя главный корпус (жилое здание, администрация, столовая и медицинские кабинеты), подстанцию, котельную и овощехранилище.

Интернат был изначально рассчитан на 60 мест, однако в настоящее время там находятся 70 человек. В штате интерната работают более 60 человек, в том числе жители Хватовки и Базарного Карабулака (на каждого пациента приходится по одному сотруднику из числа медицинских работников и вспомогательного и обеспечивающего персонала). Больных обслуживают 7 медсестер и врач, который, по словам сотрудников, приезжает из Базарного Карабулака только два раза в месяц. Медсестры жалуются, что работа с психоневрологическими больными очень трудна: «сложных» пациентов периодически переводят из одного интерната в другой («получается такой круговорот больных со всей области»). А среди среднего медицинского персонала наблюдается большая текучка кадров, за 2 года работы здесь сменились 15 сотрудников. По словам медсестры интерната, работа с пациентами – тяжелая психологически и морально, а зарплата – низкая («В интернате живут «дураки» от 18 до 65 лет, государство их хорошо кормит, свежие фрукты – ежедневно, мы сами едим хуже...»). Заработная плата среднего медицинского персонала в интернате составляет не более 8 тыс. руб.: выплачивают аванс 3 тыс. руб., и затем остальную часть, включая доплаты.

Кстати, по мнению регионального руководства, психоневрологический интернат в Хватовке – это «райский уголок для социально обиженных жизнью людей, ... прекрасное благоустроенное место для тех, кому посчастливится здесь жить»<sup>301</sup>.

Примечательно, что в Базарно-Карабулакском районе помимо Хватовского интерната, расположены еще несколько специализированных учреждений, в том числе Адовещинский психоневрологический интернат, Вязовский психоневрологический интернат, Базарно-Карабулакский дом-интернат для умственноотсталых детей, Коррекционная школа-интернат в пгт Базарный Карабулак. Не исключено, что район выбран

«особой территорией» для размещения специализированных учреждений, либо такая необходимость возникла в силу большого числа психоневрологических заболеваний среди взрослых и детей Базарно-Карабулакского района.

#### СЕЛЬСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

В Базарно-Карабулакском муниципальном районе были обследованы поликлиника и офис врача общей практики в пос. Хватовке.

В других сельских поселениях района расположены еще 7 поликлиник с отделениями участковых терапевтов и офисами врачей общей практики (пос. Старые Бурасы, пос. Максимовка, пос. Казанла, пос. Алексеевка, в пос. Свободный, пос. Липовка) и 15 ФАПов (пос. Ивановка, пос. Тепляковка, пос. Лючи, пос. Сухой Карабулак, пос. Стригай, пос. Яковлевка, пос. Шняево, пос. Вязовка, пос. Большая Чечуйка, пос. 1-я Ханеневка, пос. Большой Содом, пос. Березовка, пос. Старая Жуковка, пос. Большая Гусиха, пос. Репьевка). Поселения находятся в радиусе от 5 км до 65 км от центральной районной больницы и поликлиники МБУЗ «ЦРБ Базарно-Карабулакского района». С начала 2012 года все сельские медицинские учреждения, включая фельдшерско-акушерские пункты, работают в системе обязательного медицинского страхования, однако оценить и прокомментировать особенности финансирования ФАПов в рамках ОМС руководители ЦРБ и сельских ЛПУ пока не решились.

В большинстве сельских поликлиник по-прежнему сохраняются стоматологические кабинеты и койки дневного стационара, работают врачи общей практики. Но в некоторых сельских лечебных учреждениях стационары закрывают или значительно сокращают (пос. Хватовка), не хватает специалистов для функционирования стоматологического кабинета (пос. Казанла). На специальность врача общей практики были обучены все сельские врачи, кроме медицинского персонала в поликлинике пос. Старых Бурасов, где пациентов принимает участковый терапевт.

О создаваемом институте домовых хозяйств осведомлены только руководители центральной районной больницы, однако представление об их организации существует лишь в общих чертах («домовые хозяйства будут создаваться при участии бывших медицинских работников в селах с населением менее 100 человек»), непосредственное обучение заведующих домовыми хозяйствами и их оснащение пока не запланировано.

Вместе с тем в региональных СМИ домовые хозяйства представлены как пункты оказания медицинской помощи «парамедиками»<sup>302</sup>. Это не соответствует реальной практике по созданию домовых хозяйств, наблюдаемой, к примеру, в Ивановской области. Так, по словам руководителей министерства здравоохранения Саратовской области, навыкам оказания первой медицинской помощи будут обучены отдельные местные жители, которые будут обеспечены телефоном и медикаментами («это так называемые парамедики»)<sup>303</sup>. Хотя заведующие домовыми хозяйствами не имеют права выписывать или давать какие-либо лекарственные средства, это может делать только врач.

С другой стороны, в Саратовской области сохраняется широкая сеть фельдшерско-акушерских пунктов, и обеспеченность ФАПами жителей области составляет 13,2 пункта на 10 тыс. сельского населения, что выше, чем в среднем по стране (среднероссийский показатель обеспеченности ФАПами сельских жителей – 10 пунктов на 10 тыс. сельских жителей). К примеру, в Базарно-Карабулакском районе за последние годы был сокращен всего один ФАП.

**Хватовская поликлиника и офис врача общей практики (пос. Хватовка Базарно-Карабулакского района).** В поликлинике пос. Хватовки, которая обслуживает около 6 тыс. жителей, работают врач общей практики, акушерка и средний медицинский персонал, до недавнего времени в стоматологическом кабинете работал зубной врач.

Поликлиника обустроена в здании магазина, а в помещениях бывшей участковой больницы теперь располагается психоневрологический интернат. Местные жители и медицинские работники охотно рассказывают о больнице: «С 1960-х годов здесь была многопрофильная больница, работало 7 стационарных отделений, которые возглавлял талантливый хирург, проделывавший сложные операции, ставил верные диагнозы без какого-либо оборудования». После ухода главного врача больница «начала угасать» и в 2007 году была закрыта. Теперь при поликлинике осталось лишь 3 дневных койки и 1 машина «Скорой помощи».

Зарплата врача общей практики составляет около 18 тыс. рублей, а у среднего медицинского персонала – около 5 тыс. рублей. Медработники, вышедшие на пенсию, сетуют о том, что раньше врачам давали жилье, а теперь привлечь молодых специалистов нечем, а пожилых, отработавших 30 – 40 лет в сельском здравоохранении, «отправляют на заслуженный отдых ни с чем»: размер пенсии составляет около 4,5 тыс. рублей.

Поликлиника, как и другие сельские учреждения здравоохранения в составе ЦРБ, работает и финансируется по ОМС. Полисы обязательного медицинского страхования есть практически у всех местных жителей, и до 2014 года они будут приниматься в старой форме (полисы нового образца будут выдаваться начиная с 2012 г.).

По словам сельских медработников, сельский пациент зажат в рамках структуры «сельский фельдшер – врач ЦРБ». Не пройдя этапы муниципальной системы здравоохранения, у него нет возможности попасть, скажем, в областную больницу. В результате, на каждой ступени иерархии здравоохранения происходит отсев пациентов: часть из них остаются на уровне сельской поликлиники, часть – на уровне ЦРБ, другие отсеиваются уже в областной поликлинике, малая часть попадает в областную больницу и в федеральные медицинские учреждения. Но и этого количества пациентов для областных и федеральных учреждений оказывается много, люди ожидают лечения в очередях по не-сколько месяцев, «некоторые в очередях и умирают».

Однако подавляющее число пациентов, которые прибегают к помощи муниципальной медицины, имеют затруднения в получении медицинской помощи еще на уровне районной больницы. Несмотря на то, что сельский фельдшер может записать на прием к врачу в регистратуре ЦРБ по телефону, пациенты из района часто возвращаются из Базарного Карабулака без результатов, не успев попасть к врачу. Проблема и в транспорте (автобусы бывают редко, сохраняются лишь основные маршруты между крупными населенными пунктами, а жители малых сел вынуждены добираться до основных трасс, чтобы попасть на проходящие маршруты), и в организации работы врачей в поликлинике («Врачей часто нет на месте, иногда за целый день для прохождения медосмотра успеваешь пройти всего одного врача из пяти»). То есть когда-то было принято решение, что участковые больницы в сельской местности не нужны, они нерентабельны, поэтому были закрыты или расформированы. Но районная больница, хотя и работает по планам и нормативам, разработанным с учетом количества местных жителей, не в состоянии обслужить всех желающих: с одной стороны, формируются очереди в поликлинике и в стационар, а с другой, – значительно увеличивается смертность на дому.

Нередко сельским жителям приходится ездить в районную больницу дважды или трижды. Не удивительно, что некоторые пациенты предпочитают «махнуть на все рукой» и поехать за медицинской помощью в Са-



ратов, в том числе, в частные медицинские центры. Пожилые люди, наоборот, просят «прописать им чего-нибудь, чтобы полегчало, лишь бы не ехать в Базарный Карабулак». В экстренных случаях надежда остается по-прежнему на «Скорую помощь».

Примечательно, что медсестры в Хватовке низко оценивают работу врача общей практики: «Врач почти ничего не делает, сравним по своим функциям с любым аптекарем, который помогает выбрать лекарство своим посетителям». Возможно, это всего лишь ревностное мнение среднего медицинского персонала, основанное на большой разнице в размерах заработных плат медсестры и врача, однако функционал врача общей практики в сельской местности действительно значительно ограничен в связи с отсутствием диагностического оборудования и другой необходимой инфраструктуры.

Подытоживая свой рассказ о жизни села, местные говорят о том, что «Хватовка начала вымирать, а вместе с ней – и здравоохранение».

#### Частная медицина

В Базарно-Карабулакском районе частная коммерческая медицина представлена частным стоматологическим кабинетом в районном центре. Посещаемость кабинета стабильная, но уровень доверия к качеству услуг среди жителей, не являющихся клиентами частной стоматологии, не велик («лучше ехать в Саратов и там пойти в платную клинику»). Однако отзывы о стоматологических услугах в муниципальной больнице еще более негативные («специалисты плохие, удалили не тот зуб, который нужно было...»).

По словам главного врача ЦРБ, Базарный Карабулак – небольшой и неплатежеспособный городок, где нет перспектив для развития частного здравоохранения, другое дело – крупные города Балашов и Балаково, где частная медицина активно развивается. Вместе с тем отсутствие стационарных частных медицинских кабинетов в Базарно-Карабулакском районе компенсируется регулярными приездами бригады врачей из крупных саратовских медицинских центров. Такие приезды сопровождаются рекламой в районных СМИ, и местные жители охотно откликаются на нее и пользуются консультациями приезжих специалистов («принимают платно, но все равно очереди бывают к ним, так как попасть в больницу еще сложнее, и многих врачей здесь нет»).

Специалисты одной из саратовских клиник, лечебно-диагностического медицинского центра «Авеста-М», выезжают в районы с периодичностью до двух раз в месяц. Из 38 муниципальных районов специалисты «Авеста-М» работают в 18. Каждый приезд согласовывается с главными врачами центральных районных больниц, в помещениях которых, как правило, ведется прием пациентов, или с руководителями частных клиник, если это удобнее или договориться с главным врачом ЦРБ не удается (например, в г. Ершове и г. Балашове). В некоторые районы при отсутствии условий для приема и принципиального несогласия главного врача ЦРБ выезды специалистов не планируются.

Бригада для выезда в районы обычно состоит из 10 узких специалистов и лаборантов. Среднее количество пациентов за один выезд (1–2 дня) составляет около 50–70 человек, а тарифы на услуги адаптируются под финансовые возможности жителей районов. Так, первичный прием стоит 500 руб., однако при необходимости дополнительных консультаций или анализов, до 5% пациентов отказываются от дальнейших услуг по причине низкой платежеспособности. Не исключено, что после полученной консультации узкого специалиста пациент без соответствующих финансовых возможностей вынужден обращаться в муниципальные ЛПУ с целью дообследования или лечения заболевания, выявленного на платном приеме.

В самом медицинском центре «Авеста-М» оказывается широкий спектр услуг от консультаций и клинично-диагностических исследований до оперативных вмешательств. Принимают специалисты более 20 направлений, в том числе терапевты, неврологи, гинекологи, эндокринологи, гастроэнтерологи, стоматологи, психиатры, психотерапевт, нарколог, дерматолог, кардиолог, врач ультразвуковой диагностики, проктолог, уролог, оториноларинголог, офтальмолог, цитолог, хирург, сосудистый хирург, пластический хирург, онколог, онколог-маммолог, ортопед-травматолог и другие специалисты. Многие врачи имеют высшую профессиональную категорию, ученые степени кандидата или доктора медицинских наук, являются доцентами или профессорами. К примеру, первичная консультация врача высшей категории стоит 450 руб., кандидата медицинских наук и доцента – 550 руб., доктора медицинских наук и профессора – 560 руб.

Клиника «Авеста-М» успешно сотрудничает с 19 страховыми компаниями, несколько раз участвовала в оказании услуг в рамках ОМС, однако, по словам главного врача, это было маловыгодно и проблематично.

Примечательно, что при среднем чеке пациента, включающем осмотр врача и 2–3 медицинских анализа и исследования, составляющем около 1500 рублей, Центр получает прибыль, может содержать и оплачивать большой штат врачей и среднего медицинского персонала, имеет возможность вкладывать средства в собственное развитие и расширение сфер деятельности. При сопоставимых ценах на платные услуги в муниципальных ЛПУ и крупных частных клиниках средней ценовой категории (стоимость услуг в муниципальных ЛПУ могут отличаться в соседних районах, и тем более, в регионах) коммерческая деятельность районных больниц, как правило, не приносит положительного результата. Более того, в связи с недостатком медицинских специалистов и возникающих из-за этого очередей, в связи с малым набором диагностического и лабораторного оборудования, пользование платными услугами, скажем, в районной больнице, лишено всякого смысла.

Вместе с тем с конца 2011 года у коммерческих медицинских центров появились налоговые льготы (освобождение от уплаты налога на прибыль), что даст им 20% дополнительной прибыли. Возможно, это станет хорошим стимулом для создания частных клиник со штатом не менее 15 сотрудников в районных центрах и малых городах.

#### АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Основными альтернативными источниками здравоохранения для местных жителей являются самолечение, а также консультации в аптеках и покупка медикаментов. Многие собеседники жаловались на существующие очереди на прием к врачам, поэтому посещение районной поликлиники обычно откладывается и заменяется телевизионными передачами о здоровье, публикациями в газетах и журналах и прочей литературой. Причем, в аптеку люди приходят с готовым диагнозом, поставленным самостоятельно, и спрашивают конкретные препараты.

В связи с большим числом бывших медицинских работников, а также медсестер и врачей, продолжающих работать в сельских учреждениях здравоохранения, жители крупных сел в значительной степени обеспечены консультационной и первой медицинской помощью. Так, в Хватовке местные жители назвали 6 человек (врачи, медсестры), которые могут оказать «свойскую» медицинскую помощь вне поликлиники.

Медсестры ставят капельницы, делают уколы и проч. Причем востребованы как работающие специалисты, так и сокращенные или уволившиеся по возрасту медсестры.

В связи с этим в том же пос. Хватовке жители не смогли назвать ни одного знахаря или травника, – по всей видимости, средние медицинские специалисты восполняют недостаточный объем услуг муниципальной медицины. Возможно, совсем иная картина получилась бы в этнических селах, где компактно проживают чуваша, мордва или татары (пос. Яковлевка, пос. Казанла, пос. Белая Гора, пос. Сухой Карабулак, пос. Рязайкино), однако подтвердить наличие знахарей или каких-то нетрадиционных способов лечения в этих поселениях в ходе поездки не удалось.

В районном центре, напротив, вспоминали о нескольких бабушках-знахарках в самом городе и в селах, однако назвать конкретный адрес или имя респонденты не смогли («раньше лечили бабушки, но они совсем старенькие были и, возможно, уже умерли, но кому-то они могли передать свои знания...»). Некоторые местные жители вспоминали случаи, когда к знахарке их направляли сами врачи районной больницы.

В 90-е годы в области и в районе большой популярностью пользовались экстрасенсы. На фоне этой моды в Саратове было проведено интересное исследование, посвященное изучению возможностей мозга и «экстрасенсорных способностей»<sup>304</sup>. Так, в нескольких печатных изданиях было дано объявление о приеме на работу экстрасенсов, на которое откликнулись в общей сложности около 300 человек. Со всеми кандидатами работали психологи, проводившие специальные тестирования и собеседования. В результате оказалось, что большинство откликнувшихся на объявление – безработные городские (97%) и сельские (3%) жители, не устроенные в личной жизни и профессии, из которых 80% – женщины и 20% – мужчины. На фоне отсутствия личного и профессионального благополучия, а также при наличии склонностей к психопатизации, пришедшие кандидаты искренне верили в свои экстрасенсорные способности, что являлось элементом психологической компенсации («в личной жизни и на работе не заладилось, зато я могу то, что другим не дано»). У некоторых кандидатов в экстрасенсы (около 20%) были выявлены нестабильность мыслительного процесса и явные психические нарушения. О случаях исцеления, благодаря своему дару, рассказывали многие, а единицы даже оказывали платные целительские и экстрасенсорные услуги. В целом все пришедшие хотели зарабатывать на своих «экстрасенсорных» способностях, в то время как знахари, встречающие-

ся в селах, как правило, не принимают денежное вознаграждение за свою целительскую деятельность.

**Аптеки и аптечные пункты.** В Базарном Карабулаке работают более пяти аптек и аптечных пунктов, среди которых УМП «Аптека №77» и ее филиал в районной поликлинике (аптечный пункт), аптека «Бонум», аптека «Тонус».

Большинство аптек Базарного Карабулака расположены в центре города, в шаговой доступности друг от друга, но в некотором отдалении от районной больницы. На общем фоне выделяются муниципальная аптека и ее филиалы, а также частная аптека «Бонум», предоставляющая своим клиентам накопительную систему скидок. При этом выявить «дешевую» или «дорогую» аптеку не удалось, поскольку более низкие цены на один вид медикаментов компенсируются завышенными ценами на другой.

Муниципальная аптека «Аптека №77» помимо реализации лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отпускает медикаменты льготным категориям граждан по рецептам от врачей ЦРБ и психоневрологических интернатов Базарно-Карабулакского района. Центральная аптека была открыта в 1922 году, поэтому здесь сложилась своя постоянная клиентура покупателей, доверяющая «своим» фармацевтам. На сегодняшний день УМП «Аптека №77» включает в себя 6 филиалов в составе одного юридического лица: аптечный пункт при поликлинике ЦРБ, в пос. Алексеевке, пос. Хватовке, пос. Вязовке, пос. Казанле, пос. Липовке.

Все работники аптек с фармацевтическим образованием оказывают своим постоянным покупателям, знакомым или соседям консультационную помощь, выполняют простейшие процедуры (измерение артериального давления, уколы и т. д.), играя тем самым важную социальную роль в жизни города.

\* \* \*

Несмотря на общие тенденции к сокращению мощностей муниципальных учреждений здравоохранения, в Базарно-Карабулакском районе сохраняется существующая структура сельских центров оказания медицинской помощи. Неизбежные сокращения участковых больниц прошли с наименьшим ущербом для населения, так как в образовавшихся взамен поликлиниках оставлены койки дневного стационара, ставки вра-

чей общей практики и зубных врачей. Ставки сельских фельдшеров также не сокращаются, поэтому на сегодняшний день отсутствуют основания для создания домовых хозяйств.

Однако в целом социальная значимость муниципальных ЛПУ значительно снизилась. Оборудование и возможности стационаров позволяют лечить лишь ограниченное число заболеваний. Функции врачей общей практики стали сравнимы с фельдшерским функционалом в связи с имеющимся оснащением и диагностическими возможностями сельских поликлиник.

В связи с финансовыми скандалами в центральной районной больнице за непродолжительный период времени (не более 5 лет) сменились несколько руководителей. Все они ранее работали в Саратове или других муниципалитетах и не являлись жителями Базарно-Карабулакского района. Из-за короткого срока службы в должности главного врача руководители не успевали вникнуть в существующую специфику районной медицины и занимались в основном финансовыми вопросами, оставляя организацию оказания медицинской помощи в ЦРБ и сельских ЛПУ на попечение своих заместителей. Результатом стало крайне формализованное отношение к проблемам районной медицины, а в приоритете – освоение средств, полученных по программе модернизации, и безукоризненная отчетность перед вышестоящими органами.

При существующей низкой платежеспособности населения в районный центр периодически приезжают бригады врачей из частных клиник, что указывает на потребность в консультациях узких медицинских специалистов и наличие определенного спроса на платные услуги здравоохранения. Сами местные жители утверждают, что при необходимости предпочли бы заплатить и получить медицинскую помощь и лечение «у хорошего врача» в частной клинике, и даже поехать для этого в Саратов, однако немногие в действительности так поступают, заменяя обращение к врачу медикаментозным самолечением.

## ПРИМЕЧАНИЯ

## ОНТОЛОГИИ ФЕНОМЕНА «ЗДОРОВЬЕ»

1. Более подробно описание данного метода представлено в работе: *Кордонский С.Г., Бардин В.В.* О поиске информации в совокупностях текстов, репрезентирующих картины мира. Нью-Йорк, 2010. URL: <http://kordonsky.ru/?p=125>
2. То, как личный опыт нездоровья (illness), формируемый под влиянием культуры и расходов на поддержание здоровья, преобразуется в процессе диагностики в болезнь (disease), определяемую биологическими, а не личностными факторами, стало предметом специального изучения социологов медицины, указавших на принципиальное контекстуальное различие этих двух английских слов-синонимов. См.: Annemarie Jutel. *Sociology of diagnosis: a preliminary review // Sociology of Health & Illness. Vol. 31. № 2. 2009. P. 287.*
3. Соответственно, проблематика орфанных заболеваний выпала из сферы государственной политики, что объясняется, на наш взгляд, очень прозаично: признание наличия таких заболеваний со стороны государства как особой социально значимой категории болезней требует от него взять на себя некие дополнительные обязательства по финансированию лечения данных заболеваний, в том числе оплаты дорогостоящих лекарств. Включение этой категории болезней в законодательство – предмет целенаправленного лоббизма со стороны конгломерата различных заинтересованных групп (пациентов, страдающих редкими заболеваниями, и их общественных организаций, производителей орфанных лекарств, благотворительных фондов).

## КОРПОРАЦИИ В СИСТЕМЕ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

4. Философский аспект проблемы экспертной власти медиков, построенной на отчуждении отношения человека с болью и смертью, максимально остро выразил Иван Илич в своей знаменитой работе «Немезида медицины» (1974): «Преобразуя боль, болезнь или смерть из персонального вызова человека в техническую проблему, медицинская практика экспроприирует возможность людей автономно распоряжаться своей человеческой природой и становится источником нездоровья нового типа». Ivan Illich. *Medical Nemesis // Journal of Epidemiology and Community Health. Vol. 57. №12 (Dec., 2003). P. 919.*
5. Всего были проведены 32 интервью. В качестве экспертов отбирались медики, имеющие достижения в научной и профессиональной деятельности, с опытом преподавания в медицинских вузах и/или административной работы. 6 респондентов имели статус главных внештатных специалистов (экспертов) на уровне субъекта РФ, 15 – ученые степени доктора и кандидата медицинских наук, 3 человека занимали руководящие позиции в профессиональных общественных объединениях. 20 % экспертов – представители Москвы, 80 % – других регионов (Алтайский край, Новосибирская область, Пермский край, Санкт-Петербург, Томская область). Были опрошены представители 17 медицинских специальностей. Работа с экспертами проходила по методике глубинного интервью.
6. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 30 октября 1995 г. №294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи».

7. См., например: Профилактика неинфекционных болезней и борьба с ними: осуществление глобальной стратегии. Доклад Секретариата. Исполнительный комитет EB120/22. Сто двадцатая сессия 8 января 2007 г. Пункт 4.5 предварительной повестки дня. URL: [apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA60/A60\\_15-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_15-ru.pdf)
8. *И. Краснопольская.* Тихий пациент // Российская газета, 06.10.2003. URL: <http://www.rg.ru/2003/10/06/psixiatriy.html>
9. Программа «Качество жизни» на радиостанции «Радио Свобода». URL: [http://chirurgo.ru/view\\_art.php?art=3&page=3](http://chirurgo.ru/view_art.php?art=3&page=3)
- 10 URL: <http://www.newsru.com/russia/30mar2005/ill.html>, <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=44159>, <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=43194>, <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=19192>
11. См.: *Роберт С. Мендельсон.* Исповедь еретика от медицины. Изд. Гомеопатическая книга, 2007.
12. Например: «Медикализация является необходимостью, ибо только благодаря оценке различных симптомов как заболеваний удается вовремя осуществить медицинское вмешательство, спасти здоровье и жизнь человека. Медикализация связана с рисками, поскольку медицинское вмешательство может быть избыточным, ее применение может вызвать зависимость у пациентов от врачей, она провоцирует необоснованное назначение лекарственных средств и т.д.». Цит. по: *О. Н. Михайлова.* Медикализация детства: социологический анализ. Диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук. Волгоград, 2008.
13. Например, таким образом аргументировалось появление диагноза «посттравматический синдром», принятого Американской психиатрической ассоциацией. См.: *A. Jutel.* *Sociology of diagnosis: a preliminary review // Sociology of Health & Illness. Vol. 31. №2. 2009.*
14. Например, в программе «Здоровье» ГУВД Пермской области на 2004–2008 гг. в разделе «внедрение новых методов лечения» значится: «Использование в реабилитации сотрудников медицинских препаратов церебролизина и билобила с диагнозом ПТСР с учетом положительных результатов научной работы, проведенной на базе неврологического отделения стационара совместно с Пермской государственной медицинской академией». Программа утверждена приказом ГУВД Пермской области от 26 марта 2004 г. №364.
15. *Conrad P., Mackie T. and Mehrotra A.* Estimating the costs of medicalization // *Social Science & Medicine*, 70 (2010).
16. Исследователями были выбраны состояния, признанные в качестве медицинских проблем с 1950 года: тревожные расстройства (неврастения, компульсивное расстройство личности, социальные фобии), расстройства поведения (состояние дефицита внимания, гиперактивность, вызывающее оппозиционное расстройство), эректильная дисфункция, бесплодие, облысение, менопауза, неосложненная беременность, «нормальная» тоска (включенная в депрессию), ожирение, нарушения сна, различные зависимости (от алкоголя, наркотиков, никотина, антидепрессантов).
17. В этом смысле примечательно недавнее британское исследование того, как понимают причины ожирения различные заинтересованные стороны. В ходе интервью люди с избыточным весом объясняли появление проблемы особенностями собственного поведения или обстоятельствами, которые находятся под их контролем («ем слишком много»). Биомедицинское понимание ожирения (т. е. медиками) предполагает необходимость совершенствования служб системы здравоохранения с тем, чтобы они более эффективно занимались профилактикой и борьбой с данной проблемой. Управленцы, участвующие в выработке социальной политики, воспринимали проблему сквозь призму текущего политического контекста и текущих организационных и управленческих соглашений (например, отсутствие на государственном уровне целостной политики, стимулирующей граждан

к большей физической активности, особенности законодательства в сфере здравоохранения, недостаточное регулирование индустрии продуктов питания и т. д.). *Joe Greener; Flora Douglas; Edwin van Teijlingen*. More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers // *Social science & medicine* (1982), 2010; 70 (7): 1042-9.

18. Классический пример – появление в американской психиатрии диагноза «посттравматический синдром», возникшего под давлением организаций ветеранов войны во Вьетнаме. Им был выведен уникальный медицинский «бренд» для психологических расстройств бывших военнослужащих, т. е. он давал возможность получать дополнительные льготы от государства. *A. Jutel*. Указ. соч.

19. Не так посчитали // ИА «УралБизнесКонсалтинг», 25.01.2011. URL: <http://urbc.ru/266382-ne-tak-poschitali.html>

20. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 августа 2007 г. №526 «Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей медицинских и фармацевтических работников» (в ред. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20.11.2008 г. №657н).

21. Лидеры среди клиник по количеству квот в 2012 году – МНТЦ «Микрохирургия глаза» им. академика С. Н. Федорова (14 110 квот), Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова (12 340), Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е. Н. Мешалкина (12 205, в т. ч. по сердечно-сосудистой хирургии – 10 265), Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева (10 444), Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина (8 720). Источник: Приложение к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. №1673н/658/79.

22. Одной из новаций Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№323-ФЗ от 21.11.2011) стало введение в законодательное поле определения ВТМП, раньше его не было. Однако критерии весьма расплывчаты: согласно ст. 34 высокотехнологичная медицинская помощь «включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники».

23. Например, в 2006 году из перечня были исключены аппаратный гемодиализ, коронарная ангиография, операции по поводу открытого аортального протока и стеноза легочной артерии детям до трех лет – на том основании, что эти виды медицинских услуг стали довольно распространенными и не столь дорогими.

24. Например, журнал «Традиционная медицина», включенный Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки РФ в список ведущих периодических изданий, определяет себя как «медицинский журнал, предназначенный для специалистов в области рефлексотерапии, гомеопатии, фитотерапии, остеопатии, натуротерапии, биорезонансной терапии, мануальной терапии, традиционной диагностики, народной медицины, традиционных систем оздоровления». URL: <http://www.tradmed.ru>

25. Федеральный научный клинично-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения Минздрава России. Лицензионные требования и условия работ и услуг по применению методов традиционной медицины. Методические указания. Москва, 2003.

26. Из выступления заместителя министра здравоохранения и социального развития В.И. Скворцовой на заседании Совета Федерации РФ 9 ноября 2011 года: «В настоящее время пересмотрено понятие «традиционная медицина», к которой отнесены те виды медици-

ны, которые имеют обоснованную доказательную базу. В этой связи это уже является не народной медициной, а это компоненты официальной академической медицины, которая прежде всего используется в реабилитации при санаторно-курортном лечении. Эти виды у нас войдут в стандарты медицинской помощи и будут оплачиваться в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению». URL: <http://www.ranm.org>

27. Миф о гравидане // Медицинская газета. URL: <http://www.mgzt.ru/article/991>

28. Большая медицинская энциклопедия. 1-е изд. Т. XV, статья «Лекарственная помощь» (И. Левинштейн). М.: Советская энциклопедия, 1930. С. 631.

29. Responsible Self-Medication. Joint Statement by The International Pharmaceutical Federation and The World Self-Medication Industry. 10th June, 1999. URL: [www.wsmi.org/pdf/fip.pdf](http://www.wsmi.org/pdf/fip.pdf)

30. Там же.

31. Одной из непосредственных целей этого лоббизма была либерализация требований к рекламе безрецептурных препаратов в ведущих странах мира, в частности, внесение изменений в Директиву ЕС о рекламе фармацевтических препаратов.

32. Responsible Self-Medication. Joint Statement by The International Pharmaceutical Federation and The World Self-Medication Industry. 10th June, 1999. URL: [www.wsmi.org/pdf/fip.pdf](http://www.wsmi.org/pdf/fip.pdf)

33. «За последние 10 лет в системе последипломного образования Минздрава России организовано 7 кафедр и курсов, занимающихся проблемами традиционной медицины, 8 кафедр рефлексотерапии, 5 – мануальной терапии, 3 – натуротерапии, фитотерапии и гомеопатии в учреждениях постдипломного образования». Цит. по: *М. Ю. Готовский, О. В. Москалева*. Традиционная медицинская деятельность: ее возможности и проблемы в современных условиях. URL: [http://medfitness.ru/view\\_page.php?page=180](http://medfitness.ru/view_page.php?page=180)

34. Занимается подготовкой и переподготовкой врачей по специальностям: рефлексотерапия, психотерапия, гомеопатия, фитотерапия, электропунктурная диагностика по методу Р. Фолля, гирудотерапия. URL: <http://www.mma.ru/fdpop/nelek>

35. Приказ Наркомздрава СССР о ликвидации Всероссийского общества врачей-гомеопатов от 11 февраля 1938 г. №152.

36. Приказ Министра здравоохранения СССР от 7 августа 1968 г. №610 «Об усилении контроля за работой и регламентацией дальнейшей деятельности врачей-гомеопатов и применением в лечебной практике гомеопатических лекарственных средств».

37. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности от 29 ноября 1995 г. №335 «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении».

38. См., например, вехи этой борьбы в популярном блоге медика Алексея Водовозова «Смотровая военврача». URL: <http://uncle-doc.livejournal.com/tag/%D0%B3%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F>.

39. URL: <http://doktor-killer.livejournal.com>

40. *Larkin G*. Occupational Monopoly and Modern Medicine. Tavistock Publications. London and N-Y. 1983. P. 8.

41. Например, в 2002 году президент Российской медицинской ассоциации А.Г. Саркисян так говорил о сотрудничестве ПМА с Минздравом РФ: «...такой партнерский союз, существенно повышая доверие врачей к Минздраву и в целом к власти, начал разрушать плесень апатии, пассивного стороннего созерцательства, начал оздоравливать наше врачебное и медицинское сословие изнутри» (URL: <http://www.rmass.ru/publ/info/63>). В 2011 году президент Национальной медицинской палаты Л. М. Рощаль заявил, что будет решать через Общероссийский народный фронт «проблемы медицинского сословия» (URL: <http://old.er.ru/text.shtml?20/7842>).



42. День медика установлен Указом Президиума Верховного Совета СССР от 1 октября 1980 года №3018-Х «О праздничных и памятных днях».
43. Памятные дни и недели, установленные ВОЗ на 2012 год: Всемирный день борьбы с раком, Международный день нетерпимости в отношении практики нанесения увечий женским гениталиям, Всемирный день воды, Всемирный день борьбы с туберкулезом, Всемирный день здоровья, Всемирный день борьбы против малярии, Всемирный день без табака, Всемирный день донора крови, Всемирный день борьбы с гепатитом, Всемирная неделя грудного вскармливания, Всемирный день гуманитарной помощи, Всемирный день предотвращения самоубийств, Всемирный день борьбы против бешенства, Всемирный день сердца, Всемирный день психического здоровья, Всемирный день зрения, Всемирный день борьбы с пневмонией, Всемирный день борьбы против диабета, Всемирный день борьбы против хронической обструктивной болезни легких, Всемирный день памяти жертв дорожно-транспортных происшествий, Международный день борьбы за ликвидацию насилия в отношении женщин, Международный день инвалидов. URL: <http://www.who.int/mediacentre/events/annual/ru/index.html>
44. Многие из участников интервью являлись руководителями или активными членами профессиональных объединений на региональном уровне.
45. Типовой Устав научных медицинских обществ был утвержден Приказом министра здравоохранения СССР от 4 апреля 1958 г. №157.
46. Большая советская энциклопедия. Т. 24. Книга II. Третье издание. М.: Советская энциклопедия. 1977. С.493.
47. Минздрав обиделся на доктора Рошала // Сайт «Радио Свобода», 19.04.2011. URL: <http://www.svoboda.ru/content/article/9498563.html>
48. Заявление Л. Рошала: Минздрав планирует создать ручную медицинскую ассоциацию. Официальный сайт Национальной медицинской палаты. URL: <http://www.nacmedpala.ru/?action=show&id=5339>
49. См. статью 62 закона «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» и статью 76 закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
50. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25 июля 2011 г. №808н «О порядке получения квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками».
51. Функциональное значение белого халата для большинства медиков, работа которых не требует абсолютной стерильности, сегодня стремится к нулю. Униформа выполняет прежде всего функцию символа профессии. См. публицистические комментарии врача И. Раскина, работающего в США, и онлайн-дискуссию по этому поводу. URL: [http://www.snob.ru/selected/entry/25123#entry\\_25123/group\\_0/page\\_2/from\\_204121/to\\_205567](http://www.snob.ru/selected/entry/25123#entry_25123/group_0/page_2/from_204121/to_205567)
52. В Большой медицинской энциклопедии 1-го издания эта разница объяснялась следующим образом: «Естественно, что принципиально различные системы здравоохранения в капиталистических странах и в стране строящегося социализма, коренное различие в целевых установках, в самых принципах и во всей постановке оздоровления трудящихся, в организационных предпосылках (плановость социалистического здравоохранения и анархизм капиталистической индивидуальной медицины) должны были неизбежно вызвать расхождение между советской номенклатурой болезней и так называемой международной». БМЭ. – 1-е изд. – М.: Советская энциклопедия. Т.21. С. 543. О главенстве идеологических мотивов в советской медицине говорит и тот факт, что после введения в СССР Международной классификации болезней в 1965 году, официально было признано «отсутствие каких-либо существенных различий между отечественной классификацией и МКБ». БМЭ 3-го издания констатировала: «Преимущества сближения классификаций были очевидными, особенно в связи с возросшей ролью Советского Союза в международных отноше-

- ях». БМЭ. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия. Т.17. С. 62.
53. Ю. Шилинис. Послесловие к книге: Глязер Гуго. О мышлении в медицине. 1969. URL: <http://lechebnik.info/424/22.htm>
54. Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины. Методическое пособие. 2002. Научно-исследовательский институт социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко РАМН. С. 30.
55. Приказ Министерства здравоохранения РФ «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» от 21 марта 2003 г. №109.
56. Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания учреждения, из статистической отчетной формы №30.
57. В.А. Мансуров, О.В. Юрченко. Социология профессий. История, методология и практика исследований // Социологические исследования. 2009. №8. С. 36-46.
58. Согласно Директиве ЕС о признании профессиональных квалификаций 2005/36/ЕС, свободные профессии (liberal professions) практикуются на основе соответствующих профессиональных квалификаций в частном порядке, ответственно и профессионально независимо теми, кто оказывает интеллектуальные услуги в интересах клиента и общества. Профессиональная деятельность в данном случае может быть предметом ведения государств-участниц ЕС, в соответствии с национальным законодательством и на основе законодательных норм, а также предметом управления уважаемых представительных органов профессии, сохраняющих и поддерживающих их профессионализм, качество услуг и конфиденциальность отношений с клиентами.
59. Определение дается в германском законе об обществах (объединениях) лиц свободных профессий (Partnerschafts-gesellschaftsgesetz – PartGG).
60. Parliamentary questions. 22 September 2011. Question for written answer to the Commission. Rule 117. Thomas Ulmer. URL: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?jsessionid>
61. По словам А. В. Риффеля, «установление статуса медицинских работников не входило в задачи советского законодательства и быть может потому и не находило отражения в нормативном закреплении». Однако «предложения по установлению статуса советского врача и критическая оценка действовавшего законодательства предпринимались отечественными учеными. Одним из первых предложил закрепить положение врача и определить его статус как государственного служащего З. С. Гладун» (А.В. Риффель. Социальная медицина и медицинское право: избранные лекции. Учебник. М.: Академия Естествознания, 2008. URL: <http://www.rae.ru/monographs/25-676>).
62. То, что советские врачи не были независимыми профессионалами в англо-саксонском понимании этого термина, а постсоветские рыночные реалии ситуацию не слишком изменили, показывают в своем исследовании 2004 года и российские исследователи В. А. Мансуров и О. В. Юрченко. В частности, они отмечают: «Внедрение рыночных механизмов в российскую медицину не способствовало увеличению властных ресурсов врачебной профессии. Англо-американский профессионализм, понимаемый как властная монополия профессионалов на рынке труда или в государственном секторе, по-прежнему несвойствен российским врачам». В. А. Мансуров, О. В. Юрченко. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе // Социологические исследования. №1. 2005. С. 76.
63. Тема отношения врачей к идее внедрения обязательных стандартов оказания медицинской помощи требует отдельного обсуждения. В интервью звучали в основном негативные мнения на этот счет. Вот типичное суждение: «Чтобы внедрить стандарты, нужно обеспечить их финансами, ресурсами, кадрами, поэтому вряд ли они будут внедре-

ны в установленные сроки. Особенно трудно обеспечить их выполнение в сельских маленьких больницах. Кроме того, стандарт лишает врача свободы выбора, не дает ему возможности творчески мыслить. Стандарты – это лишняя работа и неоправданная трата ресурсов, т. к. врач обязан выполнять все, что в них прописано, даже если больному это реально не нужно».

64. Жалобы на перегрузки не только типичны для тех, кто лечит пациентов, но и встречаются и среди тех, кто работает с трупами. Вот, например, как обсуждается данная проблема на профессиональном интернет-форуме патологоанатомов: «Здесь мы сталкиваемся с парадоксом: патологоанатомов катастрофически не хватает, а устроиться на работу трудно. Потому что все ставки заняты по совместительству. И ничего в этом хорошего нет. Я знаю, что в некоторых московских больницах некоторые патологоанатомы вскрывают по 5–7 трупов в день. Это безобразие! Какого качества можно ожидать?» URL: <http://www.ipath.ru/modules.php?name=Forums&file=viewtopic&t=304&postdays=0&postorder=asc&start=0>

65. А. Жукова. Врач в Бразилии – высокое звание // АиФ Здоровье, №3, 19.01.2012. URL: <http://www.aif.ru/health/article/48812>

66. Декларация врачей России. Принято за основу на VIII (XXIV) Всероссийском Пироговском съезде врачей. Москва, 28 октября 2011 года. Официальный сайт Российской медицинской ассоциации. URL: <http://www.rmass.ru/publ/info/Deklaracia>

67. Например, на сайте поликлиники №3 Управления делами Президента РФ сообщается: «Терапевтическая служба занимает ведущее место в структуре поликлиники, которая укомплектована профессиональными кадрами: врачами – терапевтами первой и высшей квалификационной категории». URL: <http://pudp.ru/therapeutic>

68. Формулировка с сайта частного учебного заведения «Школа сотрудничества»: «Медицинская служба частной школы построена на качественно ином уровне, чем в других школах. Большая заслуга в этом сотрудников службы и в первую очередь врача школы, кандидата медицинских наук Татьяны Виленовны Апакидзе». URL: <http://www.cooperation.ru/pages/page/school1/45.htm>

69. URL: <http://www.erudite.ru/structure/medservice.php>. Орфография оригинала.

70. Получается, что «служба» противоположна английскому «service», обозначающему «услуги».

71. Например: Приказ Комитета здравоохранения Москвы от 23.05.1997 г. №275 «О дальнейшем совершенствовании эндокринологической службы в Москве». Или Приказ министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.09.2008 г. №525 «Об утверждении положения о департаменте развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации». Понятие «служба», с одной стороны, используется в названии структурного подразделения министерства, с другой стороны, в описании функций департамента: «Организует проведение мероприятий по развитию педиатрической, акушерской и гинекологической служб, включая оказание первичной медико-санитарной, скорой (в том числе санитарно-авиационной), специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи женщинам и детям». При этом не уточняется, что такое «служба».

72. В Интернете есть ссылка на статью из медицинской энциклопедии, в которой дается определение «кардиологической службы» как «системы организации специализированной медицинской помощи лицам, страдающим болезнями органов кровообращения неревматической природы... В состав службы входят кардиологические кабинеты поликлиник, специализированные отделения больниц и бригады скорой медицинской помощи, областные (краевые, республиканские) кардиологические диспансеры». URL: [http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc\\_medicine/13857/%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/13857/%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0)

%D1%8F. Однако в печатных версиях БМЭ и ММЭ этой статьи нет. ММЭ указывала лишь, что «в отдельных ведомствах и отраслях народного хозяйства (вооруженных сил, железнодорожного, морского, авиационного транспорта и др.) существуют ведомственные медико-санитарные службы». ММЭ. Т.3 – М.: Советская энциклопедия, 1966. С.930.

73. Например, Приказ Министерства здравоохранения РСФСР от 11 июля 1990 г. №115 «О создании службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях».

74. С.Г. Кордонский. Сословная структура постсоветской России. М.: Институт Фонда «Общественное мнение», 2008. URL <http://kordonsky.ru/?p=143>

75. Открытое письмо президенту от работников скорой медицинской помощи. URL: <http://www.sborgoloso.ru/viewtext.php?voite=371>

76. Например, в 2011 году официальные расходы корпорации *Pfizer* на работу с медицинскими профессионалами только в США составили \$ 194,9 млн, из них большая часть (\$ 144,8 млн – на оплату клинических исследований, \$ 21,8 млн – на проведение научно-практических мероприятий и лекций для врачей, \$ 12,9 млн – на оплату питания, \$ 4,8 млн – на оплату проезда врачей. Информация с официального сайта компании. URL: [http://www.pfizer.com/responsibility/working\\_with\\_hcp/payments\\_report.jsp](http://www.pfizer.com/responsibility/working_with_hcp/payments_report.jsp)

77. Финансирование пациентских организаций, объединяющих больных тем или иным хроническим заболеванием, со стороны глобальной фарминдустрии является сегодня распространенной практикой во всем мире. По данным различных исследований, в разных странах порядка 30–60 % пациентских групп пользуются прямой поддержкой со стороны фармацевтических компаний. См.: Ю. А. Крашенинникова. Роль НКО в управлении системой здравоохранения и перспективы развития пациентского движения в России // Журнал исследований социальной политики. Т. 7. №4. 2009.

78. *Larkin G. Occupational Monopoly and Modern Medicine.* Tavistock Publications. London and N-Y. 1983. *Berlant Jeffrey L. Profession and Monopoly: A Study of Medicine in the United States and Great Britain.* Berkeley: University of California Press, 1975.

79. Н.Ф. Давыдкин. Медицинская реабилитация, восстановительная медицина – это что? // Нелекарственная медицина. 2007. №1. С 4–11.

80. Там же.

81. Иногда монополия государственных медицинских учреждений обусловлена внешними причинами. Например, развитие частной лучевой терапии тормозится ограничением допуска к гамма-аппаратам, радиоактивные кобальтовые источники которых стоят на учете в МАГАТЭ.

82. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 15 февраля 2008 г. №89 «О проведении предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров (обследований) определенных категорий работников на инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, и заразные кожные болезни».

83. Официальное наименование документа – «Номенклатура специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».

84. Приказ Министра здравоохранения СССР от 04.05.1970 г. №280.

85. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 16 февраля 1995 г. №33 «Об утверждении положения об аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения Российской Федерации».

86. «Водолазных врачей насчитывается всего 100–150 человек, большинство числятся в Военно-морском флоте РФ, реально работают с профессиональными водолазами 20–30 человек». Цит. по: Подводно-прикладная специальность // Медицинский вестник. 2009. №36 (505). URL: <http://medvestnik.ru/archive/2009/36/2716.html>

87. Номенклатура специальностей врачей и провизоров в системе отечественного здравоохранения // <http://www.spruce.ru/attestation/demands/access/nomenclature.html>
88. «Это было большим достижением ведущих специалистов нашей страны, работающих в области интервенционных, рентгенохирургических, рентгеноэндovasкулярных методов диагностики и лечения». Цит. по: *Диагностическая интервенционная радиология. Междисциплинарный научно-практический журнал*. 2011. Специальный выпуск. С.2.
89. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 июля 2009 г. №415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» и Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2009 г. №210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».
90. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 февраля 2011 г. №94н «О внесении изменений в номенклатуру специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».
91. Совместная работа на благо пациентов // *Медицинская газета*, №12 (553). URL: <http://medvestnik.ru/archive/2011/12/3813.html>
92. Цит. по: *Лекарственная онкология: взгляд в будущее изнутри проблемы* // *Восточно-Сибирская правда*: 02 октября 2002. URL: [http://www.vsp.ru/social/2002/10/02/453103?call\\_context=embed](http://www.vsp.ru/social/2002/10/02/453103?call_context=embed)
93. См. Интервью с Председателем Общества онкологов-химиотерапевтов профессором Сергеем Алексеевичем Тюляндиным. Официальный сайт Российского онкологического портала профессионального общества онкологов-химиотерапевтов. URL: <http://www.gosoncweb.ru/society/president/interview>
94. См.: *России предстоит преодолеть 30-летнее отставание в онкордиотерапии* // *Коммерсантъ Наука*. №3 (3). 27.06.2011.
95. В общей сумме случаев их, по экспертным оценкам, 20 %.
96. См. дискуссию по поводу Открытого письма члена-корреспондента РАМН, Заслуженного деятеля науки РФ, профессора А. Ю. Васильева, развернувшуюся в 2011 году вокруг выборов президента ассоциации. URL: <http://kafedra-radiology.ru/novosti/diskussiya-po-povodu-otkrytogo-pisma.html>
97. URL: <http://www.russian-radiology.ru>
98. URL: <http://www.ep-society.org/about>
99. В.С. Савельеву во многом принадлежит заслуга создания в 1990 г. первого клинического отделения по флебологии в Ленинграде. Из интервью известного флеболога, профессора Ю. М. Стойко: «С благословения и поддержки Виктора Сергеевича Савельева в 1990, по моему, году в Ленинграде на базе института усовершенствования врачей (ГИДУВа) был открыт цикл флебологии при кафедре сердечно-сосудистой хирургии. <...> И руководил этим курсом флебологии Александр Николаевич Веденский. Он не мог получить профессора. И вот тогда это было единственное клиническое учреждение в России по флебологии. Оно размещалось на базе института травматологии и ортопедии имени Турнера». Интервью размещено на специальном сайте, созданном в 2006 году и посвященном разоблачению нечестных флебологов – «Дуремар АРФ. Неофициальный сайт Ассоциации Флебологов Розетки». URL: <http://www.phlebo-duremar.ru/pisma/stojko>
100. На сайте ассоциации сообщается: «В 1995 году в работе съезда Международного общества флебологов (UIP – Union Internationale de Plebologie) в Лондоне приняла участие большая группа специалистов из России. Во время встреч и бесед с зарубежными коллегами

- они высказали недоумение, что в такой большой стране, как Россия, отсутствует профессиональное объединение флебологов. В 1996 году академик В. С. Савельев учредил Фонд «Флебология», который начал подготовку к созданию Ассоциации флебологов России». URL: <http://www.phlebo-union.ru/afr/history.html>. Отметим, что В. С. Савельев являлся также председателем Всероссийского научного медицинского общества хирургов и главным экспертом-хирургом Минздравсоцразвития РФ.
101. Из упомянутого выше интервью Ю.М. Стойко: «Если мы не выделим эту специальность, то будет такая анархия! Будут в метро ставить диагнозы, в подвалах будут делать склерозирование, коммерческие центры будут оперировать, а потом больные будут искать, где же им переоперироваться, грубо выражаясь». URL: <http://www.phlebo-duremar.ru/pisma/stojko>
102. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.05.2002 г. №151 «О главных внештатных специалистах Минздрава России в федеральных округах Российской Федерации».
103. Приказ Мининстерства здравоохранения СССР от 10.12.1985 г. №1585 «О главных специалистах министерств здравоохранения союзных и автономных республик, областных (краевых), городских, районных отделов здравоохранения и центральных районных больниц».
104. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 ноября 2004 г. №283 «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».
105. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26.07.2001 г. №290 «О главных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации».
106. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 августа 2001 г. №297 «О списке главных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации».
107. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 ноября 2004 г. №283 «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (с изменениями от 5 ноября 2008 г., 19 мая, 24 июля, 21 сентября 2009 г., 27 января, 21 апреля, 18 октября, 9 ноября, 15 декабря 2010 г., 17 мая 2011 г.).
108. URL: [http://www.minzdrav.ru/modules.php?name=Articles&pa=showarticle&articles\\_id=106](http://www.minzdrav.ru/modules.php?name=Articles&pa=showarticle&articles_id=106)
109. URL: <http://www.medlan.samara.ru/minzdrav/neshtat.shtml>
110. URL: [http://www.samru.ru/bisnes/news\\_company/15208.html](http://www.samru.ru/bisnes/news_company/15208.html)
111. URL: <http://www.kraszdrav.ru/ministerstvo/kontakt/vneshtatniki>
112. URL: [http://zdrav.nso.ru/\\_layouts/WordViewer.aspx?id=/Documents/%D0%93%D0%BB%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5%20%D1%81%D0%BF%D0%B5%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%8B%20%D0%9D%D0%A1%D0%9E.doc&Source=http%3A%2F%2Fzdrav.nso.ru%2FPages%2Fdefault.aspx&DefaultItemOpen=1&DefaultItemOpen=1](http://zdrav.nso.ru/_layouts/WordViewer.aspx?id=/Documents/%D0%93%D0%BB%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5%20%D1%81%D0%BF%D0%B5%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%8B%20%D0%9D%D0%A1%D0%9E.doc&Source=http%3A%2F%2Fzdrav.nso.ru%2FPages%2Fdefault.aspx&DefaultItemOpen=1&DefaultItemOpen=1)
113. Например, в списке ГВС 2001 года видно, что многие позиции главных детских специалистов занимают представители Московского НИИ педиатрии и детской хирургии, директор которого А.Д. Царегородцев в 1990-х годах был заместителем министра и министром здравоохранения РФ, а в 2001 г. – главным педиатром России.
114. В перспективе ближайших лет это будет основной путь. См. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
115. На 2010 год бюджет ФЦП составил около 7 млрд руб., приоритетного национального проекта «Здоровье» – около 144 млрд руб.

116. См. новость о Национальной конференции по состоянию и перспективам развития нефрологической помощи в Российской Федерации, которая состоялась 01.12.2011. URL: [http://www.fresenius-kabi.ru/43.htm?news\\_id=52&type=2](http://www.fresenius-kabi.ru/43.htm?news_id=52&type=2)
117. Постановление Правительства РФ от 17 октября 2007 г. №682 «О централизованной закупке в 2008 и 2009 годах лекарственных средств, предназначенных для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолойкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей».
118. Распоряжение Правительства РФ от 6 июля 2010 г. №1141-р «Об утверждении перечня стратегически значимых лекарственных средств, производство которых должно быть обеспечено на территории Российской Федерации для лечения наиболее распространенных заболеваний».
119. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. №3185-1.
120. Для сравнения – объем подпрограммы «Туберкулез» – 16 756 млн руб., «Онкология» – 7 669 млн руб., «ВИЧ-инфекция» – 6 280 млн руб.
121. Тихий пациент // Российская газета, 06.10.2003. URL: <http://www.rg.ru/2003/10/06/psixiatriy.html>
122. Речь идет об отделе психоневрологической помощи Департамента организации и развития медицинской помощи населению Минздрава России, штатным сотрудником которого был главный психиатр России.
123. Номенклатура должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим профессиональным образованием в учреждениях здравоохранения. Утверждена Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 октября 1999 г. №377 «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения».
124. Например, в 2008 году на «круглом столе» в Совете Федерации РФ по проблемам аутизма было заявлено: «В России есть не менее 150 тысяч детей-аутистов, которые вполне могли бы вырасти нормальными людьми и найти свое место в обществе. Им нужно только помочь, разбить стену, которая отделяет их от мира. Сделать это может грамотный специалист, но у нас в стране нет врачебной специальности «детский психиатр». Об этой проблеме за «круглым столом» рассказала представитель Минздравсоцразвития Ольга Чумакова. URL: <http://fund-suncity.ru/autism3.htm>
125. Порядок оказания наркологической помощи населению утвержден Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 апреля 2010 г. №225ан.
126. Хотя Международная классификация болезней (МКБ-10) относит патологическое влечение к азартным играм (F 63.0) к группе «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте», а не группе «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ».
127. Российское общество психиатров «включает врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, логопедов и других специалистов, работающих в практической и научной психиатрии и наркологии». URL: <http://www.psychiatr.ru/ob-obsesvte>
128. Как это было в программе ДЛЮ образца 2007 года, когда рынок поставки лекарств льготным категориям граждан был поделен между четырьмя федеральными дистрибьюторами.
129. Например, по данным на 2006 год, объем платных услуг в бюджетных ЛПУ Новосибирской области составлял 680 млн руб, из них 450 млн руб., приходилось на муниципальные учреждения Новосибирска. URL: [http://www.rylov.ru/medic\\_moneys#no\\_freemedservices](http://www.rylov.ru/medic_moneys#no_freemedservices)
130. В соответствии с Распоряжением Совета Министров РСФСР от 11 июля 1988 г. №735-р и Приказом Минздрава РСФСР от 18 июля 1988 г. №241 «Об организации медицинских ди-

- агностических центров» в Российской Федерации, из запланированных 76-ти было создано 32 диагностических центра. Кроме того, за счет средств местных бюджетов дополнительно организованы еще 12 центров и 11 детских консультативно-диагностических центров. На 1997 год в диагностических центрах выполнялось от 40 до 100 % компьютерных томографических и сонографических исследований, четверть нейрофизиологических исследований из общего числа диагностических тестов, проводимых в лечебно-профилактических учреждениях территорий. См.: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 ноября 1997 г. №336 «О совершенствовании деятельности диагностических центров».
131. Приказ Департамента здравоохранения Новосибирской области от 27 января 2006 г. №44 «О порядке оказания платных медицинских услуг в лечебно-профилактических учреждениях Новосибирской области».
132. Диагностика самого высокого уровня // Медицинская газета. URL: <http://www.mgzt.ru/article/1571>
133. Контрольно-счетная палата Воронежской области. Отчет о результатах проверки эффективности и целевого использования государственных средств в 2007–2008 годах Государственным учреждением здравоохранения «Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр». URL: <http://www.regionz.ru/index.php?ds=316972>
134. Например: Постановление Правительства РФ от 23 сентября 2002 г. №695 «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности».
135. Так, в обследованном нами г. Чистополе муниципальные власти требовали от филиала кожно-венерологического диспансера снизить плату за медосмотры работников школ и детских садов на том основании, что это также бюджетные учреждения.
136. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 апреля 2011 г. №302 н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда», вводится в действие с 1 января 2012 г.
137. В перечень обязательных для всех врачей входят профпатолог, терапевт, нарколог и психиатр.
138. На сайте клиники в качестве ее преимуществ заявлены: «Высококвалифицированные кадры, прошедшие обучение в клиниках НИИТО...» и «Возможность получения внеочередной углубленной высокотехнологичной диагностики, оперативного лечения с привлечением ресурса НИИТО при наличии медицинских показаний». URL: [http://niito-academ.ru/advantages\\_centrer.php](http://niito-academ.ru/advantages_centrer.php)
139. Официальный сайт Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева. URL: <http://www.bakulev.ru/tech/garment/index.php>
140. См. по этому поводу «Открытое письмо Президенту» на сайте «Живая Кубань». URL: <http://www.livekuban.ru/node/263133>
141. С.В. Шишкин. Неформальная оплата медицинской помощи // Remedium.ru. 18.09.2009. URL: [http://www.remedium.ru/section/detail.php?ID=29066&SHOWALL\\_1=1](http://www.remedium.ru/section/detail.php?ID=29066&SHOWALL_1=1)
142. Доля теневого сегмента на рынке медицинских услуг составила более 20% // РБК. Исследования рынков. 15.03.2011. URL: [http://marketing.rbc.ru/news\\_research/15/03/2011/562949979863834.shtml](http://marketing.rbc.ru/news_research/15/03/2011/562949979863834.shtml)
143. С.В. Шишкин. Неформальная оплата медицинской помощи // Remedium.ru. 18.09.2009. URL: [http://www.remedium.ru/section/detail.php?ID=29066&SHOWALL\\_1=1](http://www.remedium.ru/section/detail.php?ID=29066&SHOWALL_1=1)



144. И.М. Клямкин, Л.М. Тимофеев. Теневая Россия. Экономико-социологическое исследование. М.: РГГУ, 2000.
145. Согласно пресс-релизу министерства МВД Республики Татарстан, заместитель главного врача поликлиники с апреля по август 2011 года «с целью выполнения плана по посещению больных, от которого зависит получение премий, вносила заведомо ложные сведения в официальные документы – сводные счета-реестры медицинских услуг, оказанных лечебным учреждением». URL: [http://www.mvd.ru/news/show\\_97033](http://www.mvd.ru/news/show_97033)
146. См., например, исследование Независимого института социальной политики «Неформальные платежи за медицинскую помощь в России». М., 2002.
147. Доходы врача – дело рук самого врача // Эксперт. №9 (792), 05.03.2012. URL: <http://expert.ru/expert/2012/09/dohodyi-vracha-delo-ruk-samogo-vracha>
148. Очень иллюстративен в этом отношении оказался автовокзал Барнаула, столицы Алтайского края: рекламные щиты и баннеры на его платформах практически целиком заполнены информацией о частных клиниках и коммерческих медицинских услугах.
149. Доходы врача – дело рук самого врача // Эксперт. №9 (792), 05.03.2012. URL: <http://expert.ru/expert/2012/09/dohodyi-vracha-delo-ruk-samogo-vracha>.
150. А. Чирикова, С. Шишкин. Неформальные платежи в медицине: динамика институциональных изменений // URL: <http://www.socpolitika.ru/rus/conferences/9970/9998/10000/document10264.shtml>
151. Там же.
152. URL: [http://community.livejournal.com/doktor\\_killer/1521163.html?#cutid1](http://community.livejournal.com/doktor_killer/1521163.html?#cutid1). Сохранена орфография и пунктуация оригинала.
153. URL: [http://community.livejournal.com/doktor\\_killer/1464363.html](http://community.livejournal.com/doktor_killer/1464363.html)
154. Голикова назвала самые дефицитные медицинские специальности // Медновости.Ру, 25.03.2011. URL: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2011/03/25/rudocs/#commentsTop>. Орфография и пунктуация оригинала.
155. URL: [http://www.corrupcia.net/kickbutt/Zolotoe\\_dno\\_ili\\_O\\_tom\\_kto\\_i\\_s\\_103.html](http://www.corrupcia.net/kickbutt/Zolotoe_dno_ili_O_tom_kto_i_s_103.html)
156. Дело на НИИ трансплантологии завели по нарушениям 2006 – 08 гг. – Готье // РИА «Новости». 09.11.2010. URL: <http://www.rian.ru/society/20101109/294196255.html>
157. «За взятки» сняли директора МНТК «Микрохирургия глаза» // Комсомольская правда. 17.11.2011. URL: <http://msk.kp.ru/daily/25789.4/2772028>
158. «Надо решить, бюджетную или страховую модель мы хотим построить». Министр здравоохранения и социального развития Татьяна Голикова о рынках лекарств и медуслуг // Коммерсантъ-daily, №20 (4320), 05.02.2010. URL: <http://www.kommersant.ru/doc.aspx?DocsID=1315999>

#### СЕЛЬСКОЕ ЦЕЛИТЕЛЬСТВО. ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ

159. Федеральный закон от 22 июля 1993 г. №5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», статья 57 «Право на занятие народной медициной (целительством)».
160. Можно упомянуть коллективную монографию под редакцией Е.Р. Ярской-Смирновой «Традиционная медицина: политика и практика профессионализации», М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2011 г. В ней рассматриваются процессы институционализации традиционной медицины, интеграции официальной и альтернативной медицины на материалах экспертных интервью, проведенных в Москве, Сыктывкаре и Саратове. О.А.Волкова занималась исследованиями целителей в г. Балашове Саратовской области (См. «Целители как специфическая социальная группа» // Социологические исследования. №3. Март 2007. С. 86-88).
161. В частности, в данной работе использовались исследования К.К. Логинова в Карелии,

- М.В. Хаккарайнен – на Чукотке, А.Д. Порозовой – в Ульяновской области.
162. Цитаты из интервью далее по тексту выделены курсивом.
163. Логинов К.К. Колдуны Заонежья: истинные и мнимые // Мастер и художественная традиция Русского Севера (доклады III Международной научной конференции «Рябининские чтения-99»). Петрозаводск, 2000. С.182.
164. Хаккарайнен М.В. Лечащие специалисты в народной медицинской традиции поселка Марково (Чукотка) // Антропология, фольклористика, лингвистика. Вып. 1. СПб.: ЕУСПб., 2001. С. 88.
165. Порозова А.Д. Место традиционной народной медицины в современной жизни этноса (на примере Ульяновской области) // Современные наукоемкие технологии. 2006. №7. С. 61.
166. Знахарка В.А. Куроптева и ее знание // Полевые исследования студентов РГГУ: Этнология, фольклористика, лингвистика. М.: РГГУ, 2007. Вып. 2. С. 114-127. Цит. по URL: <http://cmb.rsuh.ru/article.html?id=57926>
167. Логинов К.К. Народные целители и колдуны у онежан и калганов: традиции и современность // Народные культуры Русского Севера: Материалы российско-финского симпозиума (3–4 июня 2001 года) / Отв. ред. Н. В. Дранникова. – Архангельск: Поморский государственный университет, 2002. URL: <http://folk.pomorsu.ru/index.php?page=open-source/26>
168. Логинов К.К. Указ.соч. URL: <http://folk.pomorsu.ru/index.php?page=open-source/26>
169. Волкова О.А. Указ.соч. С. 87.
170. Логинов К.К. Указ.соч. URL: <http://folk.pomorsu.ru/index.php?page=open-source/26>
171. Порозова А.Д. Указ.соч. С. 61.
172. Логинов К.К. Указ.соч. URL: <http://folk.pomorsu.ru/index.php?page=open-source/26>
173. Карагодина Е.Г. Таврический журнал психиатрии. 2001. №2. Цит по: Батенева Т. Как становятся экстрасенсами. Рациональное объяснение успеха целителей. URL: [www.inauka.ru/psychology/article39761.html](http://www.inauka.ru/psychology/article39761.html)
174. URL: <http://picumers.ru/b/gfjefd.html>
175. Не надо лезть в духовные помойки! 22.02.2005 // Православие и мир. URL: <http://www.pravmir.ru/ne-nado-lezt-v-duhovnyie-pomojki/>
176. Соколов И.И., Степанов В.В. Народная медицина – наука и традиционное знание. СПб.: Гидрометеиздат, 2001. 63 с. Цит. по URL: <http://www.russianlaw.net/law/variuos/innovations/a130/>
177. Приказ Министерства здравоохранения Пермского края от 12 января 2009 г. №3 «О порядке выдачи диплома целителя и осуществления деятельности лиц, получивших диплом целителя, на территории Пермского края».

#### ИНСТИТУТЫ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ В МАЛЫХ ГОРОДАХ РОССИИ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

178. В исследовании рассматривались в основном учреждения уровня центральной районной больницы или городской больницы в городском округе, а также их подразделения в сельской местности: участковые больницы, офисы врачей общей практики, врачебные амбулатории и фельдшерские акушерские пункты.
179. К числу агентов коммерческой медицины были также отнесены санаторно-курортные учреждения, оказывающие платные медицинские услуги, и частные медицинские специалисты, не имеющие юридических полномочий, но оказывающие платные услуги населению.
- Ленинградская область**
180. По данным на момент экспедиции, в 2011 г. планировалось открытие единого диспетчерского центра «Скорой помощи», оборудованного системой ГЛОНАСС.
181. Среди сотрудников больницы распространено чрезвычайно положительное мнение о



работе главного врача и его вкладе в развитие больницы, но он не успел реализовать все задуманные преобразования в системе здравоохранения района, так как умер в конце 2010 г. Однако о нем регулярно вспоминают сотрудники медицинских учреждений, своеобразный «культ личности» поддерживается его последователем, новым главным врачом Кировской ЦРБ.

182. Цели выявлялись экспертным методом с непосредственным участием главных врачей ЦРБ и экономистов районных администраций.

183. Село Винницы считается центром расселения вепского народа. В послевоенный период и до 90-х гг. доля вепсов в Винницах достигала 31 % населения. С 1987 г. в июне ежегодно проходит традиционный вепский фольклорный праздник-фестиваль «Древо жизни», на который собираются несколько тысяч человек из Ленинградской, Мурманской, Вологодской областей и Республики Карелия. В 1998 г. в селе был создан центр по возрождению исконных ремесел вепского народа.

184. «Больничные автобусы» – это «ноу-хау» Кировской ЦРБ с элементами сервиса и заботы о пациентах, с помощью которого сохраняется объем помощи населению при условии сокращения сельских ФАПов.

185. Во время нашего посещения Синявинского ФАПа фельдшер была на больничном. О работе ФАПа рассказывала пациентка и его постоянный посетитель, пожилая женщина.

186. См. Решение Совета депутатов муниципального образования «Подпорожский муниципальный район Ленинградской области» второго созыва от 03 мая 2011 года №136 «Об установлении денежных выплат медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов МБУЗ «Подпорожская ЦРБ», не имеющих лицензии».

187. В исследованных поселениях Подпорожского района (г. Вознесенское, пос. Курпово, пос. Красный Бор, пос. Винницы и др.) представителей частного здравоохранения не оказалось.

188. С 2011 г. государством субсидируется нахождение пожилых людей в стационаре только в течение 2 месяцев в году на 1 человека. Если пожилой человек или его родственники платежеспособны, он может находиться в центре платно за 12,5 тыс. руб. в месяц.

189. См. Решение Совета депутатов муниципального образования Кировский муниципальный район Ленинградской области от 23 марта 2011 года №15 «Об утверждении тарифов на сверхгарантированные и дополнительные социальные услуги, предоставляемые муниципальным автономным учреждением «Комплексный центр социального обслуживания населения» муниципального образования Кировский муниципальный район Ленинградской области».

#### Костромская область

190. В связи со спецификой части экспедиционных поездок в Костромскую область с целью получения информации о функционировании лечебно-профилактических и санаторных учреждений – проживание и лечение в санатории без санаторно-курортных карт с учетом соблюдения статуса «инкогнито», – информация была получена посредством наивного наблюдения, изучения объявлений, стендов, книги отзывов, книги санитарно-технического состояния жилого корпуса, проведения неформальных бесед с персоналом санатория, отдыхающими и местными жителями.

191. В перечень льготных категорий граждан для прохождения медицинских осмотров бесплатно входят: инвалиды и участники всех войн, участники ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, дети и учащиеся до 18 лет, беременные женщины, состоящие на учете в женской консультации МУЗ «Галичская горбольница», дети-сироты, инвалиды 1–3 групп по общему заболеванию (жители г. Галича и Галичского района).

192. Экстренная медицинская помощь осуществляется бесплатно.

193. Жена редактора – врач в терапевтическом отделении, ранее заведовала детским отделением в ЦРБ. В связи с этим можно предположить, что к ее мужу-пациенту было особенное отношение со стороны медицинского персонала.

194. Страховые компании проверяют работу Солигаличской ЦРБ в среднем два раза в год. Штрафы выставляются не только за правильность заполнения документов и выполнение стандартов оказания медицинской помощи, но и за «лишних» стационарных больных (сверх плана по койко-дням, установленного ТФОМС).

195. Из статьи «Маммографический комплекс действует» в газете «Северная правда» №3 за 18 января 2012 г.

196. См. Федеральный закон от 19.06.2000 №82-ФЗ (в редакции Федерального закона РФ от 1 июня 2011 г. №106-ФЗ)

197. Согласно Постановлению Губернатора Костромской области от 28 января 2010 г. №9 «Об утверждении целевых значений показателей и нормативов, необходимых для расчета неэффективных расходов местных бюджетов городских округов и муниципальных районов Костромской области.

198. Номенклатура работ и услуг: Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе в условиях дневного стационара и стационара на дому по специальности неврология (шифр 03.020).

199. При сборе информации о деятельности данного учреждения использовался метод «включенного наблюдения».

200. Из статьи «Вторая жизнь Санатория «Костромской» в газете Федерации организаций профсоюзов Костромской области «Трудовая слобода». №1 (66) за январь 2012 г.

201. Из статьи А.П. Бородина в газете «Московские Ведомости» №130 за 3 июля 1858 г.

202. В некоторых поселениях газет о здоровом образе жизни, содержащих рецепты народной медицины, нет в открытой продаже в почтовых отделениях из-за большого спроса, поэтому нередко на них оформляют подписку.

203. На сегодняшний день компьютер и Интернет есть у 50-60 % населения малых городов, но значительно меньше – у сельских жителей.

204. Из статьи «100 мнений» в газете «Костромские ведомости» №2 за 23 января 2012 г.

205. Количество медицинского персонала в Солигаличском социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних неизвестно.

206. Несколько лет назад был закрыт («оптимизирован») детский приют. Часть бывших сотрудников до сих пор стоят на бирже труда. Правда, по словам директора КЦСОН, сотрудников приюта, в том числе медицинских, было больше, чем самих детей.

207. На вопрос о взаимодействии с региональными учреждениями здравоохранения или чиновниками главные врачи обычно отвечают, что в Кострому выезжают крайне редко, например «для участия в фармацевтических семинарах». Таким образом, региональная столица даже не ассоциируется с какими-либо совещаниями по вопросам здравоохранения.

#### Алтайский край

208. В соответствии с прејскурантами ТФОМС Алтайского края от 26.11.2008 г. и 13.01.2009 г.

209. В соответствии с Постановлением Правительства РФ №27 от 13.01.1996 г. «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».

210. См. Приложение к Постановлению Администрации Алтайского края от 30 марта 2011. №154.

211. См. Постановление Администрации Алтайского края от 24.06.2011 №351 «О реализации постановления Правительства Российской Федерации от 07.02.2011 №60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помо-

щи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации».

212. Из статьи «Социальная поддержка – инвестиции в будущее» в краевой массовой газете «Алтайская правда» №194 (27612). 2 июля 2011 г.

213. Из статьи «Началась масштабная реформа» в краевом информационно-аналитическом журнале «Местное самоуправление на Алтае» №1–2 (32–33). 2011 г.

214. Из статьи «Перемены к лучшему» в краевой массовой газете «Алтайская правда» №194 (27612). 2 июля 2011 г.

215. Жители района сами выбирали объект для строительства по программе «75 х 75», исходя из его первоочередной социальной значимости для поселения.

216. Губернаторская программа «75 х 75», приуроченная к 75-летию юбилею Алтайского края, предполагает строительство или реконструкцию 75 социально значимых объектов региона (по одному в каждом сельском районе, три в краевом центре, по два в городах Бийске и Рубцовске), из которых 25 объектов относятся к системе здравоохранения.

217. Из числа страховых компаний, работающих на территории Алтайского края, лишь 7 пожелали участвовать в системе обязательного медицинского страхования, и в начале 2011 г. все лечебно-профилактические учреждения должны были заключить договоры с каждой из этих 7 страховых компаний.

218. Жители пос. Покровки могут проходить ежегодное обследование и получить консультацию узких медицинских специалистов в рамках Федеральной космической программы в пос. Сентелеке.

219. Общественно-политическая газета «Животновод Алтай», тираж 2300 экземпляров, периодичность – 2 раза в неделю, учредители – Администрация Чарышского муниципального района.

220. Например, в Барнауле работает Межгалактический энергоинформационный центр А. А. Сусликовой (лучший целитель III тысячелетия, энергоинформационный межгалактический учитель, принимает и владеет энергиями Вселенных, Галактик, Межгалактик, Мирозданий, знаток энергоинформационных волн Эры Водолея, новых энергий века, порталов Земли, Галактик, Вселенных и Мирозданий, владеет энергоинформационными и межпланетными языками и пр.).

221. Один из крупнейших частных медицинских центров в Алтайском крае, победитель открытого конкурса «Лучший Медицинский центр» в 2010 и 2011 годах. URL: <http://www.gooddoctors.ru>

222. Центр восстановительной медицины и реабилитации «Пигмалион» является лечебно-диагностической базой кафедры неврологии Алтайского Государственного Медицинского университета. URL: <http://www.pigmalion-center.ru>

223. Например, в районной газете «Животновод Алтай» (учредители – Администрация Чарышского муниципального района, тираж 2300 экз., выходит два раза в неделю) ведется постоянная рубрика «Здоровый образ жизни».

224. См. обсуждения на Международном портале «Звонящие кедры России. Фонд Анастасия», URL: [http://forum.anastasia.ru/topic\\_44126\\_30.html](http://forum.anastasia.ru/topic_44126_30.html)

225. Среди основных ветеринарных услуг – введение лекарственных средств, вакцинации, инъекции, кастрация, помощь при родах, выдача ветеринарного паспорта на подворье (стоимость услуг от 40 до 500 руб.).

226. Примечательно, что именно в пос. Покровке травничество популярно настолько, что это проявляется в общественной жизни села. К примеру, в программе празднования Дня Ивана Купалы в сельском доме культуры запланированы ботанические загадки и викторина «Иван-травник».

227. Сотрудничество с фармацевтическими компаниями на уровне центральных районных больниц практически отсутствует. Конференции, устраиваемые фармацевтами в крупных городах, воспринимаются скорее как полезные лекции, однако, по словам руководителя Косинской ЦРБ, врачи зачастую привозят с подобных мероприятий рекламную продукцию фармацевтических компаний с их символикой (ручки, блокноты и пр.).

228. См. обсуждение темы «Мнение жителя села Косы» на форуме Косинского района Пермского края, URL: <http://kosa.my1.ru/publ/3-1-0-9>

229. См. правила уборки и содержания помещений в лечебно-профилактических учреждениях в нормативных правовых документах и санитарно-эпидемиологических правилах и нормах, например СНиП II-69-78, ч. II, гл. 69 «Лечебно-профилактические учреждения», СанПиН №5179-90 «Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров».

230. Люди с девиантным поведением (алкоголики, наркоманы и др.) встречаются везде. В малых городах и селах они мало отличаются от обычных малоимущих скромно одетых местных жителей. Однако в Косе мы встретили много людей, которые выглядят как типичные обитатели «социального дна».

231. См. обсуждение темы «Чугаевский беспредел» на форуме Косинского района Пермского края, URL: <http://kosa.my1.ru/publ/4-1-0-10>

232. В объявлении «Суррогатам – нет!», расклеенном на улицах пос. Косы, также сказано: «Потребительская кооперация Пермской области серьезно обеспокоена сложившейся ситуацией с проникновением на продовольственный рынок области продукции «двойного назначения» – дешевых спиртосодержащих жидкостей. Употребление подобной продукции оказывает существенное влияние на продолжительность жизни наших граждан, подрывает физическое и духовное здоровье будущих поколений. Реализация алкогольных «суррогатов» – это смертельные отравления <...> В прошлом году от отравления такой продукцией умерли более 1500 пермяков. За четыре месяца текущего года погибли уже 600 человек. Осознавая ответственность за жизнь и здоровье жителей нашего региона, берем на себя обязательство исключить на подконтрольных торговых площадях реализацию продукции «двойного назначения». Призываем всех добросовестных граждан поддержать нашу инициативу и пресекать все факты реализации суррогатов в Вашем населенном пункте».

233. Минимальный размер оплаты труда в 2012 г. составил 4611 рублей (устанавливается Федеральным законом от 19.06.2000 №82-ФЗ «О минимальном размере оплаты труда»).

234. На официальном сайте Чердынской ЦРБ (URL: <http://www.crbcherdyn.com>) информация о мощности ЛПУ, в том числе о коечном фонде и штате медицинских специалистов, отсутствует.

235. См. публикацию о реконструкции хирургического отделения Чердынской ЦРБ за 04.12.2008 г. на сайте «Развитие человеческого потенциала Пермского края», URL: <http://human.permkrai.ru/news/2008/12/04/2481>

236. Из статьи «Врачебная тайна. Чердынская районная больница осталась без лицензии» в издании «Российская газета – Неделя: Пермский край», №4915 от 21 мая 2009 г. URL: <http://www.rg.ru/2009/05/21/reg-permkray/cherdin-bolnica.html>

237. Известно, что сотрудники Чердынской ЦРБ обратились в местную прокуратуру с просьбой разобраться, не нарушены ли их права при сокращении им заработной платы в период отсутствия у больницы лицензии до 2/3 от уставленных окладов или фонда оплаты труда. Возможно, это обращение было частично связано с тем, что медицинские специалисты продолжали работать в прежнем режиме.

238. В структуре больницы на должности заведующего поликлиникой работал однофамилец или брат бывшего главного врача ЦРБ. После увольнения главного врача заведующий поликлиникой не сменился.

239. Тема чувовских взрывов активно обсуждается в Интернете, например на сайте Пермского форума Teron. URL: <http://teron.ru/index.php?showtopic=136820&st=0>. В частности, из информации, предоставленной участниками форума, следует, что до 1970-х годов пос. Чувовской, вблизи которого были взрывы, считался довольно крупным, там располагались речной порт, станция узкоколейной железной дороги, аэропорт и зона, рассчитанная на несколько тысяч заключенных. Однако поселок окончательно опустел лишь после закрытия зоны в 2005 году.

240. Проект «Тайга» в Чердынском районе был частью проекта по переброске северных рек и предполагал объединить в одну систему бассейны рек Печоры и Камы, создав таким образом два водохранилища. В верховьях Печоры были запланированы работы по рытью магистрального канала до реки Колвы, а рядом с Усть-Воей – работы по строительству плотины высотой 100 м и длиной 12 км. В конце 1960-х годов по руслу предполагаемого канала даже водили туристов, маршрут назывался «По дну будущего водохранилища». Ядерные взрывы в Пермском крае также производились на территории Красновишерского и Осинского районов.

241. Официальный сайт Чердынской ЦРБ находится по адресу URL: <http://www.crbcherdun.com>

242. О работе Центральной больницы при исправительной колонии ОИК-11 для осужденных нам рассказывали гражданские медицинские специалисты в Ныробе, знакомые с врачами, работающими в больнице при зоне. Интервьюирование специалистов, работающих в закрытом учреждении здравоохранения, было невозможно в силу отсутствия на то специальных разрешений и документов.

243. Сложно оценить величину или мощность поликлиники, не зная, какое количество пациентов к ней приписано. Несмотря на открытость медперсонала, узнать о количестве ведомственных сотрудников, прикрепленных к кизеловской поликлинике ФГУ ОИУ №1 ГУФСИН по Пермскому краю, а также о количестве осужденных не удалось.

244. Риск заражения и заболевания повышается при длительных и регулярных контактах с больными туберкулезом на фоне ослабленного иммунитета, однако наиболее опасной является именно открытая форма туберкулеза, закрытая форма в основном не опасна для окружающих.

245. Программа ProMed предназначена исключительно для централизованной записи на прием и выполняет функции электронной регистратуры.

246. Свою активную позицию главный врач объясняет тем, что ему безразлична судьба сельского здравоохранения, а работа в Центрально-Коспашской поликлинике дает возможность реализовывать свои идеи на практике.

247. Информация о состоянии здоровья жителей района представлена в Программе социально-экономического развития Кизеловского муниципального района Пермского края на 2011–2013 годы на сайте города Кизел, URL: <http://www.kizel.ru/files/2011-2013.htm>

248. Сроки ожидания плановых медицинских услуг указаны в п.п. 1.2.1 и 1.4 раздела 5 Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, утвержденной Законом Пермского края от 02.12.2010 г. №713-пк «О программе государственных гарантий оказания населению Пермского края бесплатных видов медицинской помощи на 2011 год».

249. Речь идет о комплексных проблемах, когда, к примеру, государственные нормативные правовые акты составляются без учета масштаба и принципиальных географических, экономических, социальных и культурных различий территорий, ориентируясь на некий

усредненный российский город, в котором предлагаемые преобразования будут необходимы и полезны (иными словами, «одной рукой – лечит, а второй – калечит»).

250. Косинский район – один из немногих, где в ФАПах остались ставки акушера и санитаря. Во многих регионах штатное расписание ФАПа состоит из одного фельдшера, который выполняет всю работу самостоятельно. В косинских ФАПах акушерки наблюдают беременных и при необходимости сопровождают рожениц до роддома на машине «скорой помощи».

251. См. п. 3.1. гл. VI Санитарно-эпидемиологических требований к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, утвержденных Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 18.05.2010 г. №58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10».

252. Действительно, санитарно-эпидемиологические требования к зданиям, оборудованию и эксплуатации фельдшерско-акушерских пунктов и амбулаторий ставят под угрозу закрытия большинство сельских медицинских учреждений. Не исключено, что новые требования формулировались таким образом, чтобы при необходимости проведения «оптимизации» структуры сельских ЛПУ можно было без особого труда прикрыть или упразднить любой нерентабельный ФАП.

253. О существующей проблеме, связанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями и отсутствием надлежащей диагностики, свидетельствуют объявления, развешенные в нескольких сельских лечебно-профилактических учреждениях Чердынского района о «горячем телефоне» Пермского Института сердца, по которому специалисты отвечают на вопросы, касающиеся лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

254. Любопытно, что заведующая врачебной амбулаторией (бывший главный врач Верх-Язьвинской участковой больницы) живет в самом хорошем доме в поселке (новый двухэтажный кирпичный коттедж), что наводит многих жителей на размышления по поводу достатка семьи или ее честности.

255. В ходе полевых исследований в Чайковском муниципальном районе информация о сельских медицинских учреждениях была получена только со слов жителей города и медицинских работников Чайковской центральной городской больницы.

256. Зубопротезный кабинет расположен в шаговой доступности от ЦРБ. Выглядит несколько потрепанно, со старым оборудованием, однако из-за отсутствия какой-либо конкуренции пациентов здесь хватает.

257. Многие местные жители недовольны качеством стоматологических услуг в муниципальной поликлинике, поэтому в отсутствие частных стоматологических кабинетов в Красновишерске обеспеченные жители направляются в г. Соликамск, где за лечение кариеса, по словам одной пациентки, нужно заплатить в среднем около 2 тыс. рублей.

258. В Чердынской межпоселенческой библиотеке по этой причине начали апробировать новые формы проведения просветительских и агитационных мероприятий: мониторинг общественного мнения, создание и распространение социальной рекламы, флешмобы, интерактивные выставки, – все о здоровом образе жизни для детей в возрасте до 18 лет.

259. Аптека ООО «Реон» в г. Чердыни является частью большой аптечной сети, чьи филиалы расположены во многих регионах России.

260. См. Отраслевой стандарт 91500.05.0007-2003 «Правила отпуска (реализации) лекарственных средств в аптечных организациях. Основные положения», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2003 №80.

261. За проживание в Соликамском доме-интернате для престарелых и инвалидов в пос. Покче граждане пожилого возраста и инвалиды перечисляют на счет учреждения свои пенсии: 75 % – уходит за содержание и обслуживание, 25 % – выдается «на руки» или перечисляется на счет пенсионера. Помимо штатного медицинского персонала, пожилых людей,

находящихся с доме-интернате, обслуживают врачи Чердынской районной больницы, которые приезжают в Покчинский филиал раз в месяц.

### Ивановская область

262. Эта глава подготовлена в соавторстве с Артемием Позаненко.
263. Региональные программы модернизации здравоохранения предусматривают развертывание 3800 домашних хозяйств в населенных пунктах с численностью населения менее 100 человек. Домовое хозяйство – это жилой дом, в котором хранится аптечка с необходимым набором медикаментов для оказания первой медицинской помощи. Каждое домовое хозяйство в обязательном порядке должно быть обеспечено средствами связи для незамедлительного вызова медиков-профессионалов при необходимости.
264. В Программе модернизации здравоохранения Ивановской области содержится краткая информация о создании домашних хозяйств: «В целях достижения максимального приближения первой помощи сельскому населению в малонаселенных пунктах с числом жителей менее 100 человек (где нет ФАПов) планируется определение домовых хозяйств, в которых будут определены ответственные лица, на которые будут возложены функции оказания первой помощи (само- и взаимопомощь)».
265. По словам бывшего нарколога Южской ЦРБ, многие сотрудники исправительных учреждений спиваются – в свое время некоторые из них анонимно лечились у него частным образом. В своей больнице они этого делать не могли, поскольку личное дело должно быть «чистым», иначе им грозило бы увольнение.
266. Из статьи С. Аршиной «Главное – обеспечить качественную медицинскую помощь» в общественно-политической газете Южского района «Светлый путь». URL: <http://uzgaze.ru/?p=1672>
267. Отделение санавиации входит в структуру областной больницы. В ночные смены в санавиации дежурят 5 хирургов на всю область. С недавнего времени врачи санавиации в Ивановской области передвигаются на автомобилях.
268. Из статьи «В Палехской ЦРБ установлено новое рентгеновское оборудование на сумму 9 млн рублей», – портал «Мое ИВАНОВО», URL: <http://my-ivanovo.ru/ivanovo-news/>
269. Из статьи: «Для главврача Палехской ЦРБ штраф вырос в 40 раз». URL: [http://paleh.ivplaneta.ru/index.php?p=news&news\\_id=22429&npage=2](http://paleh.ivplaneta.ru/index.php?p=news&news_id=22429&npage=2)
270. Из статьи: «Главных врачей ждут кадровые выводы», – портал «Частник.ру». В статье также сказано, что межведомственная комиссия по итогам проведенных внеплановых проверок обратила внимание глав муниципальных образований на необходимость приведения должностных окладов и стимулирующих выплат главным врачам и их заместителям в соответствие с типовым положением об оплате труда, а также кадровых выводов в отношении главных врачей. URL: <http://www.chastnik.mobi/print.php?id=590608>
271. Из статьи О. Ступина «Будем рожать с комфортом» в газете «Родниковский рабочий», №96 от 13 декабря 2011 г.
272. Межрайонное акушерское отделение было открыто в конце 2011 года после капитального ремонта в рамках Программы модернизации здравоохранения Ивановской области. Здание, построенное в 1938 году, проходило капитальный ремонт лишь в 1986 году.
273. См. Закон Ивановской области от 9 января 2007 года №9-ОЗ «Об областной целевой программе «Строительство (реконструкция) и оснащение офисов врачей общей практики в Ивановской области» на 2007–2009 годы» (утратил силу с 1 января 2009 года на основании Закона Ивановской области от 3 декабря 2008 года №198-ОЗ).
274. Из статьи Т. Чураенко: «Второе дыхание сельского здравоохранения», – портал российского врача «Медицинский вестник». URL: <http://medvestnik.ru/2/0/22927/view.html>

275. См. Постановление Правительства Ивановской области от 15.10.2008 №270-п «О распределении и порядке расходования субсидий, выделяемых бюджетам муниципальных районов Ивановской области на капитальный ремонт вновь создаваемых офисов врачей общей практики в Ивановской области в 2009–2011 годах».
276. См. Указ Президента Российской Федерации от 16.09.2001 №1142 «О награждении государственными наградами Российской Федерации».
277. См. Постановление Главы Администрации муниципального образования «Родниковский муниципальный район» Ивановской области от 18 июня 2010 г. №519 «Об утверждении порядка расходования субсидии, полученной из областного бюджета, на укрепление материально-технической базы МУЗ «Родниковская ЦРБ» в 2010 году».
278. Из публикации о больничном храме на портале «Религаре», URL: [http://www.religare.ru/50\\_24476.html](http://www.religare.ru/50_24476.html)
279. По мнению заместителя начальника Департамента здравоохранения Ивановской области, этот факт свидетельствует о недостатке профилактической работы среди молодежи и необходимости уделять больше внимания их досуговой деятельности. См. статью «В Родниковском муниципальном районе состоялся День Общественной палаты Ивановской области», URL: <http://www.opiv.ru/info/news/4737/>
280. См. Постановление администрации муниципального образования «Родниковский муниципальный район» от 24.11.2009 г. №638 «Об утверждении районной долгосрочной целевой программы «Социально-экономическая поддержка молодых специалистов социальной сферы Родниковского муниципального района на 2010–2012 годы».
281. Первое «показательное» вручение сертификатов на 1 млн рублей состоялось в марте 2012 года в Ивановской государственной медицинской академии. Клинические интерны и ординаторы ИГМА, переехавшие работать в сельскую местность, получили сертификаты из рук руководителей Ивановской области. По сообщениям ивановских СМИ, ряд молодых специалистов также получили ключи от квартир.
282. В суде доказано совершение врачом 4 эпизодов служебного подлога и 6 эпизодов получения взятки должностным лицом за незаконные действия. За сумму от 200 до 500 руб. врач оформлял листки нетрудоспособности, а также продлевал их. Суд назначил наказание в виде 5 лет лишения свободы с применением четырехлетнего условного испытательного срока и лишением права заниматься врачебной деятельностью сроком на 1 год и 6 месяцев.
283. Из статьи С. Ларина «Будьте здоровы! Остальное приложится» в газете «Родниковский рабочий», №29 от 10 апреля 2012 г.
284. Основатель ботанического сада в родниковском диспансере – А.А. Салеев, вернувшийся в Родники после Великой Отечественной войны майором медицинской службы, где стал главным врачом диспансера, защитил докторскую диссертацию и остался руководителем районного диспансера на долгие годы. URL: <http://www.saleev.rodniki.ru/index.php?p=index>
285. Домовые хозяйства в Ивановской области создавались исходя из двух критериев: численность населения в удаленном населенном пункте должно быть не менее 30 чел., удаленность поселения от учреждения здравоохранения (ЦРБ) или его обособленного подразделения, предназначенного для оказания медицинской помощи и лечения, должна составлять не менее 5 км.
286. В соответствии с ч. 2 ст. 19.1 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. №5487-1 первая помощь оказывается до оказания медицинской помощи при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными ее оказывать по закону или по специальному правилу и имеющими соответствующую подготовку (сотрудниками органов



внутренних дел РФ, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб, водителями транспортных средств и другими лицами).

287. См. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2010 г. №353н «О первой помощи».

288. См. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 августа 2011 г. №907н «Об утверждении требований к комплектации изделиями медицинского назначения укладки для оказания первой помощи в сельских поселениях лицами, имеющими соответствующую подготовку».

289. Из статьи С. Ларина «Как в нашем районе выполняется программа модернизации здравоохранения» в газете «Родниковский рабочий», №83 от 25 октября 2011 г.

290. Во время поездки в пос. Скрылово магазин был временно закрыт из-за перебоев с доставкой дров, и удостовериться в том, что там продаются медикаменты, не удалось.

291. Из статьи О. Ступиной «Деревенская скорая помощь» в газете «Родниковский рабочий», №86 от 8 ноября 2011 г.

292. Телятник СПК им. Фрунзе находится в 1,5 км от села, и в течение рабочего дня заведующая домовым хозяйством бывает там несколько раз по полтора-два часа, поэтому на длительный срок от своего поста первой помощи она не отлучается.

293. По рассказам южского врача-нарколога в пос. Глушицах живут 7 самогонщиков, которые продают самогон и спаивают всю деревню. Остальные жители зарабатывают ловлей рыбы, а заработок также пропивают.

294. См. обсуждение темы «Алкогольный делирий. Руководство пользователя» на форуме Родниковской ЦРБ. URL: <http://www.rodniki-hospital.ru/viewforum.aspx?tema=11>

295. Из статьи «День Семьи, любви и верности в центральной районной больнице г. Шуя» на сайте Иваново-Вознесенской и Кинешемской епархий Русской Православной Церкви. URL: [http://iv-eparhya.blogspot.com/2011/07/blog-post\\_5812.html](http://iv-eparhya.blogspot.com/2011/07/blog-post_5812.html)

### Саратовская область

296. См. сообщение «В Саратовской области будет создано единое информационное пространство для учреждений здравоохранения» на официальном сайте Министерства связи и массовых коммуникаций РФ. URL: [http://minsvyaz.ru/ru/monitoring/index.php?id\\_4=43017](http://minsvyaz.ru/ru/monitoring/index.php?id_4=43017).

297. Объем оказываемых платных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения всегда ограничен регулятором, поэтому частный сателлитный медицинский центр, расположенный в шаговой доступности от государственной больницы, является хорошим способом заработать дополнительные средства, при условии обеспечения непрерывного потока пациентов, вплоть до направления в частный центр за дополнительными анализами и проч.

298. «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Базарно-Карабулакском районе на 2011–2013 гг.», «Онкология на 2011–2013 гг.», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии на 2011–2013 гг.», «Неотложные меры борьбы с распространением инфекции передаваемых половым путем на 2011–2013 гг.», «АНТИВИЧ СПИД на 2011–2013 гг.», «Вакцинопрофилактика на 2011–2013 гг.», «Сахарный диабет 2011–2013 гг.», «Улучшение демографической ситуации в Базарно-Карабулакском районе» на 2011–2013 гг.» и проч.

299. О напряженной криминальной обстановке в Базарном Карабулаке и коррупционных сетях, в которых задействованы все структуры районной власти, пишут на форумах района и области. URL: <http://bkarabulak.borda.ru/?0-16>

300. Отношение местных жителей к современному государственному здравоохранению сопоставимо с аналогичным отношением в период формирования первых земских боль-

ниц, хотя уровень оснащения и штатная численность медицинских специалистов за 100 лет увеличились в несколько десятков раз. Так, в краткой исторической справке Базарного Карабулака говорится, что дела с медициной обстояли неважно: первая земская больница была организована здесь в 1898 году, ею заведовал хирург, а в штате состояли всего 2-3 врача и 4-5 фельдшеров. Общая социальная картина Базарного Карабулака дополнялась большим количеством питейных заведений и увлечением кулачными боями.

301. По словам бывшей медсестры участковой больницы, закрытие медицинского учреждения произошло в течение короткого времени: «Персонал не был предупрежден о закрытии больницы, приставы в течение 15 минут опечатали здание и выгнали всех на улицу».

302. Из статьи «Психоневрологический интернат в Хватовке – лучший!» в Базарно-Карабулакской районной газете «Вестник района» №4 за 16.01.2010 г. URL: <http://www.saratov-media.ru/news.php?idnews=10812>

303. Парамедик (англ. paramedic) – термин, используемый преимущественно в США: изначально медик спасательных подразделений, а впоследствии специалист со средним медицинским образованием, работающий в службе скорой медицинской помощи и обладающий навыками оказания экстренной медицинской помощи на доклиническом этапе (первая доврачебная медицинская помощь). В русском языке термину «парамедик» соответствует термин «фельдшер».

304. Из статьи «В Саратовской области могут появиться парамедики» на Портале российского врача «Медицинский вестник». URL: <http://medvestnik.ru/1/1/37039.html>

305. Информация об исследовании и его результатах записана со слов автора и одного из руководителей исследования О. Ю. Добровой.



## ОБ АВТОРАХ

**Кордонский Симон Гдальевич** (1944 г. р.) – заведующий кафедрой местного самоуправления НИУ ВШЭ, научный руководитель Фонда поддержки социальных исследований «Хамовники». Окончил биолого-почвенный факультет Томского государственного университета. Кандидат философских наук.

**Крашенинникова Юлия Александровна** (1977 г. р.) – эксперт лаборатории муниципального управления НИУ ВШЭ. Окончила историко-политологический факультет Пермского государственного университета, российско-британскую магистратуру Московской высшей школы социальных и экономических наук. Кандидат исторических наук.

**Колонута Анна Евгеньевна** (1976 г. р.) – внештатный аналитик лаборатории муниципального управления НИУ ВШЭ. Окончила социологический факультет Московского государственного университета.

**Тукаева Анор Рашитовна** (1984 г. р.) – аналитик лаборатории муниципального управления НИУ ВШЭ. Окончила магистратуру факультета государственного и муниципального управления НИУ ВШЭ.

**Позаненко Артемий Алексеевич** (1988 г. р.) – аналитик лаборатории муниципального управления НИУ ВШЭ, аспирант кафедры местного самоуправления НИУ ВШЭ. Окончил факультет государственного и муниципального управления НИУ ВШЭ.

**Кошкарлова Ирина Витальевна** (1958 г. р.) – научный редактор сборника. Кандидат медицинских наук, окончила ЛПМИ. Работала в практическом здравоохранении, а также в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Долгое время являлась внешним экспертом Фонда содействия развитию науки, образования и медицины.

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>От редактора</i> . . . . .	3
О программе исследований системы поддержания здоровья в России . . . . .	7
С. Г. Кордонский. Онтологии феномена «здоровье» . . . . .	13
Ю. А. Крашенинникова. Корпорации в системе поддержания здоровья . . . . .	33
А. Е. Колонута. Сельское целительство. Опыт наблюдения . . . . .	140
А. Р. Тукаева. Институты поддержания здоровья в малых городах России и сельской местности: <i>материалы полевых исследований</i> . . . . .	162
<i>Примечания</i> . . . . .	374
<i>Об авторах</i> . . . . .	398

**СИСТЕМА ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ**  
*Сборник статей и материалов полевых исследований*  
*под ред. И. В. Кошкаровой*

---

Подписано в печать 26.10.2012  
Формат 60 x 90/16. Бумага офсетная  
Гарнитура Charter. Печать офсетная  
25 печ. л. Тираж 500 экз.

---

ООО «СТРАНА ОЗ»  
101000, Москва, ул. Покровка, дом 1/13/6, стр. 2, офис 35  
Тел.: +7(495)755-69-36 e-mail: info@land-oz.ru

---

*Отпечатано в ООО «Чебоксарская типография № 1»*  
*Заказ 489/1500/ОП*