
ОБЩЕСТВО И ЧЕЛОВЕК

Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений¹

А.Е. ЧИРИКОВА*, С.В. ШИШКИН**

***Чирикова Алла Евгеньевна** – главный научный сотрудник, Институт социологии РАН. Адрес: 117218, Москва, ул. Кржижановского д.24/35, стр.5. E-mail: chirikova_a@mail.ru.

****Шишкин Сергей Владимирович** – научный руководитель, Институт экономики здравоохранения, НИУ ВШЭ. Адрес: 101000, Москва, Мясницкая ул., д. 20. E-mail: shishkin@hse.ru.

В статье на основе данных глубинных интервью с врачами рассматриваются изменения, происходящие в последние годы в отношениях между российскими врачами и пациентами по поводу выбора проводимого лечения и его неформальной оплаты. Главными направлениями этих изменений выступают: усиление требовательности пациентов к врачам и связанный с этим рост напряженности в отношениях между ними; формирование новой модели отношений – информированного согласия, которая означает совместное принятие решений о выборе методов лечения и предполагает иной баланс ответственности между гражданами и медиками за уровень индивидуального здоровья, чем при традиционном патерналистском типе их взаимодействия.

В практиках неформальной оплаты медицинской помощи качественных изменений с институциональной точки зрения не наблюдается. Но заметны изменения в отношении врачебного сообщества к этим практикам: врачи и руководители медицинских учреждений открыто признают оправданность получения денег от пациентов в тех случаях, когда это иницируется самим пациентом.

Ключевые слова: российское здравоохранение, отношения врачей и пациентов, информированное согласие, совместное принятие решений врачом и пациентом, неформальные платежи

¹ В статье представлены результаты исследования, выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» в 2012 г.

Введение

Состояние российского здравоохранения, его социально-экономические проблемы привлекают растущее внимание граждан, средств массовой информации, экспертного сообщества, исследователей. В центре этого проблемного поля – взаимодействие пациентов с врачами. В широком спектре разных составляющих этого процесса (клинических, деонтологических, правовых, социальных, экономических) особую значимость в настоящее время приобретает рассмотрение двух типов отношений между врачами и пациентами: 1) отношений по поводу выбора/определения содержания лечения и 2) отношений по поводу оплаты лечения пациентами.

Эта значимость определяется тем, что в последнее десятилетие очевиден рост запросов и ожиданий граждан к качеству предлагаемого им лечения, а реальная практика оказания медицинской помощи зачастую им не соответствует. Сильную обеспокоенность в обществе вызывают практики неформальной оплаты услуг врачей, находящиеся в явном противоречии с декларируемыми гарантиями бесплатного оказания медицинской помощи.

В изучении этих проблем уже накоплен значительный опыт [Силуянова 1997; Силуянова 2006; Татарников 2002; Римашевская 2003; Журавлева 2004; Лалис 2004; Ефименко 2003; Ефименко 2007; Шишкин, Бесстремьянная, Красильникова, Овчарова, Чернец, Чирикова, Шилова 2004; Тарасенко 2012; Григорьева, Гриб, Вахнина 2012; Шилова 2012 и др.]. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что практики взаимодействия врачей и пациентов в последние годы заметно меняются, но при этом явно ощущается недостаток эмпирических исследований и данных для получения доказательных выводов о направлениях происходящих изменений. Так, например, очень спорными оказываются взгляды исследователей на общий конфликтный фон взаимодействия между врачом и пациентом и на его изменения во временной перспективе, на оптимальные модели отношений врач-больной [Болучевская, Павлюкова, Сергеева 2011].

Правильное понимание российских реалий не возможно без соотнесения с результатами зарубежных исследований участия пациентов в принятии решений о выборе лечения. Особое внимание здесь привлекает концепция информированного согласия, активно отстаиваемая в западной научной литературе прежде всего с этических позиций [Faden, Beauchamp 1986], суть которой состоит в том, что традиционный патернализм в отношениях между врачом и пациентом уступает место новой парадигме отношений, в которой врач перестает играть роль «отца» пациента, единолично определяющего, что пациенту во благо и несущего полную ответственность за этот выбор, и превращается в советчика, консультанта пациента в выборе лечения. Он предоставляет пациенту полную информацию о заболевании и возможных методах лечения, а за пациентом остается право выбора медицинского вмешательства. И даже если мнение пациента оказывается иным, чем выводы врача, доктор должен поступить в соответствии с решением пациента. Эта парадигма получила наименование «информированного согласия» (*informed consent*), но в прикладных работах обычно используется термин «совместное принятие решений врачом и пациентом» (*shared decision-making between professional and patient*).

Анализ результатов многочисленных эмпирических исследований показывает, что пациенты действительно ждут от врачей большей информации и большего

включения в принятие решений [Coulter 1997], однако врачей, последовательно пытающихся вовлечь пациентов в партнерские отношения, немного [Couët, Desroches, Robitaille, Vaillancourt, Leblanc, Turcotte, Elwyn, Légaré 2013], и данных о результативности таких отношений пока не достаточно [Joosten, DeFuentes-Merillas, de Weert, Sensky, van der Staak, de Jong 2008].

В отечественной литературе эти вопросы обсуждаются в работах И.В. Силуяновой [Силуянова 1997; Силуянова 2006], по мнению которой, ориентация на модель информированного согласия стала основополагающей для российского медицинского сообщества в 1990-е гг. Она аргументирует это включением в статью 30 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», принятых в 1993 г., положения о праве пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Но каких-либо других эмпирических свидетельств перехода к новой модели в работах отечественных авторов не приводится.

Цель настоящей статьи состоит в том, чтобы опираясь на эмпирические оценки российских врачей, выявить основные направления изменений в последние годы во взаимоотношениях врачей и пациентов по поводу 1) выбора/определения содержания лечения и 2) его оплаты.

В первом случае предметом изучения выступают направления изменений в распределении ролей врача и пациента в указанных отношениях. При этом самостоятельной задачей является попытка определить, применяется ли модель информированного согласия во взаимодействии российских врачей и пациентов и как врачи оценивают ее перспективы.

Во втором случае наибольший интерес и наибольшую социальную значимость имеет выявление направлений изменений в практиках неформальной оплаты лечения – денежных платежей непосредственно врачам, «в руки».

Эмпирическая база и метод исследования. Источником данных для решения этих задач является информация, полученная от врачей методом глубинных интервью. Они были проведены в трех российских регионах: Москве, Калужской и Вологодской областях в апреле и августе 2012 г. с медиками разных специальностей и главными врачами, работающими в разных типах медицинских учреждениях, а также с руководителями региональных органов управления здравоохранением. Общее количество респондентов составило 57 чел.

Усиление требовательности пациентов и конфликтности их отношений с врачами

В исследовании мотивации российских врачей, выполненном несколько лет назад [Шишкин, Бесстремьянная, Красильникова, Овчарова, Чернец, Чирикова, Шишлова 2004], уже было отмечено, что, по мнению самих врачей, повышается уровень требований к ним со стороны пациентов. Это является отражением идущих в российском обществе процессов возрастания правовой грамотности и общего образовательного уровня населения. Пациенты все чаще ожидают от врачей не просто повышенного внимания, но хотят, чтобы врач действовал на основе индивидуализированного, а не унифицированного подхода к выбору лечения. Сами же медики это считают не совсем оправданным.

Пять лет спустя такие изменения в поведении пациентов, судя по оценкам врачей, обозначились более четко. Многие респонденты отмечают, что требовательность пациентов к врачам растет, и в качестве причин этого указывают на два рода обстоятельств: во-первых, рост информированности граждан, и, во-вторых, политика государства и средств массовой информации.

Врачи признают, что в последние годы, главным образом благодаря интернету, растет правовая грамотность и общая осведомленность пациента о своей болезни. Порой пациенты слепо доверяют интернету и рассматривают врача просто как механического исполнителя тех рекомендаций, которые представлены в интернете, что не может не раздражать врачей: *«Ко всем стрессовым факторам еще прибавляется интернет. Пациенты на форумах общаются, приходят такие подготовленные... Приходят и говорят: мне надо это лекарство выписать, еще также это... Скорее всего, это происходит потому, что больной сам себе поставил диагноз...и сам себе назначил лечение... Вплоть до абсурда. Иногда пациент приходит с текстом, скаченным с интернета, и маркером выделено необходимое лекарство или даже диагноз. Он говорит: “вот у меня эта болезнь, читайте”... Я спрашиваю, а что Вас беспокоит? Он в ответ: “читайте”... Тогда я прошу: “Вы мне расскажите про свою болезнь своими словами...У меня зрение плохое, мне трудно читать такой мелкий текст”. Надо ведь тоже идти на уловки. Проще всего довести до скандала... А толку то... Пациент все равно к тебе вернется...»*, – с иронией сообщает один из врачей².

Пациенты в глазах врачей часто выступают провокаторами конфликтов, демонстрируют неоправданно низкий уровень доверия к медикам, что не может не отражаться на характере складывающихся отношений между врачом и пациентом: *«Могу сказать, что с каждым годом с пациентами становится все труднее работать. Терпение врачей иссякает все быстрее, а требовательность пациентов возрастает. Теперь они все знают про свою болезнь через интернет и как бы экзаменуют врача... Но ведь интернет всему не научит... Доверие падает... Даже хорошие врачи жалуются на недоверие... Но без доверия трудно работать... Очень трудно»*, – убежден заведующий урологическим отделением городской больницы.

Врачи все чаще сталкиваются с необходимостью убеждать пациентов в целесообразности назначенного лечения и расценивают такие ситуации как результат отсутствия прежнего уважения граждан к медикам. *«Действительно, осведомленность и информированность пациентов благодаря интернету возросли в разы. Но знаете, как говорят, он же еще и выводы делает... Я своим пациентам так и говорю: “Я шесть лет учился там, два года здесь, и до сих пор не все до конца могу сообразить... А Вы один раз прочитали, и уже все знаете и понимаете... Я еще должен Вас убеждать, что я лучше и полезнее интернета”... Где потерялось элементарное уважение к специалисту?»*, – замечает один из московских врачей.

Причиной конфликтов иногда служит, как это не покажется странным, усложнение технологий диагностики и лечения. *«Не всегда удастся уйти от напряженности в отношениях с пациентами... Почему?... Пациент требует информацию от врача... по поводу своего здоровья... Иногда действительно, диагностика сложная, не все понятно, и это вызывает проблемы у врача... Иногда информации недостаточно, и не всегда удастся пациенту адекватно объяснить, что*

² Здесь и далее курсивом выделены цитаты из проведенных интервью.

собственно с ним происходит... А интернета пациенту бывает недостаточно. Вот вам и конфликт», – полагает хирург, работающий в московской больнице.

Причину напряженности в отношениях врачи видят и в самом отношении российских граждан к лечению. Многие убеждены, что поход к врачу может решить все их проблемы со здоровьем: *«У пациентов завышенные ожидания по поводу врачей. Им кажется, что они пришли к врачу, и этим они сделали всю работу по поддержанию своего здоровья. А дальше мы за них должны работать. Особенно это относится к молодому и средневозрастному контингенту... У пожилых людей с возрастом болезни накапливаются, и они это понимают. А молодые думают: “К врачу пришел, и все сделал для себя. Я свободен. Вы назначили мне лекарства, они мне не помогают, Вы виноваты”. Но понять, что лекарства это только десятая часть лечения, они не могут», –* считает врач невропатолог из московской поликлиники.

Негативное влияние на отношение пациентов с врачами оказывает, по мнению последних, распространившееся представление о том, что медики занимаются оказанием услуг населению: *«Раньше доктор был уважаемым. Теперь он является специалистом, оказывающим услугу. До тех пор, пока врач будет не лечить, а оказывать услугу, мы будем занимать в обществе положение цирюльников. Теперь врач обязан оказать услугу пациенту. Подобная переориентация в представлениях людей сильно изменило отношение общества к врачам. Но врачи сильно не менялись, как и сама профессия врача. Пациенту всегда нужна была реальная помощь. И врач ему ее всегда оказывал... Кому в этой ситуации хуже? Понятно кому...», –* сетует молодой врач из центральной районной больницы (ЦРБ).

Нужно заметить, что недовольство применением к врачебной деятельности понятия «услуга» высказывается врачами очень часто. Любому экономисту очевидно, что этот термин является не более чем характеристикой такого вида деятельности, где результат не имеет самостоятельного материального воплощения, в отличие от деятельности по производству материальных благ. Но оказывается, что для врачей такая экономическая характеристика их труда несет отрицательный социально-культурный заряд. Очевидно, что обвинение в ухудшении отношений с пациентами использования слова «услуга» – это мифологема. Однако думается, что неприятие этого термина отражает на самом деле негативное отношение врачей к изменениям, которые происходят в соотношении позиций врач-пациент. Мы вернемся к этой проблеме в следующем разделе данной публикации.

Другая группа причин роста напряженности в отношениях врачей с пациентами связана с проблемами государственной политики: первые в глазах вторых являются ответственными за всю политику государства в сфере оказания медицинской помощи населению, и счет за недостатки в этой политике предьявляется пациентом врачу, к которому он приходит на прием. Здесь, вероятно, срабатывает фактор воспроизводства патерналистского сознания российских граждан, сформированного в советской системе, где врачи воспринимались как составные элементы государства, должного заботиться о здоровье своих граждан.

В последние годы врачи все больше были вынуждены отвечать перед пациентами за все организационные и иные недочеты системы российского здравоохранения, и у многих врачей это вызывает искреннее возмущение. Признавать даже часть ответственности за состояние дел в здравоохранении они не хотят и винят во всем только государство.

«Больному говорится: “Вы имеете право на то, на это, на пятое и десятое”... А этого на самом деле нет. И крайним в этой ситуации оказывается врач. Это осмысленная политика государства. Поставить врача на передний фронт борьбы с обществом. Чтобы снять недовольство чужими руками», – с горечью замечает молодой заведующий терапевтическим отделением калужской ЦРБ.

В вину государству медики ставят также нерешенность проблем с кадрами, плохие материальные условия работы и многое другое. В результате – длинные очереди, напряженный эмоциональный фон, недовольство врачей и пациентов и эмоциональное выгорание у врачей: *«Нет нормальных условий для работы. Пациенты стоят в длинной очереди... Они не понимают, что у нас некому работать... Тем более что доктор медленно принимает. Дети орут, очередь огромная. Родители заходят в кабинет механически... У них сразу негатив к врачу... Трудно работать с таким негативом... Я сижу на приеме практически каждый день... Через меня проходит человек 50... От каждого второго человека ты получаешь негатив. Тут невольно вспомнишь синдром выгорания... Уже хочется, чтобы тебя все оставили в покое. Да еще эти бесплатные лекарства, которые вызывают не меньшую волну негатива... Родители не хотят понять, что так устроена система, и не пытаются даже. Надо государству признать, что в медицине работать некому, учитывая, что у нас с кадрами все плохо. И тогда дать какие-то бесплатные гарантии», – делится своими размышлениями врач-педиатр из Вологды.*

Очень небольшое время, отводимое действующими нормативными документами на прием пациента, в сочетании с растущими запросами пациентов стали факторами напряженности в их взаимоотношениях с врачами: *«Потратить на одного человека 8 минут и все решить, просто невозможно. В результате возникают эмоциональные перегрузки... Немалое значение имеет также тот факт, что пациенты ждут от врачей всего. Они должны лечить бесплатно, выписывать лекарства по карману, делать обследования... Но при этом материальная база поликлиники явно не дотягивает до столь завышенных ожиданий. В результате виноватыми оказываются врачи. Они находятся на самом деле под двойным давлением: с одной стороны, руководящие органы, с другой – пациент», –* полагает заведующий хирургическим отделением одной из московских поликлиник.

Часть врачей указывают на то, что одной из причин усиления напряженности является возросшая бюрократическая отчетность: *«Пациенты стали более требовательными. А загрузка врачей и писанина, особенно по Национальному проекту, стала просто невыносима. Не заполнишь карт – не получишь денег... Пациенты обижаются, требуют внимания, а врачи от нагрузки просто разрываются... Вот вам и повод для конфликтов, которые вспыхивают мгновенно. Даже мне приходится иногда разбираться с жалобами, хотя врачи всеми силами стараются не выносить сор из избы», –* поясняет в своем интервью главный врач вологодской городской поликлиники.

Весьма часто пациенты делают виновниками врачей в тех или иных ситуациях, связанных с организацией медицинской помощи, которые на самом деле от них не зависят. Так, по словам хирурга одной из больниц, *«жалобы пациентов ... касаются сроков госпитализации, хотя я к этому отношения не имею, но больные это понимают с трудом... Иногда бывают недовольства по поводу платности диагностики, но я здесь точно не могу ничего изменить. Дефицитность услуг для раковых больных создает повышенную нервозность во взаимоотношениях врача и больного..., потому что при этой болезни нельзя думать, что деньги обязательно*

спасут. Иногда разрезаешь пациента и видишь, что шансов нет, но далеко не все понимают, что дело не только в усилиях врача. Завышенные ожидания, которые не оправдываются, вызывают конфликт... Но врач не может отвечать за то, что пациент опоздал в лечении своей болезни», – убежден хирург с большим стажем работы.

Многие врачи видят в качестве причин нарастания напряженности политику средств массовой информации, которые, глубоко не вникая в ситуацию, вольно или невольно нагнетают еще больше и так высокий уровень напряженности в отношении граждан к медикам: «Если постоянно рассказывать человеку, что здравоохранение – это сфера обслуживания, как парикмахерская, то очевидно, что в результате именно такие ожидания и формируются... Когда во всех передачах рассказывают, что врачи убийцы и взяточники..., естественно, что напряженность растет...», – убежден главный врач московской больницы.

Средства массовой информации снижают, по мнению медиков, авторитет врача и формируют его негативный образ в общественном мнении, что позволяет пациентам вести себя по отношению к врачам крайне неуважительно. Именно так считает молодой аспирант из федерального медицинского центра: «При негативе к врачу пациенту сложно доказать, что ты ему даешь именно ту таблетку. Это приходится доказывать. Он не хочет слушать, он говорит: “Вы все – убийцы. Вы мне просто напишите рецепт, который мне нужен”».

Есть и третья группа причин роста конфликтности в отношениях врач-пациент. Настаивая на том, что ожидания пациентов нередко завышены, а порой просто неадекватны, некоторые из врачей все же признают, что иногда сами медики провоцируют ненужную напряженность во взаимоотношениях: «С врачами что-то не так, не только с пациентами. Идет общий уровень деградации общества... Снижение общего уровня культуры, а врачи – это часть общества... Мы видим трамвайных хамов на каждом углу..., и разве вы сомневаетесь в том, что они иногда надевают белые халаты...», – замечает главный врач московской больницы.

Более того, врачи не отрицают того факта, что вымогательство и низкое качество лечения сегодня являются распространенными явлениями, и это приводит к напряжению отношений между врачами и пациентами: «К нам идут пациенты и думают, что здесь все взяточники и вымогатели... Это оправдано, что у них формируются такие ожидания, потому что во многих больницах Москвы все происходит именно так...», – замечает один из заместителей главного врача московской больницы.

Но, что вполне предсказуемо, врачи чаще называют виновниками конфликтов именно пациентов, а не самих себя. Между тем недостатком многих врачей является невнимательность при общении с пациентом, являющаяся нередко следствием разрушения у врачей этики общения: «Есть категория пациентов, которая любит делать все точно. Они приходят к тебе со списком уже подготовленных вопросов. Надо врачу набраться терпения и ответить на все вопросы, а не гнать пациента... Это личная этика врача и его профессионализм – правильно объяснить пациенту все, что он хочет... Если ты гонишь человека и не хочешь с ним общаться, тогда подумай, стоит ли тебе работать врачом. Вот и все. Все надо делать адекватно... По-доброму, с улыбкой. Это то, чему раньше учили в этике и деонтологии, которую сегодня забыли», – считает врач из федерального медицинского центра.

Иногда проблемы в контактах с пациентом происходят из-за того, что врач не управляет своей эмоциональностью и не может дать пациенту того, на что он рассчитывает – повышенный уровень включенности врача в процесс лечения: *«Если пациент ко мне пришел и говорит: “я на вашем сайте скачал, как надо лечиться”, а ты устал, не выспался, у тебя проблемы, а он сует тебе под нос какой-то протокол, ты, раздражаясь, в ответ говоришь: “да, да, да”,... вместо того, чтобы разобраться, то никакого доверия не будет... А если ты отреагировал на это нормально, объяснил, что требуется дообследование и дополнительная консультация, проявил внимание и понимание, то доверие не упадет, а укрепится... Прими пациента таким, какой он есть... Здесь нужна безэмоциональность, несмотря на все обиды, которые может нанести пациент врачу»,* – считает наш респондент.

Точка зрения, согласно которой в напряженности виноваты или медики, или пациенты, устраивает далеко не всех врачей. Небольшая часть медицинского сообщества все же убеждена, что не стоит искать причин напряженности в одной или в другой группе. Есть все основания предполагать, что это параллельно идущий процесс, в котором повинны как одна, так и другая стороны: *«Пациенты иногда ведут себя так по-хамски..., попросту говоря..., что иногда сама думаешь, ну Господи, никаких нервов не хватает... А главное, – начинают оскорблять с ходу... Виноваты пациенты? Не они одни... Отношение наших докторов к больным не всегда такое, какое должно быть. Не всегда. Нельзя говорить, что виноваты одни пациенты. Часто и докторам не хватает терпения, а иногда культуры... Так что это взаимосвязанный процесс...»,* – полагает главный врач ЦРБ.

Как врачи реагируют на усиление напряженности в отношениях с пациентами? В самом общем виде, процессы, происходящие здесь, очень точно описал директор федерального медицинского центра: *«Идут два взаимоисключающих процесса. С одной стороны, идет научение контакту с пациентами, с другой стороны, идет процесс нарастания отчуждения от проблем пациентов. Идет эмоциональное выгорание и отчуждение... Это два взаимоисключающих процесса, которые идут годами. Меняются отношения врачей... и к себе самому, и к пациенту. Но, безусловно, взаимодействие совершенствуется. Поэтому сказать, что у нас есть врачи, абсолютно равнодушные к больным, нельзя...».*

По мнению отдельных респондентов, врач вполне способен регулировать уровень напряженности в отношениях. В этом убежден молодой врач терапевт из Москвы: *«Если говорить обо мне, то на мой взгляд, ситуация общения с пациентами улучшается. И конфликтов становится меньше. По крайней мере, я над этим работаю. Ведь здесь речь не о простой улыбке, как в Сбербанке. Пациент приходит к врачу и у него своя задача. Она не всегда совпадает с задачей врача. У врача свои задачи, у больного – свои задачи. И цели. Помимо основного лечебного процесса, больной должен уйти удовлетворенным от того, что он выполнил то, что хотел. Ему врач дал то, что он хотел.»*

Некоторые из врачей специально работают над тем, чтобы снизить имеющийся уровень напряженности между врачом и пациентом, даже тогда, когда уровень адекватности поведения пациентов весьма часто оставляет желать лучшего, не имея надежды получить желаемый результат: *«Сделаешь хорошо или плохо – больной все равно будет недоволен. Такой контингент есть, и это, скорее всего, контингент для психоневролога. Иногда коллеги звонят и предупреждают: “У Вас сегодня пациент будет... Вы там с ним осторожней”... Лучшие всего с пациентами вести себя нейтрально, не сюсюкаться... Хотя никогда не можешь предсказать,*

справишься ты с конфликтной ситуацией или нет... Поэтому работать вдвойне сложно», – заявляет один из калужских докторов с большим стажем работы.

Снятию конфликтов препятствует низкий уровень коммуникативной грамотности врачей, которой не обучаются по указке сверху, а издержки при этом несет медицинское учреждение: *«Врача с пациентами общаться никто не учил, поэтому они могут делать ошибки. А ошибки очень дорого стоят всему учреждению... Я хочу подобные ошибки свести к минимуму. Но просто не получится, это процесс длительный...», – убежден главный врач калужской поликлиники.*

Тем более что процесс обучения психологии общения в медицинских институтах явно не дотягивает до необходимого уровня: *«Уровень напряженности действительно вырос. Корни нарастающего напряжения в плохом преподавании психологии. У нас в институтах мало и очень плохо преподают психологию. Доктора надо готовить с первого курса к тому, что он будет общаться не с друзьями, а с больными, которые нередко озлоблены. Более того, он будет иметь дело с совершенно разными больными, в том числе не из своего окружения. И далеко не каждый доктор знает, что пациент ему не будет заглядывать в рот, ловя каждое его слово. Особенно если это молодой врач. Пациент придет, послушает такого врача и будет в нем сомневаться. Родственники – еще хуже. Надо учить врачей коммуникации и объяснять, что их ждет впереди. Это очень важно», – считает заместитель главного врача одной из калужских больниц.*

Подтверждают высказанную точку зрения калужского врача и московские медики, которые убеждены, что именно коммуникативность является необходимой составляющей профессионализма врача: *«Когда я общаюсь с врачами, то замечаю, что они ведут себя с пациентами так, как будто они сами никогда не болеют. Но это может коснуться всех нас. Остается непонятным, с чем люди идут в профессию... Уровень профессионализма врача в том числе зависит от коммуникативной составляющей. Мы лечим словом. И, наверное, словом при желании и умении можно решить многие конфликтные ситуации», – полагает молодой маммолог.*

Некоторые из респондентов убеждены: если врач квалифицированный, то он обязательно выиграет битву за пациента у интернета: *«У нас много пациентов, которые больше доверяют интернету, чем врачу... Но мне кажется, что это проблема самого врача. Надо не раздражаться, а показать больному, что с врачом всегда надежнее, чем с интернетом. Врачи должны понимать, что конкуренция с интернетом неизбежна, и ее надо уметь выигрывать, а не злиться», – полагает врач-терапевт одной из калужских поликлиник.*

Вместе с тем в проведенных интервью достаточно часто звучала тема юридической и человеческой незащищенности врачей как препятствия разрешению конфликтов с пациентами. *«В последние годы врач все более становится бесправным. Пациенты по каждому поводу стали везде звонить и жаловаться. Вызовы на дом очень часто бывают неоправданными. Переросток в 20 лет спокойно может вызвать к себе на дом врача с температурой 37,2. Иногда даже не знаешь, как сказать, что с насморком и с температурой 37,2 он мог бы прийти сам в поликлинику... Люди недовольны врачами, они жалуются по всякому поводу. Теперь как в сталинские времена: можно нашептать на всех... Причем люди убеждены – врач им обязан», – заявляет врач-терапевт одной из московских поликлиник.*

Юридическая незащищенность порождает ситуации, в которых врач лишается возможности сохранить свое человеческое достоинство: *«Врач юридически*

не защищен. Пациент имеет право, как потребитель, требовать от врача все что угодно... А меня при этом могут обозвать, оскорбить. Я же ничего не могу сделать в ответ. Врач – это интеллигентная специальность. Я на рынке не смогу торговать. Я, кроме того, чтобы помогать и лечить, и делать ничего не умею. Но доказать, что я не виноват, я не могу, а это очень неприятно по-человечески», – с горечью констатирует московский мануальный терапевт.

Опасной для врача является не только эмоциональная незащищенность, но и незащищенность от искажения информации пациентами из-за недопонимания или плохой памяти: «В силу ментальных особенностей или плохой памяти пациенты иногда настаивают на том, что ты им сказал одно, а на самом деле ты им сказал совершенно другое... Я сам сталкивался с такими случаями... Это недопонимание может случиться на любом уровне В приеме лекарства, во времени, когда пациент должен прийти на лечение... При этом он свято верит, что ты ему именно так и сказал... Именно ты... Хотя в карточке все записано... Может врачам надо иметь какие-то диктофоны... Мало ли какая может быть ситуация... Это же не шуточки, когда больной утверждает, что я дал такую информацию и он ей следует».

Таким образом, можно утверждать, что процесс выстраивания отношений между врачом и пациентом с годами становится все сложнее. Следует ли рассчитывать на то, что стихийное развитие этих отношений само по себе приведет со временем к ослаблению существующей в них напряженности? Доказательно ответить на этот вопрос весьма затруднительно. Но очевидно, что если не пытаться регулировать эти процессы, издержки стихийного развития будут весьма высоки. Гораздо более оправданной в этом случае является организация целенаправленной и системной работы по ликвидации коммуникативной безграмотности, начиная со студенческой скамьи, и у врачей, и у пациентов. Не менее важной будет разработка новых сбалансированных механизмов ответственности врача и его защиты от неадекватных действий пациентов.

Если отказаться от улучшения коммуникативной грамотности, оставить без изменения уровень юридической защищенности и ответственности врача, то всего через несколько лет синдром эмоционального выгорания у врачей может привести к резкому ухудшению качества лечения. Врачебная деятельность требует реального профессионального и эмоционального включения в проблемы больного, а обеспечить это становится все сложнее, поскольку врачи, по их собственным оценкам, испытывают растущее чувство незащищенности и усиление негативного отношения со стороны пациентов. Действующие этические нормы во врачебном сообществе, такие как «пациент всегда прав», «поступай с пациентом так, как хочешь, чтобы поступали с тобой», «врач обязан контролировать себя», удерживают врачей от развития конфликтов, однако одни только этические нормы не могут снять накопившиеся здесь проблемы.

Формирование новой модели отношений врача и пациента: модели информированного согласия

Обсуждая усиление конфликтности в отношениях между врачами и пациентами, нельзя не задаться вопросом, а не лежат ли причины этого процесса гораздо глубже? Не есть ли это проявление формирующегося в российском обществе спроса

на новую модель взаимодействия врача и пациента, а именно модель информированного согласия, приходящей на смену традиционному патернализму [Силуянова 2006]?

Патернализм, который был доминирующим принципом отношения врача к пациенту во всем мире, усиливался в советской системе здравоохранения патерналистской идеологией социалистического государства в отношении своих граждан и ожиданиями самих граждан патерналистского отношения к ним со стороны работников государственных медицинских учреждений. Пациенту отводилась пассивная роль исполнителя указаний врача, и такая установка не подвергалась сомнению с обеих сторон.

Как уже отмечалось выше, по мнению западных исследователей, модель патернализма не отвечает реалиям постиндустриального общества, и в нем происходит фундаментальная смена «моральной парадигмы» в отношениях врачей и пациентов [Витч 1994]. На смену патернализму приходит модель информированного согласия, которая означает совместное принятие решений о выборе методов лечения и предполагает иной баланс ответственности между гражданами и медиками за уровень индивидуального здоровья. В ней преодолены патерналистские установки с обеих сторон. Вместе с тем было бы упрощением считать, что модели патернализма и информированного согласия взаимоисключают друг друга и несовместимы [Силуянова 2006].

В ходе нашего исследования была сделана попытка определить, применяется ли модель информированного согласия в практике взаимодействия российских врачей и пациентов, и как врачи оценивают ее перспективы.

Материалы интервью подтверждают формирование в российском обществе спроса на новую модель отношений пациента с врачом. Об этом говорят и столичные медики, и врачи из малых городов. Так, хирург из московской больницы отмечает, что *«врачи привыкли действовать в рамках патерналистской медицины, которая не предполагает диалога с пациентом, но пациент изменился, он нуждается в диалоге... И сегодня пациенту приходится много объяснять...»*. А вот свидетельство акушера-гинеколога из ЦРБ: *«Я работаю в ЦРБ 20 лет и отмечаю разницу в сознании пациентов. Если раньше они полностью доверяли доктору, ни шагу вправо, ни влево, то сейчас все по-другому. Пациенты ко мне приходят и говорят: "а вот я прочитала в интернете... Что Вы мне можете сказать по этому поводу?" ... Появляются определенные запросы ко мне, как к врачу. Пациенты хотят знать о состоянии своего здоровья, хотят участвовать в принятии решения. Конечно, далеко не все, в основном, молодежь, но изменения начались и их нельзя не замечать»*.

Среди опрошенных врачей большая часть уже имеет опыт взаимодействия с пациентами, которое можно охарактеризовать как применение модели информированного согласия. И, по мнению респондентов, основная масса пациентов вполне адекватно воспринимает соответствующие действия врачей.

Следует заметить, что в оценках применения модели информационного согласия обнаружилось существенные различия между врачами, работающими в поликлиниках и в больницах. Многие врачи из поликлиник настаивают на доминировании патерналистской модели в их отношениях с пациентами: *«Сегодня в поликлинике работает в основном патерналистская модель»*. Хотя и среди участковых терапевтов есть те, кто руководствуется иными принципами. *«Мне больше подходит модель информированного согласия. Почему? Пациент в своем*

лечении все равно участвует. Вольно или невольно. И если он говорит мне, что из гипотензивных средств ему что-то не подходит, то я всегда учту его мнение. Я все равно пойду у него на поводу... Если этот препарат действует, то зачем мы будем его менять? В общем, как-то приходится выкручиваться и не забывать, что больной знает свой организм все равно лучше врача», – говорит 80-летняя врач-терапевт из Калуги.

Врачи из стационаров убеждены в том, что возможности действовать в рамках патерналистской модели в условиях стационара явно ограничены. По словам главного врача калужской городской больницы, «навязанные сверху определенные нормативные документы и определенные рамки, в которых мы должны находиться, исключают патернализм. Если бы нам даже хотелось, то мы все равно не могли бы находиться в рамках патерналистской модели. Я просто накажу такого человека, который будет обхаживать пациента... Давайте мы вам пяточки поснимаем, давайте мы Вам массажик поделаем... Это исключено... Хотя больному хочется, чтобы врач с ним носился, как с ребенком. Но увы! Могу сказать, что я за модель информированного согласия... Хотя здесь многое еще зависит от самих пациентов. У некоторых просто нет соответствующего уровня образования, и с этим нельзя не считаться».

Как показывают материалы интервью, модель информированного согласия воспринимается сегодня медиками как наиболее эффективная. По их мнению, именно за ней будущее, врачи видят в использовании этой модели не только ответ на растущий уровень запросов со стороны пациентов, но и средство собственной защиты от неоправданных претензий со стороны пациентов. Вот как об этом говорит молодой невропатолог из Калуги: «Я за модель информированного согласия. Ее важно использовать с точки зрения страховки себя. Очень сложно взять ответственность за здоровье чужого человека на себя. Особенно если это касается каких-то манипуляций, не дай Бог. Даже если речь идет о препаратах... У нас есть сильные гормональные препараты, их действие не всегда предсказуемо. Мы не можем нести ответственность за больного все 24 часа в сутки. Это невозможно. Тем более что у организма могут быть индивидуальные реакции. Это абсолютно непредсказуемо».

Вместе с тем врачи отмечают высокую энергоемкость модели информированного согласия и пока невысокий уровень ее распространенности в реальной лечебной практике. «Встречаются грамотные люди, с которыми можно работать по партнерской модели. Они абсолютно точно воспринимают информацию. Я стремлюсь в отношениях с ними реализовать партнерскую модель. Это обходится мне дороже всего. Однако я считаю, даже если у одного-двух человек зерно прорастет, это уже хорошо», – полагает невропатолог из московской поликлиники.

Почему модель информированного согласия не доминирует? Ее развитию мешает целый ряд препятствий. Прежде всего, она не устраивает отдельные группы населения: противниками модели информированного согласия является пожилое население страны, которое не может и не хочет брать на себя ответственность за свое здоровье, искренне при этом полагая, что вернуть здоровье можно только благодаря усилиям врача. Больные, которые не мотивированы на собственные усилия по поддержанию здоровья, встречаются, по мнению врачей, во всех слоях населения, но большая их часть сосредоточена именно среди пожилого населения: «Есть категория больных, для которых патерналистская модель просто необходима.

Среди таких больных – старые и пожилые люди. Люди, которые ничего не хотят слышать про свое здоровье. Родители, которые не хотят слышать, какая болезнь у их ребенка. Они не понимают, как с этим дальше жить. Эта меньшая часть пациентов, но она, тем не менее, остается», – уверена заместитель главного врача детской областной клинической больницы.

Врачи полагают, что не только возраст пациентов разделяет сторонников и противников модели информированного согласия. Немалую роль, по оценкам врачей, играет также уровень образования пациентов, проживание в сельской местности или в столичном городе: *«У нас дети и родители разные. Для тех, кто приезжает из области, нужна патерналистская модель. Но есть родители гораздо более образованные и сведущие, для них действенной является вторая модель. Это скорее городские пациенты. Кому-то из родителей, как пятилетнему ребенку, разжевываешь, а кому-то просто и коротко объясняешь. Будущее за второй моделью... Но мы не можем ее применять ко всем. Сами пациенты к этому не готовы», – считает заведующая неврологическим отделением областной детской клинической больницы.*

Существенную роль в невозможности широкого распространения партнерского типа взаимодействия играет низкая готовность населения брать на себя ответственность за свое здоровье: *«Я считаю, что за моделью информированного согласия будущее. Но пациенты сегодня очень разные. Одни руками и ногами тихаются, чтобы им никакой, кроме патерналистской модели, и не предлагали. Многие пациенты сегодня категорически не хотят заботиться о своем здоровье серьезно. Надо чтобы врач лекарства выписал, все объяснил, а потом еще за все отвечал. Это сплошь и рядом так... Но среди молодых встречаются те, кто заинтересован в своем здоровье и согласен делать для этого все осознанно. Многие читают материалы в интернете, задают вопросы, в общем, интересуются, с такими работать интересно, но таких пока мало», – убежден главный врач одной из вологодских поликлиник.*

Ограничения в использовании партнерских отношений могут быть обусловлены характером заболеваний больных и особенностями медицинской помощи, оказываемой в том или ином лечебно-профилактическом учреждении. Приведем в качестве примера свидетельство врача-реаниматолога из Калуги: *«Я работаю в реанимации с возрастными больными. Они не всегда адекватны и приходится принимать решения самой. Здесь патерналистская модель неизбежна. При работе в другой больнице действует в большей степени модель информированного согласия. Я объясняю, какой будет наркоз и как он будет действовать. Может ли быть общий наркоз при паховой грыже, а может быть сделан спинномозговой наркоз... Я рассказываю больным обо всех осложнениях при всех типах наркоза. Они думают и соглашаются на то или на это. Конечное решение в этой ситуации принимает сам больной».*

К числу очевидных препятствий внедрению модели информированного согласия относится недостаточный временной ресурс у врачей: *«Пациенты сегодня сами хотят лечиться по модели информированного согласия. Многие сегодня понимают: самое главное – здоровье. Для пациента это очень правильная линия. Но чтобы работать по этой модели, врачу надо время, которого сегодня не хватает», – полагает хирург из московской больницы.*

Ограничениями в реализации модели информированного согласия выступают также коммуникативные и профессиональные компетенции самих врачей, которые

должны не только хотеть, но и уметь взаимодействовать с пациентом в рамках модели информированного согласия. Даже те врачи, которые являются последовательными сторонниками партнерских отношений с пациентом, не всегда уверены в том, что все члены врачебного сообщества способны выстроить необходимый в этом случае диалог. Более высокую готовность работать на основе партнерства демонстрируют молодые врачи, в то время как у врачей с опытом это получается не столь успешно. Так, по словам заведующего урологическим отделением калужской больницы, *«разделение ответственности с больным за его болезнь, это очень правильное дело. Но это можно делать далеко не со всеми. Главное – это не навязывать никакого способа общения пациенту, а исходить из его возможностей... Если пациент не может – не пытайтесь разделить с ним ответственность. Будьте понятны и удобны пациенту. Если у вас получится с пациентом контакт, тогда и лечение получится... Опытные врачи все равно привыкли опекать больного... А более молодые склоняются скорее к модели информированного согласия»*.

Врачи достаточно трезво оценивают свои возможности коммуникации с пациентами, настаивая на том, что медики пока недостаточно подготовлены для того, чтобы реализовывать партнерство на практике. *«Мне кажется, что основой отношения врача и пациента должно быть сотрудничество. Это ближе к модели информированного согласия и за ней будущее, но она требует дополнительной работы с персоналом. Искусство общения с больным дано далеко не всем врачам. Для обучения должны быть организованы специальные тренинги. Далеко не весь медицинский персонал готов к подобному общению. Врачи получили специальное образование, причем хорошее, и некоторым докторам сложно спуститься на быденный уровень, чтобы овладеть языком общения с пациентом. Больному все надо объяснять просто. Врачу надо спуститься до уровня пациента. И построить свое общение, учитывая уровень интеллекта пациента. Это огромное искусство»*, – полагает заместитель главного врача областной детской больницы.

Таким образом, материалы проведенных интервью позволяют говорить о том, что врачи признают полезность и перспективность модели информированного согласия, но вынуждены зачастую действовать патерналистски, что приводит на практике к смешиванию разных принципов взаимодействия с пациентами, к сочетанию в нем элементов патернализма и партнерства. Вот как это происходит на практике: *«Я сторонник той модели, которую больной сможет выдержать... Хорошо, когда пациент понимает последовательность шагов врача, но для этого нужно, чтобы пациент был образован и доверял врачу. Не всегда так получается. Поэтому на деле мы не имеем способов действий заранее продуманных. Как получается, так и действуем...»*, – свидетельствует врач-терапевт из Калуги. Об этом же говорит его земляк, работающий хирургом в ЦРБ: *«Лично для меня сегодня приемлема смешанная модель. Хотя я работаю в стационаре давно, но не всегда могу ответить на все вопросы пациентов. Но в то же время я всегда стараюсь их проинформировать обо всем. Мне важно и опекать, и чтобы пациент помогал себе. Так лучше. Здесь очень важны психологические свойства пациента и возможность варьировать эту модель в зависимости от возможностей пациента»*.

На важности индивидуального подхода к работе с пациентом настаивает и московский терапевт: *«Я хотел бы сказать, что к каждому человеку надо подходить индивидуально. Один больной может лечиться по модели информированного согласия, а другой категорически не согласен с ней. В каждой конкретной*

ситуации может быть по-разному... Не надо стремиться к законченности своих действий... Их надо уметь варьировать».

Другой респондент, заведующая кардиологическим отделением городской больницы, полагает, что в процессе лечения можно использовать обе модели. Вполне оправданно, если врач, начиная лечение, применяет патерналистскую модель отношений, а затем переходит к модели информированного согласия, но только в том случае, если пациент научается слышать своего врача: *«Все зависит от тяжести заболевания и от самого пациента. Нельзя с больными работать по одной схеме. Необходимо, чтобы пациент тебя слышал... На первом этапе ты можешь действовать по одной модели, а потом по мере установления контакта поступать по-другому. Все зависит от того, может ли пациент действовать адекватно в отношении своей болезни».*

Некоторые врачи полагают, что выбор смешанной модели взаимодействия объясняется не действиями врача, а поведением пациентов, поскольку нельзя отрицать, что сегодня многие больные не доверяют врачу, а потому не могут ему позволить действовать в рамках патерналистской модели. Но и следовать модели информированного согласия они тоже не хотят: *«Отношения сегодня строятся ни по той, ни по другой модели. Сейчас существует какая-то невообразимая смесь, которую можно назвать моделью неинформированного недоверия. Сегодня пациентов настолько запутали псевдонаучными передачами, рассказами об убийцах в белых халатах, интернет-информацией, что теперь пациент не понимает, кому же ему можно доверять. Настороженность пациентов сегодня присутствует повсеместно».*

Материалы исследования позволяют заключить, что в настоящее время в российском здравоохранении в отношениях между врачами и пациентами патернализм не является доминирующим, а происходят изменения, которые могут быть описаны в терминах формирования модели информированного согласия.

Быстрое развитие информационных медицинских систем, свидетелями чего мы уже являемся, рост ценности здоровья в сознании российского населения представляются сильными факторами развития отношений между врачами и пациентами на основе модели информированного согласия. Это движение будет тем быстрее, чем больше коммуникативных усилий будут готовы предпринять врачи. Но пока нет оснований полагать, что эта модель уже в недалеком будущем вытеснит патернализм и займет абсолютно доминирующее положение.

Среди сторонников модели информированного согласия больше представителей молодого поколения, которые убеждены, что разделение ответственности с пациентом по поводу его болезни способствует улучшению лечения и защите доктора от необоснованных претензий со стороны пациентов. Врачи с опытом работы в советское время тяготеют скорее к патерналистским отношениям, акцентируя внимание на том, что не все пациенты готовы осознать свою ответственность за лечение, особенно пожилые, и это обуславливает необходимость использования «старой модели». Среди врачей сформировалась также группа тех, кто считает, что сегодня наиболее востребовано смешение разных типов отношений, применение разных типов моделей ad hoc: по отношению к разным пациентам, случаям лечения, в разных типах медицинских учреждений.

Использование в отношениях врачей и пациентов принципов, относимых к разным моделям, свидетельствует, с одной стороны, о безусловно переходном характере разворачивающихся здесь процессов, но с другой стороны, вполне очевидно, что это смешение отражает формирование более сложных отношений, для понимания которых недостаточно дихотомии – патернализм-информированное согласие.

Экономический аспект взаимоотношений врача и пациента: изменения в практиках неформальной оплаты

Рассмотрим теперь отношения врачей и пациентов в экономическом аспекте. С этой точки зрения внимание привлекают прежде всего практики неформальной оплаты медицинской помощи. Какие же изменения происходят здесь?

Динамика распространенности таких практик анализировалась в работе [Потапчик, Селезнева, Шишкин 2011] на основе данных Российского мониторинга экономического положения и состояния здоровья населения (РЭМЗ-ВШЭ). В 2000-е гг. наблюдалось увеличение доли пациентов, которые платили «в руки» медицинским работникам за лечение в стационарах: в 2001 г. она составляла в среднем по стране 18% среди плативших за лечение (включая расходы на медикаменты), а в 2009 г. – уже 39%. Правда, если эту цифру отнести к общему числу пациентов стационаров, то доля плативших неформально за лечение оказывается небольшой – 7%. При оплате амбулаторной помощи тенденция была противоположной – доля плативших неформально врачам за прием/консультации снижалась: в 2001 г. – 48,6%, в 2009 г. – уже 29,7%.

В данном исследовании предметом анализа выступали изменения в правилах неформальной оплаты и в отношении самих врачей к таким практикам. Изучение правил данной формы оплаты за рубежом и в нашей стране позволяет говорить об использовании двух разных типов или моделей: это оплата по тарифу и оплата-благодарность [Lewis 2001; Шишкин, Бесстремянная, Красильникова, Овчарова, Чернец, Чирикова, Шилова 2004].

Модель оплаты по тарифу характеризует ситуации, когда размеры неформальной оплаты определяются без участия пациента до оказания ему услуг: пациенту сообщается цена услуги и он решает, согласен ли получить услугу на таких условиях или нет. При этом сама передача денег может происходить как до оказания услуги, так и после.

Модель оплаты-благодарности отписывает ситуации, когда оплата производится по инициативе пациента, и ее размеры определяются им самим. Как правило, деньги передаются медицинскому работнику после завершения лечения, но пациент может заплатить и до оказания нужной ему помощи в надежде на более внимательное отношение к себе.

В исследовании, выполненном несколько лет назад, констатировалось, что разрешение получать оплату-благодарность от пациентов приобретает характер социальной нормы, разделяемой большинством врачей, в то время как оплата по тарифу расценивается как вымогательство [Чернец, Чирикова, Шишкин 2008]. Данные последних интервью однозначно свидетельствуют о моральном санкционировании врачебным сообществом возможности получения медиками оплаты-благодарности от пациентов. Врачи уже открыто, без какого-либо стеснения, признают оправданной ситуацию, когда неформальная оплата иницируется пациентом, исходя из его возможностей, чего не наблюдалось десять лет назад [Шишкин, Бесстремянная, Красильникова, Овчарова, Чернец, Чирикова, Шилова 2004].

Вместе с тем все большее число врачей высказывается о необходимости ужесточения санкций по отношению к тем медикам, кто назначает цену своей услуги до ее оказания и занимается вымогательством. Инициация же неформальной оплаты врачом, носящая императивный характер, должна, по мнению врачей,

наказываться строжайшим образом, вплоть до увольнения врача или даже отдачи его под суд. Практика полного отказа от неформальных платежей рассматривается врачами как возможная, но только в том случае, если государство начнет платить врачам достойную зарплату.

Рассмотрим подробнее, какие модели неформальной оплаты применяются сейчас и каково отношение врачей к неформальным платежам; попытаемся также выяснить, существуют ли заметные региональные различия в использовании таких моделей и в их оценках.

Анализ интервью врачей из Москвы и двух других регионов позволил убедиться в том, что в Москве широкое распространение получили практики неформальной оплаты по теневому тарифу. Об этом свидетельствуют как сами московские врачи, так и их региональные коллеги, которые знакомы с работой московских учреждений. Несмотря на то, что большинство рядовых врачей настроены отрицательно к неформальной оплате по модели тарифа, все же некоторые из них, особенно молодежь, рассматривает такую практику как вполне приемлемую, если речь идет о высококвалифицированных врачах «с именем»: *«Я считаю, что если врач денег не вымогает, то он имеет все моральные основания получать деньги от больного, в современной среде это приемлемо. Но если у тебя есть имя, то ты имеешь право назначать цену. Ты имеешь право продавать свое имя. Почему кофточки могут стоить такие деньги, а оперативное вмешательство нет? Я считаю, что если у тебя нет имени, тогда можно что-то для другого сделать и бесплатно»*, – убежден 28-летний врач-терапевт одной из московских поликлиник.

Плата по тарифу чаще взимается врачами только после оказания услуги. Однако сохраняется и практика получения денег до операции в тех случаях, когда врачи не до конца доверяют пациентам или их родственникам. *«Я хочу сказать, что я ... и сам платил, и мне деньги давали. Но до операции деньги обговоренные не брал, а говорил, лучше ты меня обманешь и потом не поблагодаришь, но взять деньги заранее я не могу... Это я так рассуждаю, а многие берут...»*, – заявляет один из наших московских респондентов.

Иногда плата по тарифу взимается с пациента заранее, так как в отдельных случаях врач в силу недостатка квалификации может передать своего пациента другому, более квалифицированному коллеге, чтобы не рисковать, и должен быть уверен, что сможет оплатить его услуги и получить свою долю: *«Если намечается сложная операция и ты понимаешь, что тебе за нее дадут деньги, то я не стану делать операцию, которую не умею. Я позову того, кто это делать умеет, и получу в результате свою определенную долю. Но в этом случае врач намекает больному о необходимости оплаты операции. Иначе пообещаешь, а денег тебе не дадут... придется своими расплачиваться... И такое бывало»*, – рассказывает молодой московский хирург.

Врачи московских поликлиник настаивают на том, что в этих учреждениях фиксированная плата за услугу встречается намного реже, нежели в стационаре, хотя бы потому, что отношения с больным в поликлинике имеют более длительный характер. *«Разница... между поликлиникой и стационаром есть. В стационаре больной пришел к доктору, его прооперировали, и он ушел. У нас больной к доктору ходит не один раз. И этому человеку надо смотреть в глаза каждый день. Если ты пытаешься в этой ситуации предлагать расценки, и за что-то требовать деньги, то это плохо морально»*, – убежден заведующий хирургическим отделением одной из московских поликлиник.

Однако, похоже, что подобное моральное ограничение существует далеко не для всех врачей. *«Конечно, врачи деньги от пациентов принимают, что юлить. Есть даже такие врачи, которые вводят тарифы. Я таких врачей встречал и в амбулаторном звене. И эти тарифы не просто завышенные, они фантастические. Такие врачи видят, что это проходит... И они относятся к этому как к должному. Если только это не получает широкой огласки. Тогда другие врачи могут сказать: “Что ты нас подставляешь?”. И если такие врачи попадают, то их сообщество осуждает, а не жалеет»,* – замечает один из наших информантов.

Самым неожиданным в практиках неформальной оплаты оказалось то, что услуги знакомым чаще, чем остальным, предоставляются именно с указанием теневого тарифа. *«У терапевтов традиционно мало неформальных платежей. Нам надо самим зарабатывать такие платежи. Терапевт может получить деньги, обеспечивая свое окружение соответствующими медицинскими документами. Я имею в виду справки и тому подобное... Освобождение от школы и от работы, это вообще делается абсолютно свободно. Ее стоимость зависит от количества дней. От того, кто этот пациент. Если это чужой пациент, то сумма не называется. А если это мой знакомый, тогда можно и сумму сказать. Однозначно. Ведь я знаю, кем он работает. Соглашается ли знакомый на названную сумму? А мы не на рынке... Если торгуется, то я говорю, у нас очень серьезное заведение, иди в другое место»,* – заявляет один из московских врачей терапевтов.

Нельзя сказать, что администрация московских медицинских учреждений не борется с неформальными платежами. Борется и достаточно жестко, особенно с получившими огласку фактами вымогательства денег у пациентов. *«Только информация поступает, что кто-то вымогал деньги, на следующий день этот врач уже не работает... За пять тысяч рублей мы хорошего хирурга уволили... Но больные этого не знают, поэтому они ко всем врачам относятся с предубеждением. Если раньше, в советские времена, я гордился, что я хирург, то теперь мне стыдно, потому что я знаю, как хирурги деньги вымогают... Во многих больницах это происходит»,* – считает главный врач московской городской больницы.

О трудностях такой борьбы говорит директор федерального медицинского центра: *«Я на серый поток денег влияю. Я не заинтересован в сохранении криминального оборота средств. Я пришел в учреждение, в котором уже сложилась криминальная схема. С дефектом ведения документации, соответствующим этой криминальной схеме. С полным бардаком в приеме и госпитализации больных. И с устоявшимися криминальными отношениями между работниками в коллективе. Как только мы начали наводить определенный порядок, я получил пасквили в интернете, анонимные письма и прочее. Все это произошло потому, что взяточникам есть что терять. Я заинтересован в белом обороте денег. Я жестко буду наказывать тех, кого буду отлавливать. Но основные действующие лица как были, так и остались».* Проводимая директором политика привела к некоторым позитивным изменениям, но практика теневой оплаты по тарифу не исчезла полностью. *«По отделу лучевой терапии доминирует плата по тарифу. Поскольку обеспеченность лучевой терапии по Москве дефицитная..., лучевые терапевты злоупотребляют своим доминирующим положением на рынке. Возрастает ли вымогательство? Я не скажу, что оно возрастает. Поскольку мы начали закручивать гайки... Проводить внезапные проверки наличия амбулаторных карт и оплаты пациента, сидящего в кабинете у врача. Ходить по кабинетам лучевой терапии и конкретно спрашивать, откуда взялся этот пациент... В результате*

у меня поток больных на платные услуги увеличился... По динамике платных услуг можно говорить о том, что происходит с неформальными платежами».

Принципиально иным является отношение руководителей медицинских учреждений к оплате-благодарности. Даже те московские главные врачи, которые активно борются с вымогательством, занимают нейтральную позицию к благодарности в любых формах врачам от их пациентов. *«Я всегда говорю, ребята, как вас отблагодарили после операции, ко мне не имеет никакого отношения. Но если вы сказали, что я вам сделаю операцию, но вы мне заплатите, или я дам тебе капельницу, если ты мне заплатишь, то это называется вымогательством. И за это я увольняю... в этот же день.... Все порядочные врачи борются с вымогательством, но общество такое...»*, – продолжает свои размышления главный врач одной из московских клиник.

Близкой точки зрения придерживается и руководитель федерального медицинского центра: *«Я на оплату-благодарность, естественно, глаза закрываю. Понятно, почему я это делаю. Чтобы от этого отказаться, надо государству адекватно оплачивать труд врача. Что же касается поборов, то я их пресекаю»*. У рядовых же врачей, в особенности молодых, получение денег в качестве благодарности пациента не вызывает никаких моральных неудобств, но лишь некоторое беспокойство, что эта практика все же незаконна. По словам молодого врача, работающего в том же федеральном центре: *«Если услуга сделана высоко профессионально, то почему больной не может отблагодарить? В этом ничего такого нет. Правда, это все равно риск... У нас хорошее место, и это снижает желание рисковать. Если знакомый, можно рискнуть, а так... Тем более что у нас онкологический профиль, и все может случиться»*.

Практика оплаты-благодарности может принимать порой весьма экзотические формы. *«У меня подход простой. Когда я был хирургом, то батюшка мне говорил, пациент тебя может отблагодарить, но ты никогда не должен вымогать деньги. Одно дело вымогать за справку, за больничный, а другое дело, когда тебе сами дают. Благодарность может быть разной. Пациент тебе может сказать «спасибо»... А может дать тебе тысячу и для него это критическая сумма. Вот мне недавно принесли пять пар носков. Говорит: “Это со склада, но Вам пригодится, доктор”. Я сказал, спасибо большое... И не отказался. За чем человека обижать?»*, – делится своими впечатлениями московский врач-мануальный терапевт.

Некоторые из врачей сравнивают оплату-благодарность с пожертвованиями, принятыми на Западе, и основную проблему видят не в том, брать или не брать, а как потом распорядиться деньгами, которые пациент дал, руководствуясь благодарностью к врачу. *«Я к подношениям отношусь очень спокойно. Я считаю, что во всей этой истории не должно быть одного – вымогательства. Когда говорят, я тебе это сделаю, а ты мне вот это обеспечи. Подношения же – распространенная вещь в западных клиниках. Это расценивается как добровольное пожертвование. Я знаю западных докторов и знаю, как они умеют распоряжаться такими деньгами... Они не могут тратить эти пожертвования на что угодно. Тем более что у них есть соответствующее законодательство. Они могут за счет этих денег премировать сотрудников. Они могут купить новое оборудование. Но с другой стороны, у них база значительно выше. Тем более что для молодых врачей, которые входят в команду, это просто возможность пойти и купить лишний кусок мяса»*, – убежден опытный хирург из федерального медицинского центра.

Тем не менее, несмотря на все уверения врачей, оплата-благодарность не так безобидна: нейтральное отношение к ее существованию усложняет получение медицинских услуг теми пациентами, которые не имеют возможности отблагодарить врача или медсестру деньгами. Еще одно важное обстоятельство в этой связи – грань между оплатой-благодарностью и вымогательством не так однозначна, как это может казаться поначалу, и как это предстает в оценках врачей.

Ситуация с неформальными платежами в двух других обследованных регионах незначительно отличается от Москвы, но в интервью с врачами в Вологодской и Калужской областях можно было услышать, что благодарность пациентов чаще происходит в форме скромных подарков в виде шоколадок, конфет, коньяков и др.

Важно также отметить, что, по свидетельствам и московских, и региональных врачей, оплата по теневым тарифам нередко происходит так, что тариф открыто не сообщается пациенту. Требуемая сумма назначается врачом, но информация о ее размере передается пациенту другими больными или средним медицинским персоналом. И если пациент заплатит меньше, то его могут попросить доплатить деньги за услугу. *«Я знаю случаи, когда доктор возвращает конверт пациенту и говорит, – я стою не столько, а намного выше... Поражает, что это случается уже после лечения... И пациент доплачивает, а не скандалит. Объяснение этому есть. Дело в том, что пациенту придется снова идти к этому доктору. Накладки подобного рода случаются, когда о размере необходимой суммы пациент узнает от других больных или от среднего медперсонала. Если информация была искажена – врач разводит руками и возмущается – денег не додали. Так что скрытый тариф существует, он просто озвучивается не самим врачом»,* – уверен главный врач калужской поликлиники. Такую форму оплаты можно назвать оплатой по скрытому или конспирируемому тарифу.

Как и московские врачи, многие медики, работающие в регионах, говорят, что получение неформальных платежей недопустимо, но при этом на практике не осуждают коллег, которые берут деньги от пациентов, если это не выливается в публичный скандал. Изменения в реальном отношении врачей к неформальным платежам по сравнению с оценками, которые давались медиками еще пять лет назад [Чернец, Чирикова, Шишкин 2008], свидетельствуют о распространении нейтрального отношения со стороны врачей к подобным практикам, а оплата-благодарность в их оценках стала носить даже позитивный оттенок. Готовность прощать коллег намного выше, нежели их осуждать. Почему так происходит? Все дело в том, что врачи склонны скорее сохранять мир во врачебном сообществе, нежели активно бороться с неодобряемыми ими практиками.

Более того, нередко врачи воспринимают коллег, получающих неформальную оплату, как востребованных и высокопрофессиональных. Важную морально-этическую роль в этом случае выполняет убежденность в том, что профессионал *«имет право брать деньги с пациентов»*. В этом позволяют убедиться оценки врачами связи между уровнем профессионализма и распространенностью неформальных платежей. *«Хирургу без рук денег не дадут, пациенты умными стали»*. Более того, по мнению врачей, *«неформальные платежи толкали людей овладевать профессией врача, тем самым сохранив профессиональное врачебное сообщество»*. Именно оплата за профессионализм рассматривается нашими респондентами как вполне этически оправданная. *«Профессионализм должен быть оплачен. Никаких переживаний по этому поводу не должно быть...»*, – замечает один из наших респондентов.

Больше стало тех врачей, которые в ходе интервью не побоялись признать, что берут от пациентов деньги и не испытывают при этом морального напряжения. Серьезным оправданием для этого является убеждение, что «они сами дают», и «деньги у дающих не последние». Так, по словам молодого невропатолога из калужской поликлиники, «если я вижу, что человек обеспеченный, то почему бы не взять у него конверт? Ну не последние деньги он отдает, это видно».

Региональные руководители медицинских учреждений, как и московские главные врачи, борются с вымогательством, но занимают нейтральную позицию в отношении оплаты-благодарности. Прежде всего, потому, что это плохо контролируемый процесс: «Я против неформальных платежей. Это развращает, но я не могу заглянуть в кабинет каждого и его проверить... В принципе, с конфетами и шоколадом вряд ли стоит бороться. А что-то более серьезное может и бывает, но это дело пациента... Сам я в этом не участвую... Но за других ответить не могу», – считает главный врач вологодской поликлиники.

Некоторые из главных врачей не делают этого потому, что оценивают выплаты пациентов как весьма небольшие и случайные: «Я не хочу сказать, что теневых оплат нет совсем. Всякое бывает. Но я не могу заглянуть каждому в карман. Думаю, что это не такие большие деньги, чтобы существенно повысить доходы врачей. Скорее, это случайные выплаты...», – убежден главный врач вологодской городской больницы.

Но нельзя утверждать, что в регионах оценка руководителями медицинских учреждений практик получения их сотрудниками неформальных платежей однозначна. Некоторые из региональных главных врачей убеждены, что оплата-благодарность совсем не так безобидна: «Неформальные платежи – это плохо, это расхолаживает персонал, это развращает человека. Он начинает ждать, кто и когда ему заплатит. Очень трудно провести грань между благодарностью и скрытым вымогательством. Стоит только один раз переступить эту черту, как врач становится другим. Поэтому я категорически против благодарностей врачам. Я против материальной поддержки пациентами врачей. Потому что я уважаю себя, я продаю свое умение, я работаю на государство. Я хочу, чтобы именно государство мне платило. Государство в ответ должно иметь определенные обязательства передо мной. Я все время говорю, Господи, лучше я буду много работать, чем я буду зависеть от денег пациентов. Ведь это если я заболел, то меня могут отказаться лечить, если я не заплачу. Что это за служение такое? Зачем государство ставит врачей в такое положение?», – с горечью констатирует заместитель главного врача детской областной больницы.

Подводя итог анализа практик неформальной оплаты, можно сказать, что материалы интервью, проведенных в 2012 г., не дают оснований для выводов о каких-либо качественных изменениях в применяемых правилах или моделях неформальных платежей по сравнению с их характеристиками, выявленными пять лет назад. Но очень заметны изменения в отношении врачей к этим практикам, и их можно обозначить одним обобщающим словом – привыкание.

«Деньги от пациентов... Все привыкли... Радуются, что перепало... А что в результате? Начинают формироваться другие принципы отношений с пациентами. Становятся в порядке вещей взятки, поборы, вымогательство. Каждый уважающий себя врач совсем не хочет об это пачкаться. Но государство его фактически к этому толкает. Зарплата, которая существует, вынуждает врачей, особенно молодых, идти по этому пути и считать, что это нормально.

Это самая большая беда, когда люди начинают думать, что это нормально. Но объяснение для подобного поведения у врача всегда есть – существующая оплата просто недостаточна для жизни», – размышляет известный вологодский врач.

Процесс взаимодействия врача и пациента все более становится зависимым от готовности пациентов платить врачу дополнительные деньги за медицинские услуги. В одном случае инициатором их получения является сам врач, в другом – инициатива принадлежит пациентам. Однако даже в том случае, если плата осуществляется добровольно пациентом, это отрицательно сказывается на взаимодействии врача с другими пациентами. Врач привыкает к тем деньгам, которые дает ему пациент, и неосознанно или осознанно его деятельность становится зависимой от таких платежей. Несмотря на убежденность многих врачей, что деньги не влияют на качество лечения, уровень внимания врача к пациенту они все же регулируют, а это важная составляющая оказываемой медицинской помощи. Пациенты же в таких условиях остаются заложниками своих финансовых возможностей, но при этом нередко сталкиваются с тем, что деньги не гарантируют получение качественной медицинской помощи, потому что требовательность врачей к себе не может поддерживаться только деньгами.

Однако самое сильное опасение вызывает то, что, будучи порожденными недостаточностью государственного финансирования здравоохранения, укоренившиеся практики неформальной оплаты привели к необратимым изменениям в мотивации врачей, и их новая мотивационная структура будет обесценивать попытки государства обеспечить медикам достойный уровень оплаты труда. *«Государство должно платить врачам, но раз оно этого не делает, тогда и приходится самим... брать... Поверьте мне, так поступают многие... Наш менталитет не побороть. Даже если зарплата будет выше, все равно это будет сохраняться. Врачи привыкли... Им нужны деньги. И они готовы их таким образом получать. Общество изменилось, а мы все ждем, что врачи себя будут вести, как в советское время», – справедливо полагает молодой врач из Калуги.*

Это создает очень серьезные риски неэффективного перехода к эффективному контракту, запланированному правительством в ближайшие пять лет, включая повышение оплаты труда врачей к 2018 г. до 200% от средней заработной платы в каждом регионе.

Распространение практик неформальной оплаты запустило очень опасные по последствиям для медицины процессы, и простым повышением зарплаты врачам, даже таким весомым как запланировано к 2018 г., их не остановить. В лучшем случае их развитие окажется замедленным на несколько лет.

Заключение

Проведенное исследование позволяет заключить, что в российском здравоохранении протекают процессы трансформации отношений между врачами и пациентами, и главными направлениями этих изменений выступают:

- усиление требовательности пациентов к врачам и рост напряженности в отношениях между ними;
- формирование новой модели отношений между врачом и пациентом – модели информированного согласия, которая означает совместное принятие решений

о выборе методов лечения и предполагает иной баланс ответственности между гражданами и медиками за уровень индивидуального здоровья, чем при традиционном патерналистском типе их взаимодействия.

Выявленные изменения в отношениях пациентов и врачей означают изменение фундаментальной характеристики позиций врача и пациента, а именно – информационной асимметрии. Медицинские услуги отличаются от других товаров и услуг тем, что здесь существует дисбаланс между знаниями врача, как поставщика этих услуг, и знаниями пациента, как их потребителя. И поэтому решающая роль в определении состава и объема услуг принадлежит врачу, а не пациенту, который, как правило, ограничен в своей способности оценить рациональность действий врача с точки зрения обоснованности предоставляемых услуг [Le Grand, Propper, Robinson 1992; Колосницына, Шейман, Шишкин 2009]. Отмеченные выше изменения в поведении пациентов свидетельствуют об изменении баланса между знаниями врача и пациента. Причем было бы упрощением квалифицировать это только как уменьшение информационной асимметрии. Судя по оценкам врачей, во многих случаях имеет место ситуация, которую можно назвать ситуацией квазиинформированного потребителя и квазирационального спроса: информированность пациента благодаря интернету достигает уровня, который расценивается самим пациентом как достаточный для полностью самостоятельного принятия решения о выборе лечения, но в действительности, с профессиональной медицинской точки зрения, этот уровень знаний для рациональных решений недостаточен.

Движущими силами увеличения требовательности пациентов и нарастания напряженности в их отношениях с врачами выступают:

- рост уровня образования и информированности граждан, обусловленный быстрым развитием информационных технологий и информационных медицинских систем;
- снижение доверия граждан к медикам;
- политика государства, перекладывающая на врачей ответственность за проблемы финансирования и организации оказания медицинской помощи российским гражданам, и политика средств массовой информации, формирующая негативный образ врача в общественном мнении.

Растущий уровень требований к врачам со стороны пациентов и напряженности отношений между ними отражает, с одной стороны, объективные процессы постиндустриального развития общества, роста уровня образования и благосостояния граждан, которые сталкиваются с уже неадекватным им патерналистским поведением врачей и формируют, в свою очередь, общественный запрос на развитие отношений с врачами на основе принципов партнерства и разделения ответственности за состояние здоровья. Однако нельзя утверждать, что эта новая модель информационного согласия уже в недалеком будущем вытеснит патернализм и займет доминирующее положение.

Усиление конфликтности между врачами и пациентами является, с другой стороны, следствием серьезных застойных проблем российского здравоохранения. Снижение доверия пациентов к медикам во многом обусловлено сокращением уровня их профессионализма, которое, по оценкам отдельных врачей, наблюдается в последние два-три десятилетия. Напряженность стимулируется хроническими проблемами недостатка государственных средств для обеспечения доступной и качественной медицинской помощи, отвечающей ожиданиям граждан. Конфликт-

ность порождается и укоренением потребительской идеологии в нашем обществе, и развитием потребительского отношения со стороны граждан к любым агентам, предоставляющим им услуги, включая медиков. Действие этих причин будет препятствовать эволюционному формированию новых, партнерских отношений между врачами и пациентами.

Рост напряженности, вызываемый нерешаемыми проблемами организации здравоохранения, стимулирует процесс эмоционального выгорания врачей. Если этот процесс не будет остановлен, то через несколько лет он станет оказывать сильное негативное влияние на качество медицинской помощи.

Проблемы с доступностью и качеством медицинской помощи будут усиливаться и под влиянием практик неформальной оплаты: она не является достаточной гарантией получения качественной медицинской помощи для тех, кто заплатил, и ухудшает качество медицинской помощи тем, кто не платил.

Проведенное исследование не выявило каких-либо качественных изменений в практиках неформальной оплаты по сравнению с результатами исследования этих практик пять лет назад [Чернец, Чирикова, Шишкин 2008]. Это позволяет сделать вывод, что с институциональной точки зрения практики неформальной оплаты устоялись. Но заметны изменения в отношении врачебного сообщества к этим практикам: врачи и руководители медицинских учреждений открыто признают оправданность получения денег от пациентов в тех случаях, когда это инициируется самим пациентом. Такие практики получили моральную санкцию, очевидно, большинства врачей. При этом вымогательство денег у пациентов по-прежнему осуждается, но само понимание вымогательства является избирательным: практика оплаты пациентом лечения по установленным теневым тарифам признается многими вполне приемлемой, если речь идет об оплате труда высококвалифицированных врачей.

Выявленное отношение врачей к неформальной оплате свидетельствует о высокой степени укорененности этих практик в российском здравоохранении и вынуждает сделать вывод об их необратимом воздействии на мотивацию и поведение врачей. Это порождает высокие риски сохранения их широкой распространенности в будущем, несмотря на очень значительное повышение оплаты труда российских медиков, которое планируется осуществить к 2018 г. Если государство не предложит новых легальных институциональных механизмов получения медиками дополнительных доходов от пациентов, практики неформальной оплаты сохранятся и в будущем.

Нарастание напряженности в отношениях врачей и пациентов, формирование общественного запроса на новую, партнерскую модель их отношений, укоренение практик неформальной оплаты медицинской помощи – эти изменения являются, по нашему мнению, индикаторами того, что отечественное здравоохранение переживает период трансформационного кризиса – исчерпания возможностей дальнейшего развития без изменения ряда основополагающих принципов его организации и установления нового разделения ответственности, в том числе экономической, между врачами, пациентами, государством за состояние здоровья и проведение лечения. Но это уже предмет других разработок.

Литература

- Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. (2011) Общение врача: особенности профессионального взаимодействия // Медицинская психология в России. № 3 // http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer22.php
- Витч Р. (1994) Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. № 3.
- Григорьев М.С., Гриб В.В., Вахнина Н.А. (2012) Коррупция в сфере медицинских услуг России. М.: Фонд исследования проблем демократии.
- Ефименко С.А. (2003) Медицинская помощь глазами москвичей // Бюллетень НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранения им. Н.А. Семашко. Вып.8. С. 149–152.
- Ефименко С.А. (2007) Пациент в системе охраны здоровья. Учеб. пособие. М.: ММА им. И.М. Сеченова.
- Колосницына М.Г., Шейман И.М., Шишкин С.В. (ред.) (2009) Экономика здравоохранения. Учебное пособие. М.: ГУ-ВШЭ.
- Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В., Шишкин С.В. (2011) Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении). Препринт WP8/2011/12. Высшая школа экономики. М.: НИУ ВШЭ // http://www.hse.ru/data/2011/12/16/1261928725/WP8_2011_11_final.pdf
- Римашевская Н.М. (2003) Человек и реформы. Секреты выживания. М.: РИЦ ИСЭПН.
- Силуянова И.В. (1997) Биоэтика в России: ценности и законы. М.: Грантъ.
- Силуянова И.В. (2006) Патернализм и информированное согласие: проблема совместимости // ГлавВрач. № 3.
- Тарасенко Е.А. (2012) Patient 2.0: коммуникации пациентов и врачей в социальных сетях // XIII Международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества. Т. 3. М.: НИУ ВШЭ.
- Татарников М.А. (2002) Ретроспективный анализ общественного мнения о здравоохранении // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. № 1.
- Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шишкин С.В. (2008) Неформальная оплата медицинских услуг: тенденции институциональных изменений // Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность. Отв. ред. Шишкин С.В. М.: Независимый институт социальной политики.
- Шилова Л.С. (2012) Самосохранительное поведение пациентов в условиях модернизации первичной медицинской помощи. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социолог. наук. М.: ИСРАН.
- Шишкин С.В., Бесстремьянная Г.Е., Красильникова М.Д., Овчарова Л.Н., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С. (2004) Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. Независимый институт социальной политики. М.: ГУ-ВШЭ.
- Юдин Б.Г. (2004) Этико-правовое регулирование биомедицинских исследований // Философия биомедицинских исследований. М.: Институт человека РАН.
- Coulter A. (1997) Partnerships with Patients: the Pros and Cons of Shared Clinical Decision-Making // Journal of Health Services Research & Policy, vol. 2, no 2.
- Couët N., Desroches S., Robitaille H., Vaillancourt H., Turcotte S., Elwyn G., Légaré F. (2013) Assessments of the Extent to which Health-Care Providers Involve Patients in Decision Making: a Systematic Review of Studies Using the OPTION Instrument // Health Expectations. doi: 10.1111/hex.12054 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12054/abstract>
- Faden R.R., Beauchamp T.L. (1986) A History and Theory of Informed Consent. New York: Oxford University Press.
- Joosten E.A., DeFuentes-Merillas L., de Weert G.H., Sensky T., van der Staak C.P., de Jong C.A. (2008) Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status // Psychother Psychosom, vol. 77, no 4.

- Le Grand J., Propper C., Robinson R. (1992) *The Economics of Social Problems*. Third Edition. London: Macmillan.
- Lewis M. (2001) *Informal Payments in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union: Issues, Trends and Policy Implications // Funding Health Care Options for Europe*. Eds. Mossialos E., Dixon A., Kutzin J., Figueras J., European Observatory Series. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

SOCIETY AND INDIVIDUAL

Interaction Between Doctors and Patients in Russia: Vectors of Change

A. CHIRIKOVA*, S. SHISHKIN**

***Alla Chirikova** – Chief Research Fellow, Institute of Sociology (RAS). Address: bld. 5, 24/35, Krzhizhanovskogo str., Moscow, 117218, Russian Federation. E-mail: chirikova_a@mail.ru.

****Sergey Shishkin** – Academic Supervisor, Institute for Health Economics, National Research University “Higher School of Economics”. Address: 20, Myasnitskaya str., Moscow, 101000, Russian Federation. E-mail: shishkin@hse.ru.

Abstract

The paper presents the results of empirical study of Russian doctors and discusses recent changes in their relationships with patients including choice of treatment and informal payments. Parallel to that we attempt to establish whether the model of informed consent is being accepted in Russian health care and how doctors evaluate its prospects. The analysis is based on 57 in-depth interviews with medical staff and managers of various health institutions in three Russian regions taken in April and August 2012.

The study reveals that Russian patients have become more exacting towards doctors and there is growing tension between them. Doctors are aware of this public challenge, and the need to develop relationships with patients based on the principles of partnership, shared decision-making on the choice of treatment, and the division of responsibility for the health of patients. However, it appears that the new model of informed consent faces several difficulties and will not replace paternalism in such relationships in the near future. These findings suggest that there is certain information asymmetry between doctors and patients and in many cases it leads to the situation of quasi-informed decisions and the quasi-rational demand for medical services.

We have also revealed no significant institutional changes in the practices of informal payment for health care. However, there has been a certain change in attitudes of medical community towards such practices: doctors and managers of health institutions now openly recognize the normality of receiving such payments from patients, when they are initiated on the behalf of the latter. Meanwhile, extorting money from patients is still condemned, but the understanding of this extortion is very selective: it is only recognized with respect to the services of highly skilled professionals and

outstanding doctors. All of this, however, indicates of the deep embeddedness of such practices in the Russian health care.

Keywords: Russian health care system, relationship between doctors and patients, informed consent, shared decision-making, informal payments

References

- Boluchevskaya V.V., Pavlyukova A.I., Sergeeva N.V. (2011) Obschchenie vracha: osobennosti professional'nogo vzaimodeistviya [Physician Communication: Features of Professional Interaction]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*, no 3. Available at: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer22.php
- Chernets V.A., Chirikova A.E., Shishkin S.V. (2008) Neformal'naya oplata meditsinskikh uslug: tendentsii institutsional'nykh izmenenii [Informal Payments for Medical Services: Trends of Institutional Changes]. *Rossiiskoe zdavookhranenie: motivatsiya vrachei i obshchestvennaya dostupnost'* [The Russian Health Care: Physician's Motivation and Accessibility. Ed. by S.M. Shishkin], Moscow: Nezavisimyi institut sotsial'noi politiki.
- Coulter A. (1997) Partnerships with Patients: the Pros and Cons of Shared Clinical Decision-Making. *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 2, no 2.
- Couët N., Desroches S., Robitaille H., Vaillancourt H., Leblanc A., Turcotte S., Elwyn G., Légaré F. (2013) Assessments of the Extent to which Health-Care Providers Involve Patients in Decision Making: a Systematic Review of Studies Using the OPTION Instrument. *Health Expectations*. doi: 10.1111/hex.12054. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12054/abstract>
- Efimenko S.A. (2003) Meditsinskaya pomoshch' glazami moskvichei [Medical Care in the Estimates of Moscovites]. *Byulleten' NII sotsial'noi gigieny, ekonomiki i upravleniya zdavookhraneniya im. H.A. Semashko*. Issue 8, pp. 149–152.
- Efimenko S.A. (2007) *Patsient v sisteme okhrany zdorov'ya. Uchebnoe posobie* [Patient in the Health Care System. Tutorial], Moscow: MMA.
- Faden R.R., Beauchamp T.L. (1986) *A History and Theory of Informed Consent*, New York: Oxford University Press.
- Grigor'ev M.S., Grib V.V., Vakhnina N.A. (2012) *Korrupsiya v sfere meditsinskikh uslug Rossii* [Corruption in the Russian Medical Care], Moscow: Fond issledovaniya problem demokratii.
- Kolosnitsyna M.G., Sheiman I.M., Shishkin S.V. (ed.) (2009) *Ekonomika zdavookhraneniya. Uchebnoe posobie* [Health Economics. Tutorial], Moscow: HSE.
- Joosten E.A., DeFuentes-Merillas L., de Weert G.H., Sensky T., van der Staak C.P., de Jong C.A. (2008) Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychother Psychosom*, vol. 77, no 4.
- Potapchik E.G., Selezneva E.V., Shishkin S.V. (2011) *Dostupnost' meditsinskoi pomoshchi dlya naseleniya (po materialam monitoringa ekonomicheskikh protsessov v zdavookhraneni)* [Accessibility of Medical Care for the Population (Based on Monitoring of Economic Process in Health Care System)]. Working paper WP8/2011/12, Moscow: HSE. Available at: http://www.hse.ru/data/2011/12/16/1261928725/WP8_2011_11_final.pdf
- Le Grand J., Propper C., Robinson R. (1992) *The Economics of Social Problems*. Third Edition, London: Macmillan.
- Lewis M. (2001) Informal Payments in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union: Issues, Trends and Policy Implications. *Funding Health Care Options for Europe*. Eds. Mossialos E., Dixon A., Kutzin J., Figueras J., European Observatory Series, Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

- Rimashevskaya N.M. (2003) *Chelovek i reformy. Sekrety vyzhivaniya* [Man and Reforms. Survival Secrets], Moscow: RITS ISEHPN.
- Shilova L.S. (2012) *Samosokhranitel'noe povedenie patsientov v usloviyakh modernizatsii pervichnoi meditsinskoj pomoshchi* [Self-Preservation Behavior of the Patients under Modernization of Primary Care], Moscow: IS RAS.
- Shishkin S.V., Besstreymannaya G.E., Krasil'nikova M.D., Ovcharova L.N., Chernets V.A., Chirikova A.E., Shilova L.S. (2004) *Rossiiskoe zdravookhranenie: oplata za nalichnyi raschet* [Health Care in Russia: Payments in Cash], Moscow: HSE.
- Siluyanova I.V. (1997) *Bioetika v Rossii: tsennosti i zakon* [Bioethics in Russia: Values and Law], Moscow: Grant.
- Siluyanova I.V. (2006) Paternalizm i informirovannoe soglasie: problema sovmestimosti [Paternalism and Informed Consent: a Compatibility Issue]. *GladVrach*, no 3.
- Tarasenko E.A. (2012) *Patient 2.0: kommunikatsii patsientov i vrachei v sotsial'nykh setyakh* [Patient 2.0: Patient and Physician Communication in Social Networks]. Paper presented at the XIIIth April International Academic Conference on Economic and Social Development, 3-5 April 2012, Moscow.
- Tatarnikov M.A. (2002) Retrospektivnyi analiz obshchestvennogo mneniya o zdravookhranении [Retrospective Analysis of Public Opinion on Health Care]. *Voprosy ekonomiki i upravleniya dlya rukovoditelei zdravookhraneniya*, no 1.
- Vitch R. (1994) Modeli moral'noi meditsiny v epokhu revolyutsionnykh izmenenii [Models of Moral Medicine in the Era of Revolutionary Changes]. *Voprosy filosofii*, no 3.
- Yudin B.G. (2004) Etiko-pravovoe regulirovanie biomeditsinskikh issledovaniy [Ethical and Legal Regulation of Biomedical Research]. *Filosofiya biomeditsinskikh issledovaniy* [Philosophy of Biomedical Research], Moscow: Institute of human RAS.