

## 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 ссылаться 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 занимают 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 клинико-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 неовеберовского 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 лучевой 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 «падчерницей»: 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 теневых рынков 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 теневых рынков 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-зятцем 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. Поток теневых платежей минимален на территориях, наименее обеспеченных ресурсами здравоохранения, и возрастает 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.