

Социальная стратификация

ПРОВИНЦИАЛЬНАЯ ЧАСТНАЯ МЕДИЦИНА НА РАСПУТЬЕ

О.В.Лукша¹

Сыктывкар

- **Рыночные реформы здравоохранения в России еще не привлекли достаточного внимания отечественных социологов. В связи с этим попытка описания ситуации на рынке платных медицинских услуг приобретает особую актуальность. В качестве объекта исследования был выбран г. Сыктывкар (более 200 тыс населения). Работа выполнена преимущественно качественными методами; но в ней также использованы статистические материалы Министерства здравоохранения Республики Коми. Исследование показало, что медицинский рынок находится еще на стадии становления. С 1992 г. объем частных медицинских услуг практически не увеличился. Их развитие наблюдается в основном в сфере оказания альтернативных услуг (не предусмотренных государственным бесплатным обеспечением), а также там, где услуги аналогичны государственным, но комфортность и качество обслуживания повышены.**

Введение

Процесс коммерциализации здравоохранения России начался уже в 1985 г. с переходом некоторых лечебно-профилактических учреждений на самоокупаемость. В 1993 г. право на приватизацию государственных и муниципальных лечебных учреждений было закреплено юридически (статья 41 Конституции РФ). Правовое закрепление частной медицины дало зеленый свет всем коммерческим начинаниям врачей, однако процессы демонополизации здравоохранения в разных регионах России стали осуществляться разными темпами: где-то пошли семимильными шагами, а где-то едва сдвинулись с места.

¹ **Олеся Викторовна Лукша** - сотрудник социологической лаборатории Сыктывкарского государственного университета, аспирант Института социологии (Москва). Сфера научных интересов - социология профессии .

Социальная стратификация

В некоторых городах и республиках страны реформа здравоохранения не вышла за рамки реформы финансирования государственных медучреждений, начатой в 1994 г. с введением системы обязательного медицинского страхования. Данная система не решила общих вопросов развития отрасли и изменения ее структуры и, в основном, функционирует как финансово-кредитный институт: он основывается на отчислении 3,6% средств заработанных предприятием в страховой фонд и выполняет распределительные функции.

Анализ литературы по проблемам здравоохранения показал, что в центре внимания социологов находятся вопросы функционирования системы обязательного медицинского страхования, правовая, законодательная базы здравоохранения. Рассматриваются также теоретические проблемы сосуществования различных видов собственности в здравоохранении, механизм функционирования общественной и частной медицины во время реформы (1-7), отношение врачей к происходящим реформам (9,10).

В то же время мы не нашли в печатных изданиях исследований, посвященных специфическим особенностям процесса становления коммерческой медицины в различных российских регионах (о недостаточной изученности данных вопросов говорит также и отсутствие определенного термина, определяющего врача, занятого в частном секторе. Кто он: врач-предприниматель, частный врач, частнопрактикующий врач?).

Соответственно, без ответа остались следующие вопросы: какие факторы оказывают влияние на формирование локальных рынков здравоохранения, какие отрасли медицины лидируют на этих рынках и чем это вызвано, кто приходит в частную медицину, какие изменения в связи с этим претерпевает социальный статус врача?

Для того чтобы восполнить этот пробел, мы задались целью попытаться описать: (1) специфику процесса зарождения и развития платной медицины в столице Республики Коми (РК) г. Сыктывкаре; (2) социальный статус врача зарождающейся коммерческой медицины.

В качестве объекта исследования были выбраны врачи г. Сыктывкара, оказывающие платные медицинские услуги. В данную социальную группу входят врачи, работающие по лицензии (наемные работники коммерческих центров и самозанятые), врачи - работники платных хозяйственных отделений государственных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Методы исследования

Работа выполнена преимущественно на основе качественных методов: проведено 35 глубинных интервью с работниками медицины, в том 180

Социальная стратификация

числе 20 с частнопрактикующими врачами (50% генеральной совокупности), проведен анализ материалов Министерства здравоохранения РК, Республиканского центра медицинской статистики. Вся информация собрана до осени 1998 г., поэтому цены указаны в масштабах до августовского (1998 г.) финансового кризиса.

Процесс сбора информации неожиданно оказался затруднен не зависящими от нас обстоятельствами: в проблему превратился поиск частнопрактикующих врачей. Первоначально мы предположили, что российского частнопрактикующего врача, по примеру западного, можно найти, воспользовавшись городскими или республиканскими справочниками телефонов или адресов; однако данной информации не содержит ни один справочный каталог РК. Тогда мы обратились за помощью в республиканскую лицензионную комиссию, где нам наотрез отказали в предоставлении информации о месте работы частнопрактикующих врачей. Мотивировано это было тем, что «их *изучать не надо*», что все данные по ним «*засекречены, чтобы никто не мешал им нормально работать*». В связи с этим мы решили пойти другим путем: узнать в отделах кадров медучреждений, нет ли среди их персонала врачей, работающих по лицензии; но, как оказалось, начальники отделов кадров не вправе выдавать такую информацию, и они нас вновь направили в лицензионный отдел. С большим трудом нам все же удалось получить списки с указанием фамилий, но без информации о месте работы. После этого появилась отправная точка; постепенно мы самостоятельно вычислили, где специалисты-частники ведут прием.

Предыстория

Волна реформ докатилась до Республики Коми к 1987 г. (пройдя апробацию в Москве, Санкт-Петербурге, Кемерово). Инициатором введения платных медицинских услуг в Коми выступило Министерство здравоохранения РК. По его распоряжению стоматологическая поликлиника, центр нетрадиционных (сейчас именуемых традиционными) методов лечения и наркологический центр открыли хозрасчетные отделения, а главврачи городских поликлиник ввели в своих учреждениях платные частные приемы ряда специалистов. Сделано это было, по словам министра здравоохранения РК того времени, ради спасения отрасли: «*Надо было сохранять государственную медицину, для этого ввели платные услуги, в первую очередь хозрасчет*».

Вслед за частнопрактикующими врачами, ставшими предпринимателями по воле начальства, в сферу коммерческой медицины вовлеклась и другая часть врачей республики - уже по своей инициативе. Одни получили лицензию на индивидуальную трудовую деятельность, другие

Социальная стратификация

устроились в модные в то время кооперативы по лечебному голоданию, гипнозу, релаксации, экстрасенсорике и прочим видам медицинских услуг.

Однако в дальнейшем в Республике Коми частный медицинский сектор радикального развития не получил: число врачей, занятых в сфере частной медицины, достигло в РК в 1992 г. 91 чел. и в дальнейшем не росло: в 1993 г. - 54 врача, в 1994 г. - 93, в 1995 г. - 67, 1996-98 гг. - около 100 врачей (1).

2. Формирование административно-правовой среды частной медицины в Республике Коми

Законодательство РК (по сравнению с РФ) предусматривает более жесткую систему отбора врачей для частной медицинской практики. Частнопрактикующие врачи единогласно утверждают, что: *«сверху [на частных врачей] оказывается сильное давление, и если у врача есть возможность не заниматься бизнесом, то лучше и не заниматься», «министерство противодействует частникам: чем больше частников, тем меньше у министерства сфера деятельности, тем меньше штат»* (из интервью).

Условия получения лицензии в Республике Коми отличаются от аналогичных условий Российской Федерации, где достаточно диплома и сертификата, позволяющего работу по той или иной специальности. В указе Главы Республики Коми выдвинут целый ряд дополнительных условий: это наличие квалификационной категории врача (усовершенствование или специализация считаются действительными только в том случае, если специалист прошел ее в течение последних пяти лет) и стаж работы не менее трех лет; кроме того, эксперты республиканского лицензионного отдела лично определяют квалификацию специалиста (1).

С 1998 г. условия еще больше ужесточились: сейчас необходим еще и сертификат о последипломном образовании. Данный документ можно получить только в Москве (не выезжая из РК, сертификат смогли получить только стоматологи, для которых организовывались республиканская выездная комиссия). И хотя сам сертификат обычно стоит дешевле, чем лицензия (около 500 р., по данным лицензионного отдела), тем не менее уже одна дорога до Москвы и обратно, а также проживание в ней во время двух-трех месячных курсов обходятся не меньше, чем в 5-6 тыс. руб. Специалистам, получившим лицензию до 1998 г., дали отсрочку для получения сертификата, новобранцы же должны его получать с самого начала (1).

Социальная стратификация

Любопытно также отметить, что несмотря на то, что лицензирование всех видов медицинской деятельности (кроме лечения инфекционных и онкологических заболеваний, а также аборт) разрешено законом РК, министерство тем не менее, не запрещая ничего официально, просто препятствует получению лицензии на нежелательные виды деятельности. Министр здравоохранения РК прокомментировал эту ситуацию так: *«Если переводить какие-то виды медицинской помощи на плату, независимо от того, частное это учреждение или государственное, то это должны быть в основном те виды медицинской помощи, которые напрямую не связаны с жизнью человека: массаж, физиотерапия, водолечение, грязелечение и другие... Есть определенные виды услуг за плату, которые не заменяют бесплатных, их мы разрешаем. Но мы считаем, что нельзя бесплатные медицинские услуги населению подменять платными»*.

Стратегию определяет министерство, а тактику - лицензионный отдел. На наш взгляд, документы, необходимые врачу для частной практики, во многом дублируют друг друга. На вопрос: *«Неужели врачу, имеющему) диплом, прошедшему курсы повышения квалификации, еще необходим и сертификат?»* в лицензионном отделе ответили следующим образом: *«Чем больше врач старается получить лицензию, тем лучше он работает»*. Будущим врачам-предпринимателям действительно приходится стараться для получения лицензии: кроме документов, подтверждающих их компетентность, им необходимо собрать порядка двадцати справок: от санэпидемстанции города, от пожарной охраны, из МВД и т.д. Процесс получения лицензии занимает в лучшем случае три месяца.

Каждый опрошенный врач-предприниматель отметил, что его путь в частную медицину был очень сложным: *«каждый автограф стоил времени и денег»*. Были и те, кто был готов свернуть с полдороги, уже купив все необходимое оборудование и договорившись об аренде. Никто не скрывал, что любая инстанция пыталась извлечь всевозможные выгоды: *«А это же понятно: всем шампанское, конфеты: для каждого оплаты дорогу, чтобы он до тебя доехал на машине. Мне для всех бумажек много спин начальственных пришлось помять, все, спасибо, больше не хочется»* (из интервью с массажистом).

Минздрав РК проводит громко не декларируемую, но серьезную политику поддержания государственной медицины на плаву, в том числе и ради того, чтобы сильный государственный сектор мог противостоять появлению частной медицины. Как отмечает замминистра здравоохранения РК. *«уровень доступности и качества медицинской помощи в условиях реформ, которые происходят в Российской Федерации, у нас в Республике Коми - самый высокий среди других территорий Россий-*

Социальная стратификация

ской Федерации. В результате этого уровень частного здравоохранения - один из самых низких».

Действительно, государственная медицина в РК находится на достаточно высоком уровне: лекарственное обеспечение предоставляется бесплатно как пенсионерам, так и работающему населению, при острых заболеваниях доступными являются любые виды лечебной и диагностической помощи в тридцати трех государственных ЛПУ города. Оснащенность кардиоцентра РК и диагностического центра не уступает оснащенности подобных центров центральных городов России (частнопрактикующие врачи сетовали на то, что их коллеги в государственных ЛПУ создают им большую конкуренцию, чем врачи частного сектора).

3. Развитие сферы платных услуг

3.1 Врачи-предприниматели

В 1998 г. в Республике Коми объем всех частных медицинских услуг составлял около 3% от всей врачебной помощи. В 1997 г. в республике насчитывалось 3336 врачей, в то же время лицензию на индивидуальную трудовую деятельность имело только 90 чел. В Сыктывкаре из 1338 врачей 40 заняты в сфере частной медицины.

Врачи одних специальностей уже нашли свою рыночную нишу, и их ряды постоянно пополняются, врачи других специальностей находятся в процессе поиска своего клиента и тех услуг, которые они могли бы предложить. Отдельно хотелось бы выделить группу узких специалистов. Двенадцать врачей работают в г. Сыктывкаре: два хирурга, кардиолог, проктолог, офтальмолог, невролог, три невропатолога, два ортопеда и гинеколог.

Таблица 1

Лицензирование физических лиц (на 1.06.1998 г.)

Города РК	Массаж	Психотерапевты Наркологи	Стоматологи	Традиционные методы	Гинекологи	Узкие специалисты	Всего
Сыктывкар	4	8	10	5	1	12	40
Воркута	—	2	—	1	—	—	3
Ухта	—	5	9	2	—	9	25
Усинск	—	1	9	5	2	3	20
Инга	—	—	7	1	—	1	9
Печора	—	—	—	2	1	—	3
ВСЕГО	4	16	35	16	4	25	100

Источник: Минздрав РК

Социальная стратификация

Только стоматологи работают по найму в коммерческих центрах. Все остальные специалисты - самозанятые работники; хотя их частная практика организована по-разному: это могут быть приемы (1) у себя или у пациента на дому, (2) в пригласившей их организации, (3) в арендуемом кабинете (аренда может быть как в государственном, так и коммерческом учреждении).

Разнообразие форм занятости объясняется спецификой деятельности врача: для оказания медицинской помощи разным специалистам требуется разное оборудование. Так, частнопрактикующий массажист оказывается в значительно более благоприятном положении, чем предприниматель-хирург.

Наилучшие условия для выхода на рынок сложились для врачей наркологов, психотерапевтов и специалистов традиционной медицины. Работа с людьми, имеющими пристрастие к алкоголю или психологические проблемы, по большому счету основывается только на умениях и профессионализме врача. Работа в сфере традиционной медицины: лечебный массаж, траволечение, иглорефлексотерапия, гомеопатия, мануальная терапия - также не требует сложного оборудования и в основном базируется на вере пациента в выбранный способ лечения и своего целителя.

Наркологов приглашают на дом из соображений конфиденциальности; кроме того, наркологический пациент не всегда может самостоятельно добраться до врача для прерывания запоя или снятия похмельного синдрома. В услугах массажистов, врачей мануальной терапии заинтересованы процветающие организации города, которые приглашают хорошо зарекомендовавших себя специалистов один-два раза в год.

Эти врачи оказываются мобильнее узких специалистов, которым необходимо специально оборудованное помещение, а также помощь функциональной диагностики.

В основном узкие специалисты не покидают стен своего медучреждения, проводя частный прием за один час до начала рабочего дня или после него; хотя большинство призналось, что ведет прием и во время рабочего дня. Если врач не арендует помещения в своем собственном учреждении, то существует большая вероятность того, что он будет его арендовать в одной из четырех поликлиник города, так как их администрация согласна на самую низкую арендную плату (100-160 руб. в месяц).

Необходимо отметить, что далеко не все медучреждения позволяют арендовать помещения даже собственным медицинским работникам; причина этого заключается как в неприятии «частников» администрацией, так и в нежелании иметь проблемы с высшим

Социальная стратификация

начальством. Главврачи Республики Коми некоторое время назад получили рекомендательное письмо Минздрава РФ с просьбой по возможности не сдавать свои помещения под частную практику. Это мотивируется тем, что частная медицина не должна произрастать на теле государственной, паразитируя на ее оборудовании, помещениях и прочих благах.

Что касается предпринимателей (вышедших не из медицинской среды), то они с энтузиазмом инвестируют деятельность частных стоматологов, однако сотрудничать с частными хирургами, кардиологами, неврологами и пр. не торопятся. Предприниматели не желают рисковать своими деньгами, вкладывая их в деятельность, конечный результат которой далеко не всегда налицо: за одно посещение можно вылечить несколько зубов или подобрать очки, вылечить болезнь сердца иногда невозможно в принципе.

Сами узкие специалисты согласны на частичную занятость в качестве наемных работников коммерческих центров, однако пока только один из десяти частных центров города (специализирующийся на стоматологических услугах) время от времени приглашает узких специалистов для своих клиентов.

Те врачи, которые не хотят иметь дополнительную «надстройку» в виде администрации медучреждения, оплачивают аренду более дорогих помещений в коммерческих центрах или на предприятиях города (таких врачей меньшинство). Врач-гомеопат в интервью отметил: *«Мы работаем в самом центре для того, чтобы человек мог просто зайти к нам по пути на работу, как бы между делом. Мы готовы выкладывать большие деньги за аренду, так как мы уверены, что даже ребенок не побоится к нам прийти темным зимним вечером».*

Иногда аренда такому предпринимателю оплачивается «по взаимозачету»: он принимает работников центра бесплатно или со скидкой. В *единичных* случаях частная компания не только помогает частнопрактикующему врачу с арендой, но и инвестирует его деятельность (среди инвесторов частных врачей республики есть достаточно крупные компании (Газпром, Комизэнерго).

Для всех узких специалистов, где бы они ни арендовали помещение, дополнительно возникает проблема доступа к диагностическому оборудованию; а оно для частнопрактикующих врачей (так же, как и врачей хозрасчетных отделений) - платное. Сходив на консультацию к кардиологу (50 руб.-60 руб.), вы узнаете, что для того чтобы установить диагноз, вам необходимо по меньшей мере сделать эхограмму (100-200 р.), УЗИ (150-200 р.), а также сдать анализы (от 50 р. до 100 р.). Существует маленькая вероятность того, что большинство пациентов

Социальная стратификация

сможет продолжить курс лечения, истратив большую сумму денег на диагностику.

Итак, в том, что касается, объема оказываемых услуг и легкости выхода на рынок (открытости рынка для специалиста), в явном проигрыше оказываются узкие специалисты; в преимуществе - традиционная медицина, наркология, психотерапия. Бесспорно лидирует частная стоматология, развивающаяся в форме частных медицинских учреждений.

3.2 Частные медицинские учреждения

В частном секторе республики представлены услуги некоторых предприятий медицинского профиля. В г. Сыктывкаре наряду с тридцатью тремя государственными медучреждениями действует десять частных. Среди сотрудников этих центров - не только врачи, имеющие индивидуальные лицензии, но и врачи, право на частную практику которых оговорено в коллективной лицензии, выданной на центр. Эти специалисты могут оказывать только те услуги и только в том центре, в лицензию которого они вписаны.

Таблица 2

Юридические лица, имеющие лицензию на частную мед. деятельность

Города	Стоматология	Офтальмология очковое производство	Косметология	Прочес*
Сыктывкар	5	3	2	—
Ухта	3	—	—	2
Печора	1	—	—	—
Сосногорск	1	—	—	1

Источник: Минздрав РК

* - г. Ухта: РАО «Газпром» (реабилитация и санаторно-курортное лечение, диагностика, традиционные методы лечения); Филиал АЭК «Комизэнерго» (первичная медико-социальная помощь) г. Сосногорск: ТОО «Пластика» - хирургическая помощь.

Треть врачей-частников РК и города - дантисты. Стоматология лидирует на рынке медицинских услуг именно в силу того, что она развивается в форме мелких предприятий (три-четыре человека). Несмотря на то, что стоматологам требуется дорогостоящее современное оборудование (цена одной новой бормашины превосходит цену нового автомобиля «Жигули» примерно в два-три раза), это не превращается для них в барьер на пути в частный сектор. С 1992 г. у врачей-стоматологов появилась возможность устроиться в частные стоматологические кабинеты.

Социальная стратификация

Предприниматели, являющиеся генеральными директорами частных стоматологических центров (кабинетов), далеки от мира медицины: одни имеют экономическое образование, другие - люди, не имеющие ни экономического, ни медицинского образования, «ставшие на ноги» во время легких денег начала экономических реформ в стране. Объединяет генеральных директоров уверенность в прибыльности вкладывания средств в стоматологию.

Генеральный директор коммерческого стоматологического центра оплачивает своим работникам лицензию на право работы (около 2 тыс. 300 рублей), организует рекламу и решает все прочие организационные вопросы. Как показали интервью, врачи центров не ощущают себя предпринимателями, так как не сталкиваются с проблемами, которые имеют самозанятые специалисты. Показательно, что ни один из врачей коммерческих центров, являющихся акционерными обществами, не изъявил желания стать держателем акций.

3.3. Хозрасчет

Некоторые государственные учреждения также частично переходят на оказание платных медицинских услуг, организуя у себя платные хозрасчетные отделения. В составе штатов учреждений республики на хозрасчете в 1997 г. состояло 100 врачей (из них 72 стоматолога).

На платной основе проводятся все профосмотры, а также по желанию пациентов принимают узкие специалисты. В хозрасчетных отделениях, открытых в городских медучреждениях, заняты все врачи этих учреждений (для них это единственный способ подработки).

Таблица 3
Штаты хозрасчетных отделений (число физических лиц)

Год	Врачи	Стоматологи	Средний медперсонал	Зубные техники	Младший медперсонал	Итого чел.:
1991	24	21	84	62	12	130
1992	23	20	82	60	11	124
1993	25	20	87	61	18	128
1994	24	21	72	53	13	118
1995	25	21	63	48	13	110
1996	26	23	67	51	14	118
1997	100	72	—	—	—	428

Источник: Минздрав РК

Социальная стратификация

4. Потребители медицинских услуг

4.1 Спрос на услуги врачей частного сектора

Объем платных медицинских услуг, оказываемых частнопрактикующими врачами республики, еще достаточно ограничен. Однако уже можно выделить отрасли, которые стали фаворитами рынка, и отрасли, которые остались в тени. На этот процесс дифференциации, кроме тех факторов, о которых речь шла выше, влияет также различный спрос на разные медицинские услуги.

В целом количество услуг, которые *желают* и *могут* приобрести пациенты по существующим ценам, не превышает предложения. Большая часть населения республики неплатежеспособна: пятая часть имеет доход ниже прожиточного минимума (Коми Республика в цифрах 1997г.:С15).

Врачи понимают, что *«пока частнопрактикующий врач - это для богатых людей, пока даже для средних слоев это недоступно»* (из интервью). Специалисты стоматологических и офтальмологических центров рассказали нам о том, что между центрами, оказывающими схожие услуги, существует достаточно жесткая конкуренция. Число состоятельных клиентов ограничено, и сейчас три магазина-оптики (один из них - государственный) ведут борьбу за этих клиентов. Генеральный директор одного из трех офтальмологических центров города, сделав расчет по европейской методике, утверждает: *«Если бы у нас было платежеспособное население, можно было бы открыть в Сыктывкаре 30 магазинов-оптик, но это если бы был нормальный контингент».*

За недостаточный спрос врачи возлагают ответственность не только на «кризис неплатежей» в городе, но и на социально-экономическое положение в стране в целом: частнопрактикующие врачи жаловались на то, что кризисные ситуации в Москве и других городах России также влияют на уровень спроса. В последнее время забастовки шахтеров в Воркуте, Кемерово и т. д. привели к тому, что число обращений к частнопрактикующим врачам г. Сыктывкара снизилось: потенциальные клиенты опасаются новых задержек заработной платы в связи с тем, что бюджетные деньги могут быть перечислены шахтерам.

Врачи также недовольны «инертностью» населения: *«наши люди не привыкли заботиться о своем здоровье».* Например, врач-массажист может принимать только тех пациентов, у которых нет противопоказаний к массажу, то есть у пациента должно быть соответствующее направление врача из поликлиники. Однако этот врач знает, что отправив пациента за направлением, он его скорее всего

Социальная стратификация

больше не увидит. В связи с такой особенностью психологии пациента врачи даже ввели практику брать деньги за два приема вперед: *«Часто бывает, что человек после первого посещения почувствует себя лучше и больше не приходит, поэтому я беру за два приема вперед, так как я должна узнать результат своего труда»* (врач-кардиолог); *«Я за две консультации не беру, а стоило бы - большинство не возвращается: узнают, что жить будут, и уходят»* (врач-невропатолог).

Также неоднократно отмечался в интервью сезонный спад спроса на медицинские услуги: *«Наших людей больше дачи и летние посевы интересуют, чем собственное здоровье, а зимой уже к нам идут»* (врач-травник). Действительно, летом коридоры городских поликлиник пустеют: нет ни очередей в регистратуру, ни на прием.

Однако несмотря на тенденцию превышения предложения над спросом, существуют «отраслевые» особенности: в наибольшей мере население испытывает потребность в услугах (1) стоматологов, окулистов, наркологов, (2) врачей традиционного направления. Наименьшим спросом пользуются медицинские услуги узких специалистов.

Интервью показали, что в частной медицине Республики Коми пользуются большим спросом и эффективны именно те отрасли, которые повышают комфортность и качество лечения, а также те, что оказывают альтернативные услуги, не предусмотренные государственным обеспечением.

Далеко не каждый будет тратить 50-60 рублей за консультацию кардиолога, если можно посидеть в очереди час-два и получить ту же самую консультацию, а также бесплатные рецепты на диагностические услуги и на лекарственные препараты. Врачи в интервью отметили, что *«серьезные заболевания люди привыкли лечить бесплатно и в государственном учреждении. Даже пациенты с деньгами предпочитают полечиться у своих знакомых врачей бесплатно»* (врач-кардиолог).

Наибольшим устойчивым платежеспособным спросом у значительной части населения пользуются услуги частных стоматологов. Росту обращений к частным стоматологам способствует существенное превышение спроса над предложением бесплатных стоматологических услуг: в республиканской поликлинике запись на бесплатный прием стоматолога уже сделана на два месяца вперед. Кроме того, частная стоматология города оказывает принципиально новые виды услуг: *«Сейчас, -говорит главврач республиканской стоматологической поликлиники, -по всем частным кабинетам оборудование соответствует западным стандартам. Теперь не надо хорошую анестезию подменять уговорами; а также меняется сам принцип работы: это уже не просто лечение зуба, а восстановление его функции и косметического вида»*.

Спрос на работу психотерапевтов и наркологов существовал всегда, а за последнее время, в связи с понижением уровня жизни, еще больше

Социальная стратификация

возрос. В услугах нарколога, к примеру, крайне заинтересованы две группы населения: люди, страдающие от алкоголизма своих родственников, и городская элита, желающая после длинных праздничных дней не потерять своего лица.

Альтернативные услуги - это также сфера деятельности врачей традиционной медицины: люди испокон веков верили в различных целителей, в то, что те каким-то необычным способом избавят их от всех заболеваний и прочих напастей. Распространенным среди врачей альтернативной медицины является комплексный подход к проблеме здоровья: часто массажист предлагает не только массаж, но и проводит группы по лечебной гимнастике, врач-гомеопат вовлекает своих пациентов в злаковое голодание, врач, чувствующий в себе экстрасенсорную энергию, дает мысленные установки на здоровье. Пациенты, потерявшие веру в официальную медицину, готовы испробовать на себе разные комплексные подходы, благодаря чему и травник, и иглорефлексотерапевт не остаются без работы.

4.2. Спрос на услуги врачей хозрасчетного отделения

Пациенты в последнее время стали чаще обращаться в хозрасчетные отделения; и причины этого те же, как и причины предпочтения частных специалистов: отличие в качестве и ассортименте медицинских услуг.

Таблица 4
Число посещений врачей в пересчета отделениях Республики Коми

1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
83 879	39 903	32 434	38 428	61 641	48 692	193 772

Источник: Минздрав РК

В государственной медицине место лечения больного всегда зависело от степени тяжести заболевания или от степени сложности оказываемой медицинской услуги. Очевидно, что более квалифицированные специалисты оказывали более сложные медицинские услуги. Например, республиканский перинатальный центр раньше имел право обслуживать только женщин, имеющих определенную степень риска в родах, соответственно помощь им оказывалась только высококвалифицированными специалистами. В городском же роддоме укомплектованность оборудованием и квалификация кадров - на порядок ниже. Сейчас женщи-

Социальная стратификация

ны, желающие рожать в перинатальном центре, но не имеющие специальных показаний для этого, могут платно стать его клиентами. Услуги хозрасчетного отделения данного центра пользуются спросом.

Не предусмотренные государственным обеспечением услуги оказываются и в диагностическом центре. В его хозрасчетное отделение человек может прийти по своему желанию; кроме того, платное отделение центра, помимо диагностики, проводит и лечебные мероприятия: оно имеет мощное лазерное и т.п. современное оборудование.

Хозрасчетные отделения городских поликлиник, материальная база которых в последние годы практически не укреплялась, оказались нерентабельными, проиграв в конкурентной борьбе с диагностическим центром и хозрасчетным отделением республиканской больницы.

Заработная плата врача хозрасчетного отделения напрямую зависит от рентабельности отделения и от руководства поликлиники (хотя стоимость на хозрасчетные услуги устанавливается государством, администрация определяет, какой процент от выручки пойдет врачу за работу). Обычно во всех хозрасчетных отделениях города, кроме стационаров, услуги оказываются в течение часа до или после принятия пациентов, однако разница в доходах более чем значительная. Например, в Центре традиционной медицины пациент платит за сеанс у врача мануальной терапии 51 руб. (новые деньги), из них непосредственно врачу идет 16 руб. В поликлинике за прием, стоящий 80 руб., врач может получить 91 коп.! Таким образом, в одних учреждениях врачи получают надбавку за платную работу, равную половине зарплаты, в других - символическую сумму в 20-23 руб. в месяц.

5. Из государственного сектор» в частный: динамика социального статуса врача

5.1 Причины и способы выхода на частный рынок

Врач бюджетной медицины Республики Коми переживает далеко не лучшие времена: относительный уровень средней заработной платы работников здравоохранения РК составил по итогам 1997 г. всего лишь 60% от средней заработной платы в промышленности (Коми Республика в цифрах: С. 24.). По уровню выплат социального характера в расчете на одного работника от здравоохранения отстало только сельское хозяйство.

Реформа государственной медицины не изменила жизнь врачей к лучшему. Сдельная оплата труда привела к увеличению темпа работы, что сказывается на качестве лечения, вызывая неудовлетворенность врача и пациента. Все это сопровождается задержками в получении

Социальная стратификация

заработной платы и жестким контролем за деятельностью специалистов: с введением страховой медицины во всех медучреждениях города была учреждена должность заместителя главврача по экспертизе (специалист по экспертизе отвечает за проверку качества оказываемых врачом услуг). Именно появившийся вместе со страховой медициной гнет отчетности и низкую зарплату врачи считают своими главными врагами: *«Для нас есть кнут, а где же пряник?»* (из интервью с врачом поликлиники).

Врачи-предприниматели Республики Коми считают себя рожденными кризисом государственной системы здравоохранения. Главный побудительный мотив выхода на рынок - фрустрация, вызванная интенсивной, практически бесплатной работой.

Интересно, что разочарованные в государственной системе специалисты тем не менее не покинули своих медучреждений. Большинство частнопрактикующих врачей республики (две трети врачей г. Сыктывкара) не оставили своих рабочих мест в государственном секторе и внутренне еще не идентифицировались со своим новым статусом (как основное место работы называют работу в госсекторе, платные услуги называют «подработкой»).

Срастание частного бизнеса с работой по найму в государственном секторе экономики является особенностью постсоциалистических стран (Заславская: С.12). Данное явление неоднократно отмечалось зарубежными социологами и привело к возникновению в зарубежной социологической литературе термина "part-time businessman", или "полупредприниматель".

Таким образом, правильнее будет назвать частных врачей г. Сыктывкара полупредпринимателями, так как и самозанятые врачи, и наемные работники центров, ни в одном из которых они не выполняют управленческих функций, продолжают совмещать предпринимательскую деятельность с основной работой.

Причина этого у каждого своя, но чаще всего, как показали интервью, врачи сохраняют рабочее место в госсекторе с целью застраховать себя на случай банкротства коммерческого центра или неудачи в индивидуальной трудовой деятельности: *«Так работать психологически легче: предпринимательство сочетается с тем, что ты сидишь, а зарплата идет, кроме того, о тебе все знают, а не знают - в регистратуре спросят. В отрыве от этого вынужден сам проявлять активность»* (из интервью с частным врачом). Действительно, в случае краха предпринимательских начинаний врач, вернувшись в госсектор, может, во-первых, потерять свою должность; во-вторых, работа в госсекторе гарантирует врачу определенные социальные блага - оплату больничного, выплату детского пособия, от чего у него нет желания отказываться. Кроме того, в частной медицине

Социальная стратификация

врач может легко потерять свой квалификационный уровень: иногда предпринимательские услуги сводятся к набору несложных процедур. Так, например, престижный офтальмологический центр г. Сыктывкара желает видеть в своем штате только врачей высшей категории, в то же время работа в этом центре сводится к контактной коррекции зрения и подбору очков. Для поддержания своего профессионального уровня врачи этого центра не оставляют работу в республиканской государственной больнице.

Тот факт, что врачи не готовы оставить государственный сектор и совмещают частную деятельность с работой в нем, говорит о том, что в коммерческих структурах роста их социального статуса не происходит. Венгерский социолог Р. Андорка утверждает, что наличие внепроизводственной деятельности, включая сверхурочную, дополнительную работу и труд по совместительству, говорит о том, что социальный статус профессии не высок (Социальное расслоение: С.98). Действительно, разве мы можем говорить о росте социального статуса врача, который работает на две «ставки»: в первой половине дня он - частник, во второй - врач государственной медицины. (Например, врач-стоматолог может простоять у бормашины 8-9 час. в день, вместо положенных по КЗОТу 5,5 час.)

Кроме того, что врач «разрывается», работая на государство и на себя, он достаточно жестко прикреплен к своему рабочему месту в коммерческой структуре. Найм в коммерческие центры - родственно-знакомственный. Предприниматель, открывающий свое частное медучреждение, приглашает обычно одного врача, которого знает лично или которого ему кто-то откомендует. Затем уже этот врач в свою очередь приглашает своих знакомых врачей, а те приводят с собой медсестер, с которыми работают в государственной поликлинике. Отбора только по профессиональным качествам или на основе конкурса не было ни в одном из существующих в г. Сыктывкаре центров.

Также «по знакомству» решается вопрос с арендой. Рыночные возможности многих специалистов зависят напрямую от их взаимоотношений с руководством поликлиники: плата за аренду и сама аренда - вопросы, решение которых целиком и полностью регулируется администрацией учреждения. Если в одной из городских поликлиник аренда кабинета на 1 час ежедневно в течение месяца стоит 100 руб. в месяц, то в центре традиционной медицины администрация запрещает аренду, а также утверждает, что кабинеты в здании меньше, чем за 100 руб. за один час врачам-предпринимателям сдавать не будет (из интервью с главврачом).

Таким образом, частнопрактикующий врач прикреплен к своему государственному учреждению, а также к тому месту, где ведет частный

Социальная стратификация

прием, будь то стоматологический центр или арендованный на час кабинет в государственной поликлинике.

5.2 Социальное положение

Что же изменяется в социальном положении частнопрактикующего врача? Не отходя от веберовской триады: власть, доход, престиж - мы рассмотрим статус частного врача в различных стратификационных плоскостях: экономической (доход и его источник), социально-психологической (самооценка качества общей жизни, условий труда; степень удовлетворенности индивида своим положением, его престиж), властной (автономность, степень влияния).

• Власть

Частнопрактикующие врачи были очень обеспокоены тем, что я могу оказаться человеком из проверяющих их деятельность организаций: *«Мы [частные врачи] постоянно находимся под прицелом всех контролирующих организаций, не хотелось бы, чтобы там еще больше про нас знали. Очень неудобно, когда тебя постоянно держат на мушке»* (из интервью). Несколько раз интервью начиналось с вопросов врача: *«Вы из лицензионной комиссии?»* (с неприязнью), *«Антимонопольного комитета?»* (с подозрением), *«Налоговой?»* (со страхом).

Мы не оспариваем того, что контроль за оказанием частных медицинских услуг необходим, так как мы - потребители - не всегда можем оценить качество оказываемой нам помощи. Однако большинство опрошенных врачей считают контроль за своей деятельностью чрезмерным. На наш взгляд, усиливает это ощущение правовая и экономическая неопределенность положения частного врача. Если бы не было никаких неожиданных «сюрпризов», частные врачи так сильно бы не ощущали своей подконтрольности. На самом деле, как должен чувствовать себя специалист, два года отработавший по лицензии (пройдя все сложности ее получения), узнав, что теперь ему необходимо съездить в Москву, окончить двух-трех месячные курсы и получить сертификат, или узнав, что отчисления в пенсионный фонд увеличились, о чем он не был предупрежден, и что теперь будет сделан перерасчет.

О бесправном положении врачей, работающих по лицензии, говорит также факт наличия «нелегальных» частнопрактикующих врачей. Говоря о нелегальных услугах, мы не имеем в виду медицинскую помощь и выписку рецептов на редкие лекарства по знакомству (что может обойтись пациенту в коробку конфет или выразиться в более

Социальная стратификация

существенной материальной благодарности). Данный вид «подработки» был распространен среди части врачей еще задолго до введения платной медицины. Сейчас же в городе наряду с «нелегальными» психотерапевтами и наркологами есть даже стоматологи, работающие на дому на устаревшем, списанном оборудовании. Процветает рынок незаконных услуг массажистов, большинство из которых не имеет медицинского образования. В нелегальном положении оказались и все люди, ощущающие в себе экстрасенсорные способности: по распоряжению Минздрава выдача им лицензий прекращена, за последние три года ее не получил ни один экстрасенс.

Часть специалистов, работающих без лицензии, стоит на учете в налоговой полиции, платит высокие штрафы, но тем не менее приобретать лицензию не спешит, предпочитая свободу деятельности бдительному контролю.

В республиканском лицензионном отделе нам рассказали курьезный случай о частнопрактикующем враче, принимающем нелегально. Однажды ему пришлось три дня прятаться от милиции, которая день и ночь дежурила у его подъезда. Когда же, не выдержав долгих скитаний, беглец вернулся домой, его под конвоем отвезли в лицензионный отдел Минздрава, где ему вновь объяснили правила получения лицензии и те санкции, которые его ждали в случае невыполнения данных правил. Врач заплакал штраф, покаялся, и... через месяц рекламирующие его деятельность объявления снова можно было увидеть в городе.

По нашим оценкам, частных нелегальных услуг оказывается значительно меньше, чем легальных. Однако уже сейчас некоторые врачи, работающие по лицензии (в основном те, чьи заработки с уплатой всех налогов не превышают 1 тыс. руб.) признаются в том, что готовы пополнить ряды нарушителей закона.

• Доход

Один из частнопрактикующих врачей определил основную причину ухода государственных врачей в частный сектор так: *«Базис перехода - это материальное. В частную медицину идут не поработать, а заработать»*.

Сумма заработной платы врача-частника чаще всего является тайной за семью печатями: врачи госсектора о ней не знают, сами врачи-предприниматели предпочитают не распространяться о своих доходах. Врачи двух стоматологических центров поведали, что одним из условий их найма на работу была подписка о неразглашении получаемой ими суммы. Однако ряд интервью с самими предпринимателями и эксперт-

Социальная стратификация

ные интервью с главврачами лечебно-профилактических учреждений помогли нам составить представление о доходах частнопрактикующих врачей, хотя в данном случае мы не претендуем на стопроцентную достоверность полученной информации и предлагаем приблизительные оценки.

Как показали интервью, самая высокая заработная плата у врачей-наркологов: 6 и более тыс. руб. в месяц. При этом цены на услуги наркологов города неодинаковы: часть специалистов уже практикуют в течение нескольких лет и имеют высокие доходы, новички же в лучшем случае получают 1,5-2 тыс. руб. в месяц.

Частные врачи-стоматологи лишь немногим отстают от наркологов, получая 2,5-4 тыс. рублей в месяц и больше (с учетом всех отчислений в пользу стоматологического центра). Любопытно отметить, что хотя оборудование во всех центрах принадлежит одному и тому же поколению, все врачи - выходцы одной и той же поликлиники, тем не менее цены на услуги стоматологов часто различны, так же, как и их заработная плата.

Врачи традиционной медицины нередко около года работают бесприбыльно, только ради того, чтобы зарекомендовать себя. В дальнейшем их доход составляет 1-2 тыс. руб. в месяц.

Различий в заработной плате врачей узких специалистов выявить практически не удалось. Чаще всего в интервью эти врачи говорили о том, что месячный доход от частных приемов, который ведется ими на базе своих лечебно-профилактических учреждений, не превышает их заработной платы (которая, напомним, в среднем равна - 998 руб. в месяц).

Многие опрошенные специалисты отмечали, что установить цены на свои услуги им было сложно: *«Мы не знаем, сколько мы стоим и за сколько нас купят»*; *«Не так было просто определиться с ценами: мне один знакомый коммерсант так сказал: «Возьми цену на такси от аэропорта до вокзала и от нее все отсчитывай».* Так я взяла 20 руб. за одну условную единицу, приему меня был две единицы, то есть 40 руб., если я берусь лечить болезнь, то три условных единицы» (из интервью).

Часто врачи ориентируются по уже существующим ценам. Если коллега кардиолога, невролог, берет 45 руб. за консультацию, то и кардиолог будет брать столько же. Вероятно, этим можно объяснить то, что сильного разброса в ценах на консультативные услуги разных специалистов нет. Интересно, что прием-консультация практически любого специалиста стоит от 30 до 60 руб. В этом же интервале находятся цены на приемы специалистов, устанавливаемые Минздравом, который определяет тарифы на услуги хозрасчетных отделений города и республики. Иногда специалисты берут с пациентов деньги не за одно посещение, а за курс лечения. Курсы лечения у разных специалистов могут также

Социальная стратификация

идти по одной цене. Например, курс лечения травмами обойдется пациенту в 150-170 руб., так же, как курс лечения кардиолога (данные из интервью). В среднем самыми дорогими будут услуги нарколога и стоматолога (от 200 р. и выше), самыми дешевыми - узкого специалиста и массажиста.

• Условия труда

На самооценку престижа многих частнопрактикующих врачей влияет не только доход, но и условия труда. Во-первых, время приема частным специалистом одного пациента возрастает в два-три раза по сравнению со временем на государственной службе. В среднем тридцать минут принимает узкий специалист (от 5 минут до 12-14 минут в государственной поликлинике), также полчаса работает со своим клиентом врач традиционной медицины и массажист (10-15 минут на государственной службе). Любой врач-стоматолог уделит своему пациенту не меньше одного часа (по сравнению с двадцатью минутами в государственной поликлинике). А врач-психотерапевт или нарколог будет принимать посетителя столько, сколько будет необходимо. Частные врачи говорили в интервью: *«Хорошая консультация на государственной работе невозможна. Хорошо работать в таких условиях просто не могу»* (из интервью с частным врачом). Снижение интенсивности труда выступает в качестве важного показателя его условий.

Важным фактором улучшения условий труда в частной медицине является все более широкое использование в стоматологии и офтальмологии нового оборудования, в наркологии и традиционной медицине - новых препаратов и лекарственных средств. Причем если раньше за ними необходимо было ездить в Москву, сейчас все необходимое можно купить в самой республике. Это повышает степень удовлетворенности врача результатами своего труда.

• Престиж

Врач, выходя на рынок, часто сталкивается с непониманием, а иногда и осуждением своих коллег: *«Мне на Новый год подарили клещи, это, говорят Вам, чтобы деньги из пациентов вытягивать»* (врач проктолог); *«Мне говорили, что врач должен быть человеком совестливым и что частники в медицине - люди морально нечистоплотные»* (врач-ортопед).

Социальная стратификация

Как показали интервью, в целом в последнее время негативное отношение к частнопрактикующим врачам сменилось большим пониманием, так как лишь небольшая часть медицинских работников в состоянии прожить только на свою заработную плату. Кроме того, с введением системы медицинского страхования «деньги уже затесались в медицину»: теперь все врачи государственных медучреждений имеют сдельную оплату труда. «Деньги» и «медицинская помощь» в сознании многих перестали быть несовместимыми понятиями.

Таким образом, частная практика может и не повлечь за собой осуждение коллектива, однако у многих врачей остаются внутренние психологические барьеры. Женщина-врач рассказала, что, даже получив лицензию, она поняла, что денег брать с пациентов не сможет: *«в первый день для этого посадила медсестру, а она отсидела один, два часа, а деньги брать тоже не смогла... Меня потом одна моя знакомая, которая в Польше жила, учила: «Просто берешь деньги и уверенно так складываешь себе в карман или важно отодвигаешь ящичек стола и туда». Помните, как профессор в «Собачьем сердце»? У меня до сих пор плохо получается». Многие врачи-предприниматели говорят о том, что им как-то «совестно» брать деньги с некоторых пациентов и они по своей инициативе принимают друзей и знакомых бесплатно, делают 50% скидки для пенсионеров и других медработников.*

Вероятно, престиж частнопрактикующего врача со временем возрастет. Сейчас частный врач все еще рассматривается частью пациентов и коллег как человек, поступившийся своими профессиональными ценностями ради извлечения выгоды (см. об этом подробнее журнал «Здравоохранение РФ»).

Резюме

Частный врач остается специалистом, плохо вписанным в структуру традиционных социальных ролей. Он не имеет четко очерченного правового и экономического статуса.

Для него свойственна статусная рассогласованность: вырываясь вверх в одном отношении (материальном), оказывается приниженым в других: возрастает общая нагрузка (работа на две ставки); увеличивается чувство ответственности за результат своего труда (от чего многие врачи за годы советского здравоохранения отвыкли); ужесточается контроль за его работой со стороны Минздрава; возникает чувство неуверенности в завтрашнем дне. Если можно вести речь о *качестве* жизни, то значительного повышения жизненного уровня не происходит. Кроме того, все преимущества положения, которые частный врач имеет сегодня, он может потерять завтра.

Социальная стратификация

1. Данные Минздрава РК.
2. Коми Республика в цифрах. 1997 г. Сыктывкар, 1998.
3. **Закирова С.А.** Механизм функционирования общественной и частной медицины // *Здравоохранение РФ*. 1995. №6.
4. **Решетников.** Коллективные формы организации труда в здравоохранении // *Здравоохранение РФ*. 1993. №8.
3. **Щепин В.О.** Динамика структурно-функциональных преобразований в системе лечебно-профилактической помощи населению РФ // *Здравоохранение РФ*. 1997. №3.
6. **Закирова С.А.** Парадигма негосударственной некоммерческой медицинской организации // *Здравоохранение РФ*. 1997. №4.
7. Отрасли социальной сферы. *Здравоохранение* // *Мир России*. 1996. №1. С. 64.
8. **Репин Е.Н, Репина Н.А.** От социалистического здравоохранения к «страховому» типу // *Здравоохранение РФ*. 1996. №1.
9. **Шамшурина Н.Г.** Предпринимательство в здравоохранении // *Социс*. 1993. №3.
10. **Малахова Н.Г.** Рынок услуг в здравоохранении // *Социс*. 1995. №12.
11. **Кузьменко М.М.** Врачи и реформа здравоохранения // *Врач*. 1996. №7.
12. **Кузьменко М.М.** Социологическое исследование поддержки врачами реформы здравоохранения // *Здравоохранение РФ*. 1995. М6.
13. **Заславская Т.И.** Бизнес-слой российского общества: сущность, структура, статус // *Социс*. 1995. №3.
14. Социальное расслоение возрастной когорты. М., 1996. С.98-99.