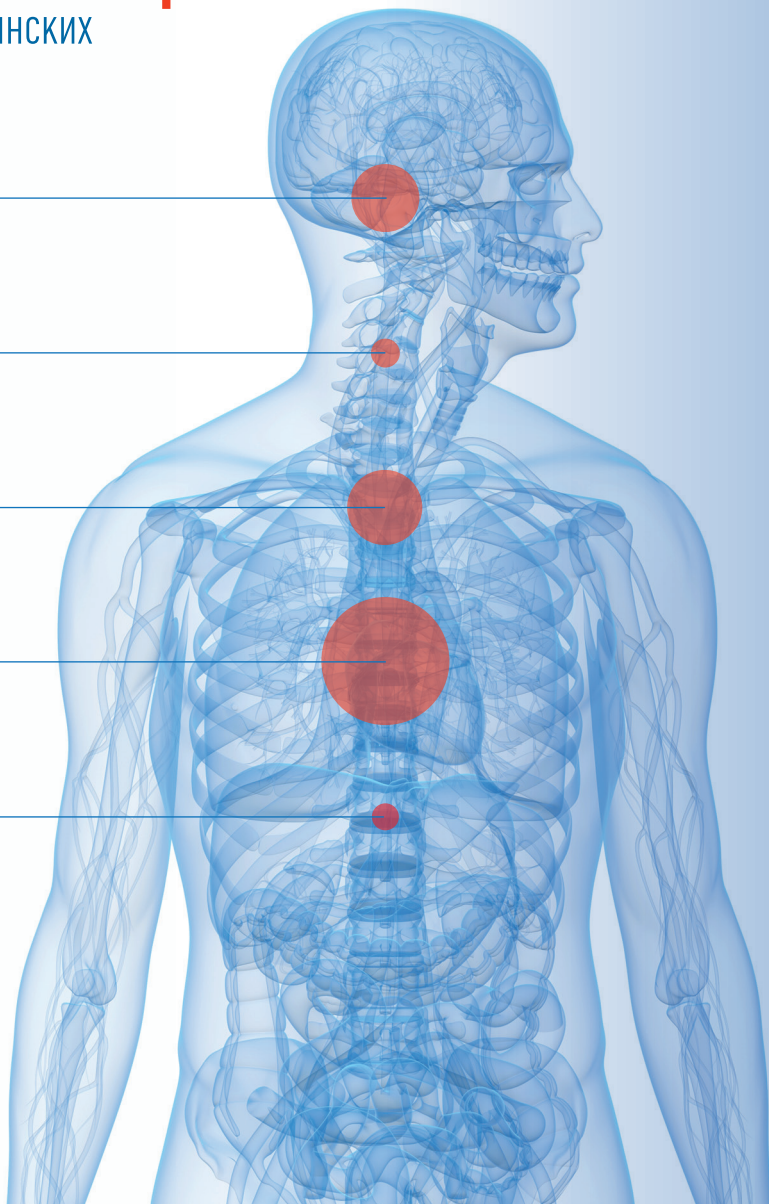


М.С. Григорьев | В.В. Грив | Н.А. Вахнина

# КОРРУПЦИЯ

В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ  
УСЛУГ РОССИИ



Фонд исследования  
проблем демократии

---

*Москва,  
Газетный переулок, д. 3, стр. 1.  
[www.democrasyfund.ru](http://www.democrasyfund.ru)*

М.С. Григорьев  
В.В. Гриб  
Н.А. Вахнина

# **КОРРУПЦИЯ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ РОССИИ**

Москва  
2012

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>ОТ АВТОРОВ</b>	5
<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	8
<b>ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ</b>	9
<b>CASE STUDIES: ТИПИЧНЫЕ СЛУЧАИ</b>	21
<b>НЕОФИЦИАЛЬНЫЙ ДОХОД ВРАЧЕЙ</b>	35
<i>Неофициальные платежи и «благодарности» пациентов</i>	45
<i>Сотрудничество с фармакологическими компаниями</i>	66
<i>Частная практика: прием левых пациентов на основном месте работы</i>	69
<i>Взятка и благодарность</i>	78
<b>ПЛАТЕЖИ: ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ И СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ</b>	92
<i>Общая схема неофициальных выплат пациентам</i>	93
<i>Распределительные выплаты</i>	93
<i>Выплаты за основную медицинскую услугу</i>	99
<i>Выплаты за дополнительные медицинские услуги</i>	110
<i>Выплаты за медицинские материалы</i>	114
<i>Выплаты за условия оказания медицинских услуг</i>	117
<i>Выплаты за оформление</i>	121
<b>СПЕЦИФИКА НЕОФИЦИАЛЬНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗНОГО ТИПА</b>	125
<b>ПРОЦЕДУРА НЕОФИЦИАЛЬНЫХ ВЫПЛАТ/ПОДАРКОВ</b>	132
<b>ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ КОРРУПЦИОННЫХ ОТНОШЕНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ</b>	137
<i>Размывание границы между нравственной нормой и патологией</i>	138
<i>Избирательность применения закона</i>	147
<i>Решение о назначении руководителей клиник происходит по корыстным мотивам</i>	148
<i>Включенность в более широкую систему коррупционных отношений</i>	149
<i>Бесконтрольная концентрация власти над распределением ресурсов в руках главных врачей</i>	154
<i>Низкая зарплата, не соответствующая квалификации и ответственности врачей</i>	157
<b>СЛУЖБА СКОРОЙ ПОМОЩИ Г. МОСКВЫ КАК ПРИМЕР РЕЗУЛЬТАТИВНОГО РЕФОРМИРОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>	161



Фонд исследования проблем демократии регулярно проводит исследования по наиболее острым общественным проблемам. Безусловно, одной из таких проблем в нашей стране является коррупция. А ее проявления в сфере медицинских услуг касаются большинства жителей России.

Именно поэтому важно понять причины возникновения неофициальных финансовых отношений пациента и медицинского работника:

Деньги в конверте за медицинскую помощь — это взятка или компенсация низких зарплат врачей?

Кто выступает инициатором этих отношений?

Почему пациенты в сложных ситуациях предпочитают обращаться к врачу по знакомству?

Где проходит граница между взяткой и человеческой благодарностью за сохраненное здоровье?

На эти вопросы у каждого есть свой ответ, но точную оценку ситуации можно сделать только на основании профессионального исследования. Нашими специалистами были опрошены 92 врача и 210 потребителей медицинских услуг в трех регионах России (г. Москва, Новгородская область, Кировская область).

Надеюсь, что эта книга поможет лучше понять механизмы функционирования коррупции в сфере медицинских услуг. А ясное понимание позволит сделать еще один шаг в борьбе с коррупцией.

*М.С. Григорьев,  
директор Фонда исследования проблем демократии,  
член Общественной палаты Российской Федерации*



Представляю вашему вниманию книгу, выпущенную по результатам исследования, проведенного Фондом исследования проблем демократии при поддержке Межкомиссионной рабочей группы Общественной палаты РФ по развитию системы общественного контроля и противодействию коррупции. Исследование посвящено изучению причин коррупционных отношений в сфере медицинских услуг.

Я уверен, что борьба с коррупцией возможна только совместными усилиями власти и гражданского общества. Именно поэтому важно, чтобы результаты исследования стали доступными широкому кругу неравнодушных граждан. Открытость информации — одно из условий снижения уровня коррупции.

Коррупция — это процесс, в который вовлечены как минимум две стороны. В книге представлены типовые теневые схемы взаимодействия потребителей медицинских услуг и сотрудников медицинских учреждений. Понимание причин возникновения неформальных финансовых отношений между врачом и пациентом позволит системно подойти к принятию адекватных мер.

Надеюсь, что внимание общества к этому исследованию, знание причин и механизмов теневых финансовых отношений позволят людям с активной гражданской позицией внести свою лепту, пусть даже небольшую, в превращение нашего общества в более эффективное и современное.

*В.В. Гриб,  
заместитель секретаря Общественной палаты  
Российской Федерации, заместитель руководителя Межкомиссионной рабочей группы Общественной палаты РФ по развитию системы общественного контроля и противодействию коррупции*



Не секрет, что государство долго не уделяло должного внимания сфере здравоохранения, часть высококлассных специалистов ушли из профессии, но, слава богу, остались подвижники и альтруисты — благодаря им мы и выжили, в прямом и переносном смысле этого слова, в той сложной, тяжелой ситуации. Сейчас положение меняется — покупается новое современное оборудование, по программе модернизации здравоохранения выделяются деньги на ремонт больниц, появляется возможность обучения медицинского персонала. Однако коррупция, которая за прошедшие годы сумела глубоко поразить сферу медицинских услуг, во многом снижает эффективность этих усилий государства.

Особенно горько наблюдать коррупцию в системе здравоохранения, где на карту поставлены здоровье и жизнь человека, будущее наших детей. Меня просто шокировал тот факт, что, по результатам исследования, чаще всего деньги у пациентов вымогают в роддомах.

Считаю, что такие исследования позволят нашему обществу лучше представлять действительную картину и постепенно менять ситуацию к лучшему.

*Н.А. Вахнина,  
президент Ассоциации женщин-предпринимателей*

## ВВЕДЕНИЕ

Данная книга написана по итогам исследования, проведенного Фондом исследования проблем демократии при поддержке Межкомиссионной рабочей группы Общественной палаты РФ по развитию системы общественного контроля и противодействию коррупции и Ассоциации женщин-предпринимателей. Основой для него стал опрос 92 экспертов и 210 потребителей медицинских услуг в трех регионах России (г. Москва, Новгородская область, Кировская область).

При реализации проекта использованы средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта Институтом общественного проектирования в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации.

В экспертную группу входили врачи больниц городского и федерального подчинения, в том числе городских клинических больниц г. Москвы (№ 7, 20, 23, 67, 87), НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко, Первого медицинского института им. Сеченова, факультета фундаментальной медицины МГУ им. М. В. Ломоносова, областных и городских клинических больниц, поликлиник Кировской области и г. Новгорода.

В числе респондентов — потребителей медицинских услуг были опрошены пациенты городских клинических больниц, роддомов, поликлиник и других медицинских учреждений, обращавшиеся за медицинской помощью в последние три года.

# **ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ**

---



**Р**езультаты исследования показывают, что финансовые отношения между врачом и пациентом зачастую строятся на неформальной основе, причем часто инициатором такой коммуникации выступают сами пациенты. Их убежденность в том, что для получения качественной медицинской помощи необходимо «отблагодарить» врача, на фоне низких зарплат последних мотивирует медиков к участию в системе неофициальных платежей.

Заинтересованность двух сторон в «платежах мимо кассы» приводит к возникновению самоорганизующейся системы неофициальных бизнес-отношений врача и пациента. Важным условием воспроизводства такого взаимодействия является традиция обращения к врачу по знакомству, в этом случае «рекомендатель» часто выступает в роли посредника, заранее оговаривая сумму оплаты медицинской услуги.

В Новгороде и Кирове обращение к врачу по знакомству часто сопровождается «административной поддержкой»: просьбу принять того или иного пациента озвучивает чиновник администрации.

В областных центрах существует выраженный дефицит узких медицинских специалистов, например, если больной нуждается в услугах нефролога, то часто его выбор ограничен двумя вариантами — докторами областной и городской больницы. Очевидно, что решающим аргументом при выборе лечащего врача в этой

ситуации являются отзывы пациентов о докторе. В небольших городах репутация врачей известна широким слоям населения, что значительно сокращает время выбора необходимого специалиста. На следующем этапе пациент ищет способы «выхода» на нужного специалиста.

Если в Москве преобладает финансовый механизм попадания к выбранному доктору, то в областных центрах это задействование административных рычагов. При этом привлечение административного ресурса гарантирует качество обслуживания, но не качество лечения. Так, несколько пациентов рассказывали, что для точной постановки диагноза им требовалось использование высокотехнологичного оборудования, например, томографа. Но система бюджетирования в больницах построена таким образом, что приоритет на томографию получают так называемые платные больные или больные, застрахованные на большую сумму по линии добровольного страхования. Граждане, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию, вынуждены стоять в очереди на МРТ, ожидая квот на работу высокотехнологичных аппаратов.

Представители двух групп респондентов — врачи и пациенты — единодушны в своих представлениях о взятке, полагая, что ее отличие от благодарности кроется в предварительном характере вознаграждения и принуждении к выплате. Благодарность совершается по доброй воле и после получения медицинской услуги.

Анализ экспертных интервью позволяет констатировать, что официальная система материального стимулирования врачей практически полностью не соответствует реалиям настоящего времени, а честная работа в медицинских учреждениях становится непривлекательной и неконкурентоспособной по сравнению с другими сферами занятости. Поэтому часто медики рассматривают поборы с пациентов как форму компенсации альтернативной прибыли, «недополученной» врачом.

Проведенный анализ показывает, что безобидные подарки и благодарности пациентов легко перерастают в коррупционные отношения при наличии большого потока левых пациентов, в про-

цессе лечения которого участвует значительное число сотрудников — врач, медсестра, лаборант, нянечка и пр. В этом случае неизбежно формируется стовор врача и медсестры, хирурга и операционной сестры, заведующего и главврача. Все это является основанием для формирования теневого бизнеса, внутри которого циркулируют скрытые финансовые потоки, существует своя система распределения наличных. По словам опрошенных, в таком случае деньги оседают не только в кармане доктора, а распределяются по всей врачебной цепочке.

Вместе с тем неофициальные платежи — не единственный способ увеличить ежемесячный доход медика. Существуют и легальные способы приработка — работа в нескольких местах, сверхнормативное увеличение рабочего дня и легализованная частная практика на основном рабочем месте.

По словам респондентов, проект «Здоровье», а именно повышение зарплат первичному медицинскому звену, дал позитивные результаты — в поликлиниках стали оставаться квалифицированные терапевты, в какой-то момент наблюдался процесс возвращения докторов в поликлиники. Однако постепенно инфляция нивелировала повышение зарплат и бегство специалистов из поликлиник возобновилось.

Большинство экспертов отмечают, что негативным трендом последнего времени стало катастрофическое ухудшение качества работы первичного звена: в Москве эксперты объясняли этот факт замещением вакансий специалистами из кавказских регионов, где, по оценке опрошенных, уровень подготовки медицинских работников существенно ниже. В Новгороде и Кирове отток врачей из поликлиник привел к резкому снижению числа сотрудников в этих медицинских учреждениях, что увеличило нагрузку на одного специалиста и как следствие спровоцировало падение качества предоставляемой медицинской помощи.

Особенности ситуации в Новгородской области отчасти обусловлены идущей в регионе модернизацией здравоохранения, в соответствии с которой из бюджета (областного и федерального) выделены

значительные средства на строительство новых объектов, ремонт существующих, закупку медоборудования, обучение персонала и пр. Для эффективного управления денежными потоками была выстроена своеобразная медицинская вертикаль — медицинские учреждения города потеряли часть полномочий, которые были переданы в городской комитет здравоохранения. Самостоятельные городские учреждения превратились в филиалы, а главные врачи — в заведующих отделениями с соответствующим понижением зарплат.

Кроме того, если раньше врачи городских медицинских учреждений Новгорода были заинтересованы в оказании помощи пациентам по линии платных медицинских услуг, то в процессе реорганизации врач перестал получать эти надбавки, следовательно, количество принимаемых больных снизилось. Уменьшение дохода врачей приводит к оттоку специалистов из отрасли и провоцирует рост неофициальных финансовых отношений врача и пациента.

С другой стороны, по программе модернизации и повышении доступности медицинских услуг в микрорайонах Новгорода открываются центры врачебной (семейной) практики. Эти центры находятся в шаговой доступности для жителей микрорайонов. Обычно в таких центрах работают врач общей практики и лаборатория по забору крови. При необходимости врачи этих центров выдают направления в городские поликлиники/больницы. По словам опрошенных, уровень неофициальных платежей в таких центрах минимален, а инициатором подарков чаще всего выступает больной, вознаграждая врачей в «натуральной» форме — коробка конфет, кофе, чай.

Мздоимство, по мнению опрошенных, в большей степени распространено в онкологии, акушерстве и гинекологии, где от исхода лечения зависит жизнь человека. Также достаточно «прибыльными» являются услуги терапевтов. В данном случае небольшие размеры неофициальных платежей компенсируются регулярным потоком пациентов.

Проведенное исследование позволяет говорить о том, что распространенность мздоимства в бесплатном здравоохранении убывает по оси «центр — периферия»: уровень вовлеченности в нефор-

мальные финансовые отношения жителей небольших городов и сел в три раза ниже, чем в среднем по области. В то же время по финансовым показателям уровень взяточничества коррелирует с уровнем жизни в данной местности/регионе.

Так, результаты исследования показали, что доля неофициальных платежей в доходе медиков районных учреждений здравоохранения Кировской области существенно ниже, чем у их московских коллег. Отвечая на вопрос: «Сталкивались ли Вы с необходимостью дополнительно и неофициально платить врачам/медицинским работникам?» отрицательно ответили около двух третей опрошенных (63 %). Треть пациентов (34 %) подтвердили факт неофициальных выплат медицинским работникам. При этом бюджетники платили реже других, а работники частных предприятий и пенсионеры — чаще. В Москве ситуация противоположная — только треть пациентов не участвовала в системе неформальных финансовых отношений при получении медицинской помощи.

Отметим, что неудовлетворенность заработной платой — достаточное, но не необходимое условие мздоимства, результаты исследования показывают, что между уровнем официальной зарплаты и практикой мздоимства нет однозначной причинно-следственной связи.

В качестве ориентиров для расчета приемлемого уровня зарплаты врачи чаще всего называют несколько факторов: с одной стороны, это уровень цен на товары первой необходимости, с другой — уровень дохода докторов в других странах.

Исследование позволило выделить пороговый интервал официальной зарплаты, при снижении которого специалисты высокой квалификации начинают оправдывать систему неформальных финансовых отношений с пациентом. Для Москвы этот порог определяется уровнем официальной зарплаты в 25—30 тысяч рублей, для Кирова и Новгорода — 15—20 тысяч. Аналогичный порог для начинающих докторов и среднего медицинского персонала ниже.

При этом уровни притязаний столичных докторов и представителей медицинского сообщества в Новгороде и Кирове суще-

ственно различаются. Так, величина зарплаты, воспринимаемая как достойная, у врачей Новгорода и Москвы различается почти в два раза — 48—64 тысячи и 100 тысяч рублей соответственно.

Путь от момента постановки диагноза до оказания высокотехнологической медицинской услуги — процесс, сопряженный с множеством сложностей для пациента. На различных этапах этого пути часто возникают предпосылки для возникновения неформальных финансовых отношений врача и пациента. С одной стороны, механизм квотирования высокотехнологической медицинской помощи упрощает доступ пациентов из регионов к услугам московских медицинских учреждений, с другой — ограниченное количество квот в условиях высокого спроса на услуги — объективные условия для появления теневых финансовых взаимоотношений. Иногда потребитель медицинских услуг вынужден платить дважды: сначала он покупает квоту, потом оплачивает свое продвижение в очереди пациентов-квотников.

Хотя респонденты из числа медицинских работников чаще всего утверждают, что никогда не сталкивались с торговлей квотами на высокотехнологическую помощь, они косвенно признают, что перераспределение мест в очереди на квоты сопряжено с неофициальными платежами.

Кроме того, некоторые медики отмечают, что в вопросе распределения квот москвичи и граждане, приезжающие из других регионов, поставлены в неравные условия: для первых выбить квоту реально, для вторых — гораздо сложнее.

К «группе риска», в большей степени подверженных вымогательству со стороны докторов, можно отнести российских граждан, приехавших в Москву из других регионов, но не имеющих ни московской прописки, ни московского страхового полиса. Представителям этой группы пациентов оказывается только экстренная медицинская помощь, за все остальные медицинские услуги такие больные вынуждены платить: либо официально по линии платных медицинских услуг, либо напрямую договариваться с главным врачом о теневой плате за лечение.

Результаты исследования показывают, что среди пяти типов медицинских учреждений — ГКБ, районные поликлиники, станции скорой медицинской помощи, роддома и больницы ведомственного подчинения — частота и размер неофициальных платежей пациентов выше всего в ГКБ и роддомах.

Именно в ГКБ и роддомах пациенты чаще всего платят за основную медицинскую услугу, то есть непосредственно за оказание медицинской помощи. Вторым по «популярности» неофициальным платежом в этих лечебных учреждениях являются вознаграждения среднему медперсоналу за дополнительные услуги — смена белья, внеплановая перевязка, уход за больным. Такая ситуация характерна для всех регионов опроса.

По оценке опрошенных, в ГКБ и роддомах сложилась система перераспределения дохода от левых пациентов, в которой участвуют лечащие врачи, анестезиологи, медсестры и руководство отделения. При этом нередки случаи, когда доходы не перераспределяются и весь гонорар забирает себе лечащий врач.

В поликлиниках больные чаще всего «благодарят» врача за прием вне очереди или за оформление больничных документов. Самая дорогостоящая распределительная услуга — оформление инвалидности.

Меньше всего нареканий участников исследования вызвала работа скорой помощи в Москве. Там имеют место только так называемые распределительные выплаты, то есть гонорар за направление в нужную больницу. Сумма таких выплат варьирует в пределах 500—1000 рублей.

Однако в городах Киров и Новгород число жалоб на работу скорой медицинской помощи — значительно, причем чаще всего недовольство больных вызвано медлительностью бригады врачей: с момента телефонного звонка в скорую помощь до момента ее приезда проходит более 40 минут. Это тем более удивительно, что плотность движения на дорогах Новгорода и Кирова гораздо ниже московской. Судя по всему, проблемы в работе скорой помощи этих городов обусловлены системой материального стимулирования и администрированием процесса.

Показательно, что в среде старшего медицинского персонала существует свой моральный кодекс отношения к больным, в частности, во многих клинических больницах распространено негласное правило — не брать деньги с пожилых и малоимущих пациентов. При оказании экстренной медицинской помощи доктора не акцентируют внимание на социальном статусе пациента — одинаковое лечение получает и бомж, и обеспеченный пациент.

Аналогичные нормы у среднего и младшего медицинского персонала встречаются реже — распространённость вымогательства в этой категории медицинских служащих гораздо выше, чем у врачей.

Доля неофициальных платежей в доходе врача варьируется в зависимости от его опыта и репутации. Востребованный хирург или анестезиолог может вообще не получать зарплату, поскольку она, по словам экспертов, составляет незначительную часть гонораров от пациентов. По оценкам медиков Москвы, неофициальные платежи составляют от 10 до 85 % в ежемесячном доходе врача. На периферии этот показатель ниже, чем в столице.

Очевидно, что ситуация в медицине — всего лишь слепок с общероссийской ситуации, однако анализ экспертных интервью позволил выделить предпосылки возникновения неформальных финансовых отношений, существующих внутри системы:

- **Размывание границы между нравственной нормой и патологией.** Опрошенные полагают, что разговоры о коррупции стали настолько обыденными, а разница между взяткой и благодарностью такой тонкой, что грань между социальной нормой и отклонением размывается.
- **Избирательность применения закона.** Аналогичная ситуация наблюдается, например, в дорожном движении, когда на бумаге закон один для всех, а на практике — есть каста неприкасаемых, которым закон не писан. Опрошенные эксперты констатировали, что война со взяточничеством превратилась в охоту на рядовой персонал, в то время как очевидные схемы крупного воровства государственных средств остаются без внимания.



- **Решение о назначении руководителей клиник происходит по корыстным мотивам.** Около половины опрошенных полагают, что на должность главного врача попадают не по профессиональным заслугам (по конкурсу), а за деньги, выкупая место у вышестоящего начальства. Сам факт такого назначения руководства клиники подтверждает существование теневого бизнеса на уровне ГКБ и отдельных департаментов здравоохранения.
- **Включенность в более широкую систему коррупционных отношений.** Эксперты отмечали, что сфера госзакупок по-прежнему остается одним из механизмов обогащения за государственный счет. Так, лоббирование закупок отечественных фармпрепаратов рядом докторов трактуется как сговор между производителями и ответственными лицами Минздравсоцразвития.
- **Бесконтрольная концентрация власти над распределением ресурсов в руках главных врачей.** Сотрудники медицинских учреждений высказывали мнение, что полномочия главных врачей по распределению финансовых средств не ограничены необходимыми регламентами и не контролируются, что провоцирует использование преимуществ должности для личных целей. Так, распределение фонда ПМУ и надбавок за интенсивность, находящееся в компетенции руководства, может в два раза увеличить/уменьшить зарплату доктора, что является сильным неформальным рычагом влияния на поведение персонала.
- **Низкая зарплата врачей, не соответствующая их ответственности и квалификации.** Кроме того, зависимость зарплаты от субъективного решения руководства клиники способствует развитию теневых отношений. Создается система, при которой врач заинтересован делиться неофициальными доходами с медсестрами и заведующим при молчаливом одобрении главврача, который «закрывает глаза» на побочные заработки. Такой тип отношений выгоден всем участникам:

врач спокойно «калымит», а руководство напрямую не замешано в получении неофициальных выплат, но тоже имеет дополнительный доход.

Большинство опрошенных, сравнивая уровень коррупции в полиции, образовании и медицине, полагали, что самый высокий уровень наблюдается в структурах МВД. При этом представления о ситуации в медицине существенно различаются в группе врачей и пациентов. Сотрудники медицинских учреждений чаще говорят о низком и среднем уровнях коррупции, пациенты чаще используют средние и высокие оценки.

Большинство пациентов полагают, что если они финансово не заинтересуют врача, то не получают необходимой медицинской помощи. Достаточно часто в ответах респондентов фигурирует аргумент: «без денег у нас ничего не делается».

Этот тезис медицинские работники расценивают как ложный стереотип, говоря, что качество лечения зависит не от готовности пациента «отблагодарить», а от профессиональной компетенции врача.

Особую тревогу опрошенных медиков вызвало падение престижа профессии врача, что, с одной стороны, обусловлено низкими зарплатами медицинских работников, а с другой — отношением общества к доктору. Если раньше врач воспринимался как гуманист и подвижник, то сейчас он превратился в обычного субъекта рыночных отношений, дельца, во главу угла ставящего финансовую выгоду и уже затем — здоровье пациента.

Участники исследования отмечали, что, несмотря на общее ухудшение ситуации в здравоохранении, можно отметить позитивную динамику в работе службы скорой помощи в Москве. Изменение системы оплаты труда бригад скорой помощи, разработка и внедрение четких регламентов, контроль сотрудников (в том числе с помощью GPS-датчиков) привели к качественному прорыву в оказании скорой медицинской помощи населению. С такой оценкой согласны и пациенты, отмечающие, в частности, что в послед-

нее время машины скорой приезжают достаточно быстро. Кроме того, по словам экспертов, работа в службе скорой помощи вновь стала престижной, а текучка врачей там снизилась до минимума.

Отдельный блок упреков со стороны врачей был адресован высшему руководству Минздравсоцразвития.

Резкую критику обычно вызывали:

- меры по «сепарации» профессоров от лечебной работы (жесткое деление на преподавателей и лечебников),
- существующая система оплаты труда (невысокий размер базового оклада, уравнительная система зарплат),
- навязывание неэффективных российских препаратов для закупки ГКБ,
- некомпетентность высшего руководства в медицинских вопросах.

Анализ интервью показал отсутствие каких-то специфических форм передачи неофициальных выплат, напротив, это обыденная процедура — деньги кладутся в карман врачу, передаются родственниками в коридоре, больными в палате и даже в лифте медицинского учреждения.

**CASE STUDIES:**  
ТИПИЧНЫЕ СЛУЧАИ

---

*Женицина, 45—50 лет, Москва*

*А с медициной, опять же, я почти не пользуюсь государственными учреждениями, воспользовалась один раз, когда делала операцию, и здесь главный вопрос, что в моем душевном представлении мой платеж врачу никогда не является коррупцией. Наоборот, я даже стараюсь, а они еще и не берут. То есть я не вижу это как систему вымогательства, когда ты приходишь и тебя ни за что буквально... мне надо было сделать операцию, а для того чтобы сделать операцию, всегда ищешь врача через какие-то связи, никак не задействуя официальную медицину. После этого ты находишь соответствующего врача и практически тут же, либо посредник оговаривает сумму, которую ты платишь врачу. Я договаривалась напрямую, спросила его в лоб: «Сколько это будет стоить?». Доктор сказал, соответственно, сколько это будет стоить. Деньги они всегда берут только после, никогда не берут «до». Там еще было само по себе платное лежание, за которое я заплатила, больница, кстати говоря, очень хорошая, в Москве, забыла, как она называлась, ну это очень известный центр. Я была потрясена тем, насколько там... там не было ничего: ни стаканов, ни ложек, восьмиместная палата, градусник приноси с собой... И вот когда*

ты платишь 1000 долларов (у меня операция была несложная), но со мной лежали раковые больные... Я не могу вспомнить, что это за больница, собственно, я удаляла щитовидку, больница находится рядом с улицей 8 Марта, это известный центр. Образ из такого советского прошлого. Причем разрыв между твоим платежом, причем мы все платили и за операцию, и за койко-место, недорого, но платили. Это официальный платеж был, через кассу. Немало. Потому что я лежала в частной больнице, и за те же деньги я получала все. А тут это была 8-местная палата, я была потрясена, когда меня спросили: «А чашка есть у вас?» и на мой вопрос они как-то «чего вы сюда вообще без чашки...». Вот. Палата маленькая была, больные всех категорий — от тяжелых до средних, не кормят, не поят... И все время считала, что я одна такая здесь за деньги, а потом я обнаружила, что нет — кто с раком, кто с чем — все заплатили. Поэтому это скорее раздражает, я это не считаю коррупцией, я это считаю удивительной бесхозяйственностью. Причем там очень известный директор этого заведения — академик... и в общем мог бы навести порядок элементарный, и ложки с градусниками купить. И вторая составляющая — очевидная, что налаженной службы, способа, то есть если вот для хирургов существует способ оплаты, и оплатив, ты попадаешь в добросовестную атмосферу, с тобой возьмется. То, к сожалению, медсестры и нянечки — они не включены в систему распределения этих денег, никакого понятного способа у больного внести деньги именно для них не существует, то есть надо как-то «сунуть».

Поскольку мне лично «сунуть» неудобно, то не суешь. А они очень обижаются. Поскольку я ночью не спала, то слышала их разговор. Они говорят: «Да а чего мы вообще здесь напьем за свои 7 тысяч рублей, нам никто ничего не дает, все деньги уходят хирургам». И они (медсестры) не подходят к больным, подходят только в крайнем случае к тяжелым больным, но тем не менее их явно раздражает эта ситуация, и они всю ночь обсуждают эту тему. Второй вариант. Стереотип пациента, его родственников заключается в том, что ты пришел к врачу, ты отдал ему деньги,

*и он уже сам решает, как эти деньги расходятся, чтоб тебе было хорошо. А поскольку он решает так, что 99 процентов забирает себе, то до медсестер не доходит. Вот, я говорю, нет системы, как платить медсестрам, это большой минус.*

---

Достаточно типична ситуация, когда пациент попадает в стационар и сталкивается с комплексным вымогательством, то есть ему приходится оплачивать не только основную услугу, но и весь комплекс сопряженных с ней услуг, то есть и медикаменты, и палату. Часто дополнительный уход за больным повторяется в областных и районных клинических больницах во всех трех регионах исследования. Существует и другая модель систематического мздоимства: пациент регулярно платит мимо кассы за один вид услуг, например, за процедуру освидетельствования при оформлении инвалидности. То есть в конечном итоге потребитель «покупает» нужную группу инвалидности и регулярно «продлонгирует» ее.

*Виктор, 45 лет, Новгород*

*Значит так, месяц я, наверное, мучился с позвоночником. Тем более меня уже так вот буквой зю согнуло, искал я мануальщика хорошего в Новгороде — наконец-то нашел. Друзья подсказали, прежде чем идти, сделать снимок позвоночника, т. к. за это время могло быть что угодно, и грыжа там, и все. Когда я сделал снимок позвоночника, то там оказалось совсем не то, что я ожидал, пришлось лечь в больницу. Ну чтобы в срочном порядке — был намек, что неплохо бы отстегнуть. На это дело было у меня в то время 3000 отстегнуто, положили меня без проблем. Отлежал, было дано направление на ВТЭК, ходил на ВТЭК, дали третью группу инвалидности, первой степени, ну самую такую легкую. И вот так у меня на протяжении пяти лет было. Перед ВТЭКом в обязательном по-*

*рядке надо отлежать — лежал, за то, чтобы лечь, — платил, через пять лет мне уже надоело (2009 г. — Прим. авт.) — сколько можно отстегивать, и так далее, не буду говорить как, но нашел точки соприкосновения через десятых лиц — я тупо заплатил, чтобы мне оставили эту группу инвалидности, ну так как... как она и есть, я уже не просил что-то большее, хотя не то чтобы травма позволяла — она напрашивалась на то, что... как мне врач лечащий сказала, что в старые времена, лет так 15 назад, с такими травмами без разговора даже давали вторую группу. Мне хотя бы вот эту бы оставили, чтобы каждый год это не повторялось, так уже это достало. Заплачено у меня было порядка по крайней мере как минимум одному единоразово — 10 тысяч, у кого там что осело в карманах, я не знаю и не интересовался. Потому что напрямую там никогда не выйти ни на кого, все через десяток лиц. Ну, слава богу, мне сказали — получил и не рыпайся. Медики наши даже напрямую говорят, что дана установка свыше — инвалидности рубить, ну, наверное, чтобы бюджет с пенсиями экономить или что там, не знаю, может, какие-то специфичные показатели там у них ... ну не знаю. Вот как-то так.*

---

Аналогов описанному пациентом случаю в других регионах исследования выявлено не было.

*Мужчина, 65—70 лет, Москва*

*Я появляюсь раз в полгода. Получается по-разному. Самому врачу, кандидату медицинских наук, я первый раз был, заплатил 5 тысяч. Причем это помимо, не помимо, не в кассу, а так, из рук в руки. Дело в том, что я сначала был на первом этаже. Одним словом, это очень сложно рассказывать. Я был этажом ниже, есть*



*офтальмологическая структура, где для пенсионеров скидка. Там обследование на аппаратах этих стоило 1500 рублей, для пенсионеров 1300. Это все как положено, через кассу, и т. д. Потом, когда у меня установили глаукому, меня направили этажом выше. Дали карту и сказали — идите туда. Я пошел к этому специалисту. Она меня посмотрела. Потратила на меня три часа. После чего я спросил — сколько я вам должен. Она сказала — можете в кассу, можете мне. Я сказал, что лучше прямо, так проще. В кабинете сканирования нерва — 2400 рублей заплатил. Там сложное оборудование. Это все через кассу было. Да, еще 500 рублей — особый аппарат для измерения глазного давления. В обычной поликлинике стоят простые аппараты, которые не выявили у меня глазного давления. А здесь у меня оказалось, что у меня толстая роговая оболочка и только специальным аппаратом можно измерить. Вот этому специалисту платишь 500 рублей. И вот я уже был три раза после этого. Тысячу рублей ей и 2400 за сканирование глазного нерва.*

---

Московские, кировские и новгородские пациенты часто рассматривают платежи мимо кассы как способ снизить стоимость официально платной услуги.

*Елена, 30 лет, Киров*

*Единственно в Кирове могут быть случаи, что не примут. Плати деньги — тогда примем. Очередь длинная, принимает врач медленно, тех, кто не успел в рабочее время, врач согласен принять во внеурочное, но за 300 рублей. Я думаю, искусственно так сделано. Все деньги сразу. Говорит или сам врач, или намекает помощник. «Вот я свое отработала, ухожу, но если заплатите мне, я вас приму». Для меня большие деньги. Но не уезжать же*

за 150 километров обратно. Меньше не предлагала, отдала что требовалось. (...) Собралась на операцию по щитовидке, мне сказали — есть бесплатная, но ждите год, а если хотите платную, то стоимость ее 2000 рублей. Я не успела накопить этих денег, приехала ровно через год. Приехала, сказала, вот у меня очередь подошла, мне в ответ — бесплатных операций теперь нет — платите 3000, тогда сделаем.

---

Ситуация, когда жертвой вымогательства со стороны медицинских работников становятся жители сел и небольших населенных пунктов, приезжающие за медицинской помощью в областной или районный центр, часто фигурирует в интервью респондентов в Кировской и Новгородской областях.

*Елена, 34 года, Новгород*

...Мы вызвали скорую помощь бабушке, она онкобольная, лежала, не вставала и вечером, когда ей стало плохо, мы вызвали скорую помощь. Бабушке 87 лет, и, зная диагноз, когда вызывали скорую помощь, они приезжали не сразу, приходилось очень долго ждать. Последний раз, когда мы вызывали скорую помощь, пришлось ждать около часа. Опять же, после того как сказали, что бабушке 87 лет, что у нее рак кишечника, врачи, видимо, посчитали, что ее ожидает летальный исход. Приехали два врача, мужчина и женщина, они ее долго и тщательно осматривали, сказали, что у нее открылось сильное кровотечение, померили давление, давление было очень низкое, вены ослаблены, практически не просматривались. Врачи очень долго возились, не могли найти вену, измучили бабушку, наконец поставили капельницу и сказали, что ее не ожидает уже ничего хорошего. После этого на скорой помощи увезли ее в больницу. Официальные выплаты за услуги врача

*в кассу учреждения мы не делали. ...Бабушке пришлось платить за анализы. Ситуация была не очень понятная, к бабушке пришел врач, сказал, что нужно сделать более развернутые анализы перед операцией. Данные анализы стоили около 1000 рублей, и, т. к. бабушка не знала, платные ли эти анализы или нет, она заплатила. Был произведен анализ, потом делали более подробный анализ крови. За это также пришлось заплатить около 500 рублей. Но, например, когда к бабушке в палату подселили еще одну больную женщину, которой сказали, что тоже необходимо пройти эти анализы, и когда женщина сказала, что у нее нет этой 1000 рублей для того, чтобы заплатить за анализ, к ней на следующий день все равно пришли, взяли и сделали этот анализ бесплатно. То же самое было и со вторым анализом. Получается, что один пациент платил за эти анализы, а другой не платил, ситуация до конца не ясная, платные ли эти анализы или бесплатные. Я считаю, что это бесплатный онкоцентр, больные там лежат бесплатно, соответственно анализы должны проводиться бесплатно.*

---

Дифференцированный подход к поборам с пациентов — типичная практика в клинических больницах и стационарах.

*Женщина, Москва*

*Два года назад моего сына укусила собака. У нас был страховой полис. Помощь должны оказать, где бы ни были. Укусила не в Москве, мы отдыхали в Тульской области. Мы пошли в больницу. Я стояла очень долго. В результате оказали, наконец, необходимую помощь. На второй день нам надо было прийти и зарегистрироваться. Я в первый раз видела такой кошмар и, надеюсь, в последний. По сравнению с московскими поликлиниками — это*

*нечто страшное. Небольшой городок. Это — единственная детская поликлиника. В жарком душном коридоре ждали врача от нуля до 14 или 16 лет. Врачи принимают до 12. В результате мы все оформили, я написала расписку, что мне ничего не нужно. Мы уехали. Нам прописали укол. Мы должны были его сделать через две недели. Мы уже отдыхали в Сочи. Мы пошли в поликлинику. Нам оказали помощь, но сказали, что нужно заплатить 2.50 за шприц. Это мелочь, конечно. Сам факт, что за шприц нужно платить — это смешно. Ни страховка, ничего не помогает. Я могу в любую клинику пойти, и ему бы обработали рану. Сейчас вроде какие-то новые условия страховки. Типа московская страховка. Но посмотрим.*

---

Ситуация, в которой оказался респондент, типична для Москвы и Московской области и менее распространена в других регионах исследования.

Ранее отмечалось, что обеспеченность медучреждений оборудованием и квалифицированными кадрами распределяется неравномерно по российским регионам. Поэтому за получением высокотехнологичной медицинской помощи — чаще всего это кардиохирургия, протезирование, лечение онкологических заболеваний — пациенты из других регионов направляются в Москву и Санкт-Петербург.

*Конечно, в Москве больше возможностей в плане и оборудования, естественно, если что-то случается, всех направляют в Москву, но уровень медицины, квалификации врачей, я считаю, что там, что здесь он в среднем одинаковый. Есть много уникальных операций, которые делаются не в Москве, а в Петербурге или в Ярославле. В Ярославле нормальные врачи в принципе. Но бывают какие-то уникальные случаи, когда нет какого-то оборудования,*

*бывает такое. Я знаю, слышал, что обращаются из другого региона в Петербург, в Москву, где есть оборудование соответствующее. Хочешь не хочешь, было такое, что не было нужного оборудования и переводили в Московскую область.*

---

Путь от момента постановки диагноза до оказания услуги — процесс, который сопряжен для пациента с множеством сложностей. На различных этапах этого пути часто возникают возможности для развития коррупционных отношений. Результаты исследования позволяют говорить, что неофициальные платежи возникают при распределении квот на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, а также при распределении мест в очереди на операцию.

Опрошенные эксперты сходятся во мнении, что в целом механизм квотирования высокотехнологичной медицинской помощи упрощает доступ пациентов из регионов к услугам московских медицинских учреждений.

*Если пациенты были малоимущие либо дети, то начиналась головная боль. Нужно было идти к начальнику, чтобы написали там письмо о материальной помощи, начальник, руководствуясь этим, писал «без оплаты».*

*Это целая история была. Сейчас квоту может получить практически каждый. Есть определенный список по учреждениям, и высокотехнологичную помощь может получить каждый, даже абсолютно нищий человек.*

*Ну и третья проблема, конечно, доступность, поскольку Москва такой центр, то здесь сосредоточены основные кадры. Так что на регионах все это интересно... надо как-то ориентировать, чтобы была возможность более тяжелобольным как-то приезжать в Мо-*

*свою, и здесь чтобы их лечили, потому что тот же центр хирургии — они направлены на коммерческую деятельность. Выхода другого нет, чтобы выжить.*

---

Основная проблема на этом этапе — ограниченное количество квот, с одной стороны, и высокий спрос на высокотехнологичную помощь — с другой.

*Ну, квоты, если не регулярно выделяют, очередь, проблема организационной сложности, больные мыкаются туда-сюда, есть некоторые больные, которые, допустим, была показана операция на сонной артерии, и когда они приходят на операцию, у них уже закрыта сонная артерия, он не дождался своей очереди. Вот такие вот ситуации, к сожалению. Онкологические больные, они тоже ждут квоты, а там онкология — это вообще проблема.*

*В общем, здесь все сложно, но хочу сказать, что квоту получить реально, но единственное, может быть сложность для регионов, наверное, это даже и невозможно.*

---

Чтобы ускорить процедуру получения квот, пациент может пройти платное обследование. Стоимость такого исследования, зафиксированная в ответах экспертов, варьирует от 2—3 до порядка 15—20 тысяч. Врач всегда может обосновать отказ от предоставления квоты.

*То есть, допустим, у больного томография, это исследование можно сделать через месяц, может быть, деньги нужны, а может, бесплатно, а можно это сделать, но только покажет, нужна ли ему*

*эта операция, здесь все уже зависит от того, как все это преподнесут, кто это преподнесет, ведь можно сказать так а можно сказать по-другому. У кого есть деньги, там уже... Я думаю, тысяч 2—5 может быть, это как минимум, потому что, чтобы получить квоты операции, нужно делать дорогостоящее исследование, делать которое нужно за свои деньги, и сделать коронарографию, это стоит порядка 15—20 тысяч, это делают в платных клиниках, то есть бесплатная клиника, но на платной основе. А это исследование, оно делается практически везде на платной основе, просто если больной идет по квоте, то стоит это 7 тысяч, плюс прибавляются там анализы, которые нужны обязательно. В общем-то это интимная процедура, и они другим не доверяют, может, боятся, что анализы каким-то неправильным путем будут сделаны, этого боятся.*

---

Однако, даже выбив себе квоту, пациент не может быть уверен, что получит необходимую ему медицинскую помощь. В медицинских учреждениях Петербурга и Москвы существует «внутренняя» очередь идущих по квотам, и перераспределение мест в этой очереди также становится предметом торга на теневом рынке.

Кроме того, зачастую размер квоты не покрывает всей стоимости лечения. Специалисты приводят примеры, когда пациентам-квотникам предлагалась альтернатива: либо ждать, пока подойдет его очередь, либо оплатить операцию по «полному тарифу». Стоимость такой услуги может достигать 100 тысяч рублей.

*Бывают такие операции, когда говорят — 100 тысяч. Помимо того, что квота там есть, они еще говорят, что вы должны заплатить такую сумму.*

---

## Новгород

Подавляющее большинство новгородских медиков утверждают, что проблемы квотирования на уровне Новгородской области не существует — пациент может без проблем получить направление в ведущие институты Москвы и Санкт-Петербурга.

*Я еще не сталкивался со случаями, когда невозможно организовать поездки пациентов в медучреждения Санкт-Петербурга или Москвы. Люди у нас появляются и едут, и это не зависит от их доходов, финансируется все из государственного бюджета. Этот вопрос стоит на жестком контроле со стороны комитета и нашей службы. Институты заинтересованы, чтобы пациент приехал, чтобы квота не пропала. Что касается нашего региона, я знаю, что люди стоят на очереди, и квоты они получают.*

*...Я даже знаю, что люди выезжают в институты с письмом рекомендательным, что они получают финансирование, они получают помощь в этих институтах. По Новгородскому району такой проблемы нет.*

*Вообще проблем с квотами нет. Эта проблема надуманная. Когда я вижу по телевизору, что показывают ребеночка, для которого собирают деньги на операцию все и журналисты, это глупость все. Пусть этот ребеночек придет ко мне, если ему нужна операция на сердце, и мы поможем ему бесплатно, абсолютно без больших проблем. Есть ряд административных проблем, как сделать и оформить документы, но проблемы такой нет, выдуманно. Проблемы сделать ребенку операцию на сердце нет такой. У нас есть куча авторитетных клиник, которые это делают в Москве или Санкт-Петербурге. Пожалуйста, приводите ребенка, и нет проблем.*

---



Однако часть специалистов признает, что ситуация с распределением квот по области далека от идеальной: квот не хватает, что приводит к образованию очереди. Утверждение и согласование квоты — длительная процедура, которая занимает несколько месяцев. На этом этапе появляются возможности для возникновения мздоимства.

Один из врачей даже озвучил предложение легализовать практику торговли квотами, поскольку, по его словам, в этом случае будет «больше шансов, что в тех клиниках, в которые люди попадают, их примут нормально и не будут раскручивать на деньги».

*Квот всегда не хватает, и возникают такие периоды, когда со стороны Новгородского комитета охраны здоровья населения говорят, что квот нет, квоты кончились, деньги кончились. И вот тут возникают возможности получить квоты по блату. Но в целом, конечно, какой-то, пусть даже корявый, но шанс есть легализовать все эти вещи. Больше шансов, что в тех клиниках, в которые люди попадают, их примут нормально и не будут раскручивать на деньги там.*

*Где есть очередь, там всегда существует возможность для криминала. Кто-то может проскочить мимо очереди, появляются дополнительные преискурранты услуг такого рода, это предположения, я не знаю таких вещей, а квоты это хорошая вещь, потому что это гарантии государства в пределах его возможностей. Бывают пациенты, которым очень нужна помощь, а ее здесь не получить.*

---

# **НЕОФИЦИАЛЬНЫЙ ДОХОД ВРАЧЕЙ**

---

**П**роизвести точную оценку неофициальных доходов не представляется возможным, поскольку респонденты из числа медработников (докторов и обслуживающего персонала) крайне неохотно озвучивают конкретные суммы неофициальных заработков, так как боятся привлечь к себе внимание правоохранительных органов или считают, что разглашение такой информации «посторонним» идет вразрез с корпоративной этикой. Однако подавляющее большинство медицинских работников признаются, что одной зарплаты на удовлетворение всех жизненных потребностей не хватает. Это, в свою очередь, мотивирует их к поиску дополнительных источников заработка.

Условно иерархию потребностей можно представить в виде трехуровневой пирамиды. Первая, базовая, ступень — это потребности в первичных благах (пища, одежда, жилище и т. д.). Этому уровню соответствует агрегат ожидаемого/желаемого дохода — «прожить можно». В целом он отражает представления медицинских работников о прожиточном минимуме медицинского работника и членов его семьи. Второй уровень охватывает потребности в отдыхе, развлечениях, образовании для детей, комфортных условиях быта. Ему соответствует агрегат «нормальная зарплата», который включает в себя первый агрегат плюс дополнительные расходы

на указанные нужды. Вершина пирамиды — это потребность в социальном признании заслуг медика перед обществом, которое маркируется соответствующим «достойным» доходом. С этим уровнем коррелирует агрегат желаемого дохода, включающий в себя два предыдущих и доход, необходимый для поддержания социального статуса.

Еще раз отметим, что анализ потребностей и ожидаемых доходов не дает полного представления ни о реальных масштабах неформальных финансовых отношений между врачами и пациентами, ни о левых заработках медицинских работников. Хотя неудовлетворенность заработной платой часто становится мощным мотивирующим фактором мздоимства, между этими категориями нет однозначной причинно-следственной связи. Как показало исследование, на поведение медицинских работников в этой ситуации оказывает влияние множество переменных, которые условно можно разделить на две группы — «объективные» факторы, определяющие возможность возникновения неформальных финансовых отношений, и «субъективные» — то есть определяющие готовность медработника стать субъектом таких отношений.

Как показало исследование, в системе здравоохранения существуют относительно легальные способы увеличения дохода. К таким способам относятся сверхнормативное увеличение продолжительности рабочего дня на основном месте работы и работа в нескольких медицинских учреждениях.

*Скажем, тот же офтальмолог должен принимать в такие-то часы. Пытаешься к нему записаться. Ты приходишь, а тебе говорят в регистратуре, что его не будет, так как он работает еще в трех местах. Войдите в его положение, на одну зарплату не проживешь.*

---

Большинство опрошенных врачей в московских ГКБ отмечают: если сотрудник работает на 1,5-2 ставки и берет ночные дежурства, его ежемесячный доход может возрасти до 50—70 тысяч рублей. Средняя продолжительность рабочего дня в этом случае составляет 12—16 часов.

*Какие-то деньги можно заработать, если действительно иметь желание работать, естественно, миллионером там не стать — шестьдесят, семьдесят тысяч можно заработать на полторы ставки. Например, реаниматолог работает на полторы ставки. Полторы ставки это десять дежурств, то есть десять суток. Сутки в реанимации — это дежурство без права сна. То есть всего два часа дается для того, чтобы посидеть. Реанимация — это еще надбавки за вредность.*

*...Можно работать и желать, чтоб вам поставили 1,75 ставки, то есть вы работаете в свои смены и еще берете 6 дежурств. Тогда на круг выходит примерно 60—67 тысяч. Там налоги уже идут подоходные и так далее, либо вы в «дежурантах» и берете, сколько поставят, 12—13 дежурств, то есть вы близки тоже к этой сумме порядка 60—70 тысяч.*

*По моему классу у меня 25 тысяч рублей оклад. Это 164 часа я должен работать. В месяц 164 часа, 40 часов в неделю, 8 часов в день. Я не полню просто, я никогда не работал на ставку, но я работал на две — две с половиной ставки, а что делать? Все равно я считаю это ненормальным. И при такой загрузке выходит 60—70 тысяч.*

---

В некоторых медицинских учреждениях врачам удастся совмещать основную работу с частной врачебной практикой на официальной основе. Однако такая практика не имеет широкого распространения.

*...И говорить по конкретно моей специальности, у меня, в отличие от других врачей, которые работают именно только по муниципальным услугам, есть частная врачебная практика, официальная, законная, по лицензии. В данном случае мой сотовый телефон, он висит вот, снаружи, то есть больные могут подойти ко мне конфиденциально, в кабинет анонимного обследования и лечения, это не является, как сказать, противозаконным, а наоборот, даже приветствуется. В этом случае даже как бы, с моей стороны, это поощряется. Но это идет уже прием на частное медицинское обслуживание, по частной врачебной практике, по отдельной оплате.*

---

Еще одна альтернатива — уход в платные медицинские учреждения. По общему признанию медиков, недавние выпускники медицинских вузов и средних учебных заведений используют работу в муниципальных медучреждениях как трамплин для старта в платную медицину.

Наконец, на возможность возникновения неофициальных финансовых отношений влияют профессиональный стаж и квалификация специалиста, востребованность его специализации на рынке медицинских услуг, а также платежеспособность пациентов.

Подавляющее большинство участников исследования обратили внимание, что степень мздоимства зависит от специализации врачей, существующих традиций медицинского учреждения и моральных установок конкретного доктора.

*Я не знаю, может, я по себе сужу. Я из-за божьей сутками не выходил из клиники, сутками работал. У меня цель была и задача, чтобы на ноги его поставить, зная, что на следующий день он, может, в луже будет валяться. Мне было неинтересно, что он министр или божж, мне нужна была моя работа, чтобы я потом*

*радовался, что я спас. Чем тяжелее случай, тем больше желание это делать.*

*Вот я пожилой человек, мне идет седьмой десяток лет, у меня достаточно высокая квалификация, и я помимо этой работы еще подрабатываю на двух работах, чтобы заработать на хлеб, потому что просто не хватает заработка. Вот скажите, пожалуйста, есть соблазн у меня, если пациент предложит мне какую-то сумму взять, или нет? Ведь я за меньшую сумму каждый день бегая, подрабатываю. Другой разговор, что пойду я по этому пути или не пойду, это опять же о человеческих качествах речь. Мне гораздо легче побегать, подзарабатывать и спокойно, по-человечески чувствовать себя, уважать самого себя, чем кем-то так воспользоваться.*

---

Несмотря на то что отзывы пациентов об уровне коррупции значительно критичнее оценок врачей, большинство потребителей медицинских услуг убеждены в том, что наряду с взяточниками в больницах работают порядочные доктора, готовые в любой момент оказать необходимую помощь.

*Что касается врачей в больницах, то это (доход) все равно в основном через отношения с пациентами. Есть люди очень жесткие, у них тарифы, говорят, там меньше 20 тысяч, и я к вам вообще не подойду ... буду измерять давление, ходить пульс мерить за мою зарплату. Как в том анекдоте — армянское радио спрашивает: что должен делать младший научный сотрудник НИИ за зарплату в три тысячи рублей? Ответ, армянское радио отвечает: ничего, даже может немного вредить. Поэтому ничего, и можно даже немного повредничать. Как ни грустно, это на самом деле не анекдот.*

*Я была сама один раз пациентом, и доктор просто сказал — коллега коллеге никогда ничего не предлагает, так я не могла деньги давать, просто там подарок, например, хотела поблагодарить человека, который отнесся совсем по-другому, может быть, и то человек отказался от этого, поэтому трудно сказать. Это зависит от личности врача и от личности пациента.*

---

## Москва

Опрос московских респондентов выявил достаточно большой разброс ожидаемых заработков. Нижняя планка — 10 тысяч рублей для младшего и среднего медицинского персонала, верхняя — специалисты высшей квалификационной категории — 50—100 тысяч рублей.

*Хотя бы в два — в два с половиной раза выше, например, у медсестры не 5 тысяч, а хотя бы 10 тысяч изначально, хотя бы 10, чтобы о чем-то можно было говорить. Но прибавка на 20—30 процентов или на 6 процентов, когда было 5 стало 6, ну и что из этого? Как можно прожить на 6 тысяч? Это же не пенсионерка, это девочка молодая в школу пойдет, ну и кто придет?*

---

Врачи сопоставляют свои заработки, с одной стороны, с уровнем цен, с другой — с предполагаемыми доходами в платной медицине и заработками медиков в других странах.

*Учитывая нынешний уровень цен, я считаю, что это не менее 50 тысяч, а получаем мы в два раза меньше, это 25 тысяч.*



*Хотя бы 50 тысяч, или мне так кажется, я в частной медицине имела бы 100 тысяч.*

*Да, совершенно верно, я была в Греции, и врач моего уровня получает там в пределах 3—4 тысяч евро, это даже работая не в государственной, а в частной структуре, в месяц. То есть я считаю, что в принципе я могу больше зарабатывать и получать.*

---

Исследование позволило выделить точку бифуркации — 25—30 тысяч рублей — пороговый интервал заработной платы для «нижнего сегмента» специалистов высшей категории. В этом интервале мнения респондентов расходятся, одни оценивают такой размер оплаты труда как изначально приемлемый, другие оценивают его как недостаточный, мотивирующий врача к взяточничеству.

*Для участкового врача хотя бы 25—30 тысяч, я считаю, что нормально. Если считать, что начальный оклад врача 8 тысяч, что, конечно, маловато, потому что молодые доктора не идут в нашу сеть из-за зарплаты, они ищут другие зарплаты.*

*...Врачи вынуждены брать, чтобы кормить семью. Если врач это мужчина, который приносит в дом, он получает 26 тысяч, это достойная зарплата врача?*

---

## **Киров**

Представления кировских медиков об ожидаемом доходе коррелируют с базовым уровнем потребностей. Респонденты сходятся во

мнении, что взяточничество носит вынужденный характер. Врачи должны «брать», так как их официальные заработки не покрывают прожиточный минимум.

*...Все зависит от зарплат, когда врач участковый получает дополнительные выплаты, то есть за дополнительную работу должны быть базовые ставки не 4—5 тысяч рублей, а гораздо больше.*

*...Невозможно прокормить семью, даже имея двух работающих человек взрослых, и если в семье еще два иждивенца, то очень сложно.*

---

## Новгород

Общий уровень критических оценок материального положения медработников в ответах новгородских респондентов значительно ниже, чем у их коллег из Москвы и Кирова. Значительная часть опрошенных врачей оценила свои доходы с учетом дополнительных подработок как приемлемые.

*...Есть разные способы выживания. Деньги, наверное, не самое главное в жизни, но зарплаты у нас на самом деле небольшие, это не сказки.*

*Вот я врач, отличник здравоохранения, высшая категория, оклад у меня 6 тысяч рублей, дальше все идут проценты, но с этими процентами будет 12 тысяч рублей. И говорить о том, что я зарабатываю, трудно. Да, я зарабатываю, но мне уже почти 60 лет, и я должен работать на две ставки, но если прибавить сюда еще пенсию, то я, может быть, и в лидерах.*

---

Опрос выявил достаточно широкий разброс мнений относительно того, какой размер оплаты труда медицинского специалиста следует считать «нормальным» и «достойным».

Средний показатель колеблется на уровне 25—30 тысяч рублей в месяц для специалистов высшей квалификационной категории. При этом респонденты убеждены, что ежемесячная заработная плата медицинского работника должна превышать среднюю зарплату по стране.

*...Зарплата... должна быть не ниже, а несколько выше, если приравнивать к мировой, а если брать внутри страны, то зарплата врача должна быть несколько выше средней зарплаты по стране.*

*...Я, например, считаю, если бы работал врач-хирург на стационаре, делал операции, проводил осмотры, профилактику, на одну ставку и получал он за это, к примеру, 30 тысяч рублей, ему этих денег вполне достаточно, чтобы прокормить семью, одеть, обууть. Я думаю, что он больше будет дорожить своей работой, и он никогда не пойдет на то, чтобы брать какие-то подарки.*

*Вот у нас пример, врач-невропатолог, он окончил институт, приехал, недавно работает, зарплата у него 5 тысяч рублей, он работает на две ставки, в стационаре ведет 20 человек больных и пол-Демьянска на приеме. У него полностью день загружен. И чтобы его заинтересовать, удержать, нам приходится там-сям. А не проще ли ему сразу сделать нормальную зарплату, чтобы он остался? Работая в стационаре на 20 больных, он спокойно будет их лечить, холить, лелеять, ухаживать, делать диагностику. Он знает, что он получит 25 тысяч рублей в зарплату. Он не будет ни у кого ничего просить, никуда не пойдет, он будет спокойно выполнять свою работу.*

---

Максимальный ожидаемый доход в ответах новгородских медиков составляет 48—64 тысячи рублей в месяц для специалистов высшей категории. Опрошенные специалисты убеждены: при таком уровне ежемесячных доходов врач не будет заинтересован брать взятки.

*Если зарплата у врача будет на порядок выше, то есть раз в 7 выше, чем сейчас, то тогда вообще никто не будет брать, плюс контроль ужесточить, если взял, то в тюрьму сядешь.*

*...Так вы сделайте, чтобы было два хирурга или три, чтобы они получали в час не 30—40 рублей, а, например, как репетитор берет, 300—400 рублей за час.*

*...Если у врача будет зарплата 50 тысяч, то кто принесет 50 тысяч рублей просто так врачу? Он и 1000 рублей не возьмет, потому что он будет знать, что из-за этой 1000 его диплома лишат или посадят.*

---

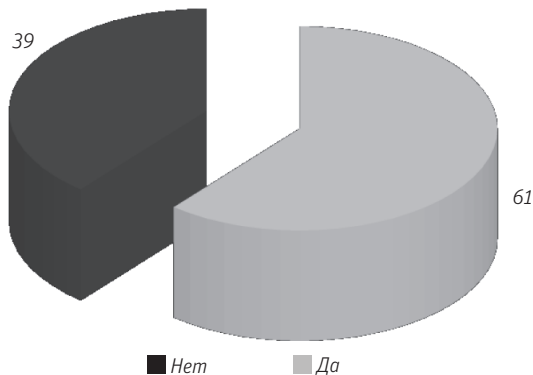
## НЕОФИЦИАЛЬНЫЕ ПЛАТЕЖИ И «БЛАГОДАРНОСТИ» ПАЦИЕНТОВ

Неофициальные выплаты и благодарности от пациентов как способ увеличения ежемесячного дохода распространены в клинических больницах. В отличие от приема левых пациентов в данном случае в бизнес-схеме участвуют обычные пациенты государственных медицинских учреждений.

### Москва

Подавляющее большинство участников опроса признались, что за последние три года делали неофициальные выплаты и подарки

*Сталкивались ли Вы с необходимостью дополнительно и неофициально платить врачам/медицинским работникам?*



**Рис. 1.**

*Распространенность неофициальных выплат медицинским работникам*

врачам и медперсоналу. Примерно треть опрошенных пациентов (39 %) ответили, что не давали взятку и не «благодарили» медицинских специалистов за оказанные услуги.

По мнению некоторых респондентов, мздоимство в московских больницах и поликлиниках носит тотальный характер.

*Начиная от профессора и кончая самым начинающим доктором, все берут. Если бы не брали бы, они и дня бы там не остались.*

Подавляющее большинство опрошенных указывали на участие двух сторон в неформальных финансовых отношениях, подчеркивая, что без согласия пациентов взятка невозможна.

*Вымогают. Это происходит с обоюдного согласия. Если бы тот вымогал и ставил на грань, то тот, конечно бы, пошел в органы. Этот вымогает, а этот думает, что мне же здоровье дороже, и он соглашается.*

---

Среди московских респондентов из числа медицинского персонала преобладает мнение, что инициатором неофициальных платежей чаще всего выступает сам пациент.

*Пациенты предлагают. Потому что они знают, что принято, потому что они боятся за свое здоровье. У них страх за свое здоровье, этот страх превышает все.*

---

Некоторые участники опроса отмечают, что в определенных медицинских заведениях процедура взимания/давания взяток носит саморегулируемый характер: врачу не нужно в каждом конкретном случае рисковать и намекать пациенту на необходимость заплатить. Эта информация распространяется среди больных по принципу са-рафанного радио.

*Я думаю, что это не столько врач, сколько в определенных учреждениях существует определенная традиция, и это уже передается из уст в уста среди больных, а не врач намекает, то есть сейчас этого нет, это может быть какие-то единичные случаи, всегда я общаюсь со своими постпациентками, я говорю: у вас выпрашивали денег? — Нет, нет, что вы, никто мне даже слова не сказал, но вот я пришла к кому-то, и мне сказали — вот надо бы столько дать, вот существует как бы*

*такое сарафанное радио, а со стороны врачей этого нет, может, единичные случаи.*

---

И врачи, и пациенты были единодушными в своих оценках — наибольший уровень взяточничества и вымогательств наблюдается в онкологии, следом идут акушерство и гинекология. Участники исследования предлагали одинаковые интерпретации этого явления: если от исхода операции зависит жизнь пациента, то родственники больного готовы платить любые деньги, лишь бы увеличить вероятность позитивного исхода. Врачи, зная об этом, не стесняются озвучивать конкретные суммы.

Кроме того, операции в онкологии считаются высокотехнологичной и сложной процедурой. По мнению пациентов, компетентных врачей, работающих на сложном оборудовании, можно пересчитать по пальцам, соответственно к ним выстраивается очередь из пациентов. Представление о «дефицитности» высокопрофессиональных хирургов-онкологов автоматически увеличивает размер необходимого вознаграждения за «сверхурочную» работу доктора. Как мрачно пошутил один из опрошенных, «высокий спрос на товар неизбежно увеличивает его цену».

*Онкология такая специфическая сфера, и меня поражает, когда сперва они начинают рвать на себе рубахи и говорить, что они в пользу бедных, а на самом деле я все прекрасно знаю — я на добровольных началах, с чисто профессиональным интересом, оперировал в одной больнице Московской области в онкологии, и я помню, почему больная легла под мой нож. Объяснила это просто — у меня дочка на выданье и ребенку 12 лет, мне назвали такую сумму, что я должна продать свой дом, а вероятность успеха — пятьдесят на пятьдесят. Я подумала, что вот я продам квартиру, а вдруг я после операции умру, а у меня останутся*

*двое детей, так пусть лучше я умру, а дети останутся с квартирой. Это женщина 45 или 47 лет, представляете ее рассуждения, и поэтому она, большое спасибо ей, доверилась мне.*

*Я думаю, что самый высокий процент вымогательств это в акушерстве и гинекологии. В хирургии, наверно, 50 процентов. Наверно, повыше в онкологии, поскольку очень много связывается с исходом операции, с перспективой выживания. Меньше в травматологии, поскольку контингент пожилые, что они там приносят с пенсии.*

*...Врач, он всегда сможет «отписаться» — мы вас оперировать не можем, в том же онкологическом центре, вы знаете, если денег не платишь, ну такая запись появляется: операция не показана, и все.*

---

Исследование позволило выделить социальную группу риска. Это российские граждане, приехавшие в Москву из других регионов, но не имеющие ни московской прописки, ни московского страхового полиса, а также иностранцы.

*...Если человек москвич, у него есть страховка, то да. А если человек приезжий, тогда нет. Его просто выкинут на улицу. При мне такое было... Был человек азиатской национальности. У него ни страхового полиса, никто к нему не приходил. Его продержали три дня, и все. Сказали, что больше не можем. Платить он не мог. Если бы он заплатил, конечно, его бы не выгнали.*

*У тебя есть какая-то бумажка, но по которой тебя не будут принимать, потому что это не московское страхование. Это тоже надо. Если ты с другого города, это неважно, откуда ты, главное, что из России, и у тебя полис российский, но только с другого го-*



*рода. Несмотря, в каком городе ты будешь, с тобой может что-то случиться, они, по идее, должны тебя принять.*

---

Такие пациенты чаще всего становятся жертвами прямого вымогательства со стороны врачей и медицинского персонала, так как вынуждены платить не только за специализированные и высокотехнологичные операции, но и вообще за любые виды медицинских услуг.

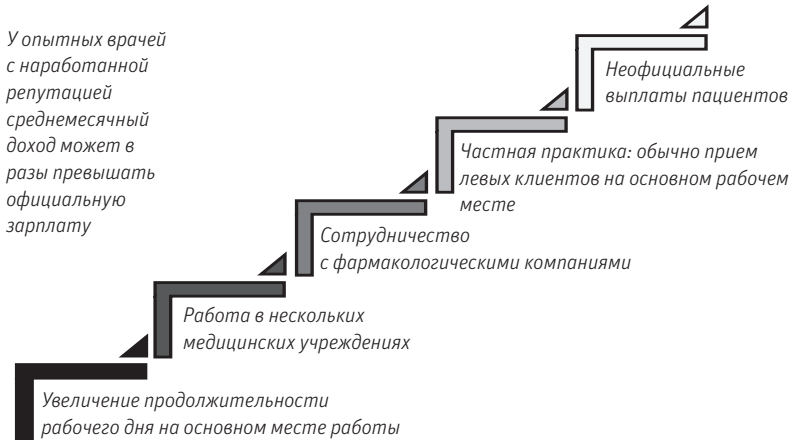
*Я обратился к российским докторам, а так как у меня нет именно российского московского полиса, потому что я живу в Твери и у меня есть интернациональный полис, потому что я канадский студент, но, учитывая эти два фактора, меня не принимали очень долгое время, пока я не поговорил с главврачом и не предложил ему денег.*

*Нет, я не то что обращался, я сначала подумал пойти в другую поликлинику, но мне конкретно объяснили, что на территории Москвы меня не будут осматривать, и тогда пришлось договариваться с врачом.*

---

Результаты исследования позволяют говорить, что серьезная коррупция возникает при большом потоке левых пациентов или при регулярном, поставленном на поток вымогательстве. В этих случаях неизбежно формируется сговор врача и медсестры, хирурга и операционной сестры, заведующего и главврача. Иными словами, возникают предпосылки для формирования теневого бизнеса, внутри которого циркулируют скрытые финансовые потоки и существует своя система распределения наличных.

*Ежемесячный доход увеличивается до 50–70 тысяч в зависимости от величины переработки и особенностей оплаты труда в больнице*



**Рис. 2.**

*Источники дополнительного дохода врачей*

*По сути, есть теневой бизнес, есть цепочка целая, эти деньги собираются не только в кармане доктора. Определенной ставки нет в медицине, но очень глупо будет думать, что никто ни о чем не знает, все обо всем знают, директор обо всем знает, и руководство, все. И если ты хочешь, то есть определенная вертикаль, у тебя есть свой непосредственный начальник... хочешь работать, значит, будешь работать, если сообразишь, если не сообразишь, ну тогда извини, придется брать более сообразительных.*

*Если главный врач об этом знает, знает об этом завотделения, об этом знают и в верхах, и обязательно ничего не делается, конечно, если это не наказывается, значит, это поощрение.*

Примечательно, что некоторые эксперты рассматривают неофициальные платежи не столько как компенсацию низкой заработной платы, сколько как компенсацию альтернативных расходов, то есть прибыли, которую получал бы специалист, если бы он работал в частной клинике.

*...Но многие доктора не хотят уходить из государственных клиник, потому что за счет пациентов они зарабатывают, ну, может быть, кто-то зарабатывает еще одну зарплату, а кто-то еще больше — в зависимости от специальности.*

---

Часть опрошенных экспертов описывали ситуацию в здравоохранении в терминах «катастрофы» и «деградации».

Девальвация престижа профессии обусловлена, по мнению респондентов, низкой зарплатой, вымыванием профессиональных кадров из системы здравоохранения, снижением качества подготовки студентов в медицинских вузах и рядом других факторов.

Определенные метаморфозы претерпело и отношение общества к врачу: если раньше он воспринимался как гуманист, работающий за идею, человек высокой нравственности, то сейчас это обычный субъект рыночных отношений, купец, не упускающий возможности подзаработать.

*...Медицина уже к этому пришла, к тому, что врач перестал позиционироваться и восприниматься обществом в целом как помощник. Он стал восприниматься как делец, который работает с клиентом ради наживы или заработка, как угодно.*

---

## Киров

Среди опрошенных медиков преобладает точка зрения, что платежи «мимо кассы» и «благодарности» совершаются исключительно по инициативе пациентов.

*По моему мнению, это всегда пациенты, потому что доктор напрямую все равно не сможет предложить, а если это исходит от пациента, то там уже ведется речь о конкретном вопросе.*

*Врач тут точно ни при чем, пациент сам предлагает, когда хочет попасть на какое-то исследование или на прием побыстрее!*

*...Я думаю, что пациент сам говорит что-то вроде: «Может быть, мы как-нибудь решим эту проблему побыстрее?»*

---

Кроме того, врачи сходятся во мнении, что необходимости в таких платежах не возникало бы, если бы пациенты бережней относились к своему здоровью и вовремя обращались к специалистам.

*...Но я думаю, что скорее всего выступает пациент, потому что ему это надо, и надо срочно, и чтобы не сидеть в очереди. Это как у русских людей: «Пока не стукнет, не припрет, он никуда не пойдет», то есть профилактики нету. Пока его не прижмет, что у него инсульт у кого-то или инфаркт у кого-то, вот и начинается — где кого найти... как это посмотреть, и как это устроить. То есть мне кажется, выступает пациент.*

---

Тем не менее часть респондентов не исключили, что в некоторых случаях имеют место намеки со стороны медиков.

*Я думаю, что инициатором выступает врач, а пациент — если сам хочет пройти курс лечения побыстрее, ему нужно пройти курс лечения именно комплексное медикаментозное плюс массаж, и ему нужно сейчас пройти, а не через два месяца.*

---

Результаты социологического опроса позволяют говорить о том, что мздоимство в бесплатном здравоохранении убывает по оси «центр — периферия»: уровень вовлеченности в неформальные финансовые отношения жителей небольших городов и сел в три раза ниже, чем в среднем по области. Так, с проявлениями коррупции в здравоохранении за последние три года сталкивались около 9 % жителей периферии, то есть примерно каждый десятый.

При этом в подавляющем большинстве случаев инициаторами «благодарности» выступали сами потребители медицинских услуг, без намеков со стороны докторов. В случае ответа: «намекнули» — интервьюер уточнял, кто именно это сделал. В такой ситуации ответ: «врач» составил 5,6 %.

По признанию медиков, работающих в сельских ФАПах и районных больницах, они никогда не сталкивались с попытками отблагодарить их деньгами. Единственная форма благодарности — небольшой презент (шоколад, шампанское, конфеты). Примерная стоимость таких подарков варьирует в пределах 100—500 рублей.

*...Ну я 10 лет работал в участковой больнице в Дубровке в Белохолуницком районе, я с этим сталкивался (шоколад), с деньгами не сталкивался, речь о деньгах не шла.*

*...С деньгами не сталкивалась, но шоколадку, коробку конфет, допустим, приносят, по деньгам получается рублей 100—150.*

*...Так, как обычно... конфеты, кофе, шоколад, шампанское... деньгами не носят, слава богу... Я думаю, подарки в пределах 500 рублей.*

---

Помимо экономических причин (низкий уровень доходов на селе) такая тенденция обусловлена менталитетом локального, относительно замкнутого сообщества, в котором все всех знают и все у всех на виду. На профессиональные отношения врача и пациента накладывается психология межличностных соседских отношений. С одной стороны, предлагая взятку врачу, пациент рискует выставить врача в невыгодном свете в глазах односельчан. В то же время врач, вымогающий взятку и таким образом нарушающий неписаные правила сосуществования в сельском социуме, никогда не приживется среди односельчан.

*В Зуевке другое отношение и другие виды благодарности, чаще шоколад, конфеты. Вероятно, в Кирове, так как большой город, возможны и другие виды благодарности, на селе сложнее, народ не приучен давать взятки, в других лечебных учреждениях это возможно.*

*...Деньги, подарки, конфеты никогда не давал. Мы так воспитаны, что я даже не знаю, как это надо делать. И потом, я знаю, что это несолидно, некультурно, и потом, зачем человека подводить если он специалист, если он работает. Это ведь все на слуху, а слухи вещь опасная.*

*...У нас за деньги не решишь так проблему, как без них. Если человеку сделаешь добро, он тебе 10 раз добро сделает. Не такой менталитет, как в городе. Если человек начнет брать или берет у всех, но это нереально, — он тут не уживется. Народ таких не воспринимает. Если они у нас и есть, то им трудно. Никуда ле-*

*читься не выезжал. Все решаем здесь, в узком кругу, родственные, дружеские связи. За деньги — никогда.*

---

Опрошенные медработники Кировской области убеждены, что самый высокий уровень взяточничества — в хирургии, далее идут стоматология, акушерство и лор-болезни.

*На мой взгляд, неофициальные... это я так думаю... все острые состояния, возможность оперироваться у какого-то конкретного хирурга, а не у того, который дежурит. Возможность рожать у того гинеколога, который нравится, а не у того, кто стоит по расписанию. То есть это все острые состояния, может быть, еще неврология, может быть, еще лор-болезни... У нас последний месяц был среди моих знакомых такой случай, когда помощь не была оказана, я думаю, из-за того, что просто знакомые не догадались, что лучше предложить деньги за этот вид обследования, чтобы его провести вовремя. Потому что случай запустили, и последствия были не очень хорошие.*

*Если уровень сельских районных больниц брать — это таки хирургии, так как хороший хирург это благо для района, так как это оперативная, качественная медицинская помощь, у терапевтов все по-другому, они лечат таблетками, а хирург — через операции, все качественно, у них более благодарная деятельность, если ты хороший специалист и хороший результат, хирург лечит от острого заболевания. Также вести речь можно о стоматологах и акушерах-гинекологах, то есть врачи, где есть реальные результаты, и также редкие исследования, например томография, МРТ.*

*Я думаю, в стоматологии... больше нигде... хотя жена рожала недавно... возможно, в гинекологии, она что-то рассказывала...*

*Ну... насколько я знаю, платят тогда, когда не хотят ждать очередь (ведь это порой занимает два, а то и три месяца)... И наверное, чаще всего это происходит в случаях каких-то острых приступов, острой боли, рецидивов, когда уже невозможно ждать.*

---

## **Новгород**

По словам респондентов, поборы в больницах и поликлиниках носят регулярный характер. Пациенты платят за прием вне очереди, анализы, оформление справок, более внимательное отношение медицинских специалистов, услуги нянечек и сиделок.

*Еще я вспомнила, что ходила в детскую поликлинику, отсидела полдня в очереди, а потом мне подсказали, что можно заплатить 100 рублей и пройти без очереди. Теперь я с сыном не сижу в очереди и не жду. Захожу к врачу, кладу ему в карман, и проходим прием.*

*...Бабушке пришлось платить за анализы. Ситуация была не очень понятная, к бабушке пришел врач, сказал, что нужно сделать более развернутые анализы перед операцией. Данные анализы стоили около 1000 рублей, и так как бабушка, не знала, платные ли эти анализы или нет, она заплатила. Был произведен анализ, потом делали более подробный анализ крови. За это также пришлось заплатить около 500 рублей.*

---

Многие участники опроса убеждены, что если пациент откажется платить врачу, он не получит необходимой медицинской помощи.



Достаточно часто в ответах респондентов фигурирует аргумент: «без денег у нас ничего не делается».

*...Чтобы более-менее как-то уделялось внимание, тоже, естественно, не обходится без шуршащих купюр.*

*У нас как-то, не знаю, уже в крови, наверно, хочешь нормального обслуживания — значит, тащи чего-нибудь или в конверте, или бутылку коньяка там, шампанского. А без этого никак.*

*...Мой отец недавно обращался за бесплатной помощью в медучреждение, по полису, он сильно кашлял, давно мучился, еще с той весны. Врачи у него ничего не находили, когда ему стало все хуже и хуже, ему назначили курс антибиотиков, а ему все равно становилось хуже. В итоге он нашел врача, который раньше у них работал, тот принял отца за деньги. Этот врач ему назначил хорошее обследование, выявили обструктивный бронхит, а это целый комплекс всяких заболеваний, и неизвестно, чем все это закончится, потому что наши врачи вовремя не поставили правильный диагноз.*

---

Однако медицинские работники расценивают такое утверждение как ложный, хотя и распространенный среди пациентов стереотип, утверждая, что качество бесплатного медицинского обслуживания зависит не от готовности пациента отблагодарить, а от профессиональной компетенции врача.

*Конечно, сталкивался с такими вещами, по поводу других пациентов, что люди опасаются, что если не заплатят, то врачи невнимательнее будут, но я думаю, что это больше мифы, потому что врач не может работать как-то иначе. Например, «сейчас включу часть своего опыта, а сейчас не включу». Они всегда работают одинаково.*

*Мой довольно большой опыт работы говорит, что хорошему врачу хоть плати, хоть не плати, он не сможет работать плохо, плохому врачу плати или не плати — то же самое. Получается, мое внимание к пациенту зависит от того, принесли мне что-то или нет, но это неправильно, это меня изуродует как человека.*

---

Среди респондентов распространено мнение, что некоторые врачи пользуются неосведомленностью пациентов, которым в нынешних условиях трудно разобраться, какие услуги им должны оказывать бесплатно, а какие — только на платной основе.

*Пока нет четких границ между платной и бесплатной медициной. Есть виды помощи, которые включены в стандарты, они обязательные, должны быть бесплатными для пациентов, и есть виды, которые не являются стандартными, хотя, может быть, пациенту необходимы платные услуги. Сейчас в каждом лечебном учреждении есть виды услуг, которые идут на платной основе.*

*...Когда к бабушке в палату подселили еще одну больную женщину, которой сказали, что тоже необходимо пройти эти анализы, и когда женщина сказала, что у нее нет этой 1000 рублей, для того чтобы заплатить за анализ, к ней на следующий день все равно пришли, взяли и сделали этот анализ бесплатно. То же самое было и со вторым анализом. Получается, что один пациент платил за эти анализы, а другой не платил, ситуация до конца не ясная, платные ли эти анализы или бесплатные.*

---

Вместе с тем отдельные эксперты отмечают, что уровень осведомленности пациентов за последние годы резко вырос.

*Честно могу вам сказать, что это не зависит... то есть сейчас пациенты очень осведомлены, в том числе и через Интернет, о платности, бесплатности, то есть законодательный уровень подготовки пациентов намного вырос, и заявлять им, что такая-то процедура платная, если вы не заплатите, то тот же доктор понимает, что он прогорит на этом.*

---

Размеры «благодарностей» и взяток возрастают в зависимости от тяжести заболевания, а также сложности и срочности процедуры. Дороже всего оцениваются ситуации, требующие оперативного вмешательства, — в онкологии, кардиологии, акушерстве, хирургии.

*Оперативные лечения, роды и сейчас, может быть, и онкология...*

*Я думаю, что во время родов, тут почему-то всегда родители очень беспокоятся, правильно ли они делают. Кардиология, хирургия, когда лежишься под нож, вроде как хочется себя подстраховать.*

---

Также сильно коррумпированными считаются те отрасли медицины, в которых небольшая стоимость разовой услуги компенсируется регулярностью и массовостью потока «клиентуры». Это услуги терапевтов, акушеров, гинекологов, медицинского персонала роддомов.

*Я думаю, что благодарят чаще всего терапевтов, а потом каких-то узкоспециализированных врачей. Если пациент один раз пришел, то я не думаю, что он будет благодарить. А если он постоянный пациент, то он будет благодарить. Люди не то чтобы благодарят, они просто в карманы суют и настаивают: «Возьмите, возьмите».*

*Больше идет на терапевтов, потому что они чаще сталкиваются с этим.*

*Хорошо живут терапевты, акушерки, гинекологи, те, кто работает в роддомах, кожнодерматологи, у них от всех болезней три мази и больные никогда не умирают, как правило, и очень долго болеют, одна и та же клиентура.*

---

Потребители демонстрируют дифференцированное отношение к попыткам поборов со стороны медиков. Они чаще всего готовы платить «мимо кассы», если взятка небольшая. Однако если размер вознаграждения кажется им слишком большим, возможны варианты. Приводились примеры, когда пациенты отказывались платить запрашиваемую сумму или выплачивали часть от обозначенной врачом суммы.

*Вот и потом когда боли прошли, я приходила еще несколько раз на осмотр, врач сказала, так как ухо продолжало еще побаливать, что, видимо, у вас пробка образовалась, она может ее прочистить. Я была готова опять заплатить деньги. Я хотела опять идти в кассу и спросила, сколько стоит эта процедура, и она при этом отодвинула ящик стола с таким намеком, что я могу положить денежку ей, то есть она взяла с меня 50 рублей, хотя процедура стоила, может быть, рублей 100—200, то есть она взяла их себе.*

*Не то что намекнуть, а в открытую говорят. Вот, например, мои знакомые в институте оперировались, ей врач говорит: 150 тысяч, а больная отвечает — у меня нет столько денег.*

*...Был случай у нашей родственницы, когда ее муж получил травму головы. Ему требовалась срочная операция, естественно, там особенно размышлять некогда, и врач сказал, что операция стоит 10 тысяч рублей. Женица растерялась в такой ситуации и, чтобы быстрее помочь мужу, согласилась, а так как она воспитатель детского сада, то зарплата небольшая, и она обратилась за помощью к родственникам. Ее дети не смогли набрать 10 тысяч рублей и дали только 5 тысяч. После проведения операции врач очень долго настаивал на том, чтобы заплатили еще 5 тысяч рублей. Когда стали выяснять у вышестоящего руководства стоимость операции, то выяснили, что операция была абсолютно бесплатная.*

---

По оценкам самих медиков, отблагодарить врачей стремится каждый пятый потребитель медицинских услуг.

*...Благодарность в том понимании, в котором я понимаю, приносят порядка каждый пятый больной.*

*...Я думаю, 20 процентов таких пациентов. Причина их такого поведения в том, что хотят, чтобы врач внимательнее был, больше проявил уважения, больше уделил внимания, ну такие вот шоколадки, конфетки дарят, которые уже всем надоели.*

---

На селе эта пропорция существенно ниже — не более 5 %, то есть примерно каждый двадцатый пациент.

*У нас таких пациентов до 5 процентов. Мы уже забыли, когда последний раз шоколадки ели на работе. Диабетом мы точно не заболеем и алкоголизмом. У нас не принято так. В городе может быть такое, а у нас точно такого нет.*

---

Некоторые врачи отмечают, что чаще всего благодарность исходит от пациентов с низкими доходами, состоятельные потребители медицинских услуг благодарят врачей реже, обычно лишь в исключительных случаях.

*Это зависит от того, какой категории больной, если бабушка с маленькой пенсией 4000 рублей, на которую она всю жизнь работала, то для нее это коробка конфет. Как правило, люди обеспеченные, они уходят и даже спасибо не скажут, вот удивительная психология. Есть некоторые, которым нужна экстренная помощь, или те, которые без очереди хотят. Они говорят: «Я вам заплачу любую сумму, все бросайте, тяжелых, не тяжелых больных и оказывайте помощь мне».*

---

При этом неоднократно отмечалось, что среди молодых специалистов процент взяточников выше, чем у врачей «советской закалки».

*Я бы сказала, что среди молодого поколения, пришедших за последние 10 лет, такой процент выше. Среди опытных сотруд-*

*ников, «с годами», как говорила одна моя знакомая: «Я никогда не брала с пациентов деньги и не буду».*

*Вот мы работаем 20 лет, и тот круг людей, которые были за этим замечены, он не расширился, а если расширился, то очень незначительно. И процент таких людей меньше, тот, кто работал всю жизнь за идею, тот и работает за идею. А вот молодежь приходит достаточно шустрая, которая смотрит на медицину как на возможность хорошо жить.*

*Я с этим столкнулась лет 12 назад, я видела передачу со студентами-медиками, где один студент говорит, что если больной хочет поблагодарить доктора, то это нормально, я точно не помню, он тогда еще сумму назвал, до которой благодарность не является взяткой. Он потом через несколько лет, еще будучи врачом, и сел за это же самое. Он так откровенно перед камерой это сказал. Я понимаю, что среди молодого поколения больше людей, которые стремятся хорошо жить, чем среди старого. Старое, конечно, за идею, чтобы мозги потренировать, душу успокоить, чтобы больному было хорошо.*

*Я считаю, что среди молодых такое встречается больше, потому что престарелые врачи в принципе сильнее, да им уже и не надо ничего, а молодым, конечно, тяжело с такой оплатой труда.*

---

По мнению врачей, сказывается разница в воспитании: если раньше врачи дорожили своей репутацией и считали для себя зазорным заглядывать в карман пациенту, то современная молодежь рассматривает медицину исключительно как источник дохода.

*Был в Германии и во Франции, везде одна и та же проблема, молодежь хочет мало работать и много получать. Я спрашивал*

*у молодых врачей в качестве заведующего — между нами 14 лет разницы в возрасте, что-то сравнить сложно, потому что в начале карьеры у нас был элемент подвижничества. Мы оставались там бесплатно на переработку и ничего не требовали, а сейчас ребята говорят: я не останусь на переработку, потому что нам ее не оплачивают, вот это присутствует.*

Среди описанных пяти способов получения дополнительного дохода первые два можно отнести к традиционным методам подработки, характерным для представителей различных профессий. Сотрудничество с фармакологическими компаниями в контексте преподавательско-просветительской деятельности также является вполне законным способом заработка.

Сопоставление результатов исследования с данными Госкомстата не выявило прямой зависимости между уровнем жизни и распространенностью неофициальных поборов. Так, Новгородская область «обгоняет» Кировскую по показателям среднедушевых доходов, но при этом «отстает» по распространенности неофициальных платежей (табл. 1).

**Табл. 1.**

*Распространенность неофициальных платежей*

	Коэффициент распространенности неофициальных выплат/подарков	Среднедушевые доходы населения (2009)
Москва	0,610	41 890,8
Новгородская область	0,200	13 329,2
Кировская область	0,342	10 927,9



## СОТРУДНИЧЕСТВО С ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ КОМПАНИЯМИ

Получение гонораров за сотрудничество с фармакологическими компаниями чаще встречается среди врачей, ответственных за назначение лекарственных препаратов по рецепту, и среди сотрудников кафедр медицинских вузов с ученой степенью.

В первом случае врач выписывает рецепт на препарат определенной фармакологической компании, которая в конце месяца выплачивает небольшой процент врачу. То есть при выборе между аналогичными лекарственными средствами двух производителей доктор назначает препарат «дружественной» ему компании. Инициатива такого взаимодействия исходит обычно от самих компаний и является инструментом конкурентной борьбы стейкхолдеров российского фармрынка. По словам опрошенных экспертов, такие действия не могут повредить пациенту, поскольку выбор происходит между равнозначными лекарствами. Вместе с тем медицинский персонал ГКБ и НИИ с пренебрежением относится к этому, отмечая, что к такому приработку чаще прибегают врачи районных поликлиник.

*...Так что это бывает достаточно часто, иногда это бывает, знаете как, как инкарт советуют у них купить там, у них есть определенный набор лекарств, то есть они рекомендуют и дают какие-то типа именные рецепты, на них написаны имя и фамилия, в какой-то определенной аптеке можете это лекарство купить. Таким образом распространяется лекарство, и врач тоже имеет прямой заработок. Это тоже, наверное, считается определенного рода взяткой или вымогательством.*

*Некоторые фармкомпании дают тебе рецептурные бланки, и ты выписываешь определенный препарат. Есть сколько-то аптек в Москве или округе. Пациент идет с этим рецептом в апте-*

*ку, там на рецепте твой номер. В аптеке эти рецептики складываются. Твои пациенты купили там нолипрела за этот месяц на 5000. Ты с этих 5 тысяч имеешь какой-то процент. Там небольшие деньги. И соответственно тебе раз в месяц представитель этой фирмы приносит, допустим, 500 рублей... Почему нет, если ты считаешь, что препарат работает, и он зарегистрирован официально на рынке тех же гипотензивных препаратов.*

*Я работаю не только здесь, но и в другом месте. Неофициальные инструкции звучат сейчас так, что врачу-консультанту запрещено назначать лекарства, надо просто писать, из каких групп, а врач — участковый терапевт, типа, определит, какое лекарство нужно назначить. Зачем? Мне, например, это непонятно.*

---

Принцип взаимодействия с фармацевтическими компаниями профессорско-преподавательского состава кардинально отличается от описанного выше — доктора выступают в роли преподавателей на семинарах райтеров и редакторов статей для отраслевых медицинских изданий. Эксперты с обидой отмечали, что западные фармпроизводители демонстрируют большую заинтересованность в профессорско-преподавательских кадрах, чем государство. Особую критику вызвала тенденция по отстранению профессорского состава кафедр от лечебного процесса.

*...На кафедрах действительно было очень много сильных преподавателей. Сейчас у меня, у заведующего кафедрой, зарплата такая, как у начинающего анестезиолога, окончившего ординатуру на нашей же кафедре и не дежурящего... У нас совсем плохая ситуация в денежном плане, чем мы можем заработать — сотрудничеством с фармкомпанией, это абсолютно официальные вещи и белая зарплата, причем серьезные деньги.*

*На самом деле вот эти фармкомпании, они делают то, что не делает наше правительство, потому что они берут на себя... сейчас вот будет в конце мая съезд хирургов, который проходит с какой-то непонятной регулярностью, то раз в 5 лет, то в 7, а сейчас, слава богу собираемся, и я знаю, что многие врачи поедут при финансовой поддержке фармкомпаний.*

*Откуда этот миф вообще взялся, что западные фармкомпании подкупают докторов? Это глупость. У них есть обучающие модули, они привлекают лекторов — ведущих специалистов в стране, я сам езжу много. У нас порой врачей московских не загонишь на какую-то конференцию, из регионов люди приезжают... Поэтому те же фармкомпании, они приближают это знание.*

---

Вместе с тем некоторые респонденты акцентировали внимание на том, что деятельность таких компаний не всегда идеальна — иногда профессорам поступают предложения о рекламировании препаратов сомнительного качества. Однако решение об участии/неучастии в том или ином проекте всегда остается на совести доктора, а стремление сохранить репутацию в профессиональном сообществе часто является определяющим фактором выбора.

*...Чтобы выглядеть в глазах коллег нормально, волей-неволей сотрудничаем только с серьезными авторитетными компаниями, которые производят серьезные авторитетные препараты или медицинскую технику.*

*Здесь, опять же, очень важна этическая сторона вопроса, приверженность собственной репутации, я, например, про индийские препараты читать не буду, насколько мне высоко ни заплатят, в любом случае, хотя предложения были, потому что я общаюсь с компа-*

*ниями серьезными, американскими, английскими, французскими, шведскими, то есть мне не стыдно представлять эти препараты.*

---

Исследование показало, что такой способ получения неофициального дохода, как сотрудничество с фармацевтическими компаниями, имеет ограниченную локализацию. Из всех регионов исследования случаи лоббирования врачами интересов производителей лекарств зафиксированы только в Москве.

## ЧАСТНАЯ ПРАКТИКА: ПРИЕМ ЛЕВЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ОСНОВНОМ МЕСТЕ РАБОТЫ

Этот вид заработка в большей степени присущ врачам со значительным опытом работы и сложившейся профессиональной репутацией. Чаще всего к таким специалистам обращаются по знакомству или рекомендации бывших пациентов.

### **Москва**

По мнению московских участников опроса, доля гонорара от частных клиентов составляет от 5 до 70 % в общем доходе врачей.

*...Ну вот я не могу сказать, какой процент это составляет с достоверностью, но по крайней мере это составляет зарплату врача в стационаре, который получает порядка 15 тысяч рублей, на одной ставке работаая. То вот вы считайте, что, если за один прием такой частной практики ты оставляешь от 500 до 1000 рублей, вот и посчитайте, сколько нужно принять людей,*

*какой процент будет... Однозначно не меньше, я думаю, что от 100 процентов от официального дохода.*

*...У меня именно такой опыт частной практики, он не очень велик, у меня соответственно процентов 5, ну 10, вот, а если говорить о докторах, которые работают лет по 20, я думаю, что основной их заработок, конечно, это частные клиенты, и я думаю, там до 70 будет, это как минимум.*

---

Многие респонденты подчеркивали, что в этом случае в выигрыше оказываются обе стороны: пациент попадает к хорошему специалисту, а врачу гарантирован дополнительный заработок, оговоренный рекомендателем (посредником).

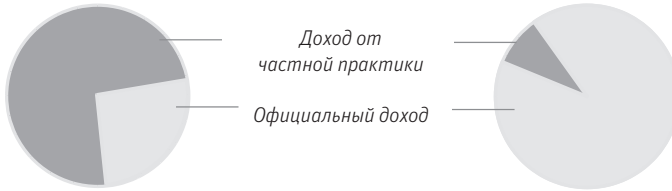
*...Давайте туда же добавим и частные вызовы. Причем чаще всего не через фирмы, так как это не очень выгодно — они себе забирают большую часть, и, естественно, это невыгодно. После своего основного рабочего дня еще опять-таки работать на дядю не очень-то хочется, поэтому, естественно, это происходит таким образом (в больнице).*

*Частная практика в госучреждении... на это закрываются глаза, потому что все понимают, что каким-то образом доктор должен жить ... но есть жесткие установки от учреждения, когда нельзя принимать на территории, и тогда берется какое-то помещение и принимается там.*

*Консультации это как бы тоже неофициальные заработки. Допустим, врача приглашают родственники пациента. Посмотрите, пожалуйста, в такой-то больнице, мы договорились, они*

Врачи с опытом работы более 20 лет

Врачи с опытом работы менее 10 лет



**Рис. 3.**

*Доход от частной практики в группе молодых и опытных врачей*

*не против, а у вас опыт в этой области. И пациенты ему платят деньги. Это тоже, в общем-то, все неофициально.*

Стоит отметить, что значительная часть опрошенных пациентов поддерживает сложившуюся традицию неофициальной частной практики врачей, поскольку понимает, что в этом случае гонорар полностью достанется врачу (в отличие от платежей через кассу, когда врач получает незначительную часть от стоимости услуги).

*Я нахожу вполне приличных докторов, которые имеют хорошие знания, умения, навыки и так далее ... я прихожу к ним в обычную больницу. И соответственно за денежку они оказывают мне частные услуги. Это даже удобнее, чем частная клиника. Потому что я, например, знаю, что те деньги, которые я заплатила, пойдут лично врачу.*

Более того, пациенты полагают, что в случае оплаты «на руки» врач действительно интересуется больным и делает свою работу качественно.

*Я к врачу обращаюсь только по знакомству, это, с одной стороны, гарантирует качество, а с другой — удается избежать всяких неприятных разговоров о платеже, ведь заранее знакомого просишь узнать у доктора, сколько стоит услуга.*

*Вот поэтому пациенты и ходят левыми путями, платят врачу, чтобы им внимания было больше. Но это, кстати, не всегда гарантирует качество, это надо искать хороших специалистов. Хороших специалистов, к сожалению, не так много, поэтому и обращаются через знакомых.*

*Я предпочитаю иметь дело непосредственно с врачами, которые работают в больницах. У них опыт большой. И у меня, к счастью, такие знакомые есть практически по всем направлениям.*

---

## Киров

Подавляющее большинство опрошенных медиков утверждают, что практика приемов по знакомству широко распространена в медицинских учреждениях Кировской области. По их словам, попасть на прием к «своему» специалисту стремятся от 40 до 50 % потребителей медицинских услуг.

*Значит, понимаете, врачи, в принципе, мы живем в небольшом городе, живем в маленьком городе, конечно, где каждый, все друга знают.*

*...Ну конечно звонят, теперь у каждого есть сотовый телефон, звонят заранее — можно ли прийти на прием, договариваются, у любого врача есть возможность принять родственника либо в окнах, либо между приемами.*

---

В других случаях специалистам рекомендуют пациентов сами врачи. По мнению одного из участников опроса, такая практика объясняется требованиями медицинской солидарности: если врач видит какую-то пограничную патологию в состоянии больного, он сам отсылает пациента к профильному специалисту, предварительно договорившись с коллегой о приеме.

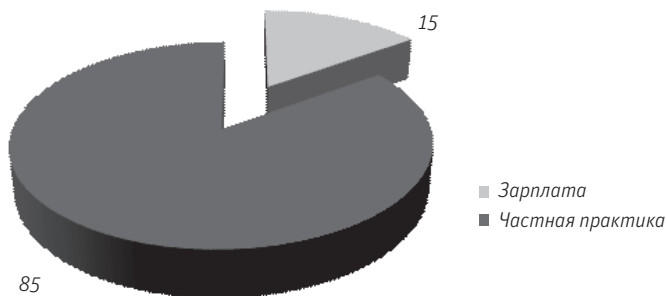
*...Если пациент, например, обратился к хирургу, хирург видит какую-то пограничную патологию, считает, что это не чистый его профиль, скажем, нужна консультация дерматолога. Или, наоборот: пришел больной к дерматологу, значит, видит там какие-то проявления в области глаз, нужна консультация окулиста, офтальмолога, глазного врача. Есть такое понятие у нас, как коллегиальность, медицинская солидарность, мы, соответственно, берем просто трубочку, неважно, по какому телефону: сотовому или по внутренней связи, лично разговариваем с другим коллегой, зная, что он не откажет в этой ситуации, что нужно проконсультировать данного больного. Этот больной попадает именно по телефонному звонку. В данном случае идет речь именно о консультативных приемах между специалистами.*

---

Часто жертвами вымогательства становятся пациенты, приехавшие в областной центр из глубинки. Им предлагается прийти на прием



Соотношение официальной и неофициальной частей в доходе врача

**Рис. 4.**

Пример соотношения долей основного и побочного дохода врачей

после окончания рабочего дня медицинского специалиста за оговоренную плату.

*Единственно в Кирове могут быть случаи, что не примут. Плати деньги — тогда примем. Очередь длинная, принимает врач медленно, тех, кто не успел в рабочее время, врач согласен принять во внеурочное, но за 300 рублей. Я думаю, искусственно так сделано. Все деньги сразу. Говорит или сам врач, или намекает помощник. «Вот я свое отработала, ухожу, но если заплатите мне, я вас приму». Для меня большие деньги. Но не уезжать же за 150 километров обратно. Меньше не предлагала, отдала, что требовалось.*

У опытных врачей с наработанной практикой при поставленном на потоке приеме левых пациентов неофициальные доходы могут достигать 85 % от ежемесячного дохода.

## Новгород

Новгородские медики по-разному оценивают частоту визитов по знакомству — их число колеблется от 1 до 50 % от общего числа пациентов.

*Если в процентах, то тут и одного процента нет, основная часть это плановые пациенты. Если бы у меня был такой поток посторонних людей, то на сегодняшний день я занялся бы частной практикой. Если бы было столько людей, нуждающихся в моей помощи, то я бы оставил свое место здесь молодым сотрудникам и пошел бы заниматься частной работой, доход был бы большой. Можно было бы спланировать частное предпринимательство и работать.*

*Часто. Если не к терапевту, а к специалисту, то, наверное, 40 процентов.*

*...Очень даже часто стараются. Особенно если они уже были у тебя на приеме и им понравилось, тогда они звонят, договариваются. Их примерно 50 процентов.*

---

Отмечается закономерность: поток левых пациентов возрастает в зависимости от возраста и профессионального стажа специалистов. У старших врачей с большим опытом работы складывается стабильная клиентура, которая формируется по принципу сарафанного радио.

Как правило, о таких врачах пациенты узнают от друзей, родственников, знакомых и т. д. В последние годы потребители медицинских услуг все чаще прибегают к помощи Интернета, в котором публикуются отзывы других пациентов.

*...Второй раз мы целенаправленно шли к нашему врачу, к тому, к которому хотели. Мы платили только в конце, после родов и выписки, в знак благодарности, вложили в коробку конфет небольшую сумму.*

*Да, конечно, это сарафанное радио. Это небольшой процент, у меня на приеме, может быть, 20 процентов. Так приходят, что слышали, и подруга сказала, всегда позвонят, чтобы договориться.*

*Дело в том, что чем старше хирург, тем больше пациентов он принимает, и есть такое сарафанное радио, то есть в любой сфере человеческой деятельности человек ищет отзывы, как, например, в Интернете люди ищут информацию об отдыхе и других сферах. В том числе в Интернете есть информация и о новгородских медиках. Есть такие пациенты, которые идут по рекомендациям, кто-то кого-то лечил когда-то, или коллеги направляют, или друзья...*

---

«Связными» между врачом и пациентом также выступают либо бывшие пациенты, друзья, родственники, знакомые, либо сами врачи.

*Все обращаются к знакомым, все по своим каналам, даже из города перезваниваются. У знакомых есть свои знакомые. У нас совершенно разная специфика города и села. Мне в любой момент могут позвонить по телефону и спросить лечение.*

*Кто-то знает врача и идет к нему в медучреждение, раздастся звонок, если работают в одном учреждении, то тоже звонок, но это внутренний звонок. Если те люди, которые не работают в лечебном заведении вместе с этим врачом, то это знакомые. По звонку просят принять: «вот мой, там, друг, сват, брат,*

*отнеситесь, пожалуйста, с пониманием», но вот, в общем-то, и все.*

---

Примечательно, что часть медиков и пациентов поддерживают сложившуюся практику неофициальных визитов, так как, по их мнению, неформальные договоренности позволяют обойти запутанную и неудобную систему распределения направлений в медицинских учреждениях.

*...Чтобы куда-то попасть, надо сдать какие-то дополнительные анализы, хотя у человека вроде бы все нормально, но он должен что-то сдать, куда-то пройти, чтобы попасть к нужному специалисту, либо по какому-то направлению, неизвестно от кого. Это все достаточно непонятно и трудно, система какая-то запутанная, даже нам врачам с этим работать тяжело, поэтому по знакомству это очень удобно, без карточек, просто чтобы получить какую-то консультацию.*

---

Зачастую пациенты пользуются услугами неофициальной «частной практики», так как не заинтересованы в разглашении истории болезни и самого факта лечения, так как это может повлечь за собой определенные социальные санкции или вызвать осуждение близких.

*От специализации, конечно, зависит, особенно там, где болезни связаны с какими-то жизненно важными для людей вещами. Это старые добрые кожвенерологи. Вот эта вот публика, хотя сейчас разрешается анонимное лечение за деньги. Это с одной стороны. С другой стороны, это область, где человеку удобнее анонимно за деньги пролечиться, это наркология, и всегда была, потому*

*что наркология связана с некоторыми правами, это права водить машину, права на оружие и т. д. А если тебя зафиксировали как алкоголика или наркомана, то все, эта дорога для тебя закрыта или полуприкрыта. Права занимать определенные должности вы не имеете, если вы были замечены за употреблением каких-либо наркотических веществ. Это наркология, гинекология, кожно-венерология, косметология. То есть там, где существуют помимо здоровья какие-то социально значимые для человека вещи.*

**Табл. 2.**

*Распространенность неофициальных визитов*

	Численность населения на одного врача (человек)	Доход от частной практики (к совокупному доходу, %)	Пациенты, приходящие по знакомству (%)
Москва	122,2	70	50
Новгородская область	242,7	-	50
Кировская область	215,5	85	85

## ВЗЯТКА И БЛАГОДАРНОСТЬ

В ходе исследования опрошенные — врачи и потребители медицинских услуг — акцентировали внимание на разнице между внешне похожими явлениями: взяткой и благодарностью. Однако существует региональная и локальная специфика в восприятии различных форм неофициальных платежей/подарков. То, что в одном

регионе расценивается как благодарность, в другом может рассматриваться как взятка.

## Москва

Московские респонденты, проводя различие между взяткой и благодарностью, главным образом обращают внимание на то, по чьей инициативе совершается платеж. Взятка — это вид вознаграждения, инициатором которого выступает медицинский работник. Взятка сопряжена с принуждением и зачастую (хотя и не всегда) носит предвзятый характер. Если пациент откажется выплачивать взятку, врач может отказать ему в оказании медицинской услуги.

*Взятка это если не подмажешь — не получишь, то есть не заплатил — не получил услугу, причем строится эта система взяток таким образом, что у врача есть все основания отказать, но отказать не в предельном случае, а, скажем, когда говоришь, что у тебя заноза, и он может найти повод. Кстати говоря, по-моему, буквально недавно был какой-то случай, пару месяцев назад депутат умер перед одной из больниц врачебного учреждения — его не приняли в силу того, что документы были не в порядке. Взятка это когда человек на основании закона человеку отказывает, но в принципе, когда он предлагает какую-то благодарность, не благодарность, а какое-то спонсорство, то возникают исключения из правил и человеку помогают.*

*Если ты не дашь взятку, то тебе не сделают то, что ты хочешь, какие-то анализы и так далее, то, что касается врачебной стороны...*

*Мне кажется, коррупция, если ты берешь до операции, до лечения деньги, объявляешь, что это лечение стоит столько-то, находясь на государственной службе, конечно, это коррупция.*

---

Принуждение, по наблюдениям пациентов, может носить как прямой, так и косвенный характер.

*Взятка дается до обслуживания. Или вымогают. Был у меня такой случай, когда пришла к окулисту нашему. Я столько наслушалась о нас о бедных, и что мы ходим, и что все двери позакрывал бы, и зарплата низкая, и непонятно зачем за такую зарплату ходить. В конце, может, я и неправильно сделала, но положила на стол 500 рублей. Чтобы следующий пациент всего этого не выслушивал.*

---

В сознании потребителей медицинских услуг взятка — это однозначно значительная сумма, действие с однозначной негативной коннотацией. Размер взятки оговаривается заранее врачом или посредником.

*Взятка это если даешь незнакомому, скажем так, человеку. Он для меня делает что-то больше, чем должен. Например, пересадка почки, я стою там сотая в очереди, а он там ставит меня в первую десятку, это взятка. А если я иду к человеку, который специалист, и я его благодарю за тот визит. Он мне реально помог, это, в общем, оплата труда, а не взятка, безусловно. То есть он потратил на меня свое время, его личное время, вне рабочего, я его отблагодарила.*

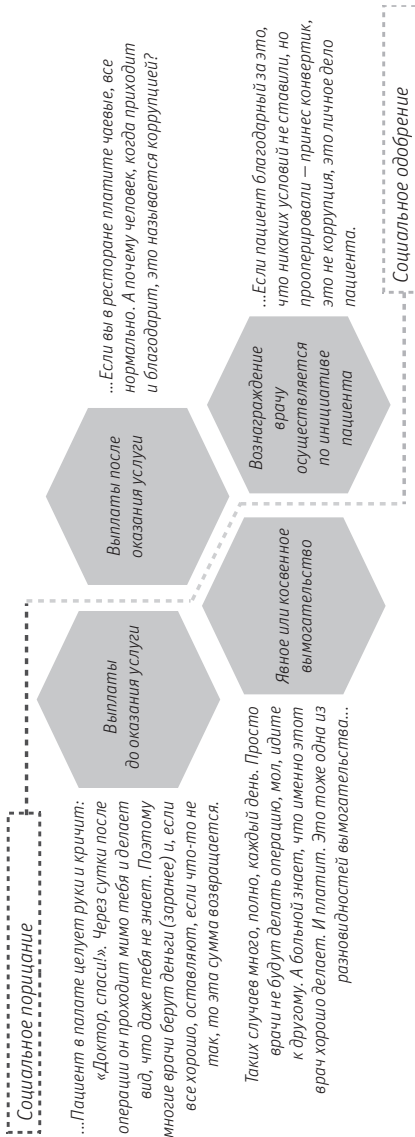
---

Такой тип платежей вызывает социальное порицание.

*Я считаю, что давать взятку это в некотором смысле аморально. Нельзя развращать людей.*

---

## Соотношение официальной и неофициальной частей в доходе врача



**Рис. 5.**  
Отличие взятки от благодарности



Благодарность интерпретируется участниками опроса как выплата, совершенная по собственной воле, как правило, после получения медицинской услуги.

*...Благодарность это когда врач не знает, что ты его отблагодаришь, и делает свое дело.*

*...У нас читал лекции директор АРДК Боганов Николай Николаевич, он говорил, что он проводил опрос среди пациентов детской республиканской, берут ли там доктора взятки, или, если не берут, как благодарят. В основном писали, что если доктора поблагодарили, я же не буду у него забирать тот же букет цветов, это уже как бы лично от пациентов, то есть он не хочет обидеть, хочет как бы доктора отблагодарить, и почему бы и нет.*

*...А благодарность это когда у тебя ничего не просят, помогают тебе, и когда тебя удачно лечат, когда тебя спас, когда я, скажем, делаю зубы, даже если ты ему купил дорогой автомобиль, то это уже не взятка, потому что я не считаю — человеку можно подарить букет цветов, а можно подарить более что-то дорогое, но это не означает взятку, это означает благодарность, потому что дашь или не дашь, он у тебя этого не просил, это твоя собственная инициатива.*

---

Такой тип платежей одобряется обществом и часто рассматривается пациентами как механизм компенсации низкой зарплаты врачей.

Примечательно, что московские респонденты (как врачи, так и пациенты) не расценивают любую денежную выплату, совершенную после оказания услуги по инициативе пациента, как взятку. Для них такие платежи — нормальная форма выражения благодарности, если размер вознаграждения укладывается в платежеспособность клиента.

*Я не могу пойти куда-то и купить что-то. У меня сил нет, здоровье не позволяет. Но я дам деньги. Сумму, на которую рассчитываю. И скажу огромное спасибо. Не за то, что он меня лечил, а за то внимание, которым я была наделена. И мне не надо было никуда идти и беспокоиться. Как вы говорите, деньгами. Это зависит от врача. Кто человек, как понимает. Врач всегда отказывается. 20 тысяч — это взятка.*

*Торт или конфеты — не-solidно. Скорее всего, деньги. Но я не считаю, что это взятка. Это из чувства благодарности, да и так принято.*

---

Показательной в этом смысле является параллель, проведенная одним из опрошенных врачей: если медицина — это сфера услуг, как, например, общепит, то неофициальные выплаты — это «чаевые» доктору за хорошо сделанную работу.

*Есть люди, которые дают, но нет людей, которые не берут. Мы все ханжи. Мы все берем подарки. Если бы медицину приобщили к сфере услуг, то за услуги надо платить. То есть вы в ресторане платите чаевые, например. И все нормально. А почему человек, когда человек приходит, и его благодарят, это называется коррупцией? Мне коррупция представляется так, что когда ты до операции, до лечения начинаешь говорить, что вот это будет стоить столько-то.*

*...Как правило, благодарят москвичи, а учитывая, что ... посещают приезжающих масса, то есть в Москву хлынул поток отовсюду, эти люди считают, что мы сфера услуг, и почему-то, если парикмахерам оставляют все чаевые, то в женской консультации в лучшем случае тебя поблагодарят конфетами или цветами*

*ми, если что-то грандиозное для этой женщины сделают, или ее устроят куда-то, или у нее удачно пройдут роды.*

---

## **Новгород**

Большинство новгородских респондентов расценивают небольшие подарки медикам как нормальное выражение человеческой культуры, если подобные презенты совершаются исключительно по доброй воле пациента, не связаны с принуждением и не влияют на качество оказания медицинской услуги.

*Я считаю, что человек должен принести какую-то благодарность, если он считает нужным, а не по указке каких-то вышестоящих чиновников. Если есть желание у самого больного отблагодарить врача в виде коробки конфет, то я не вижу в этом ничего плохого. А если медработники сами намекают на выплаты, то я отношусь к этому отрицательно.*

*Я считаю, что есть такие случаи, когда человек просто хочет отблагодарить, ему сделали все хорошо, и он хочет как-то отблагодарить, то нормально отношусь. А если доходит до такого беспредела, как если врачи начинают намекать или в открытую говорить, что мы не сделаем, потому что нужны дополнительные средства, тогда к этому негативно отношусь.*

*Если человек от души может принести подарок, отблагодарить от чистого сердца, но если он платит деньги, обходит кого-то, плохо это.*

---

В частности, врачи акцентируют внимание на том, что отказ принять подарок может обидеть пациента.

*Я считаю, что благодарность это личное дело каждого человека. Любой человек, он, как вы и как я, получая достойную помощь, что-то доброе и хорошее, и я искренне хочу этого человека поблагодарить, то я его поблагодарю хотя бы добрым словом, я скажу спасибо, а некоторые думают, что этого недостаточно, что надо оставить какой-либо знак внимания или еще что. Я отношусь к этому спокойно, это не поборы и не обязательность человека, это выражение его культуры, то есть как он культурально относится к этому явлению. Допустим, когда я помог пациенту справиться с какой-либо ситуацией, а он в благодарность принесет мне конфеты, чтобы угостить, если я начну отказываться, то я его обижу, и вся работа пойдет насмарку. Я тоже к людям прихожу и оставляю какой-либо знак внимания. Допустим, на день рождения приходишь и приносишь подарок другу, как к этому отнестись? Ты благодарен другу за то, что он у тебя есть, ты рад за него, ты выражаешь свои чувства, имеешь право.*

*...Подарить тот же самый коньяк своему доктору, к которому ты всегда обращаешься и знаешь, что если что-то случится, он всегда придет на помощь, или женщине коробку конфет, или медсестре шоколадку, я ничего криминального в этом не вижу.*

*Про взятки ничего не знаю, потому что сам никогда не брал, не беру и не уважаю людей, которые этим делом занимаются. А насчет каких-то знаков внимания, сладкое принесли, торт или конфеты, то я, по-моему, на этот вопрос уже ответил. Я приведу пример, когда я был молодым специалистом, молодая пара пришла ко мне за помощью, я им оказал, им понравилось, они потом пришли и принесли мне конфеты. Я отказался взять, они обиделись и пошли к другому врачу лечиться. Вот как в таком случае отказаться? Вот это зависит от того, где находится*

*грань между обычной человеческой благодарностью и когда это дополнительные платежи.*

---

Однако не все пациенты воспринимают «благодарности» медику как норму. У них возникает закономерный вопрос: если мы делаем подарки врачам, то почему мы не делаем подарки людям других профессий?

*С человеческой точки зрения это плохо. Если мы делаем подарки врачам, то почему мы не делаем подарки людям других профессий, таких как, например, водитель автобуса, который нас везет, или продавцы, которые нас обслуживают. В этой области уже сложилась традиция, что врачу при выписке принято дарить бутылку коньяка или коробку конфет. Слава богу, в нашей семье не было серьезных операций, и мы таким способом не рассчитывались за оказанные услуги.*

---

Форма «благодарностей» варьируется в зависимости от локальной специфики. В областном и районных центрах, как правило, дарят кондитерские и парфюмерные изделия, цветы, алкоголь. Реже — оказывают какие-то услуги. В сельской местности население может рассчитываться за услуги сельхозпродукцией.

*Был случай, когда пациент сказал, что у него есть дом на Валдае, что я могу туда приехать и друзей привозить. Не знаю, как это расценивать, как подарок или взятку? Прооперировал сантехника, он говорит, что сантехнику сделает, прооперировал электрика, тот говорит, что электрику сделает. Меня тоже благо-*

дарили, скрывать не буду, чаще спиртным и конфетами, это 90 процентов пациентов.

*...Случаи были, угощал я медом врачей. Просто держу я насеку свою. Ну, баночку меда дам, просто не так чтобы подхалимаж какой-то, а просто от души — возьмите, попробуйте.*

*Я вам расскажу пример: сразу после института, ординатуры, я попала в колхоз со студентами, там были в основном студенты — вчерашние школьники, «вот с такими вот глазами».*

*Среди нашей весьма пестрой компании был фельдшер, который фельдшером уже поработал, он посмотрел, как там ребята картошку копают, и увидел заколоченный ФАП. Он говорит: «Слушайте, ребята, я-то фельдшер». Боже мой, он просто выставил стол в предбанник, а к вечеру собирал на всю нашу огромную студенческую компанию, ни слова не говоря, «что бабки не съели».*

*Это не компенсация государства, это изначально фельдшер, он в деревне большой человек, и на стол складывались яички, сальце, творожок, яблочки, картошечка ставилась, и вся наша студенческая бригада все это съедала, и для меня тогда это было шоком. Я спрашивала: «Валера, что это?», он отвечал: «Вы просто вечером в деревне не работали, тут по-другому нельзя». Мы даже не знали, кто это все принес, но это неважно, по-другому нельзя, это заложено у людей внутри.*

---

Обычно сами пациенты рассматривают «благодарности» как форму компенсации низких заработков специалистов. Эксперты приводят и обратные примеры, когда у населения (в том числе под влиянием средств массовой информации) формируется представление, что врачи получают достойную зарплату, поток «благодарностей» иссякает.

*Это раньше было, а сейчас, кстати, наоборот, вот особенно в последнее время пациенты не несут ничего. То ли в силу того, что до людей дошло, что модернизация. Вот это, кстати, то, чего я не понимаю, когда пациент берет на себя функцию государства. Сейчас даже шоколадки не найдешь, вот нам захотелось шоколадки, мы не нашли во всей поликлинике. Это не потому, что их съели, а потому, что их нет. Вот это такой момент.*

---

Большинство респондентов сходятся во мнении, что граница между взяткой и благодарностью пролегла там, где благодарность приобретает денежную форму. Деньги, «подаренные» потребителем медицинской услуги врачу, однозначно расцениваются как взятка, и это осуждается, даже если платеж был совершен после оказания услуги и медработник ни прямо, ни косвенно не принуждал пациента к благодарности. Часто в ответах медиков и пациентов фигурирует аргумент: «какая-нибудь шоколадка или конфеты, это нормально, а деньги это плохо».

*Такую форму, как эта благодарность приобретет, мне кажется, даже обрывать ее нельзя, но вот, когда эта форма приобретает денежное выражение, а следующим этапом является взгляд в кошелек больного, то эта вещь абсолютно недопустимая. Все, назад дороги не будет.*

*А вот в денежном выражении, крупные там... это... и когда еще и вымогательства со стороны медработников, то это уже преступление, за это нужно наказывать и кто дает, и того, кто берет, потому что те, кто дает, они развращают тех, кто берет.*

*Сейчас много говорят о том, что больные дарят подарки медицинским работникам в денежном выражении, это плохо.*

---

## Киров

Подавляющее большинство участников опроса главным параметром, позволяющим разграничить благодарность и взятку, считают добровольность/вынужденность выплаты или подарка. Добровольные подношения оцениваются как компенсация низкой заработной платы медицинских специалистов. При этом некоторые эксперты акцентируют внимание на том, что подобные жесты внимания носят эпизодический характер и никак не привязаны к условиям оказания конкретной медицинской услуги.

*Достаточно редко, но такое, скажем так, больше практикуется в стационаре — подарить шоколад врачу, у которого находился на лечении от 10 до 14 дней, который произвел определенное впечатление, я не вижу здесь криминала от шоколадки.*

*Это нормально — сделать подарок врачу, если он тебе помог, коньяк или шампанское, а не жалкие 150—300 рублей, которые врач вынужден брать, потому что у него денег нет.*

*Подарки врачу только ко дню рождения. Небольшие сувениры.*

---

Наиболее распространенными формами добровольного материального вознаграждения медиков являются кондитерские изделия, косметика, фрукты, алкоголь. По утверждению медиков, отказ принять подарок часто рассматривается пациентами как оскорбление.

*Шоколадки несут, конфеты, кофе, сладости всякие, косметику, парфюмерию... фрукты, овощи...*



*А, ну тут могут и конфеты, и спиртное, и шоколад, и фрукты принести, бывает, что подарят там... косметические средства какие-то ... ерунду какую-нибудь ... не возьмешь — обижаются, вроде как от души хотели поблагодарить...*

---

Вместе с тем кировские респонденты отмечают любопытную тенденцию: в последнее время поток «благодарностей» от пациентов сократился. Так население отреагировало на очередное повышение заработной платы медицинским специалистам.

*Ну сейчас практически никаких, видимо, это связано с обеднением населения или с тем, что бытует мнение, что у врачей стали очень высокие зарплаты. Вот когда прибавили участковым врачам 10 тысяч, а медсестрам 5 тысяч, то как бы все презенты прекратились, то есть если раньше могли принести там шоколадку, коробку конфет, там бутылку вина или пачку чая, то сейчас уже ничего не несут.*

---

В то же время денежные подарки однозначно оцениваются респондентами — как врачами, так и пациентами — отрицательно. Благодарность в денежном выражении, по их мнению, это всегда взятка, даже если отсутствует намек на необходимость заплатить мимо кассы.

*...Попытки есть, я пытаюсь их пресекать, в данном случае, если это знакомый, то мне неприятно будет потом в глаза смотреть.*

*Подарки врачу только ко дню рождения. Небольшие сувениры. Денег не предлагает никто. Это даже некультурно! Можно просто обидеть ее.*

---

Результаты исследования позволяют говорить, что критерий «добровольность/вынужденность платежа» при дифференциации взятки и подарка носит универсальный характер. Относительно других критериев наблюдаются расхождения. Большинство московских респондентов рассматривают как подарок денежные подношения, если они совершаются по инициативе пациента. Новгородские и кировские пациенты считают, что благодарность в денежном выражении — та же взятка, даже если отсутствует намек на необходимость заплатить мимо кассы. Наиболее категоричными в этом вопросе оказались респонденты, проживающие в сельской местности. Точно так же трудно дифференцировать взятку по времени совершения платежа (до или после оказания услуги). Некоторые опрошенные упоминали о случаях, когда взятка выплачивалась уже после оказания услуги.

# **ПЛАТЕЖИ: ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ И СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**

---

## ОБЩАЯ СХЕМА НЕОФИЦИАЛЬНЫХ ВЫПЛАТ ПАЦИЕНТОВ

**У**словно дополнительные платежи пациентов можно разделить на шесть типов, различающихся по характеру этих платежей.

### РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ

Этот вид платежей осуществляется за направление в нужную больницу, хорошую палату, к лучшему врачу, перераспределение места в очереди на процедуру и пр. С помощью этих платежей пациенты пытаются получить гарантированную по закону медицинскую услугу, но в конкретном медицинском учреждении, у известного им врача. Получателями платежей выступают сотрудники приемного отделения, административные работники при регистрации, медперсонал станций скорой помощи, посредники или сами врачи.



**Рис. 6.**

*Типы неофициальных платежей*

## Москва

По мнению большинства участников опроса, практика распределительных платежей носит в медицинских учреждениях Москвы повсеместный характер. Чаще всего жертвами поборов со стороны медицинских специалистов становятся пациенты «с улицы».

*...В любой больнице, в абсолютно любой больнице есть человек, с которым можно договориться, заплатить ему определенную сумму, сумму назвать не могу, и, заплатив, он будет помещен то ли в одноместную, то ли в двухместную палату с телевизором и со всеми благами.*

*Например, человек обращается с улицы, можно ли какого-то знакомого к нам положить, я, например, хочу заработать и говорю: очень*

*сложно, большая очередь, понимаете, все там берут, вот заведующему надо, еще кому-то, в общем, 500 долларов, и вы ложитесь. А человеку очень надо, например, он хочет лежать в каком-то уважаемом учреждении, при этом я не даю ни заведующему, никому, я беру все себе. А это на самом деле я решаю совершенно по своим каналам. Конечно, если выявляется это, большой внутренний скандал.*

---

Типичная для Московского региона форма распределительных платежей — выплаты врачам и медперсоналу станций скорой помощи. В данном случае пациенты платят за распределение в хорошую больницу. Стоимость этой услуги варьирует по Москве в пределах 500—1000 рублей.

*Единственное, что деньги берут в скорой помощи. То есть за то, чтобы они отвезли пациента в какую-нибудь конкретную больницу. Со мной лично этого не происходило, но с моими близкими было. Я такие факты знаю. Предложение поступало со стороны моих родных. То есть врачи скорой помощи ничего не говорили, а они предложили, в результате врачи не отказались.*

*Обычно дают 1000, чтобы в нормальную больницу отвезли, больницы тоже разные бывают в Москве, есть какие-то больницы, куда не рекомендуют пациентов, то есть сами пациенты знают, что туда лучше не ходить.*

*Она заплатила 500 рублей за то, чтобы меня отвезли в ту больницу, которую я хотела, то есть в более хорошую, чем в районную. На самом деле я уверена, что, если бы мы не дали денег, то меня бы отвезли туда, куда я просила. Но мама испугалась и сунула деньги. Это касалось того случая, когда меня отвезли в ведомственную больницу.*

---

Как уже отмечалось выше, почти всегда платят за распределение приезжие из других регионов и граждане других государств. В противном случае они рискуют остаться без медицинской помощи.

*Сказали прямо в регистратуре. То есть там сначала, чтобы попасть к врачу, нужно пройти к терапевту, потом терапевт тебя обследует, назначает других специалистов, берешь талончик, и так далее. В принципе попасть к терапевту было невозможно, вот так вот просто, имея российское гражданство, имея паспорт, имея полис медицинский, только не Московского региона, а по месту жительства.*

*Да, там знаете, как происходит, обычно ты когда идешь в регистратуру, там говоришь — знаете, у меня проблема с полисом, к какому врачу я могу обратиться, это если ты никого не знаешь, а если знаешь, то уже заранее звонишь и говоришь, тебе врач назначает, ты проходишь и делаешь всю процедуру. А если ты никого не знаешь, подходишь в регистратуру и спрашиваешь — у меня проблема с полисом, к кому я могу подойти, ну они так говорят, вы официально не прописаны в Москве и так далее, то вы имеете право заплатить за услугу, но получается, что в кассу ты ничего не платишь.*

---

## Новгород

Новгородские потребители медицинских услуг отмечают распространенность распределительных платежей в медицинских учреждениях. Насколько можно судить, чаще всего поборам со стороны медиков подвергаются пациенты городских клинических больниц. По мнению респондентов, неофициальные выплаты в учреждениях этого типа носят регулярный, систематический характер. Среди пациентов даже бытует поговорка: «не подмажешь — не ляжешь».

*...Вообще, лежала как бы в палате с кучей народу, условия не сказала бы, что самые приятные, и в одном из разговоров пожаловалась на это врачу, на что врач предложил так ненавязчиво дать ему денег, и он, соответственно, переведет меня в более уютную палату с меньшим количеством народу. Ну что-то около трех тысяч рублей у меня просили.*

---

Суммы распределительных выплат могут достигать 3000 рублей.

*Пять лет назад я мучился с последствиями двойного компрессионного перелома позвоночника, каждый год мне приходилось ложиться в одну из наших новгородских больниц, для того чтобы лечь туда без очереди, приходится платить, но ложишься и видишь, что никакой очереди там и быть не может.*

*Когда я сделал снимок позвоночника, то там оказалось совсем не то, что я ожидал, пришлось лечь в больницу. Ну, чтобы в срочном порядке — был намек, что неплохо бы отстегнуть. На это дело было у меня в то время 3000 отстегнуто, положили меня без проблем.*

---

Дополнительным фактором, благоприятствующим развитию неофициальных финансовых отношений в больницах, выступает относительная неразвитость в Новгородской области рынка платных медицинских услуг.

*Да у нас тут частных клиник вообще нет, есть диагностические центры, где работают частным образом за оплату.*

---



Один респондент приводил пример, когда вымогательством занимались врачи станции скорой помощи. Однако, судя по интонации высказывания, распределительные платежи являются применительно к Новгородской области скорее исключением из правил, чем нормальной практикой. По версии участника опроса, стоимость такой услуги составляла 500—1000 рублей.

*Могу вспомнить такой случай, когда моему родственнику, уже в возрасте, бабушкиному брату, вызывали скорую, за то, чтобы его госпитализировать с тяжелым заболеванием, скорая помощь по телефону запросила определенную сумму денег, небольшую, то ли 500 рублей, то ли 1000, но сам факт того, что человека с тяжелым заболеванием госпитализируют за деньги...*

## Киров

По мнению кировских экспертов, распределительные платежи распространены в областных клинических больницах. Пациенты платят за перераспределение места в очереди, за направление на лечение.

**Табл. 3.**

*Распространенность распределительных платежей по регионам*

	Платежи персоналу скорой помощи	Платежи за направление на лечение	Платежи за перераспределение места в очереди на операцию
Москва	Высокая	Средняя	Высокая
Новгородская область	Низкая	Высокая	Средняя
Кировская область	Низкая	Средняя	Средняя

*Мне кажется, в таких, где больше всего очередь, допустим, на какие-либо операции или на какие-нибудь обследования, на которые пациенты записываются за полгода вперед. Я думаю, что в каких-то областных учреждениях, не городских, такое может быть.*

*Допустим, дневной стационар, там тоже очередь два-три месяца, чтобы попасть, проколоть капельницы в течение 10 дней. Тоже можно заплатить и лечь в стационар хоть завтра.*

---

Пациенты акцентируют внимание на том, что самой дорогостоящей услугой является распределение на операцию.

## ВЫПЛАТЫ ЗА ОСНОВНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ УСЛУГУ

Этот вид платежей, как правило, осуществляется непосредственно лечащему врачу.

*Когда он приходил через каких-то знакомых, по рекомендации, к врачу, и врач говорил ... даже было по-другому, выкладывал ему сумму, врач говорил, что эта сумма не подходит, я принимаю вот такие деньги... Какой-то профессор в какой-то дорогой клинике, ему было положено 2000 на стол за прием, он сказал, что меньше 100 евро он не принимает. За прием 100 евро, это было соответственно 4000.*

---

## Москва

Основной мотивацией пациентов в этом случае является ожидание более внимательного отношения со стороны доктора и надежда на получение качественной медицинской помощи.

*Ну я думаю, они руководствовались повышением качества обслуживания, отношением к себе доктора, я думаю, это делают многие, кто до оказания помощи, кто после. Бывает, там оперативно торт или что-то... в этом случае тоже практикуется как благодарность, ну а в материальном смысле... сам больной определяет, какой там подарок или благодарность оказать врачу. Я обращалась за консультацией к гинекологу. Это было государственное, но не районное медицинское учреждение. То есть специализированная поликлиника, больница даже была на ее базе. Я туда пришла по рекомендации своей подруги. Для получения консультации и последующего лечения. В принципе, мне было сразу сказано, что это будет стоить денег. Это мне подруга озвучила. Она сказала, что консультация будет стоить 500 рублей. Когда я пришла к врачу, как бы она никаких сумм не озвучивала. После визита я дала ей денег. Подразумевалось, что я от подруги, подруга тоже платит деньги. Подразумевалось, что я тоже должна заплатить. К сожалению, у меня не было пятисот рублей. Я дала тысячу. В расчете, что получу сдачу. К сожалению, этого не последовало. Так получилось, что заплатила тысячу. В итоге получилось, что врач не оправдал ожиданий ни моих, ни подруги, проблема решилась в другом месте.*

---

Для части пациентов благодарность доктору является обычной нормой, сравнимой с любой другой платной услугой. Нередко пациенты говорят, что материальная благодарность врачу — это компенсация низких зарплат.

*...Ну, во-первых, с одной стороны, пациенты знают, что доктора мало получают, они считают, как-то необходимо поддержать доктора. Второе — сам доктор понимает, что если он каким-то образом не получит, он не сможет прокормить свою семью, и, в-третьих, у медицинского сообщества врачей нет потребности потребовать у власти изменения этой ситуации. И, соответственно, власть не слышит этого требования, и ничего не меняется.*

---

Размер денежного вознаграждения врачам за оказание медицинской помощи часто оговаривается посредником, который рекомендует врача. В роли посредников нередко выступают бывшие пациенты или коллеги доктора.

*...В прошлом году был у моего знакомого доктора, он известный, достаточно неплохой хирург, такой случай. Попал сын одного очень не бедного человека в автомобильную аварию, на этого доктора в принципе сразу вышли, предложили денежные средства достаточно крупные, причем сразу определили профиль ранения, такое ощущение, что кто-то занимался этим уже, заранее знали, куда везти и к кому. То есть информированы были родственники этого пациента и предложили крупную сумму.*

*Когда рожала. Я ходила к одному врачу, но на момент родов она переадресовала к другому врачу, которая запросила достаточно крупную сумму.*

---

Показательно, что сами врачи, обращаясь за медицинской помощью, тоже благодарят своих коллег, особенно если эта помощь оказывается не персонально доктору, а его родственнику.

*Например, моей родственнице две подряд операции делали на глазу, все, что официально там положено, я заплатил, но я просил, чтобы сделал операцию тот хирург, которого я знаю, чтобы именно он. Взял и отблагодарил, хотя меня никто не просил. Я изнутри знаю прекрасно ситуацию и все это понимаю.*

---

Несколько опрошенных пациентов, говоря о распространенности вымогательств в гинекологии, рассказывали, что им приходилось делать дополнительные выплаты даже при платном лечении по родовому контракту.

*У меня был контракт, я лежала в платном отделении роддома, оно занимало отдельный выделенный этаж. Отделение платное, повышенной комфортности. И при всем при этом в процессе родов врач не особо участливо ко мне относилась, она говорила: «вот мне там скоро нужно в отпуск, я скоро уйду» — в общем, старалась намекнуть всячески, как она мучается со мной. Так же себя вела акушерка в платном отделении, она при мне, а я там находилась в схватках, разговаривала по телефону и стонала: «Ой, какая у нас тут тяжелая больная, опять мне всю ночь не спать». И вот этим вот своим поведением не особо доброжелательным они всячески старались подчеркнуть, что с контракта им мало перепадает официально.*

---

Хирурги, участвовавшие в опросе, не отрицали, что часто в процессе операции, оплаченной пациентом не через кассу, из полученной суммы доктор оплачивает работу хирургической сестры, анестезиолога.

*Несколько лет назад был в моей практике случай, когда ко мне подходили доктора, затрагивавшие материальную тему. К примеру, анестезиолог после проведенной операции обратился ко мне так: «Евгений Евгеньевич, говорят, Вы берете деньги, берете за операцию. Такие операции стоят около 400 долларов. А с анестезиологом надо делиться, надо 30 процентов отдать, а вы ничего не даете». Люди даже не вникали в то, что я в то время был ординатором и не мог не то что деньги брать, а даже самостоятельно оперировать. И эта система по сей день существует! Таким образом получается, что одни доктора провоцируют других брать деньги. А если я ничем не делюсь, между врачами ползут слухи, что я, тем не менее, беру с пациентов деньги. Да, к сожалению, многие врачи строят так свою деятельность. К ним приходят пациенты, и сразу начинается разговор, сколько что будет стоить и как отблагодарить врача.*

---

Вместе с тем типична и другая ситуация — «хирург ни с кем не делится и забирает все себе».

*В этом участвует только лечащий врач в палате, хирург, который оперирует, и анестезиолог. Они участвуют в этом процессе, а кто как с больным разговаривает, этого я уже не знаю. Обычно родственники подходят, говорят с врачом, который будет оперировать, на эту тему, как и что.*

---

Респонденты отмечали, что, если пациент не имеет возможности делать неофициальные финансовые платежи, оказание или неоказание медицинской помощи зависит от моральных качеств лечаше-

го врача. Так, если пациент не экстренный, врач практически всегда может обосновать, что операция не показана. По оценке опрошенных, в настоящий момент доля порядочных врачей выше, однако «обоснованный» отказ от лечения встречается все чаще.

*Иной раз я тоже встречаюсь с этим в других больницах. Недавно женщина пришла, 45 лет, с желчекаменной, руками держится за живот, сказали не надо оперироваться. Это все хирурги понимают, причем она была на приеме у заведующего другой больницей. Когда она рассказывала, с ума сойти — 45 лет женщине, не 90-летняя бабушка с инфарктом, отчего ее не оперировать? А у нее желчекаменная болезнь. Я тут же поставил на список. У нее подозрение, потому что она не заплатила, ей сказали, что не нужна операция.*

*...Есть два доктора, которые занимают одну должностную позицию и примерно одинаково зарабатывающие, но один из них ставит условием дачу перед операцией денег и в отсутствие этих денег он не хочет делать, ну даже если он и берется, то считая, что он через себя переступил. А есть второй доктор, который делает операции всем, вне зависимости, оплатили или не оплатили, причем это профессиональный доктор со степенью, к нему, конечно, другое отношение, ему по возможности оплачивают его услуги, поэтому все зависит от того, как сделают операцию.*

*...Опять-таки, все зависит от хирурга, потому что хирурги они оперирующие, их немного, чтобы стать хорошим хирургом, надо работать лет 10, там как раз, я думаю, 20—30 тысяч за операцию и выше.*

---

Довольно популярным аргументом в защиту получения денег до оказания услуги (то есть вымогательства) является убежденность, что после оказания помощи — операции или лечения больной уже не заинтересован в докторе и платить не будет.

*В палате хватает за руки, целует и кричит: «Доктор, спаси!», а через сутки после операции он проходит мимо тебя и делает вид, что не знает. Но дай бог им здоровья, самая главная благодарность, чтобы они выздоравливали, поправлялись. Поэтому многие врачи, если завтра операция, они берут деньги, и если все хорошо, они оставляют, если что-то не так, то эта сумма возвращается. Когда пациенты по знакомству приходят, то с ними проще работать, потому что там уже все на предварительном этапе оговорено либо без стеснения все называется.*

---

Результаты опроса показывают, что врачи дифференцированно подходят к получению побочных гонораров от пациентов: с пожилых людей чаще всего не берут денег, зато платежеспособные клиенты могут платить по «завышенному тарифу».

*Был такой у меня пример, из администрации президента пациент пришел и сказал: «Знаете, мне очень нравится качество вашей помощи, хотя тут ужасно, вот я лежал в управлении делами президента, там прекрасные медсестры с ногами от шеи, там прекрасные палаты, у вас, конечно, сестры орут, и все, как в советское время, палаты у вас такие, что мне заходить туда жутко, но у вас классное качество оказания помощи. Единственное напрягло, что везде надо платить».*

*Я так на него глаза вылупил: как везде надо платить? Ну, вот тут мне сказали, и вот тут мне сказали. Я понял, что я начи-*



*наю сползать по стенке, что да, я каких-то вещей просто не догоняю, понимаю, что я вот человека довел, а что с ним делают дальше — это вопрос личной совести каждого человека.*

---

Стандартная ситуация для Москвы — вымогательство денег с пациентов без московской прописки и московского страхового полиса. Такие пациенты вынуждены платить всегда, поскольку в противном случае им откажут в услуге.

*У меня была проблема с зубами, надо было срочно вырывать зуб, в общем это не настолько большая проблема, но мне было очень плохо, вплоть до того, что поднялась температура, опухла щека, флюс, и операцию нужно было делать достаточно срочно. Но поскольку полис у меня был не московский, они сказали, что оперировать зуб не могут.*

---

Однако далеко не во всех случаях, заплатив деньги «мимо кассы», пациенты получают взамен качественную медицинскую услугу.

*Официально химиотерапия бесплатна. Но сама понимаешь, если ты пошел по бесплатной линии, то тут же возникает очередь. И мне сказали, если не заплатишь, нужно ждать три недели, а то и четыре. А когда заплатили, на следующий день сделали. Точнее за облучение. Там заплатил и заведующему 30 тысяч. Он считается, что он самый главный. Однако он ни разу не появился у отца. Все переложил на молодых врачей и сам не подходил. И якобы держал все под контролем. В результате отец умер не от рака, а от сепсиса. В результате облучения у него упал иммунитет до нуля, и он*

*подхватил штаммы, на это не обратили внимания молодые врачи. И произошел сепсис. Когда он был переведен в реанимацию, там врач обрисовал мне всю картину. Когда было сделано вскрытие, они забегали, чтобы написали, что был рак, который привел к инфаркту, на самом деле к инфаркту привел сепсис.*

---

## Киров

Самыми дорогостоящими считаются услуги, требующие операционного вмешательства. Здесь отсутствуют твердые «тарифы». Специалист может назначать сумму лечения по собственному усмотрению.

*Собралась на операцию по щитовидке, мне сказали — есть бесплатная, но ждите год, а если хотите платную, то стоимость ее 2000 рублей. Я не успела накопить этих денег, приехала ровно через год. Приехала, сказала, вот у меня очередь подошла, мне в ответ — бесплатных операций теперь нет — платите 3000, тогда сделаем.*

---

В вопросе распределения платежей за основную услугу мнения экспертов расходятся. Одни утверждают, что выплаты за основную услугу распределяются между хирургом, ассистентом, анестезиологом и операционной сестрой. Другие, напротив, утверждают, что весь оговоренный «гонорар» идет целиком в карман хирургу.

*...Нет, я думаю, что они не распределяются... если человек договаривается один на один с доктором, то доктору достаются деньги.*

*...Если брать стационарную службу, то там, естественно, распределяется и на хирурга, и на ассистента, и на анестезиолога, операционную сестру.*

---

## **Новгород**

Значительное число участников опроса подтвердили, что часто платят за основную услугу мимо кассы.

*...Когда я посещаю стоматолога, я плачу не через кассу, то есть мне никакие чеки не выписывают, обычно деньги берет либо врач сам, либо отправляет меня в кассу, при этом чек не выписывает.*

*Конечно, они и пытаются каждый кто как может, где-то, может быть, врачи зарабатывают вообще большие деньги, берут взятки за разные операции, в роддоме, я слышала. Но врачи на участках, врачи отделений, хоть и вот в нашей боровичской больнице, естественно, у них низкая зарплата, они вынуждены зарабатывать на болезнях таким способом.*

---

Максимальная сумма выплаты за оказание основной медицинской услуги, зафиксированная в интервью новгородских пациентов, составляет 30 000 рублей.

*Да, небольшие выплаты были. Сейчас точно не помню, порядка 3000 рублей. Врачу передавали порядка 3000 рублей. Это было до оказания услуги (роддом).*

*Ну, например, у моей родственницы было предсмертное состояние, и ей сказали, что операцию можно сделать только через полгода, потому что очередь. Но если она заплатит 30 тысяч рублей, то они готовы сделать ее завтра. А если не заплатит — то человек просто умрет. И сказали, что никакой ответственности они за это не несут.*

*Когда я рожала, я делала своему врачу подарок, потому что она меня оперировала, это была операция — кесарево сечение, и я была благодарна, за то, что мне сделали красивый шов, и операция прошла хорошо. Это было пять лет назад, сумма была в пределах 1500 рублей.*

---

Иногда пациенту предлагается альтернатива — либо бесплатная операция низкого качества, либо высококачественная операция за дополнительное вознаграждение.

*Когда моя бабушка лежала в больнице, ей делали платную операцию, в пределах 8000 рублей это было. Была лапароскопическая операция, это был экстренный вызов, сначала скорую помощь вызвали и ее доставили в больницу, потому что было необходимо срочное операционное вмешательство. Ей сказали, что за лапароскопическую операцию ей придется заплатить... доктору в руки, без договора. Никакого договора не было, она пришла к нему в кабинет и заплатила.*

*Они предложили два варианта: они делают операцию и у нее остается большой шов, после которого долго восстанавливается организм, либо можно прибегнуть к методу лапароскопии. Но это будет уже платно.*

---

Результаты исследования позволяют говорить, что суммы платежей за основную услугу коррелируют с показателями уровня доходов в рассматриваемых регионах.

**Табл. 4.**

*Максимальные суммы неофициальных платежей за основную услугу (по регионам)*

	Максимальная сумма платежа (руб.)	Среднедушевой доход (руб.)
Москва	50 000	41 890,8
Новгородская область	30 000	13 329,2
Кировская область	3 000	10 927,9

## ВЫПЛАТЫ ЗА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

### Москва

Наиболее распространенным платежом в этой категории считаются выплаты среднему медицинскому персоналу (медсестрам) и нянечкам за послеоперационное обслуживание, анализы, уход.

*...Очевидно, что налаженной службы, способа, то есть, если вот для хирургов существует способ оплаты, и, оплатив, ты попадаешь в добросовестную атмосферу, с тобой возятся. То, к сожалению, медсестры и нянечки — они не включены в систему распределения этих денег, никакого понятного способа у больного внести деньги именно для них не существует, то есть надо как-то «сунуть».*

*Поскольку «сунуть» ну мне лично неудобно, то не суеть. А они очень обижаются. Поскольку я ночью не спала, то слышала их разговор. Они говорят: «Да а чего мы вообще здесь пашем за свои*

*7 тысяч рублей, нам никто ничего не дает, все деньги уходят хирургам».*

*И они (медсестры) не подходят к больным, подходят только в крайнем случае к тяжелым больным, но тем не менее их явно раздражает эта ситуация, и они всю ночь обсуждают эту тему.*

---

Дополнительное вознаграждение от пациента обычно передается непосредственно медсестре или нянечке. В качестве благодарности нередко используются кондитерские изделия или чай/кофе. В денежном выражении размер типичной выплаты колеблется от 100 до 500 рублей.

*У одной сестры, у нее тридцать человек больных. Она технически, может, и устает, хочет какой-то благодарности, бывает часто, когда сестра одна с ребенком, без мужа, ее тоже можно понять. Но надо быть милосердным все равно. У бабушки нет, например, дать тебе сто рублей, что же ты ей укол не будешь делать? Это бесчеловечно. А таких много.*

*Сестры это такой трудный слой, они такие малообразованные, малограмотные, маловоспитанные, наверное, процентов восемьдесят. Они настолько тупые. Среди них мало интеллигентных девочек. Пока денег не дашь, она тебе укол не сделает. Это часто бывает. Конечно, это не коррупция, она каких-то пятьсот рублей хочет, чтобы ей дали за укол, но это же есть.*

---

Дороже тарифицируются тяжелые послеоперационные случаи, когда за состоянием больного надо тщательно следить. Тогда род-

ственники могут оплачивать отдельный медицинский пост около палаты или неофициально нанимать уже работающую в отделении медсестру.

*Врачи хорошо отнеслись. Но сказали: или сами ухаживайте, или нанимайте, кто будет смотреть за отцом. Жена уже договори-лась. Получается — не менее тысячи рублей за сутки. Он лежа-чий. Нога перебинтована, жидкость из колена извлекли. И кате-тер стоит.*

*И младший персонал отблагодарили. Вот младший — да, они на-мекали. Лишний раз бабушку не помогут. Будет стоить тысячу рублей. А с другой стороны, если бы платили зарплату нянечкам, то этого не было бы.*

*...Это было 2 или 3 года назад, что хирургическая медсестра, она и должна выхаживать ребенка после операции сердечной, она еще кривила нос от 500 рублей, которые ей каждый день пытались да-вать, что ребенок там лежал... скажем так, палата, в которой ле-жит ребенок до операции, это 5 лет назад было, 1000 рублей в день.*

---

Кроме того, участники исследования подчеркивали, что отношение медсестер с пациентами определяется не только денежным вознаграждением, но и их личностными качествами.

*У нас сестры есть: заходят в палату — все к ним «Оленька, дочень-ка», так и тянутся. А есть сестры, к которым отношение другое, это отражение: как ты к людям относишься, так и они к тебе.*

---

## Киров

Кировские респонденты — как эксперты, так и пациенты — сходятся во мнении, что выплаты за дополнительные услуги носят эпизодический характер. Размер выплат за послеоперационный уход — незначительная сумма, не превышающая 100 рублей.

*Разве что в каких-нибудь послеоперационных палатах бабулочка сунет санитарочке денежку, чтобы та ухаживала получше... но там копейки, десятка, полтинник, сотенка...*

---

## Новгород

Некоторые новгородские пациенты упоминают о необходимости дополнительных выплат младшему медицинскому персоналу. Мимо кассы оплачиваются услуги сиделок и санитаров в клинических больницах.

*Я бы поговорил, за что заплатить и как заплатить. Однажды, когда моя мама лежала в больнице, у нее отказали ноги, и она не могла спуститься по лестнице, я слышал, как санитары ей предлагали за деньги помочь подняться или спуститься. Подняться, спуститься — 200 рублей за один раз.*

*Да, приходилось, потому что свекровь тоже умерла от онкологии, и в связи с этим мы просили, чтобы человек дежурил, естественно, это все было за вознаграждение... Больше 1000 рублей младшему медперсоналу мы не платили.*

---



Иногда благодарности пациентов идут не на увеличение дохода врачей, а на нужды медучреждения. Так, один респондент вспомнил случай, когда его попросили купить на кухню краны, краску, посуду.

*Не выплаты, а нас медсестра попросила оказать спонсорскую помощь, сколько мы можем, сумма оговорена не была. Она сказала, помогите чем можете. Когда мы спросили, чем конкретно можем помочь, она ответила, что можно купить на кухню краны, краску, посуду, и мы купили на кухню тарелки.*

---

## ВЫПЛАТЫ ЗА МЕДИЦИНСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

К данному типу выплат можно отнести платежи пациентов за предоставление им лучшего оборудования, современных медицинских материалов, более эффективных лекарственных препаратов.

### Москва

В качестве примера пациенты рассказывали, что за реанимационную палату с хорошим оборудованием надо доплачивать.

*Потому что даже реанимация забирает человека и сразу намекает об определенной таксе. А в ряде больницы, чтобы попасть в реанимацию, например сердечнику, 10—15 тысяч койко-место в сутки в реанимации. А если денег нет, то отправляют в реанимацию, где нет такого оборудования, с лекарствами везде сейчас стало, в общем-то, нормально, а с оборудованием и с определен-*

*ными вещами, если человек знает, что ему нужно, то человек готов заплатить, дабы его вытащили из этого криза.*

---

По оценке опрошенных — и врачей, и пациентов, — больницы достаточно обеспечены лекарственными препаратами. Вместе с тем ряд экспертов отмечали, что нередко больницы обязывают покупать российские средства, которые часто не отвечают стандартам качества и не оказывают должного медицинского эффекта. В таких случаях врач стоит перед жесткой дилеммой — с одной стороны, ему строго запрещено предлагать пациентам приносить препараты с собой, с другой — он хочет быть уверен в результативности фарма-терапии.

*В реанимации от действия антибиотика зачастую зависит жизнь пациента. И мы сталкивались с тем, что назначаем российский препарат такого же названия, как и западный, но он просто не работает. Меняем на препарат того же международного названия, но сделанный даже в Восточной Европе. И тут же получаем эффект. С точки зрения медицинской, мы совершаем глупость. Мы даем один и тот же антибиотик, просто разного производителя. С точки зрения реальной практики — вот наш не работает, в который субстанцию забыли положить или разбавили ее в три раза, но продают под тем же названием, но дешевле соответственно. Поэтому иногда мы вынуждены говорить правду родственникам, а они, конечно, покупают западное лекарство.*

*Я сталкивался с этим. Когда отец лежал в реанимации, меня попросили купить лекарство от сепсиса, которое называется «ххххх». Стоимость его — 29 тысяч рублей. Дорого, но я, конечно, все равно купил.*

*За то, что врач принес мне лекарства, скажем так, на 50 процентов ниже рыночной стоимости, там дорогие мне препараты были нужны, то я просто отдала 50 процентов от рыночной стоимости препаратов врачу в карман. Вот и все.*

---

Также неофициальные выплаты за медицинские материалы распространены в протезировании. Вознаграждение в этом случае платится за получение протеза (материала), обеспечивающего лучшее качество лечения.

*Травма, протезирование это огромные деньги. Сами протезы дорого стоят, протез может стоить 50 тысяч, а операция — 1 тысячу рублей. Есть разные протезы: Российские или импортные, металлические или керамические, тяжелые или легкие. Нередко выбор врача материально стимулируется пациентом.*

---

## **Новгород**

Новгородские потребители медицинских услуг приводят примеры, когда им приходилось доплачивать за лекарства, капельницы и шприцы.

*...Нам приходилось платить за все лекарства, кроме антибиотиков. В итоге мы за время нашего нахождения в больнице купили лекарства на 800 рублей.*

*Пришлось платить за шприцы и капельницы. А лекарства были бесплатные.*

*Я не знаю, что там за выплаты официальные, например, в инфекционной больнице нас просили самих покупать лекарства... то есть мы покупали. Нам, во-первых, кололи антибиотики, которые при вирусных заболеваниях никакой пользы-то не несут, и вообще... ну это ладно... и просили купить лекарство для микрофлоры кишечника бифиформ, которое вообще-то недешевое лекарство, оно там рублей 300 с чем-то или 400 стоит. По идее, хотя, находясь в государственном медицинском учреждении по страховому медицинскому полису, мы вообще ничего покупать не должны были. Вот. Просили это покупать.*

---

## Киров

В интервью кировских пациентов и медиков случаев выплат за медицинские материалы не зафиксировано.

## ВЫПЛАТЫ ЗА УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Данный вид платежей не имеет прямого отношения к качеству непосредственной медицинской услуги, но в сознании потребителя является важным элементом.

К этой категории, например, относится распределение в медицинскую палату повышенной комфортности, прием без очереди, внимательное, а не поверхностное отношение лечащего врача и т. д.

## Москва

Опрошенные эксперты сходятся во мнении, что небольшие благодарности связаны с надеждой на более внимательное, не поверхностное отношение лечащего врача.

*Благодарности связаны все-таки с надеждой, что врач будет повнимательней относиться, эффективнее, не то что будут лечить или не будут, но все-таки значение каким-то мелочам придавать будут. То есть лучшие по знакомству, потому что в основном врачи не заинтересованы, будете сидеть ждать час — два, сейчас я подойду... ждите.*

*...Приходит молодой человек, который привык быстро решать свои вопросы, он не хочет сидеть в очереди, он сразу договаривается с доктором о том, чтобы тот смог его принять где-то в нерабочее время. И соответственно благодарность идет за то, что конкретно этому человеку было выделено время, и конкретно это время было на него потрачено без всяких каких-то отвлечений, то есть за скорость.*

---

В частности, обращение к доктору по рекомендации, в представлении пациентов, является гарантией доброжелательного отношения со стороны врача.

*Нет, ну это понятно, что бесплатно, но вот как-то, чтобы приняли участие, повнимательнее отнеслись, это ну, может, 5 там, 10 дадут. Лично доктору. А заведующему тоже, наверное, 5 тысяч, кто-то, может, 20 и 30.*

---

## Новгород

Новгородские респонденты признали, что часто платят врачам за приемы вне очереди.

*...Еще я вспомнила, что ходила в детскую поликлинику, отсидела полдня в очереди, а потом мне подсказали, что можно заплатить 100 рублей и пройти без очереди. Теперь я с сыном не сижу в очереди и не жду. Захожу к врачу, кладу ему в карман, и проходим прием.*

---

## Киров

Исследование показало, что самой распространенной формой платежей за условие оказания услуги в медицинских учреждениях Кировской области являются платежи за прием вне очереди. Здесь пациенты сталкиваются с поставленным на поток вымогательством.

*Это бывает в таких учреждениях и по таким специальностям, как в ортопедии, где в районе доктора не очень компетентны в этом вопросе, и, допустим, люди приезжают и чтобы им как-то побыстрее попасть, не через очередь, а чтобы, допустим, в один день, то скорее всего это может практиковаться.*

*Ну... насколько я знаю, платят тогда, когда не хотят ждать очередь (ведь это порой занимает два, а то и три месяца)... И, наверное, чаще всего это происходит в случаях каких-то острых приступов, острой боли, рецидивов, когда уже невозможно ждать.*

*Ну тут ухудшиться, может, сильно и не ухудшится, просто нужно будет ждать ему, иногда и по полгода ждать своей очереди, допустим, записываться, неоднократно ходить записываться.*

*К какому-то там узкому специалисту, к которому не всегда запись даже по Интернету. Мне кажется, просто он будет ждать, болезнь будет прогрессировать, вот в этом и ухудшится медобслуживание. Если он откажется, то времени потратит больше.*

---

Стоимость такой услуги по Кировской области колеблется в пределах 150—500 рублей.

*Да, неофициальные выплаты тоже приходилось делать из-за отсутствия талонов. Платила примерно от 150 до 300 рублей.*

*Мне кажется, скорее всего, это просто даже за консультацию. Этого бывает достаточно, и все. Обычно любая консультация стоит от 200 до 500 рублей, а иногда и больше.*

*Ну сколько платят, учитывая то, что пациенты в Кировской области очень небогатые, то это, я думаю, что от 200 до 500 рублей.*

---

Как правило, доходы от внеочередных приемов забирает себе специалист, ведущий прием.

*Про денежное вознаграждение врачей ничего не слышала и сама не встречалась с этим. Вот если это никуда не пойдет, то в Кирове, куда меня послали, я не записалась. Мне сказали ждать, нет талонов. Ну талонов нет, но согласились принять меня дня через два. Ну раз я так напросилась, я купила коробку конфет врачу. Взятка это, не взятка? Она не просила, я отблагодарила.*

---

## ВЫПЛАТЫ ЗА ОФОРМЛЕНИЕ

### Москва

Неофициальное вознаграждение за оформление чаще предлагается административным работникам за оформление документов в виде, желаемом потребителю медицинских услуг. Такой вид платежей популярен в городских поликлиниках при оформлении больничного и в роддомах при выписке матери с ребенком.

В эту же категорию можно отнести выплаты пациентов за получение разного рода медицинских справок — для посещения бассейна, для оформления водительского удостоверения, для направления ребенка в лагерь отдыха. Стоимость таких теневых выплат врачу в поликлинике колеблется, по оценке потребителей медицинских услуг, в диапазоне до 1000 рублей.

*За услугу, за выписанную справку и что-то в таком духе — от 300 до 1000 максимально.*

---

Продление больничных на существенный срок — сложная процедура, находящаяся на контроле у заведующего. Респонденты отмечали, что в последнее время манипуляции с больничными листами встречаются реже.

Гинекология и акушерство, как уже говорилось, — области здравоохранения, в которых практика теневых финансовых отношений довольно популярна.

*Когда забираешь ребенка. За мальчика нужно заплатить 100 рублей. За девочку — 500. Кроме того — когда приходишь в роддом. Тебя пускают за 500—1000 рублей. Хотя в платных палатах посетители допускаются свободно. Хозяин — барин,*



*хочешь — плати. Но это не значит, что будет качественное обслуживание.*

*Я, например, знаю, что в медицине за деньги можно сделать практически все. Даже не касаясь здоровья, например, сделать себе какую-нибудь медицинскую справку, даже без осмотра врача. Тот же доктор, который тебе ее подписывает, будет знать, что она проплаченная. То есть кто-то просто приходит и всякими путями, по знакомству и т. д., просит: «Ну подпишите, пожалуйста, доктор, вот здесь».*

*И доктор по доброте душевной или потому, что ему просто некогда, потому что ему надо принимать пациентов, подписывает иногда, не задумываясь, даже я иногда это делал, в этом нет ничего хитрого. Это часто происходит при водительских осмотрах, вот, например, приходит пациент и говорит: «Доктор, это мой брат, у него все в порядке, подпишите, пожалуйста».*

*Я же не буду проверять, брат это его или нет, кто-то, возможно, за это берет деньги, я не могу утверждать.*

---

## Новгород

Пациенты новгородских поликлиник платят «мимо кассы» за быстрое оформление медицинских справок. Конкретных упоминаний о стоимости таких услуг респонденты не озвучивали, однако по косвенным признакам можно понять, что речь идет о несущественных суммах.

*Но до этого был случай, мне необходимо было посетить главного врача, это все оказалось очень сложно. Сначала мне было его не найти, потом был очень занят, и работать с клиентами, как я понимаю, он не собирался, хотя мне нужна была его подпись.*

*Я очень долго этого добивалась, все свои нервы потратила последние, пока добилась, чтобы мне подписали документы необходимые, хотя это заняло всего две минуты.*

*Нет, она не потребовала, просто я ее отблагодарил за то, что она быстро оформила документы, хотя по их правилам документы пришлось бы ждать в течение одного-двух дней, а мне они нужны были именно в день моего обращения.*

---

Дороже всего тарифицируются услуги по оформлению инвалидности, поскольку это достаточно трудоемкая процедура, в процессе которой человек должен пройти обследование и пролежать некоторое время в стационаре. Стоимость таких услуг на теневом рынке может достигать 10 тысяч рублей.

*...Было дано направление на ВТЭК, сходил на ВТЭК, дали третью группу инвалидности, первой степени, ну самую такую легкую. И вот так у меня на протяжении пяти лет было. Перед ВТЭКом в обязательном порядке надо отлежать — лежал, за то, чтобы лечь, — платил, через пять лет мне уже надоело (2009 г. — Прим. авт.) — сколько можно отстегивать, и так далее, не буду говорить как, но нашел точки соприкосновения через десятых лиц — я тупо заплатил, чтобы мне оставили эту группу инвалидности, ну так как... как она и есть, я уже не просил что-то большее, хотя не то чтобы травма позволяла — она напрашивалась на то, что... как мне врач лечащий сказала, что в старые времена, лет так 15 назад, с такими травмами без разговора даже давали вторую группу. Мне хотя бы вот эту бы оставили, чтобы каждый год это не повторялось, так уже это достало. Заплачено у меня было порядка по крайней мере как минимум одному единоразово — 10 тысяч.*

*Медики наши даже напрямую говорят, что дана установка свыше — инвалидности рубить, ну, наверное, чтобы бюджет с пенсиями экономить или что там, не знаю, может, какие-то специфичные показатели там у них ... ну не знаю. Вот как-то так.*

---

По репликам участников опроса можно понять, что оформление инвалидности — достаточно доходный бизнес, в котором задействована целая цепочка посредников.

*... У кого там что осело в карманах, я не знаю и не интересовался. Потому что напрямую там никогда не выйти ни на кого, все через десяток лиц. Ну, слава богу, мне сказали — получил и не рыпайся.*

---

## **Киров**

Кировские эксперты подтверждают факт выплат вознаграждения административным работникам поликлиник за ускоренное оформление справок, однако в интервью пациентов таких фактов не зафиксировано.

**СПЕЦИФИКА  
НЕОФИЦИАЛЬНЫХ  
ПЛАТЕЖЕЙ  
В МЕДИЦИНСКИХ  
УЧРЕЖДЕНИЯХ  
РАЗНОГО ТИПА**

---

## Москва

**Р**езультаты исследования позволили выявить особенности неофициальных выплат в зависимости от специализации медицинских учреждений г. Москвы.

Из таблицы видно, что чаще всего неофициальные платежи встречаются в ГКБ и родильных домах г. Москвы, причем в этих учреждениях пациенты обычно доплачивают за основную медицинскую услугу и послеоперационный уход (дополнительная медицинская услуга).

По мнению большинства опрошенных, доплаты врачам ГКБ и роддомов встречаются чаще, чем в других медучреждениях.

*Ну что вы спрашиваете, сами знаете: за все платишь, вот у меня аппендицит вырезали под местным наркозом, так врач мне три раза за время операции рассказывал о своем любимом коньяке. Между прочим, 20 тысяч рублей стоит. Пришлось купить. Еще заведующему пятерку дала, о медсестрах я не говорю. Эти без денег вообще тебя не заметят. У меня каждая перевязка в тысячу обходилась. Где-то два раза в неделю. Вот и считайте.*

---

**Табл. 5.**  
Характер неофициальных выплат в зависимости от специализации учреждения

Характер неофициальных платежей	Распределительные выплаты	Выплаты за основную медицинскую услугу	Выплаты за дополнительные медицинские услуги	Выплаты за медицинские материалы	Выплаты за условия оказания медицинских услуг	Выплаты за оформление
Виды медицинских учреждений						
ГКБ	Средняя	Высокая	Высокая	Средняя	Высокая	Низкая
Районные поликлиники	Низкая	Низкая	Низкая	Низкая	Средняя	Высокая
Станции скорой медицинской помощи	Средняя	Низкая	Низкая	Низкая	Низкая	Низкая
Роддома	Низкая	Высокая	Высокая	Средняя	Средняя	Средняя
Ведомственные больницы	Низкая	Низкая	Средняя	Средняя	Средняя	Низкая

Женщины рассказывали, что даже при наличии родового контракта они нередко доплачивали врачу.

*Понимаете, точное время родов часто неизвестно, а если у вас контракт, в котором даже фамилия врача указана, — это еще не гарантия его присутствия на родах. Вот он сутки отдежурил и ушел домой, вместо него другой врач заступил. И даже если ему звонить лично, надо главврача предупредить и заведующего. А им соответственно тоже давать надо.*

---

Кроме того, в таблице наглядно видно, что самый низкий уровень неофициальных платежей зафиксирован среди работников службы скорой помощи. Дополнительные гонорары от пациентов выплачиваются в основном за распределение в нужную больницу. Частоту таких платежей опрошенные оценивают как среднюю.

Другой угол зрения на полученные данные представлены в форме диаграммы-профиля медицинских учреждений. В такой визуализации полученных результатов нагляднее представлены частота и вид неофициальных выплат в зависимости от специализации медицинской помощи.

Как уже говорилось, неофициальные гонорары лечащему врачу при оказании основной медицинской услуги, положенной пациенту по закону, особенно распространены в онкологических отделениях ГКБ и роддомах.

В роддомах левые пациенты с оплатой вознаграждения на руки врачам стали повседневной практикой. По словам участников опроса, в роддомах платить приходится буквально за все.

*Сейчас даже контракт заключать не надо. Муж договорился с врачом по знакомству. Стоило 72 тысячи. Увидеть ребенка внепла-*

ново — 500 рублей. За то, чтобы отец ребенка увидел, еще 500 рублей, ну и при выписке.

Отметим, что большинство респондентов указывали на то, что в схеме неофициальных выплат вовлечены не только непосредственно врачи, но и руководство отделения.

## Новгород

Результаты исследования позволяют говорить, что самый высокий уровень неофициальных финансовых отношений между медиками



**Рис. 7.**

Частота и виды неофициальных выплат в зависимости от типа лечебного учреждения



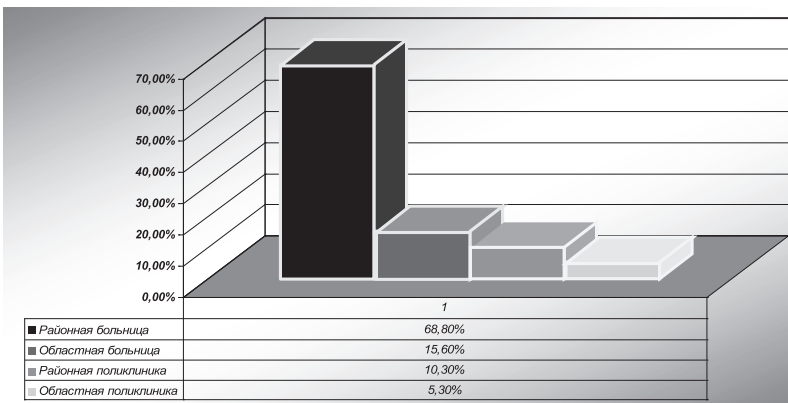
**Табл. 6.**  
Характер неофициальных выплат в зависимости от специализации медучреждения

Характер неофициальных платежей	Распределительные выплаты	Выплаты за основную медицинскую услугу	Выплаты за дополнительные медицинские услуги	Выплаты за медицинские материалы	Выплаты за условия оказания медицинских услуг	Выплаты за оформление
Виды медицинских учреждений						
ГКБ	Средняя	Высокая	Высокая	Средняя	Низкая	Низкая
Районные поликлиники	Низкая	Низкая	Низкая	Низкая	Средняя	Высокая
Станции скорой медицинской помощи	Низкая	Низкая	Низкая	Низкая	Низкая	Низкая
Роддома	Низкая	Высокая	Высокая	Средняя	Средняя	Средняя
Ведомственные больницы	Низкая	Низкая	Низкая	Низкая	Низкая	Низкая

и пациентами наблюдается в городских клинических больницах, районных поликлиниках и роддомах. В ФАПах и на станциях скорой помощи взятки носят эпизодический характер.

## Киров

Исследование показало, что самый высокий уровень мздоимства наблюдается в районных клинических больницах. Пациенты РКБ платят за распределение в лучшую палату, основную услугу, повышенное, а не поверхностное внимание врача. Из исследования выпали сельские фельдшерско-акушерские пункты и станции скорой помощи. Респонденты не припомнили случаев, когда с них вымогали взятки в данных медицинских учреждениях.



**Рис. 8.**

*Уровень неофициальных платежей в различных медицинских учреждениях*

# **ПРОЦЕДУРА НЕОФИЦИАЛЬНЫХ ВЫПЛАТ/ПОДАРКОВ**

---

**О**дин из вопросов исследования был посвящен изучению процедуры неофициальных выплат: как происходит передача денег, кто платит, в какое время.

По оценке опрошенных, каких-то устоявшихся, принятых форм передачи денег врачу не существует. Респонденты приводили примеры передачи денег в конверте, в дипломате, перекалывания из собственного кармана в халат врачу, «выгребания из кошелька на глазах всей палаты», в коридоре и даже в лифте.

*Если умный пациент, то встречает доктора где-нибудь в коридоре и в конвертике аккуратненько кладет доктору в карман со словами благодарности, если пациент глупый, то это происходит в палате, и непосредственно перед доктором начинается доставание кошельков со смятыми купюрами, были и такие случаи.*

*Еще раз говорю, принципиально в моем личном опыте врач-реаниматолог подходил перед операцией и говорил, что если вы хотите, чтобы у вас прошел наркоз нормально, вам нужно заплатить определенную сумму.*

*Приходит ко мне, положил на стол и уходит. Он уже знает, за что, и я знаю, за что. Я знаю, как к одному заведующему зашел алкоголик, он уже выписался, его оперировали, была большая операция, через неделю приходит, в доску пьяный, из-за пазухи достает половину бутылки водки, протягивает ему и говорит: «Извини, я половину выпил».*

*Всякое бывает. Это все происходит оттого, что у нас не налажено все это, нет у нас цивилизной системы.*

---

В различных медицинских учреждениях бытуют разные «традиции», определяющие момент передачи взятки. Для одних типична ситуация, когда «благодарность» выплачивается до оказания услуги, в других, наоборот, деньги принято платить после приема.

*Чаще всего это делается до, поскольку я работаю в городской больнице, родственники или близкие больного, который находится в реанимации, сами решают, как благодарить врача ... и, конечно, это материально, никаких там конфет или бутылок.*

*Или в карман просто, в карман халата. Кладу и говорю спасибо. После окончания сеанса.*

---

Довольно распространена передача денег через родственников пациента, опрошенные отмечают, что на прямой вопрос, сколько это стоит, пациенты обычно получают откровенный ответ: «xxxx рублей».

*Есть врачи, которые приходят до операции и говорят, что вот должна быть такая сумма, тогда родственники общаются с врачом и решают все вопросы.*

*У мальчика обнаружили аденоиды. У нас в поликлинике был проходящий отоларинголог. Он врач хороший. Пользуется популярностью. Он сказал, что нужна операция. Приходите ко мне. Дал номер мобильного. Я спросила, сколько это будет стоить. Он назвал сумму.*

*Я договаривалась напрямую, спросила его в лоб: «Сколько это будет стоить?». Доктор сказал, соответственно, сколько это будет стоить. Деньги они всегда берут только после, никогда не берут до.*

*Там еще было само по себе платное лежание, за которое я заплатила, больница, кстати говоря, очень хорошая, в Москве, забыла, как она называлась, ну это очень известный центр. Я была потрясена тем, насколько там... там не было ничего: ни стаканов, ни ложек, 8-местная палата, градусник приноси с собой... И вот когда ты платишь 1000 долларов (у меня операция была несложная), но со мной лежали раковые больные, и так далее...*

---

Важно подчеркнуть, что для части врачей получение денег от пациента сопряжено с моральным дискомфортом, неудобством, ощущением неловкости, возможно, именно поэтому доктора предпочитают получать гонорары от посредников.

*Был такой случай, когда нейрохирург просто вымогал деньги у больного.*

*Потом поймали одного доктора, за ним следили уже с камерами. Был такой случай. Это было давно уже, наверное, лет десять. Я даже начал забывать, но помню, что хороший доктор. Он был молодой, но классный. По неосторожности объявил цену за свои услуги, за свою помощь. И вот в момент передачи денег на камеру и сняли. И прямо под ручки увели. Был такой прецедент один.*

*Я считаю, что я не для того столько лет учился и писал диссертации, чтобы потом подойти к пациенту, переминаясь с ноги на ногу, и просить, это не мое.*

*Была женщина, вернее, бабушка была, муж которой лежал после инсульта в нашем отделении, и когда они выписывались, бабушка поймала меня и тоже мне какую-то сумму сует. Я не помню уже, какие это деньги были, но я наотрез отказался, и вот эта женщина начала мне кланяться, и это было настолько неудобно, я чуть не провалился сквозь землю.*

*...Ну мне надо было сделать операцию, а для того чтобы сделать операцию, всегда ищешь врача через какие-то связи, никак не действуя официальную медицину. После этого ты находишь соответствующего врача, и практически тут же... либо посредник оговаривает сумму, которую ты платишь врачу.*

---

Как уже говорилось, не все врачи принимают подарки от пациентов, в особенности от пожилых пациентов и очевидно неплатежеспособных.

*Наоборот, стараются не брать, когда предлагаешь. Может, им добавили, может, хватает зарплат. Хотя зарплат, наверное, не хватает.*

**ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ  
КОРРУПЦИОННЫХ  
ОТНОШЕНИЙ  
В МЕДИЦИНСКИХ  
УЧРЕЖДЕНИЯХ**

---

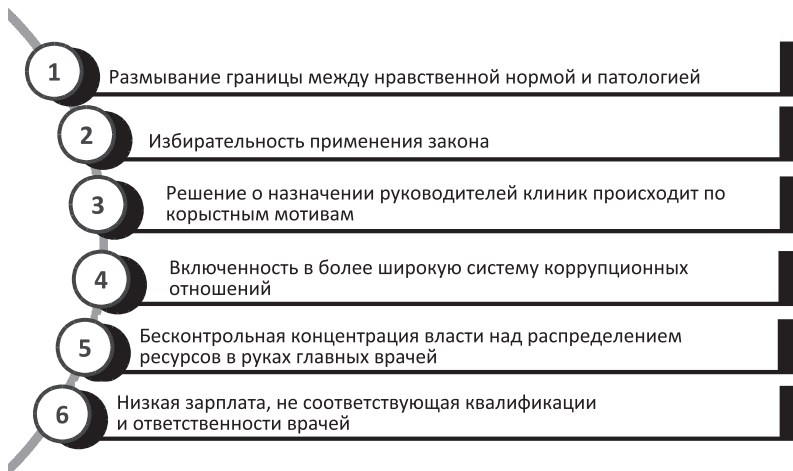


**П**о результатам исследования было выделено шесть предпосылок развития коррупционных отношений.

## РАЗМЫВАНИЕ ГРАНИЦЫ МЕЖДУ НРАВСТВЕННОЙ НОРМОЙ И ПАТОЛОГИЕЙ

Характеризуя неформальные финансовые отношения врача и пациента, большинство опрошенных полагают, что они не выходят за рамки сложившихся в стране социальных норм, характерной особенностью которых являются двойные стандарты. С одной стороны, коррупция на вершине общественной пирамиды считается общественно неприемлемой и вызывает всеобщее порицание, с другой — низовая коррупция принимается «по умолчанию» и является неотъемлемой частью быта (шоколадки за смену постельного белья, сто рублей за укол, 500 — за выписку, 5000 — за операцию и т. д.).

Значительная часть экспертов полагают, что коррупция в медицине — всего лишь отражение общероссийской проблемы, решение которой требует системного подхода. Однако в масштабах страны



**Рис. 9.**

*Предпосылки развития коррупционных отношений*

борьба с коррупцией давно превратилась в пиар-кампанию, а обвинения в коррупции стали настолько обыденными, что грань между нормой и отклонением стирается.

Участников опроса просили оценить уровень коррупции в трех сферах жизни: деятельность милиции/полиции, образовательные услуги, медицинские услуги. Респондентам предлагалось дать субъективную оценку уровня коррупции по шкале от 1 до 10 баллов, где 1 — низкий уровень, а 10 — высокий уровень коррумпированности предоставления услуг.

## Москва

Подавляющее большинство опрошенных полагают, что деятельность полиции коррумпирована в большей степени, чем в образовании и медицине. Единодушие относительно высокой коррумпированности сотрудников милиции высказывали как



представители экспертной группы, так и потребители медицинских услуг. Однако оценка уровня коррупции в медицине существенно отличается в группе врачей и среди пациентов: первые чаще используют низкие и средние значения, вторые — оценки, близкие к максимальным.

В качестве основной причины распространенности неофициальных выплат респонденты чаще всего указывали на низкую зарплату медицинского персонала. Ряд экспертов полагали, что традиция невысоких окладов в здравоохранении сложилась после распоряжения И. Сталина, когда глава Советского государства ответил отказом на предложение повысить зарплату врачам.

*...Когда Сталина спросили, почему не поднимают зарплату врачам, он ответил, что хорошего врача прокормит народ, а плохому платить не надо. То есть заведомо было заложено, что если ты хорошо лечишь, то больной тебя отблагодарит.*

---

Опрошенные обращали внимание на то, что и в настоящее время политика власти в оценке труда врачей провоцирует их на «кормление» за счет пациентов.

*...Нас толкают к вымогательству. Просто толкают. Потому что на 30 тысяч он там с высшей категорией, со стажем работы, со всеми максимальными надбавками, которые существуют официально, он говорит — 30 тысяч. Я на 30 тысяч жить не могу. Жена, мама-пенсионерка, дочка в школе. Как жить?*

---

Медики из столицы чаще респондентов из других городов указывают на нерешенность жилищной проблемы. При этом квартирный вопрос выносится за скобки общих рассуждений о достойной заработной плате и ожидаемом доходе. Подразумевается, что даже радикальное повышение заработной платы медицинским специалистам не позволит снять остроту этой проблемы, учитывая прогрессирующую дороговизну жилья в российской столице. В связи с этим среди врачей распространено мнение, что государству следует вернуться к советской практике распределения молодых специалистов с обеспечением последних служебным жильем.

*Не только зарплата, должно быть еще жилье, во сколько ее можно повысить, если не будет жилья, на зарплату даже 30 тысяч, если она будет у врача вместо 15, врач не купит себе жилье, где он будет жить? Предположим, он пришел из Иваново, приехал, и ему дали зарплату хорошую, достойную, 30 тысяч это очень хорошая зарплата, но жилье она себе все равно не купит на это, значит, ей еще жить где-то надо.*

*Я за то, чтобы было распределение, как было раньше распределение, закончил институт, в бюджет вкладывали деньги, учили молодого специалиста, и потом он шел, куда должно быть распределение, закончил и, как говорится, отдался государству на воинскую повинность, то есть должны три года отработать, но должны дать жилье, государство должно какое-то хотя бы общежитие, если человек хорошо работал, чтобы потом ему дали какую-нибудь служебную квартиру, но по-другому не будет, иначе, какая бы ни была зарплата, все равно удержать сложно.*

---

**Табл. 7.**  
Оценка уровня коррупции в медицинских учреждениях

	Пациенты	Врачи
Высокий уровень	Милиция как была продажная, так и есть, медицина то же самое. Полиция — 10, и медицина — 10. Образование... они и так люди, ботом обиженные	В милиции — 8, в медицине тоже 7—8. В образовании, я думаю, 5. Наверное, потому что полицейские более наглые и никто не хочет с законом связываться. Врачи, это все-таки тоже здоровые. А в образовании это, возможно, какие-то гимназии, там, наверное, побольше сборы, поборы с родителей
Средний уровень	Медицина — 5, милиция — 8, образование — 8. Что касается образования, то в свете последних событий, которые связаны с ЕГЭ, можно поставить такой балл, например, когда студенты пишут экзамен за учеников. В милиции очень много говорится о том, что чем больше взятки, тем меньше шансы попасть за решетку, об этом много говорится в передачах. А в медицине подарки любят, потому что зарплаты не очень высокие, поэтому людям надо тоже как-то выживать	В медицине уровень коррупции 5 баллов, таковой же, как и везде
Низкий уровень	С полицией я не сталкиваюсь, только по телефону, — баллов 9. С образованием я сталкивалась, лет 6 назад сама училась — 10. Медицина — 3	

## Новгород

По мнению подавляющего большинства новгородских респондентов, по уровню развития коррупционных отношений медицина занимает промежуточное место между полицией (максимальная коррупциогенность) и образованием (минимальная коррупциогенность). Примечательно, что и эксперты, и участники опроса оценили уровень коррупции в медучреждениях в интервале между средними и высокими значениями. При этом в оценках врачей «градус критичности» даже немного выше, чем у пациентов.

Недовольство условиями оплаты труда как главная причина коррупции фигурирует в интервью подавляющего большинства опрошенных новгородских медработников. Медики признаются, что вынуждены работать на две-три ставки или подрабатывать в других учреждениях, потому что «на одну зарплату не прожить».

*...Когда в газетах пишут, что человек получает 16, 17, 20 тысяч рублей, то это значит, что человек работает на две ставки, дежурства и т. д. На ставку медсестры получает 5000 рублей, врач 7—8 тысяч рублей.*

*...Это основная беда, те официальные базовые оклады, это просто посмешище для всего мира. Эти 4—5 тысяч рублей ведущий специалист получает, который никогда не говорит о том, каким трудом зарабатываются эти средства медицинским работником. И врачам, и среднему, и младшему персоналу, потому что маленькие оклады, людям приходится работать на две, а то и на три ставки. «Денно и ночью» работают, это по существу идет безжалостная эксплуатация медработников.*

*Первая, и, как я считаю, ведущая проблема, это низкая заработная плата медицинских работников. У них действительно низкая заработная плата, за этот труд, я считаю, нужно платить больше, чтобы было лучше качество предоставляемых медицин-*

*ских услуг. Специалисты вынуждены работать на 1,5-2 ставки, чтобы прокормиться и иметь высшее образование, квалификацию и не иметь зарплаток, это недостойно.*

---

Неудовлетворенность низкими зарплатами порождает в медицинских учреждениях текучку кадров: молодые специалисты либо идут работать в платные больницы и поликлиники, либо уезжают в другие регионы (главным образом в Москву и Санкт-Петербург), где уровень доходов выше.

*Молодые специалисты стремятся заработать, но из молодых практически никто не хочет идти в государственное учреждение Новгородской области. Зарплата крайне низкая. Проблема в том, что молодые специалисты едут работать в Санкт-Петербург, Москву. Здесь проблем много, жалоб много, и зарплата очень низкая. Это ужасная ситуация. Это очень серьезная проблема новгородского здравоохранения, если не сказать больше.*

*...Зарплата такова, что врач или медработник никогда в своей жизни не купит квартиру, перебиваются «с хлеба на воду», особенно молодые врачи, это же беда.*

---

Вместе с тем медики отмечают и позитивные сдвиги в политике местных органов власти по отношению к работникам здравоохранения. В частности, многие респонденты упоминают о «подъемных» и жилищных преференциях, которые предоставляются начинающим специалистам.



*Сейчас надо отдать должное городской администрации за те меры стимулирования, которые они применяют к медицине. Допустим, сейчас молодым специалистам, которые приходят работать в медицину, дают подъемные 200 тысяч рублей, им оплачивают наем жилья, если он по контракту работает 5 лет.*

---

Кроме того, респонденты указывают, что заработная плата врача сегодня — это крайне неоднородная структура. Базовые ставки не дают полного представления о реальных белых заработках медицинских работников.

*Зарботная плата врачей это очень неоднородная структура на сегодняшний день. Это передается из уст в уста, что да, у врачей низкая зарплата. У врачей изначально низкая ставка, а на сегодняшний день в зависимости от того, где мы находимся, зарплата очень резко отличается. Недавно в статистике показывали какую-то приличную область, то ли Самарскую, то ли Саратовскую, то ли Рязанскую, там средняя заработная плата врачей порядка 8000 рублей, и тут же показывают соседнюю область в 800 км, где средняя зарплата 50 тысяч рублей. Поэтому, возможно, на сегодняшний день Минздрав имеет представление о реальных зарплатах, только никогда нельзя считать среднюю сумму, надо смотреть, кто получает, и за что получает, и из чего она складывается. Вот сейчас, мне кажется, никто не представляет, что делается в здравоохранении в плане заработной платы. Сильно расширены платные услуги, никуда от этого не денешься. Да, изначальная ставка маленькая, но то, сколько человек получает, мало связано с его изначальной ставкой.*

*Доктора говорят: «Вот платили бы нам миллион», тогда было бы все в миллионах, сейчас вот они считают, что неплохо было бы прожить*

на 100 тысяч рублей. Платили бы нам 100 тысяч рублей, было бы идеально вообще, никто бы не совмещал, все работали бы на одной работе. Но вот на уровне 100 тысяч он сразу понимает: а лучше бы жить на 200 тысяч, как только поднялся на этот уровень, то понимает, что у жены соседа жемчуг крупнее, бриллианты более яркие.

---

## ИЗБИРАТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАКОНА

### Москва

Респонденты с сожалением отмечали, что сейчас война с мздоимством — это рекламная облава на врачей-взяточников и показательные увольнения докторов по жалобе нервного пациента.

*Поступила жалоба в департамент, и с тобой никто не будет разбираться. Ты тут же будешь уволен, и все, то есть никто не будет спрашивать, правда это или неправда. Из департамента в больницу поступит запрос: «У вас работает такой-то человек? А то тут жалоба на него». И главврач в ответ практически всегда скажет: «Уже не работает. Вчера уволился».*

---

Жертвой борьбы с коррупцией становится рядовой медперсонал, в то время как верхушка теневого бизнеса продолжает воровать государственные средства, закупая, к примеру, томографы по троекратно завышенным ценам. Налицо — избирательность, а не всеобщность действия закона.

Один из экспертов вспоминал информацию СМИ, что в 2008 году на слушаниях в США компанией Siemens было объявлено, что до 80 % ее медицинского бизнеса в России в нулевые годы велось с использованием незаконных платежей.

## Новгород

Опрошенные эксперты сходятся во мнении, что государство само провоцирует коррупцию в здравоохранении, а борьба с коррупцией представляет собой фарс: рядовых сотрудников и врачей наказывают, а высокопоставленные чиновники как воровали, так и продолжают воровать.

*Само государство вынуждает и провоцирует такую ситуацию, а настоящих коррупционеров, извините, если они при власти, то кто же их накажет, никто их не накажет. Вот это вот мы, пожалуйста, — показательно выловим, выявим, будут у нас хорошие показатели, я говорю про правоохранительные органы.*

---

## РЕШЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ КЛИНИК ПРОИСХОДИТ ПО КОРЫСТНЫМ МОТИВАМ

Около половины экспертов так или иначе подтвердили, что должность главного врача получают не по результатам конкурса, а по знакомству, и часто за вознаграждение. Стоимость должности в данном случае является эквивалентом стартового капитала в бизнесе. Предполагается, что в дальнейшем эти вложения окупятся.

*Когда они уходили из главных врачей, они говорили, что это место стоит сорок тысяч долларов. Если есть сорок тысяч, ты завтра будешь главврачом. И не верить я ему не могу. Если я отдал эти сорок тысяч, для чего я главным врачом становлюсь? Чтобы вернуть сорок тысяч и еще сверху заработать. Вот это пирамида уже.*

*Не секрет, что у нас все должности, наверно, как бы сказать, многие ответственные покупаются, да, действительно так.*

*Все главные врачи это его главные врачи. Они ручные. Главный врач, может, и имеет, но это просто как бизнес интересно. Нет такого в медицине, чтобы был конкурс на главного врача... Попробуй дотронься до кого-нибудь, сразу звонок сверху, и нельзя его трогать.*

---

## ВКЛЮЧЕННОСТЬ В БОЛЕЕ ШИРОКУЮ СИСТЕМУ КОРРУПЦИОННЫХ ОТНОШЕНИЙ

### Москва

Опрошенные убеждены, что сфера госзакупок в медицине по-прежнему остается высококоррупцированной деятельностью. В частности, это касается отечественных лекарственных препаратов. Многие доктора сетовали, что, при всем желании руководства министерства, сделать российские препараты приоритетными невозможно, поскольку они неэффективны.

*...Все то, что заворачивается в облаточки с названием «Российская Федерация», это может быть просто вода либо вода с неболь-*

*шой добавкой препарата, извлеченного, как правило, из чего-либо зарубежного, слегка разведенного... У нас завалены по дополнительному лекарственному обеспечению поликлиники и стационары вот этими бесплатными практически но, тем не менее, не действующими препаратами. Спрашивается, а что ж они лежат?*

---

То есть клиники покупают заведомо неработающие лекарства. Ряд экспертов усматривают в такой ситуации сговор между производителями неэффективных препаратов, руководством министерства, руководством клиники.

Медицинское учреждение, закупая препараты российского производителя, во-первых, показывает вышестоящему начальству, что действует в соответствии с политикой министерства, во-вторых, повышает обеспеченность больниц лекарствами определенного класса, в-третьих — уменьшает издержки, поскольку стоимость отечественного препарата гораздо ниже западного аналога. В этом случае производитель платит покупателю за сам факт покупки, иначе ему не удастся сбыть препарат.

*Покупайте по дешевке. А мы вам заплатим в карман, но купите у нас, а не зарубежное. Двойные схемы. Во-первых, вы платите немного, больница не страдает, вы рапортуете, что такой-то препарат такого-то класса есть в наличии, и плюс ко всему вы же мне будете благодарны, что я у вас закупил. Иначе — вы не работаете, вообще вы просто ноль. ...Ну я понимаю, что это без ведома руководства не может решаться. Где-то только так, а где этого нет.*

---

Один из примеров коррупции при закупке оборудования касался закупки ламп для операционной.

*Например, в одном крупном лечебном учреждении, мне известно, закупили лампы для операционных, при этом выяснилось уже при их установке, что они не подходят по размеру: не учли высоту потолков, грубо говоря. А тоже по завышенным ценам приобрели. Часто такое случается на самом деле. Думаю, что закупки, они в компетенции либо главного врача, или заместителя по хозяйственной части, а может быть, в министерстве все решили.*

---

Показателем влияния «внешнего контура коррупции» на ситуацию в клинике является широко распространенная система покровительства: у каждого успешного хирурга есть свои высокопоставленные покровители из числа бывших пациентов (сотрудники администрации президента, ФСБ, СВР, милиции, прокуратуры, Государственной Думы и пр.). Респонденты с иронией отмечали, что иногда наблюдают заочные бои покровителей из разных ведомств.

*Один какой-нибудь хороший хирург есть, к нему поток идет, а второй сидит плохой, сидит и завидует тому. Он взял кляузу написал на хорошего. У прокуроров тоже план. Но прокурор к этому врачу ходит лечиться, и он не возьмет это заявление. У нас были ситуации с докторами здесь.*

---

## Новгород

Опрошенные эксперты сходятся во мнении, что неофициальные платежи пациентов врачам являются мизерными по сравнению с объемом средств, циркулирующих в сфере госзакупок.

*Я думаю, что проблема подарков, она сильно завышена в медицине, коррупция — она на более высоком уровне. Я не говорю про коррупционные схемы при закупке препаратов, томографов, а именно то, что подарки и деньги, которые дарят врачам, они составляют мизерные деньги по сравнению с другими сферами жизнедеятельности врачей. Это не оправдывает на самом деле то, что компенсирует низкую зарплату.*

*То, что берет доктор, по сравнению с тем, что берут наверху, на уровне минздравуправления, когда министр Голикова покупает там ореховую мебель в кабинет, когда не хватает денег на оборудование.*

*Суммы, которые фигурируют в медицине, они сопоставимы с общей коррупцией, но это, опять же, на уровне каких-то подрядов, заказов на ремонт, тендеров на покупку оборудования. Если вы имеете в виду, то когда врач взял деньги за лечение, то это ничто по сравнению с той коррупционной вакханалией, которая творится в России.*

---

В качестве примера, иллюстрирующего этот тезис, многие респонденты из числа медицинского персонала приводили нашумевшую историю с закупкой томографов.

*Изначально знали, что томографы по одной цене, а покупали их по цене в пять раз выше, и это не сотни тысяч рублей. Вот в чем*

*вся проблема. Проблема не в докторгах, которые берут деньги. В Новгородской области коррупционный уровень минимальный.*

*Значит, закупка оборудования проверялась прокуратурой, и оказалось, что переплата за томографы, МРТ и т. д. — 63 миллиона рублей. Нет виноватых людей. Проверили реальную стоимость томографов и т. д. и сколько заплатили, то получилось 63 миллиона рублей переплаты. Эти деньги ушли кому-то, ушли в карман, а виноватых нет.*

---

Врачи обращают внимание, что чиновники из Министерства здравоохранения, лоббирующие на тендерах интересы определенных поставщиков и подрядчиков, часто не считаются с реальными потребностями медучреждений, например, поставляют поликлиникам и больницам не то оборудование, на которое была отправлена заявка.

*Закупка оборудования. Спросили бы у доктора, который будет вести прием, обслуживать это оборудование, работать на нем, не спросили, когда закупили это оборудование. А сколько было закуплено ненужного оборудования, некачественного оборудования? Когда проводились аукционы, конкурсы, кто их проводил? Их же не доктора проводили и не местные власти, это проводилось на верхах. И к нам поступило оборудование, которое нам не нужно. Даем мы заявку на одно оборудование, а нам поступает другое оборудование. Понимаете, и много таких вещей. Потом это оборудование простаивало, потому что некому на нем работать, потому что оно не отвечает определенным требованиям. А у нас как? Дали много миллионов на покупку оборудования, и надо отчитаться, надо освоить, ну и освоили там миллион на верхах. Купим вам вот это и это, но не нужно нам такое доро-*



*гостоящее оборудование. Кто принимает решение? В верхах принимают, которые далеки, может быть, от проблем медицины. Принимают решение опять закупить, например, в этом году много оборудования, которое будет простаивать, неоправданно дорогое. Получается не по-хозяйски, поэтому у нас нет хозяина в этом отношении. Вот и все, потому что многие врачи не могут в этом участвовать, а к мнению, которое они высказывают, никто не прислушивается.*

*Почему нам поступило не то оборудование? Вы в курсе, что это все откаты? Конечно, если врач взял эту коробку конфет или коньяк и положил в карман, то я не оправдываю его, он виноват. В медицинских учреждениях коррупция есть, однозначно, но уровень этой коррупции 3000, 5000 рублей, а коррупция на уровне Министерства здравоохранения это миллионы и миллиарды.*

---

## БЕСКОНТРОЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ВЛАСТИ НАД РАСПРЕДЕЛЕНИЕМ РЕСУРСОВ В РУКАХ ГЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ

Участники исследования отмечали, что сама должность главного врача предоставляет возможности получения прибыли за счет использования властных полномочий. В качестве одной из таких возможностей эксперты называли прерогативу главного врача по распределению фонда ПМУ.

*ПМУ можно распределять по желанию руководителя, можно строить себе шикарные кабинеты. Один руководитель покупает себе BMW, другой — может потратить на покупку оборудова-*

*ния, необходимого для поликлиники, может раздать персоналу, чтобы все почувствовали, что о них заботятся. Базовую зарплату он не может так, есть ставка такая-то, ставка такая-то, опять-таки с учетом отмены единой тарифной сетки, по большому счету, сейчас это дело каждого руководителя. Определить, кто за что должен сколько получать.*

---

Помимо надбавок из фонда ПМУ зарплата врачей может быть увеличена за счет надбавок за интенсивность, распределение которых также входит в компетенцию главного врача. Премия за интенсивность может быть сравнима с зарплатой, что, безусловно, сказывается на характере отношений главврача с подчиненными.

*Вот две одинаковые московские городские больницы, отличающиеся номерами. Одинакового статуса: обе клинические, обе работающие в экстренной медицине, причем даже та, которая более экстренная, в ней у заведующего реанимацией, который днюет и ночует на работе, отняли даже один процент за интенсивность. В такой же больнице, где главный врач больше думает о своих сотрудниках и о том, чтоб у него коллектив не разбежался, платит 100-процентную интенсивность. Это вторая зарплата. Один 15 получает, а тут 30 тысяч, а еще плюс дежурства. Даже между московскими больницами существует разница. Ведь вдумайтесь, есть больница московская, в которой всегда нужны врачи, всегда. Значит, там низкие зарплаты. А есть больницы, где штат укомплектован так, что, пока кто-то не умрет или не уйдет на пенсию, место не освобождается.*

---

Опрошенные отмечали, что потенциал влияния главного врача на сотрудников в последнее время значительно увеличился, рядовой медперсонал жестко зависит от руководителя клиники.

*В медицине нет хорошего профсоюза, это организация, которая находится под главврачом и, соответственно, тоже от него зависит и не может интересы работников отстаивать, то есть ты остаешься один на один с администрацией клиники, и врач будет делать то, что ему прикажут, и выражать свое недовольство где-то в кулуарах, в ординаторских, но дальше никуда не уходит.*

*Есть такое понятие, как доплата за интенсивность труда. Насколько я понимаю, это на усмотрение администрации клиники. Это просто главный врач. У него этот фонд. Я так понимаю, что кто-то предпочитает этот фонд экономить, и в конце года администрация больницы получает премию за счет экономии фонда заработной платы.*

---

Обычно главный врач старается сохранить разумный баланс в отношениях с опытными и известными хирургами, поскольку от них напрямую зависят показатели больницы.

*На хорошего хирурга с именем главный врач не сможет повлиять совсем сурово. Он все-таки в какой-то степени от него не зависим. Можно выжить, конечно, любого, но хороший врач себе всегда найдет работу, и главный врач тоже не заинтересован, чтобы у него одни бездари работали, иначе у него будут показатели плохие различные. У нас же это везде, масса различных отчетностей, показателей контрольных. Главный врач тоже в этом совершенно не заинтересован. Он должен в любом случае*

*какой-то баланс соблюдать, иначе он просто не удержится на своей должности.*

---

## НИЗКАЯ ЗАРПЛАТА, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩАЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧЕЙ

### Москва

Несоответствие оплаты труда врачей их физическим и моральным затратам отмечалось всеми респондентами — как пациентами, так и докторами. Неофициальные платежи часто воспринимаются как компенсация низких окладов и являются распространенным оправданием как для берущего, так и для дающего взятку.

Сочетание низких зарплат с высокой зависимостью докторов от руководства клиники создает благоприятные условия для развития коррупционных отношений не только в паре врач — пациент, но и между членами медучреждения, что может приводить к сговору, а впоследствии — к организованному теневому бизнесу.

*Страх перед руководством, потому что ну если ты работаешь в больнице, где у тебя уже есть пациенты, которые тебя знают, если ты выйдешь и потребуешь вещи, которые ты считаешь необходимыми, ты можешь лишиться этой работы, и лишиться по каким-то действительно формальным вещам... люди боятся, у людей есть нормальный страх, сегодня ты взял большую сумму и не поделился, а завтра поступила жалоба в департамент, и никто не будет разбираться.*

---

## Новгород

Общим местом в интервью новгородских респондентов является сравнение нормативов оплаты их труда с зарплатами неквалифицированной рабочей силы — грузчиков, рабочих, уборщиц.

*Вот я могу рассказать пример. В газете «Дело» объявление: «Требуется шашлычник, на сезонную работу, образование и навык не требуется, зарплата 12 тысяч рублей», следующая строчка: «Требуется врач-хирург в поликлинику, анестезиолог, зарплата 5000 рублей», при всем уважении, значит, уборщица получает 12 тысяч рублей, а врач — 5000 рублей, я могу сказать одно, начинающая медсестра с зарплатой 3800 рублей, она ниже прожиточного минимума. Получается, что у врача зарплата 4600, вот они и коньяки, и конфеты.*

*...Еще у нас вот я вижу реклама, требуется жиловщик мясных туш на зарплату 15 тысяч рублей, у врача-хирурга 4000 рублей зарплата, получается, у нас зарплата меньше, чем у жиловщика мясных туш.*

---

## Киров

Неудовлетворенность низкими заработными платами, по мнению большинства кировских медиков, является главной причиной развития неофициальных финансовых отношений в медицинских учреждениях.

*Медикам зарплату поднять, чтобы они не нуждались в дополнительном финансировании.*

*Так вам уже, наверное, все сказали — нужна достойная зарплата и снижение нагрузки...*

*Все зависит от зарплат, когда врач участковый получает дополнительные выплаты, узкий специалист, то есть за дополнительную работу должны быть базовые ставки не 4—5 тысяч рублей, а гораздо больше. За дополнительную работу должна быть реальная дополнительная оплата, чтобы врачу было интересно дополнительно работать, ведь тут плюс идет и администрации больницы. Так как идет зарабатывание средств на содержание, на покупку нового оборудования. Врачу интересно принять дополнительно больных, так как и снимается проблема очередей, все должны быть заинтересованы, так должна работать в целом система в данном случае. Нужно увеличить базовые ставки.*

---



**СЛУЖБА СКОРОЙ ПОМОЩИ  
Г. МОСКВЫ КАК ПРИМЕР  
РЕЗУЛЬТАТИВНОГО  
РЕФОРМИРОВАНИЯ  
В СИСТЕМЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

---



**П**одавляющее большинство опрошенных отметили, что в последние 2—3 года кардинально улучшилась работа службы скорой помощи в г. Москве. По оценке экспертов, это чуть ли не единственный результат, который Минздравсоцразвития может занести в свой актив.

*У нас сейчас такая ситуация, что больше всех получают врачи скорой помощи, у них где-то 60—70 тысяч. Там конкурса нет, туда невозможно устроиться, очень тяжело, потому что зарплата высокая. Насколько я знаю, процентов 70 работают приезжие, приезжают даже на поездах, но они, конечно, строго все очень выполняют по времени, соблюдают алгоритм лечения, действуют четко по инструкции и быстро, на каждой машине GPS-навигатор стоит, это значит, что никаких левых маршрутов, продумано все.*

---

Участники исследования указывали, что опыт реорганизации работы скорой помощи желательно распространить на всю систему здравоохранения.

*...Можно сказать, что скорая помощь представляет хорошую модель здравоохранения, то есть инвестировали, дали людям заработать, закупили хорошее оборудование, закупили автомобили, а потом начали требовать. А здесь же в обычном здравоохранении сначала требуют, а никаких материальных моментов, никаких инвестиций в здравоохранение нет, инвестиции только в интервью по телевидению.*

---

Стоит отметить, что в оценке работы бригад скорой помощи пациенты солидарны с мнением врачей.

*Прекрасная, чудная бригада. 48-я подстанция, кажется. Я сама из Отрадного. Очень хорошие врачи. Я вообще ходить не могла, а они откачали. И аппаратура была, и лекарства. И на вознаграждение не намекали. Это моя инициатива. Они меня спасли. Я считаю, что таким нужно. Я знаю, что такое скорая помощь и как это все происходит. Я потом в лифте догнала. Я уже почти бегала, а до этого вставать не могла. Догнала и дала тысячу рублей.*

*Скорая на самом деле приехала очень быстро, и приехали в принципе нормальные врачи. Скорая сделала свое дело и совершенно спокойно уехала, то есть, если бы мы их отблагодарили, они были бы признательны, но никаких попыток того, чтобы мы это сделали, с их стороны не было.*

---

Значительная часть пациентов была приятно удивлена работой скорой помощи г. Москвы, нередко медиков этой службы искренне благодарили.

*Я поражена. Когда у папы был инсульт, приехала скорая. Скорая поняла, что они его не смогут реанимировать, и тут же вызвали реанимобиль. Его, в общем, вытащили с того света и никаких денег не попросили. Полтора месяца назад это было. Они сами вызвали этот реанимобиль. Ребята молодцы, реанимировали его утюгами этими. Единственное, что у них нет тех, кто может перенести, потому что... мы попросили дворника с приятелем, чтобы они перенесли отца в машину.*

---

Вместе с тем ряд респондентов акцентировали внимание на том, что такие позитивные трансформации службы скорой помощи коснулись только Москвы, а в Подмосковье ситуация по-прежнему критическая.

*Я столкнулся с такой ситуацией, что в Подмосковье не к каждому пациенту скорая приезжает, то есть если возраст старше 70—75 лет, то они даже выезжать не будут. Даже когда предлагаешь деньги, они отказываются. Потому что считают, что нечего лежать в больницах старикам, они так считают. Вот в моем конкретном случае больной умер.*

---

На контрасте со столицей работа службы скорой помощи в Новгороде по-прежнему вызывает много нареканий горожан, по размерам неофициальных платежей она стоит едва ли не на первом месте среди всех медицинских учреждений города.

*Могу вспомнить такой случай, когда моему родственнику, уже в возрасте, бабушкиному брату, вызывали скорую, и за то, чтобы*

*его госпитализировать с тяжелым заболеванием, скорая помощь по телефону запросила определенную сумму денег.*

*— Какая это была сумма?*

*— Небольшая, то ли 500 рублей, то ли 1000, но сам факт того, что человека с тяжелым заболеванием госпитализируют за деньги, — возмущает.*

---



**Фонд исследования проблем демократии** —  
негосударственное некоммерческое учреждение

Директор фонда — М. С. Григорьев

Москва, Газетный переулок, д. 3, стр. 1  
[www.democracyfund.ru](http://www.democracyfund.ru)

**Основные направления исследовательского  
интереса фонда:**

- Особенности функционирования различных моделей демократии в современном мире
- Суверенитет и демократия в эпоху глобализации
- Модели модернизации России
- Механизмы функционирования коррупции и антикоррупционная деятельность
- Противодействие проникновению организованных преступных групп в политическую сферу России
- Эффективность, устойчивость и легитимность институтов демократии в России
- Этнические конфликты

# КОРРУПЦИЯ

В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ  
УСЛУГ РОССИИ



**ГРИГОРЬЕВ  
МАКСИМ СЕРГЕЕВИЧ**

Директор Фонда исследования проблем демократии, член Общественной палаты РФ, кандидат политических наук. Автор более 100 научных и публицистических статей, а также ряда книг, среди которых: «Кондопога: что это было?», «Fake-структуры: призраки российской политики», «Формы государственной поддержки машиностроительного комплекса: иностранный и советский опыт», «Финал новгородского Чикаго», «Незаконные мигранты в Москве», «Межэтническая интеграция в Эстонии», «Россия-2020 глазами молодежи» и др.



**ГРИБ  
ВЛАДИСЛАВ ВАЛЕРЬЕВИЧ**

Заместитель секретаря Общественной палаты Российской Федерации, главный редактор издательской группы «Юрист», член президиума Ассоциации юристов России, заведующий кафедрой гражданского общества Московского государственного института международных отношений (У) МИД России, доктор юридических наук, доцент. Активно занимается общественной, правозащитной деятельностью. Автор более 70 научных работ и исследований в области права.



**ВАХНИНА  
НИНА АЛЕКСАНДРОВНА**

Президент Ассоциации женщин-предпринимателей, член-корреспондент Международной академии наук комплексной безопасности. Генеральный директор производственно-коммерческой компании «Интерсити», являющейся ведущим производителем российских систем охранно-пожарной сигнализации и информационного обеспечения.

ISBN 978-5-903882-06-9



9 785903 882069