
ЗАТЯНУВШАЯСЯ РЕФОРМА

В.Б. Колосова

В статье рассматриваются наиболее важные темы, затронутые семейными врачами города Гатчины в ходе интервью. В результате анализа текстов были выделены следующие аспекты профессиональной деятельности, упомянутые семейными врачами в сравнении с работой их зарубежных коллег: различия в структуре первичного здравоохранения; взаимоотношения семейных врачей и специалистов поликлиники; отношения врача и пациента; повседневная работа врача. Все они тесно связаны между собой. Начальный период работы гатчинских семейных врачей (пятнадцать лет назад) сопоставляется с первым этапом медицинской реформы нашего времени. Отдельное внимание уделяется обсуждению нововведений в средствах массовой информации и Интернет-чатах. В статье также анализируются причины, по которым одни особенности западноевропейской медицины были с успехом переняты нашими врачами, другие же воспринимаются как неприменимые в российских условиях.

Ключевые слова: семейная медицина, семейный врач, врач общей практики, реформа здравоохранения

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 января 2005 года № 84 утвердил порядок осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача). Новшество вызвало оживленные дискуссии в средствах массовой информации. Между тем поэтапный переход к организации первичной медицинской помощи с опорой на врачей общей практики был провозглашен еще приказом Минздрава РФ от 26 августа 1992 года № 237. Тогда эта идея не вызвала ни бурных эмоций, ни заметного эффекта. Служба семейных врачей как система не сложилась повсеместно. Однако в городе Гатчина Ленинградской области новая форма медицинского обслуживания действует с 1992 года, обслуживая около половины населения города и района.

Мне показалось интересным применить методы антропологии профессиональных групп к специальности, которая находится еще только в стадии формирования, используя тем самым редкий шанс зафиксировать процесс становления новой профессии. Летом 2005 года я провела ряд интервью с врачами и медсестрами; в статье представлены результаты их анализа.

Несмотря на то, что сотрудники первого отделения врачей общей практики (ОВОП) приступили к работе в ноябре 1992 года, семейная медицина пока еще ищет свое место в системе здравоохранения. Нет даже устоявшегося названия специальности. Авторы книги «Семейная медицина Гатчины (становление, первые результаты)» формулируют различие в терминах следующим образом: «Врач общей практики — это переходная ступень от терапевта к семейному врачу, что он не наблюдает детей, не занимается проблемами семьи. Первый съезд врачей общей практики в Самаре в 2000 году поддержал эту точку зрения: *врач общей практики* — это терапевт или педиатр, выполняющий определенный объем специализированной помощи, как правило, работающий в составе акушерско-педиатрическо-терапевтического комплекса», а «*Семейный врач* оказывает многопрофильную помощь всем членам семьи, независимо от пола, возраста» [Гриненко и др., 2001. С. 10–11]. На практике семейные врачи Гатчины принимают все группы населения, от новорожденных до пенсионеров, оказывают помощь по педиатрии и терапии и первую врачебную помощь — по узким специальностям. Тем не менее на вывесках отделений написано «Отделение общей врачебной / семейной / практики № 2».

Нет и единого мнения о том, традиционна или инновационна эта специальность, оно разнится как в среде врачей, так и в среде их пациентов. Причем зависит это от общих знаний опрашиваемых. Если они знают о существовании в дореволюционной России земской медицины, то без колебаний подают семейную медицину как возвращение к традиции, от которой отошли в годы советской власти: «*Это был отход, а теперь возвращаемся туда, куда надо*» (интервью 5). Если слышали о совместных шведско-российских проектах — считают западным заимствованием, вредным, как и все западное.

Введение семейной медицины не было предварено практически никаким информированием населения и узких специалистов о целях нововведения, хотя «широкая организационная работа среди медицинских работников и разъяснительная работа с населением» прямо предусматривались приказом. Естественно, что это введение сопровождалось огромным количеством слухов. Как пишут авторы уже упомянутой книги, «за неделю до начала работы в местной газете было помещено объявление об открытии первого отделения врачей общей практики» [Гриненко и др., 2001. С. 14]. Видимо, предполагалось, что недели впол-

не достаточно для осмысления и принятия новой формы работы. На деле внезапные перемены, естественно, нервировали население и нередко выливались в гневные письма в средства массовой информации (несколько информантов упомянули статью под названием «Верните педиатра!»)¹.

При открытии следующих отделений ничего не изменилось. Лишь летом 2005 года в коридорах ОВОП № 2 (открытого в 1994 году) появилась брошюра «Почему я выбираю семейного врача» [Губачев, Макиенко, 1999]. Издана она была в 1999 году. Разумеется, ни о каком выборе речи не шло.

Особенно ярко основные проблемы наших врачей высветились на фоне их общения с зарубежными коллегами. Поскольку за время шестилетнего российско-шведского проекта «Гатчина-Гевлеборг» почти все семейные врачи имели возможность посетить тот или иной офис семейных врачей в одном из шведских городов, я просила своих информантов назвать те отличия, которые, с их точки зрения, сильнее всего бросаются в глаза. В результате были выделены следующие аспекты: различия в структуре первичного здравоохранения; взаимоотношения семейных врачей и специалистов поликлиники; взаимоотношения врача и пациента; повседневная работа врача.

Различия в структуре первичного здравоохранения

В Советском Союзе, а затем и в России, первичное здравоохранение традиционно состояло (и в большей части страны состоит и сейчас) из сети участковых терапевтов и педиатров. Они направляли пациентов к узким специалистам поликлиники, но пациенты могли прийти к ним и сами (система самозаписи). В результате участковые превратились в диспетчеров, направляющих потоки пациентов к врачам с более узкой специализацией. Нередко врача посещали только ради получения больничного листа.

В Швеции — если систему здравоохранения представить в виде пирамиды — первичная медицина занимает серединную часть. Она базируется на основании из высокоразвитой муниципальной социальной службы и «увенчана» системой больниц. Сама первичная медицина состоит из медицинской телефонной службы, сестринской службы (состоящей в свою очередь из участковых и принимающих в центре медсестер)

¹ Имеется в виду статья, опубликованная в номере газеты «Гатчинская правда» от 14 января 1995 года. В ней «группа мам и бабушек» жаловалась на отсутствие обсуждения коренных изменений в системе здравоохранения, на преждевременность идеи семейного врача в стране с низким уровнем социального и медицинского обеспечения, а также на недостаточную подготовку врача и неуверенные рекомендации по лечению, и призывала руководство Гатчинского здравоохранения вернуть на участок педиатра.

и семейных врачей. Наши врачи одобрили независимую работу медсестер, подчеркивая: «у нас медсестры — это, в общем-то, писчики» (интервью 2).

Работа медсестер по выделенным заболеваниям также была воспринята как очень полезная идея. Более того, некоторые медсестры в Гатчине прошли дополнительное обучение и теперь работают в новой роли: «...мне нравятся там медсестры по выделенным заболеваниям. Медсестра по диабету, по бронхиальной астме. У нас фельдшер, но она не так этим занимается, как в Швеции сестры, но у нее свой прием» (интервью 2).

Однако телефонные консультации медицинских секретарей не были восприняты как что-то однозначно хорошее, прежде всего из-за сомнений в их достаточной квалификации.

И даже врачи, приветствующие такую форму работы, сомневаются в ее возможности в России, ссылаясь на трудности со стороны пациентов:

В Швеции отлажена работа регистраторов, они имеют право давать консультацию по телефону. То ли у них другое население, вот их регистратор отконсультировал. У нас человеку надо триста раз сказать, он еще придет и поругается в регистратуре. У нас население тяжелое (интервью 4).

Взаимоотношения семейных врачей и специалистов поликлиники

«Что мне больше всего понравилось, что у них в великолепных отношениях специалисты поликлиники и стационара к семейной медицине. У нас до сих пор встречаются некоторые моменты. Есть стандарты¹, но максимум на нас все» (интервью 5). «Некоторые моменты», упомянутые в интервью, требуют пояснения. При введении новой практики узким специалистам было объявлено, что скоро в медицине останутся только лучшие из них — в роли консультантов, а остальным придется уйти, поскольку их функции возьмут на себя специалисты общей практики.

Естественно, при таком прогнозе на будущее отношение к семейным врачам со стороны узких специалистов было однозначно негативным. Прежде всего, их обвиняли в некомпетентности, не упуская при этом случая проинформировать пациентов:

Я не могу сказать, что мы часто встречаемся вместе, а пациенты приносят свое мнение. Есть два специалиста узких, которые нашим пациентам говорят, что ваши семейные доктора получают запредельные деньги, ничего не делают, вас только к нам гоняют» (интервью 2).

¹ Стандарты — список обязанностей семейного врача, специалиста поликлиники и врача стационара по определенным заболеваниям. В нем определено, где кончается ответственность семейного врача, и когда он должен направить пациента к узкому специалисту.

Но компенсировать или исправлять мнимые или настоящие недостатки работы семейных врачей никто не собирался: нередко приписанных к ним пациентов просто отказывались принимать в поликлинике, мотивируя это примерно в следующих выражениях: *«У Вас есть семейный врач, пусть он Вас и лечит»*.

Конечно, наблюдая такую ситуацию дома, наши врачи были приятно удивлены тесным и эффективным сотрудничеством семейных врачей и узких специалистов в Швеции. Там нередко офис семейного врача расположен в здании поликлиники или больницы, что облегчает как работу врача (который при необходимости может быстро получить консультацию), так и положение пациента, которому не надо идти куда-то, чтобы попасть на прием к психиатру, гинекологу или другому специалисту. Но здесь мы переходим к следующему вопросу.

Повседневная работа врача

Еще одно большое подспорье для врача, вызвавшее зависть наших докторов — техническое оснащение. Простейшие анализы можно сделать прямо во время визита пациента и сразу же получить результат: *«Лаборатория мне понравилась, экспресс-лаборатория. Все компьютеризовано. Писанины этой нет»* (интервью 4).

Специальная компьютерная программа позволяет шведским врачам использовать стандартную компьютерную форму для рецепта, не выписывая его вручную, что занимает много времени, особенно в случае с пациентами, имеющими хронические заболевания. В России такие пациенты должны посещать врача значительно чаще, чем в Швеции:

...у нас есть социальные потребности для посещения врача. Раз в месяц он должен сделать посещение ради выписки рецепта, это не лечебное посещение. У нас много посетителей, потому что наши пациенты поставлены в такие условия. У них он пришел раз в год, получил рецепт на год, и пошел в аптеку приобрести свое лекарство (интервью 2).

Совершенно новой формой организации работы было использование диктофона. В течение рабочего дня шведские врачи надиктовывают информацию о пациенте, диагноз и свои рекомендации. Позже медицинские секретари вводят информацию в электронную карту пациента. Такая система экономит время — в России врачи тратят много времени на «писанину», а у семейных врачей ее гораздо больше, чем у терапевтов, так как у них больше структурность населения. Если доктор-терапевт пишет отчет по пациентам от 18 лет и старше, то семейный врач — по пациентам всех возрастов.

Наверное, самым большим поводом для удивления стали постоянные и неспешные чаепития. Каждый вечер в каждой поездке наши врачи и медсестры говорили: *«Они ВЕЧНО пьют кофе!»*. В некоторых

отделениях заведующие пытались ввести такие перерывы в работу своего отделения, однако сотрудники сопротивлялись, ссылаясь на недостаток времени. В другом отделении на вопрос о кофе-брейках мне ответили: *«...если мы уйдем, да еще они [пациенты] услышат, что мы пьем чай — будет скандал. Опять же понижение статуса семейного врача, она [заведующая] этого не хочет»* (интервью 4).

Взаимоотношения врача и пациента

Что касается пациентов, то для них сильным шоком стал тот факт, что теперь один и тот же человек будет лечить и их малолетнего ребенка, и бабушку-пенсионерку:

Многие были против семейной медицины, что доктор наблюдает с маленького возраста и до старости, и люди не могли понять, что один доктор в себе должен совмещать, настороженно к этому относились и не доверяли (интервью 4).

Помимо общей растерянности, возмущение пациентов вызывали и попытки ввести такие новые формы работы, как консультации по телефону — *«как это так, вы нас не видите...»* (интервью 1). Если врач не хочет передоверить часть своей работы регистратору, который мог бы дать совет по телефону, сомневаясь в его компетенции, то пациент не хочет такой услуги даже и от врача, полагая, что поставить диагноз без визуального контакта невозможно.

Однако все меняется, новое становится привычным, постепенно привыкли и к семейному врачу. Обусловлено это рядом причин. Во-первых, как при визите к врачу, так и при вызове его на дом можно получить совет для всех членов семьи. Во-вторых, среди основных причин называется доступность:

В поликлинику не попасть, талончик в очереди отстоять с утра, поликлиника строго требует паспорт, полис, а мы пациентам доверяем... Мы пациентов не оставляем в коридоре, всех обслуживаем, и по 6 часов сидим... У семейного врача, мне кажется, мы обслуживаем и покачественнее, и полубезнее. А у них вот есть десять талонов. Бывает, они отказывают. Поэтому люди к нам и тянутся, больше, чем во взрослую [поликлинику] (интервью 4).

Более того, нередки случаи, когда к семейному врачу стараются попасть пациенты, чей район пока не охвачен семейной медициной. Официально врачи должны принимать пациентов по прописке, однако на деле это не всегда так.

Отмечается не только более внимательное отношение к пациенту, но и стремление объяснить, в чем именно его проблема. Соответственно, меняется и отношение населения к своему врачу. Как сказала одна

из медсестер: *«Разницы никакой. Вот только уважение пациентов превышает. Идешь по улице, все улыбаются»* (интервью 4).

Очень часто в интервью встречается словосочетание «наш человек». Он наделяется довольно неприятными чертами, которые часто сравниваются со стандартом поведения шведских пациентов. Например, врачи полагают, что число вызовов на дом слишком высоко, и объясняют это «избалованностью» населения, которое привыкло вызывать врача по любому поводу, вместо того чтобы прийти в отделение:

У них нет такого, чтобы у врача было по 10 вызовов в день. То ли у нас больные избалованные, то ли система такая... Консультациями по телефону больные возмущены: «Как это так, вы нас не видите...». Мы сами их разбаловали. Приходишь, а там головная боль просто, можно было здесь это все... (интервью 1).

Те пациенты, что приходят к врачу, тоже оставляют желать лучшего:

У нас население тяжелое. В Швеции приходит мама с ребенком, она четко знает к какому времени, там никогда нет очередей. То ли у них народ не болеет... Мамочка приносит пеленку, игрушку, все, что требуется. У нас приходит мама без ничего. То ли у нас воспитание такое... (интервью 4);

У них такой толпы нет. Игровая комната, игрушки. У нас все растащили (интервью 11).

И вероятно, главное огорчение наших врачей — отношение пациентов к своему собственному здоровью: *«Там иное отношение к собственному здоровью. Здоровый образ жизни гораздо больше ценится. В этом плане бороться труднее. Одно дело он здесь тебе покивал, другое дело — что он будет делать»* (интервью 8).

Российские пациенты недооценивают свою роль в поддержании собственного здоровья, предпочитая считать ответственным врача:

Что мне еще нравится в западной медицине — у них прививают отношение пациенту, что твоё здоровье — это твоё ЗДОРОВЬЕ. Почему вы доктора ставите ответственным за своё здоровье. Ты сам должен... брось курить, ходи в бассейн, занимайся пробежками — занимайся собой (интервью 2).

Необходимо сказать о соотношении числа мужчин и женщин среди семейных врачей. При попытках выяснить, стало ли в семейной медицине больше мужчин по сравнению со службой участковых врачей, практически все ответы свелись к тому, что нет, и, видимо, не будет ¹, так как работа врача оплачивается низко, а мужчины традиционно воспринимались, прежде всего, как обязанные содержать семью (даже если в действительности это им удастся хуже, чем женщинам): *«Мужчина*

¹ На пятьдесят пять семейных врачей Гатчины и района приходится двое мужчин.

изначально считается кормильцем в семье, а прокормить семью на зарплату семейного врача...» (интервью 14). Эта тема почти неизбежна и при сравнении с положением дел в Швеции, поскольку там врачей-мужчин значительно больше, что сразу бросается в глаза. Наши информанты объясняют это либо тем, что зарплата врача в Швеции позволяет содержать семью, либо тем, что женщины на Западе вообще чаще сидят дома и заботятся о семье.

Помимо наблюдения за шведскими врачами непосредственно на их рабочем месте, около двадцати российских врачей посетили лекции по медицинскому менеджменту. Лекции читал Рольф Маркстрем, директор больницы Сандвикена и первичной медицины округа Гевлеборг (центральная Швеция); иногда он приглашал врачей и медсестер округа поделиться своим опытом по руководству отделением, сотрудничеству с больницей и другим областям их повседневной работы.

Прежде всего, сама идея — обучать тому, как быть руководителем — была новой и непривычной. Вплоть до последнего времени обычной практикой оставалось назначение одного из врачей больницы главным врачом; предполагалось, что хороший врач должен быть хорошим руководителем. Так же дело обстоит и с заведующими отделениями. Отсюда вытекает два важных следствия, которые воспринимаются как естественные: 1) заведующий отделением — всегда врач; 2) больницей всегда руководит врач, что отражено в самом термине — *главврач*. Поэтому наши врачи были сильно удивлены тем, что в Швеции нередко отделение семейных врачей возглавляется медсестрой. Здесь тесно переплетаются вопросы статуса и демократизации. Медсестра, как человек с более низким социальным статусом, не воспринимается как равный с врачом кандидат на должность заведующего, с одной стороны. С другой стороны, нашими больницами в подавляющем большинстве случаев руководят врачи, в то время как в Швеции это может быть, например, экономист. Еще одна «странность» в шведской системе руководства — ограниченный срок руководящей работы. Как руководитель отделения семейных врачей, так и директор больницы, заключают контракт на несколько лет, который может быть продлен или закончен.

Что касается содержания курса, то наиболее впечатляющими темами (которые затем были применены в работе гатчинских семейных врачей) были модель логического планирования и личное собеседование.

Модель логического планирования. Это конспективная программа развития отделения на три года и — в ее рамках — подробная программа развития на год. Прежде всего, произвели впечатление шведские традиции демократии — все сотрудники отделения, включая

изначально считается кормильцем в семье, а прокормить семью на зарплату семейного врача...» (интервью 14). Эта тема почти неизбежна и при сравнении с положением дел в Швеции, поскольку там врачей-мужчин значительно больше, что сразу бросается в глаза. Наши информанты объясняют это либо тем, что зарплата врача в Швеции позволяет содержать семью, либо тем, что женщины на Западе вообще чаще сидят дома и заботятся о семье.

Помимо наблюдения за шведскими врачами непосредственно на их рабочем месте, около двадцати российских врачей посещали лекции по медицинскому менеджменту. Лекции читал Рольф Маркстрем, директор больницы Сандвикена и первичной медицины округа Гевлеборг (центральная Швеция); иногда он приглашал врачей и медсестер округа поделиться своим опытом по руководству отделением, сотрудничеству с больницей и другим областям их повседневной работы.

Прежде всего, сама идея — обучать тому, как быть руководителем — была новой и непривычной. Вплоть до последнего времени обычной практикой оставалось назначение одного из врачей больницы главным врачом; предполагалось, что хороший врач должен быть хорошим руководителем. Так же дело обстояло и с заведующими отделениями. Отсюда вытекает два важных следствия, которые воспринимаются как естественные: 1) заведующий отделением — всегда врач; 2) больницей всегда руководит врач, что отражено в самом термине — *главврач*. Поэтому наши врачи были сильно удивлены тем, что в Швеции нередко отделение семейных врачей возглавляется медсестрой. Здесь тесно переплетаются вопросы статуса и демократизации. Медсестра, как человек с более низким социальным статусом, не воспринимается как равный с врачом кандидат на должность заведующего, с одной стороны. С другой стороны, нашими больницами в подавляющем большинстве случаев руководят врачи, в то время как в Швеции это может быть, например, экономист. Еще одна «странность» в шведской системе руководства — ограниченный срок руководящей работы. Как руководитель отделения семейных врачей, так и директор больницы, заключают контракт на несколько лет, который может быть продлен или закончен.

Что касается содержания курса, то наиболее впечатляющими темами (которые затем были применены в работе гатчинских семейных врачей) были модель логического планирования и личное собеседование.

Модель логического планирования. Это конспективная программа развития отделения на три года и — в ее рамках — подробная программа развития на год. Прежде всего, произвели впечатление шведские традиции демократии — все сотрудники отделения, включая

медсестер, принимали участие в обсуждении. Работа в команде, такая естественная для шведских партнеров, воспринималась как нечто хорошее, приятное и полезное, но едва ли возможное в нашей стране. В разработке плана учитывались такие аспекты, как внешнее влияние на работу отделения (изменение численности населения, наличие на участке крупных предприятий или учреждений), динамика различных заболеваний, возможность эпидемий. Новым для наших врачей было поименное указание ответственных за то или иное мероприятие, срока отчета и того сотрудника, которому должен быть представлен отчет.

Личное собеседование. Идея этой практики заключается в собеседовании с глазу на глаз между руководителем отделения и каждым из сотрудников, которое проводится два раза в год (а при необходимости — в случае каких-либо сложностей или конфликтов — и чаще). Цель встречи — в спокойной обстановке обсудить мнение сотрудника о своей работе, его стремления, потребности (необходимость в повышении квалификации, особый график работы), иногда — домашние проблемы. Поскольку в России вызов к начальнику для беседы обычно воспринимается как знак грядущих неприятностей и в любом случае — как стресс, то удивляли тщательная подготовка начальника к беседе, обеспечение спокойной атмосферы, а также взаимное доверие и уважение сторон.

В последнее время в СМИ активно обсуждается медицинская реформа, заметной частью которой должен стать институт семейных врачей. Суть их работы отражена в приказе № 84 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)». Еще до его опубликования планируемые изменения стали причиной бурных дискуссий. То, что в приказе научнообразно именовалось «специальной многопрофильной подготовкой», в прессе называли проще и более хлестко: «Первичную помощь всем — от младенца до столетнего старца — будет оказывать семейный врач. Он должен лечить и рот, и наоборот» [Горбачева, 2004]. В Интернет-чатах выражались не менее колоритно: «Вводятся семейные врачи — теперь, чтоб попасть к окулисту — тебе сначала выпишет очки семейный врач, а если ты от них слегка окосеешь — ну тогда уже к окулисту:) то же самое и со всеми остальными специальностями (10.12.04)».

Как и в Гатчине, десятком лет ранее, больше всех противились переменам педиатры:

В проекте Концепции развития здравоохранения, вышедшей из стен Минздрава, это самое развитие предполагается направить в сторону... ликвидации детских и женских консультаций. Против введения такой системы восстал Союз педиатров России. ... всеобщее, казалось бы,

неприятие предложенных реформ в педиатрии (а они, поверим доктору Рошалю, планировались) не успокаивает. Сколько раз случалось, что против каких-то новшеств выступают буквально все, а новшества эти вводятся [Горбачева, 2004].

Та же тема — игнорирование мнения тех, кого реформы непосредственно касаются, — присутствует и в более поздних публикациях: «Пациенты, во благо которых, наверное, и затевался эксперимент, к подобному новаторству отнеслись скептически. Впрочем, их мнение, уж точно никто не спрашивает» [Карташева, Бойко, 2005].

Отсутствие интереса к мнению населения — наименее тяжелое обвинение в адрес авторов новшества. Мотив реформы как преднамеренного вредительства широко представлен, например, в Интернет-чатах, где планируемая реформа обсуждалась не менее эмоционально, но уже без цензуры: «Вижу, как все, что создавалось годами, теперь намеренно разваливают. Наверяд ли те, кто этим занимаются, не понимают, что делают, только вот интересно, зачем, и чем все это кончится» (08.12.04). Отвечающие тоже не подозревают реформаторов в каких-либо гуманных намерениях: «Ну, а сам как думаешь, для чего? Ну, много еще у нас людей, много...» (09.12.04). Другой пример — из прессы: «Следователи говорят: ищите, кому выгодно. Реформа тоже кому-то выгодна» [Горбачева, 2004]. А следователи, как известно, появляются после преступления.

Другая заинтересованная сторона — те, кому надлежит взять на себя обязанности педиатров, — тоже не проявляют оптимизма:

По замыслу инициатора перемен Михаила Зурабова, всю работу педиатров должны взвалить на свои плечи терапевты. Сами они говорят, что и без того сильно загружены. Лечат больных с самыми разными заболеваниями, начиная от сердечников и заканчивая астматиками. Теперь этим специалистам предлагается лечить еще и детей [Карташева, Бойко, 2005].

Ситуация, в которой один врач выполняет разнообразные функции многочисленных специалистов — вполне обычная в деревне — признается вынужденной, но уж никак не такой, к которой следует стремиться: «Семейный доктор в нашей стране есть — это сельский врач. Он *поневоле* вынужден лечить и старого и малого» [Горбачева, 2004].

Менее радикальные критики, особенно те, которые осведомлены о некоторых деталях организации западной медицины, признают рациональное зерно идеи, однако отмечают, что там, где эта система работает, несколько другие условия. Соответственно, в России, где таких условий нет, нет и оснований ожидать положительных результатов: «Не... в принципе идея не плохая... у нас в России все идеи изначально очень хорошие... но потом их превращают в отстой...» (22.04.05).

Еще одним камнем преткновения стали планы увеличения зарплаты медицинским работникам, точнее, их части. В.В. Путин в новой социальной программе предложил: «В начале 2006 года зарплата участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики должна в среднем вырасти на 10 тыс. рублей в месяц» [Народ... 2005. С. 2]. Одна из информанток сравнила эти планы с тем, как если бы в школе подняли зарплату учителям русского языка, а математиков и географов оставили с прежней (интервью 18). Специалисты опять стали говорить: «Мы не будем никого лечить, за такую зарплату пусть лечат семейные врачи». В телевизионном выступлении президента 11 октября 2005 года на канале РТР в программе «Вести» речь шла уже о повышении зарплаты всем врачам. Однако скандал уже разгорелся, и, разумеется, отношений между семейными врачами и узкими специалистами это не улучшило.

В программе «В эфире — ЛОТ» (канал СПб., 29 декабря 2005 года) высказывания врачей о различных аспектах медицинской реформы демонстрируют непонимание ее деталей и неверие в какие-либо положительные результаты, а в комментариях журналистов реформа предстает как нечто неизбежное, вроде стихийного бедствия, последствий которого никто себе не представляет, но с которым надо заранее смириться и работать вопреки ему:

Реформа грядет. Неотвратим тот день, когда медицинским работникам и пациентам, как существующим, так и потенциальным, придется жить и работать по-новому. Как? Не совсем понятно. Но другого выхода нет...

Продолжая сравнение реформы с природными бедствиями, можно добавить, что ее, как и стихию, некоторые надеются просто переждать: «В регионах сейчас уповают на то, что большинство российских реформ редко доходят до глубинки. Здесь надеются, что дальше разговоров дело так и не пойдет» [Карташева, Бойко, 2004]. Единственный корпус текстов, где идея семейного врача подается с оптимизмом — рекламные объявления частных медицинских фирм.

Те самые особенности семейной медицины, которые внушают недоверие противникам реформы, — один семейный врач вместо нескольких специалистов, обслуживание всех членов семьи — акцентируются и здесь, но с положительным знаком. Вероятно, так и должны выглядеть результаты медицинской реформы в ее идеальном виде. Однако в возможность подобных радужных перспектив не верит, кажется, никто — ни врачи, ни их потенциальные пациенты. Приведем еще один пример из чата:

Вот, вот оно самое!!! Для начала условия, а потом остальное! Но условий-то нету! И почему-то улучшений в ближайшее время не

намечается... Вот я и подкапываюсь к *реальности*, а не к *идеальной модели* этой реформы. Кто-то говорил, мол, учить все — не разбираться профессионально ни в чем... или что-то в этом духе... (27.04.05).

Заключение

Итак, семейный врач стал реальностью. Каждый относится к этому по-своему. Уже пилотное исследование выявило практически диаметральный разброс мнений: кто-то горячо приветствует нововведение, кто-то категорически не приемлет, кому-то кажется, что ничего особенно не изменилось. Однако реформа продолжается; и можно предполагать, что ситуация изменится, когда на смену переобученным терапевтам и педиатрам придут выпускники кафедры семейной медицины и семейных врачей перестанут воспринимать как «бывших».

Как ни странно, уже получив опыт общения с зарубежными коллегами, при вопросе о том, что хотелось бы заимствовать у западных врачей, говорят отнюдь не о зарплате, хотя уровень жизни, конечно, несравним. Гораздо важнее, как кажется, для наших врачей — это снизить нагрузку на рабочем месте и при визитах на дом (в Швеции поразили прием 4–5 пациентов за рабочий день и 1–2 визита на дом в месяц). В отделении семейных врачей, когда кончается запланированное количество талончиков, выписываются дополнительные. Еще российские врачи мечтают получить современное оборудование и изменить отношение пациентов к своему собственному здоровью. Из новых для нашей страны форм работы называют телефонные консультации, для которых отведено отдельное время, и самостоятельную работу медсестер, в том числе медсестер по выделенным заболеваниям. Последняя инновация была успешно применена в Гатчине и положительно оценена и врачами, и пациентами.

Однако многие особенности западноевропейской медицины, даже те, которые воспринимаются как полезные, по разным причинам оказались неприменимы в российской медицине. Если попытаться разбить эти причины на группы, то получится следующая картина. Некоторые причины касаются российской ментальности. Они отчасти сформированы бесплатным и легкодоступным характером советской медицины (это отсутствие перерывов в течение рабочего дня, большое число пациентов на приеме и вызовов на дом, негативное отношение к телефонным консультациям¹); отчасти — устоявшиеся стереотипами о соотношении статуса, должности и образования

¹ В настоящий момент проходит обучение группа медицинских регистраторов, которые в дальнейшем будут работать медицинскими секретарями.

(невозможность назначить медсестру заведующей отделением). Другая группа причин касается российского медицинского законодательства, например: независимая работа медсестер, институт медицинских секретарей, бесплатная работа врача, обязательное предоставление больничного листа при отсутствии на работе. Естественно, четкой границы между двумя группами нет. Например, врач не может себе позволить сделать перерыв на чай из-за большой нагрузки в течение дня, причина которой, в свою очередь, коренится в медицинском законодательстве.

Как видно, и при введении семейной медицины в Гатчине в 1992 году, и при обсуждении планируемой (а потом и состоявшейся) реформы 2005 года основные темы остаются прежними — неверие в успех задуманных изменений, негодование из-за игнорирования мнения пациентов, сомнения в способности одного врача выполнять функции сразу нескольких специалистов. В обоих случаях наибольшую тревогу вызвала судьба педиатрии. Беспокойство клиентов при столь резких изменениях в стане профессионалов вполне закономерно, тем более, когда появляется новая профессия или же в корне изменяется старая. Тем уместнее было бы учесть опыт тех немногих регионов, где семейная медицина существует уже около десяти лет, чтобы сделать переход к новым отношениям — минимально шокирующим.

Список информантов

Интервью 1. Жен., фельдшер, ок. 27 лет
Интервью 2. Жен., семейный врач, 34 года
Интервью 4. Жен., медсестра, ок. 45 лет
Интервью 5. Жен., семейный врач, 41 год
Интервью 8. Жен., семейный врач, ок. 51 года
Интервью 11. Жен., семейный врач, ок. 44 лет
Интервью 14. Жен., семейный врач, 52 года
Интервью 18. Жен., массажист, ок. 40 лет

Список литературы

Горбачева А. Проект ликвидации детских и женских консультаций растворился в бюрократическом тумане. 2004 // http://www.ng.ru/health/2004-02-20/8_pedi-atres.html.

Гриненко А. Я., Гурин Н. Н., Якубович И. К., Баранова Н. Ю. Семейная медицина Гатчины (становление, первые результаты). СПб.: Фолиант, 2001.

Губачев Ю. М., Макиенко В. В. Почему я выбираю семейного врача. СПб.: Человек, 1999.

Карташева Т., Бойко Н. С 1 апреля в России стартует медицинская реформа. 2005 // http://www.ren-tv.com/pages/page_1.php?id_page=2&id_text=1818&day=01&cdate=01-04-2005.

Народ должен жить лучше. Буду контролировать лично! // Комсомольская правда. 2005. № 34 (181). 7 сент. С. 2.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 января 2005 года № 84 (г. Москва) «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)». Опубликовано 16 марта 2005 года // <http://www.rg.ru/2005/03/16/semeynyj-vrach-dok.html>.

Приказ Минздрава РФ от 26 августа 1992 года № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» // <http://kref.ru/cgi-bin/lib/lit.pl?type=zakon&act=all&page=28&cat=17>.

Валерия Борисовна Колосова
канд. филол. наук, ассоциированный сотрудник,
факультет этнологии, Европейский университет в Санкт-Петербурге
электронная почта: chakra@eu.spb.ru
