

Елена Здравомыслова, Анна Тёмкина  
**«ВРАЧАМ Я НЕ ДОВЕРЯЮ», НО...  
ПРЕОДОЛЕНИЕ НЕДОВЕРИЯ  
К РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ<sup>1</sup>**

### Введение

С 1990-х годов в России произошли существенные реформы в здравоохранении, связанные с экономическими трансформациями и попытками выхода из демографического кризиса. Для пациентов это означало формирование новых возможностей и выбора, но одновременно и растущее неравенство в доступе к квалифицированной медицинской помощи. В 2000-е годы изменяются оценки и практики в отношении обеспечения репродуктивного здоровья. Женщины становятся более требовательными, более информированными, они ориентируются на планирование семьи, в том числе на использование эффективной контрацепции, и на качественное медицинское обслуживание. Для этого они осуществляют различные стратегии и используют разнообразные ресурсы, включающие экспертное знание.

Обеспечение репродуктивного здоровья сталкивается с проблемой недоверия к врачам и к медицинским институтам. Этот вопрос широко исследуется в социологии, начиная с классических работ Т. Парсонса

---

<sup>1</sup> Авторы благодарят Х. Балцера, М. Ривкин-Фиш, А. Вакру, а также анонимных рецензентов за полезные комментарии. Мы признательны всем нашим коллегам, которые принимали участие в данном проекте, — Д. Александрову, Е. Ангеловой, П. Аронсон, О. Бредниковой, А. Величко, Н. Нартовой, Д. Одинцовой, О. Снарской, Ж. Черновой, Ж. Цинман, О. Шек, Н. Яргомской. Первую версию этой статьи см.: Temkina A. and Zdravomyslova E. (2008). Patients in Contemporary Russian Reproductive Health Care Institutions. Strategies of Establishing Trust, *Demokratizatsiya*, vol. 3, N 3, p. 277–293. Данная версия готовилась в рамках Special & Extension Program (CEU).

(см.: Freidson 1970; Lupton 1995, 2004; Scambler and Britten 1995; Turner 1995; Annandale 1998; Rivkin-Fish 2005; Вишневский и др. 2006). В данной статье мы рассматриваем взаимодействия в государственных и частных клиниках, исходя из перспективы пациенток и обращая особое внимание на их опыт во время беременности и родов.

Используя тематические глубинные интервью и следуя стратегии обоснованной теории (Glaser and Strauss 1967), мы реконструируем центральный лейтмотив (катеорию) рассказов пациенток. Этот лейтмотив звучит следующим образом: «врачам/медицине я не доверяю» и сопровождается многочисленными жалобами, связанными с опытом взаимодействия с медицинскими учреждениями. Мы анализируем причины недовольства, выражаемого в жалобах, потребности и ожидания женщины, которые остаются неудовлетворенными, порождая систематическое недоверие к врачам и медицинским институтам. Мы реконструируем стратегии женщин, направленные на получение необходимой медицинской помощи в ситуации институционального недоверия к учреждениям, где оказываются услуги по охране репродуктивного здоровья населения. Эти проблемы систематически возникают как в государственных (при бесплатном и при платном обслуживании), так и в частных учреждениях, обслуживающих репродуктивное здоровье.

Эмпирические данные, собранные в 2005–2006 гг., включают пять дневников включенного наблюдения и 22 глубинных интервью с женщинами-клиентками (пациентками) медицинских учреждений (список см. в *Приложении*). Информантки — это городские жительницы репродуктивного возраста (от 19 до 45 лет), в основном принадлежащие к среднему классу. Статья начинается с краткого обзора институционального контекста взаимодействий в репродуктивном секторе медицины. Мы относим к данному сектору те звенья медицины, в которых осуществляется консультирование по поводу сексуального/репродуктивного здоровья, профилактика, диагностика и лечение осложнений беременности, родов и послеродового периода. Затем мы операционализируем понятие «доверия» для наших исследовательских задач. Мы рассматриваем ситуации и взаимодействия в различных медицинских учреждениях, которые порождают жалобы и недоверие и в конечном счете неудовлетворенность и низкую эффективность медицинского обслуживания. Нас интересует, какие стратегии и для чего выстраивают пациентки во взаимодействии с врачами, а также их идентичность, поскольку феномен контроля над ситуацией и планирования собственной жизни обретает в современной России новые черты. Мы рассмат-

риваем стратегии, которые вырабатывают женщины для того, чтобы осуществлять контроль над своим здоровьем и над ситуацией. Женщины пытаются обеспечить себе надежность, подотчетность и более удовлетворительные условия. Эти стратегии позволяют пациенткам в некоторой степени противостоять дисбалансу власти в отношениях врач—пациент. Эффективность таких стратегий существенно зависит от социальной позиции и объема ресурсов, связанных, в свою очередь, с контекстом городских условий. Здесь мы рассматриваем позиции и стратегии женщин — жительниц крупных городов (Санкт-Петербург, Самара, Челябинск)<sup>2</sup>.

### **Институциональный ландшафт**

В 2006 году преодоление демографического кризиса в России, в том числе повышение рождаемости, заявлено в числе приоритетных задач государства. В. Путин (2006) объявил об этом в своем ежегодном Послании Федеральному Собранию РФ. Одна из основных предлагаемых государством мер повышения рождаемости — государственная поддержка рождения второго ребенка, так называемый материнский, или родительский, капитал. Введенные в 2006 г. «родовые сертификаты» рассматриваются как стимулы повышения экономической заинтересованности врачей и медицинских учреждений в улучшении качества обслуживания беременных. Однако мы утверждаем, что усилия по решению демографических проблем не будут эффективными, если российские женщины сохранят свое негативное отношение к медицинским институтам. Наше исследование направлено на то, чтобы проанализировать барьеры на пути создания климата доверия в медицине, а также на способы, которые используют женщины для преодоления этих барьеров. Мы рассматриваем конструирование доверия в разных институтах репродуктивного здоровья (первичной и вторичной медицинской помощи), в системе платного и бесплатного медицинского обслуживания.

---

<sup>2</sup> В данном случае для нас не существенны особенности городской инфраструктуры, а важно то, что все эти города — с населением более миллиона человек и в них существует разветвленная сеть учреждений, связанных с репродуктивным здоровьем. При этом большинство наших данных касаются Санкт-Петербурга.

Опишем кратко двухуровневое институциональное устройство системы репродуктивного здравоохранения. Первичное амбулаторное звено включает женские консультации<sup>3</sup>, гинекологические отделения в медицинских центрах и центры планирования семьи. На этом уровне пациентам оказывается первичная помощь. Медицинские учреждения вторичной стационарной помощи<sup>4</sup> включают родильные дома, гинекологические отделения в больницах и специализированные гинекологические клиники. Медицинское обслуживание в системе государственного здравоохранения организовано по территориально-ведомственному принципу, т. е. граждане обслуживаются либо по месту проживания, либо в ведомственных поликлиниках. В соответствии с пунктом 2 статьи 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (от 22 июля 1993 г. N 5487-1), граждане имеют право выбирать место обслуживания: например, беременная женщина может обслуживаться в консультации в районе реального проживания, а не по месту регистрации.

С 1990-х годов начались существенные изменения в системе оплаты медицинских услуг, с этого времени бурно развивается коммерческий сектор. Платные услуги предоставляются не только в частных медицинских учреждениях, но и в государственных. Цены на услуги определяются администрацией и отличаются в различных медицинских организациях в зависимости от спроса, репутации учреждения, статуса врача. Список платных услуг и цены постоянно пересматриваются. Начиная с 1994 г. важную роль в организации медицинского обслуживания играют страховые компании, которые оплачивают определенный набор медицинских услуг (в повседневности они называются,

---

<sup>3</sup> Женская консультация (ЖК) является государственным (муниципальным) лечебно-профилактическим учреждением, предоставляющим амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь, а также услуги по планированию и охране репродуктивного здоровья населения. Их цель — охрана здоровья матери и ребенка. В числе задач ЖК — оказание акушерской помощи женщинам во время беременности, оказание амбулаторной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями, обеспечение консультирования и услуг по планированию семьи (Юрьев и Куценко 2000: 309).

<sup>4</sup> Перед сетью учреждений, осуществляющих больничную помощь, стоят задачи оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях. Основным учреждением, предоставляющим акушерско-гинекологическую помощь, является объединенный роддом.

как и в советское время, «бесплатными», а учреждения, где их оказывают, — государственными). При этом постоянно изменяется набор услуг, которые граждане должны оплачивать сами в государственных медицинских учреждениях. Правила не являются стабильными и постоянно пересматриваются. Обязательное медицинское страхование (ОМС), обеспечиваемое за счет государственного бюджета, покрывает лишь часть необходимых услуг. Альтернативой ему является добровольное медицинское страхование (ДМС) — к нему граждане прибегают по мере роста благосостояния и усугубления проблем со здоровьем; частные предприятия все чаще включают ДМС в социальный пакет работника. В современных медицинских учреждениях, включая репродуктивный сектор, сочетаются различные виды оплаты услуг, которые вслед за О. Бредниковой (см. ее статью в данном сборнике) мы называем формализованными (официальные платы по прейскуранту через кассу), скрытыми (платы-благодарности, осуществляемые пациентами без обсуждения с врачом) и прямыми (неофициальные платы по взаимному соглашению, по сумме близкие к установленным по прейскуранту, но выплачиваемые непосредственно врачу).

### **«Доверие» как теоретический инструмент исследования медицинских взаимодействий в репродуктивной сфере**

В данной статье мы определяем доверие в духе неофункционализма как культурный ресурс, обеспечивающий стабильность и предсказуемость социальных институтов (Sztompka 1999). Доверие составляет «рутинное основание повседневных взаимодействий, поддерживающее предсказуемость, адекватность и надежность коллективного порядка и одновременно снижающее уровень его сложности и неопределенности» (Misztal 1996: 97).

Объектами доверия являются институты и профессиональные роли, а также индивиды. Климат доверия в обществе определяется структурными факторами. Социальное напряжение и структурная неопределенность предрасполагают к кризису доверия. Последствия дефицита доверия не обязательно ведут к тотальной дезорганизации жизни, он может способствовать социальным изменениям и формированию новых солидарностей. В условиях дефицита доверия индивиды вырабатывают стратегии достижения предсказуемости, снижения рисков, обеспечивающие доступ к ресурсам и услугам, в которых они нуждаются.

Медицинские взаимодействия и медицинская сфера в целом представляют сферу риска, неопределенности и дисбаланса власти между медицинскими экспертами и зависимыми от них пациентами (о различных формах власти см. статью М. Ривкин-Фиш и В. Самохвалова в данном сборнике). В то же время эффективное лечение возможно лишь в условиях доверия, когда врач и пациент полагаются на то, что каждый из них будет исправно выполнять некоторый набор действий. Медицина предоставляет так называемые доверительные услуги (*credible goods*), полезность которых не является самоочевидной, а оплата происходит раньше, чем получены результаты. Поэтому доверие к профессиональной компетенции медиков и к тому, что будет достигнут желаемый результат, является важнейшим условием взаимодействия. Как указывает Б. Тернер (Turner 1995: 194), «пациенты осознанно отдают себя в руки врача и следуют его/ее указаниям, которые, в свою очередь, предположительно приведут к улучшению здоровья».

Особая символическая ценность репродуктивного здоровья для гендерной идентичности обостряет проблему доверия во взаимодействиях врач—пациентка. Существует различие в символической нагрузке посещения гинеколога и, например, стоматолога. Женщины являются чрезвычайно чувствительными к вопросам сексуальности и репродукции, которые в культурном смысле связаны с выстраиванием и поддержанием гендерной идентичности. Женщины ожидают от гинекологов и акушеров не только профессиональной помощи, но и эмпатии и поддержки их гендерной роли (см. статью П. Аронсон в данном сборнике). В российской культуре традиционное понимание женственности связано с материнством, и потому женщины особо требовательны и чувствительны к взаимодействиям с гинекологами по сравнению с другими специалистами.

Доверие во взаимодействии проявляется при контактах лицом к лицу между врачом и пациентом. Эти взаимодействия пронизаны отношениями неравенства, связанного прежде всего с дисбалансом профессиональной экспертизы. Ситуации взаимодействия являются контекстуально обусловленными. Хотя врач обслуживает пациента индивидуально, однако их взаимодействие опосредуется и управляется организационным, экономическим и культурным контекстами. Новые технологии в диагностике и лечении, коммерциализация, фрагментация и бюрократизация медицинских услуг, изменения правил организации медицинских учреждений и оплаты услуг — все это влияет на взаимодействие между врачом и пациентом (Carl 2007).

Институциональное обеспечение репродуктивного здоровья в России предполагает, что каждая женщина может обратиться к врачу ЖК по месту жительства, постоянно наблюдаться у него и при необходимости получать лечение. В соответствии с Основами Законодательства об охране здоровья граждан, женщина может выбрать учреждение и врача, хотя такое решение вызывает множество бюрократических проблем. Выбор государственного или частного, платного или бесплатно-обслуживания, выбор врача-гинеколога, который приходится делать женщине, повышает ее чувствительность и требовательность к качеству обслуживания.

### **Институциональная траектория беременной женщины — цепочка взаимодействий с институтами репродуктивной медицины**

Каждая беременная российская женщина взаимодействует с институтами репродуктивной медицины. Эти взаимодействия начинаются с того момента, когда женщина приняла решение по поводу рождения ребенка или столкнулась с незапланированной беременностью. Часто именно этот период является временем сомнений и эмоционально окрашенных решений. Предполагается, что при первых признаках беременности женщина должна обратиться в районную ЖК, к которой она приписана по месту жительства. В консультации женщину регистрируют, и она становится учетной единицей учреждения. Специалисты проводят обследование и наблюдение на протяжении всей беременности. Женщина получает предписания и лечение, ей выдают официальные документы, подтверждающие статус беременной и необходимые для получения выплат в декретном отпуске и отпуске по уходу за ребенком, а также другие медицинские сертификаты. Если женщина в период беременности не обращается в ЖК, она сталкивается с проблемами оформления соответствующих документов сертификата и обслуживания в родильном доме. Беременная женщина должна, выполняя предписания врачей, регулярно посещать ЖК. Она постоянно встречается с одним и тем же врачом и медсестрой, что позволяет установить отношения на долгосрочной основе. Если возникают риски прерывания беременности или осложнения, беременную направляют в специализированный стационар. Участковый гинеколог направляет ее в роддом, который часто бывает объединен с ЖК

в один комплекс. По приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (МЗСР РФ) от 28 ноября 2005 г. № 701 г. Москва «О родовом сертификате», каждая женщина может выбирать родильный дом. ЖК и роддом получают фиксированные начисления из государственного бюджета при предъявлении родовых сертификатов<sup>5</sup>. Если женщина поменяет учреждение из-за плохого обслуживания, администрация не получит выплат по сертификату. Роды обычно проходят в роддомах, женщины (или супружеские пары) могут предварительно договориться о родах в платных отделениях государственных роддомов или в частных роддомах. Отдельная палата для родов, как правило, оплачивается, поскольку существует дефицит таких услуг.

Проблемы доверия возникают на всех этапах обслуживания в репродуктивном секторе медицины. Мы проанализируем взаимодействие врачей и пациенток в консультациях, коммерческих центрах, гинекологических отделениях стационаров, гинекологических клиниках и в роддомах. Особое внимание мы уделяем жалобам пациенток на медицинское обслуживание, которые мы интерпретируем как свидетельства дефицита институционального и личного доверия<sup>6</sup>.

***Государственная медицина:  
жалобы на дискомфорт среды,  
бюрократию и безразличие***

До того как женщина попадает к своему врачу, она сталкивается с инфраструктурой учреждения, которая часто вызывает ее недовольство. В медицинском центре пациентки взаимодействуют с работниками регистратуры, санитарями, медицинскими сестрами и акушерками. Женщины проходят процедуры, сдают анализы, погружаясь в среду поликлиники или больницы. Им не безразлично, в каких условиях они проводят иногда длительное время, как к ним относятся окружающие их люди. Если женщина находится на лечении или профилактике в

---

<sup>5</sup> По данным выборочных обследований, такая мера не всегда приносит положительные результаты. На практике выбор роддома бывает затруднен, в случае если предполагаются «бесплатные» роды (см., напр.: Межецкая 2006).

<sup>6</sup> Жалобы пациенток существенно отличаются от типичных жалоб, характерных для культурного контекста в России, описанных Н. Рис (2005).



больнице, то она делит (бесплатную) палату с другими пациентками. Состояние среды становится в этом случае особенно значимым, а женщины особенно требовательными, у них возникает множество жалоб по самым различным поводам. Эмпирические данные позволяют нам реконструировать лейтмотив жалоб. В дневниках и интервью женщины описывают организацию пространства и больничные интерьеры в деталях. ЖК часто нуждается в ремонте, хотя в настоящее время состояние этих учреждений улучшилось по сравнению с 1990-ми гг. Опираясь на личный опыт, рассказы знакомых или СМИ, женщины сравнивают государственные и частные клиники. Несмотря на национальные проекты, выделяющие значительные средства на первичное звено здравоохранения, государственные учреждения не выдерживают сравнения с частными.

Подробные описания государственных учреждений, данные пациентками, приводятся в последней части настоящего сборника. Здесь же мы остановимся только на некоторых из них. Пациентка А.А., 47 лет, описывает ЖК:

*Помещение (регистратуры) чистое, подобие евроремонта (9.03.2006). (На отделении) чисто, но отдает советской убогостью, стены зеленые, двери слегка облупленные. В отсеке, где четыре кабинета, — две скамейки для посетителей, четыре гинекологических кресла в коридоре. Темновато (1.02.2007). Я посетила туалет. Он ужасный. Не запирается (при том, что он общий и для мужчин, и для женщин), вода еле течет, все облезло. Правда, прикручен новый недешевый кран, что делает общую облезлость интерьера еще более вытуклой (12.02.2007).*

Пациентки наблюдают бедность окружающей обстановки, которая воспринимается ими как наследие советского времени. Особенно часто упоминаются «ужасные» туалеты.

В другом дневнике читаем о неудобствах, которые надо преодолеть на подходе к государственному медицинскому центру, делающих пациентку уязвимой и беспомощной:

*Больница — это комплекс зданий, внутри комплекса зданий располагается храм. Дорожки, соединяющие здания, — абсолютно оледенелые, не посыпаны ни песком, ни солью. Через несколько дней выпал снег — пройти к родильному дому, который находится в глубине комплекса, стало просто невозможно... (Особые трудности у) беременных*

*женщин и больных людей и женщин с колясками, которые если и не лежат в этой больнице, то посещают женскую консультацию и поликлинику. Родильный дом — кирпичный, серого цвета... вокруг помойка, ржавчина на трубах, вокруг очень много грязи... Непременный атрибут родильного дома — курящие на улице (в мороз!) беременные женщины, одетые только в халаты (А.В., 8.12.05).*

Уже приближаясь к госпиталю, пациентки попадают в недружественную среду. Лейтмотив рассказов — грязь и неудобства, испытываемые пациентами, их риски при подходе к учреждению. Хотя в современных медицинских учреждениях часто имеются часовни или иконы, в них, однако, могут отсутствовать минимальные условия комфорта для пациентов. И хотя киоски и буфеты в больницах сделали жизнь пациентов немного приятнее, одновременно они обострили восприятие дискомфорта. Пространственная организация учреждений не отвечает потребностям клиентов: требующее ремонта, устаревшее оборудование в палатах, отсутствие пандусов, недостаточное освещение, проблемы с отоплением и горячей водой, отсутствие душа и пр. Часто физически устарело и медицинское оборудование, наиболее современное есть только в некоторых клиниках. В государственных учреждениях из-за низкой заработной платы не хватает медицинских сестер, санитаров и другого персонала.

*Больница очень старая, с огромными [высокими] потолками и огромными палатами. Много цветов в коридоре. Впечатление, будто попал в советское кино периода Любви Орловой. Бабушка позапрошлого века убирает этаж, — пишет в своем дневнике Л.Д.*

Анализ этих жалоб показывает, что доверие между врачом и пациентом во многом зависит от общей обстановки медицинского учреждения. В тех случаях, когда помещение вызывает физический дискомфорт, — доверие к профессионалу обеспечить сложнее.

\* \* \*

В медицинских центрах (консультациях, поликлиниках) женщины обращаются в регистратуру, для того чтобы выяснить расписание приема врача и правила приема («по записи», талон, «живая очередь»). Ей также объясняют суть бюрократических процедур, связанных с

оформлением документов, отпусков и выплат. Врач-гинеколог заводит «медицинскую карту»<sup>7</sup> на каждую женщину (если это не было сделано в регистратуре), затем осуществляет первичный осмотр и диагностику. Женщина должна получить информацию, ей необходимо объяснить, какие действия она должна предпринять, какие анализы делать, к каким врачам обращаться. Основные анализы делают бесплатно, дополнительные необходимо оплачивать: либо они не покрываются ОМС, либо очередь на них занимает несколько месяцев в связи с дефицитом аппаратуры. Как говорили многие информантки, далеко не всегда им легко разобраться, за что они должны платить, а за что — нет, когда им необходимо осуществлять формальные платежи, а когда предполагается оплата «в конверте». Из-за нехватки доступной информации и сложностей в организации услуг пациентки испытывают неудобства, поскольку им необходимо планировать свои расходы с учетом ограниченных ресурсов<sup>8</sup>.

Кроме того, беременные женщины (как и женщины, обращающиеся к врачу по другим поводам) хотят планировать свое время, сочетая рабочие и семейные обязанности с наблюдением за беременностью (анализами, процедурами и пр.). Им необходимо как гибкое рабочее расписание, так и более гибкое расписание посещения врачей. Хотя в консультациях врачи принимают до 7 или 8 часов вечера, а в субботу можно также делать анализы, таких возможностей для пациенток не достаточно. Приведем пример из дневника Л.Д.

*Чтобы попасть на УЗИ в консультацию, нужно с 8 до 9 утра в понедельник дозвониться по телефону в регистратуру и записаться на предстоящую неделю. Мы с мужем непрерывно звонили минут 15, пока не прорвались. Голос в трубке сообщил, что можно записаться на прием («есть время», как они говорят) во вторник в 14 часов. Мне это время было чрезвычайно неудобно, и я спросила, можно ли записаться на вечер. В ответ с той стороны повесили трубку. Затем дозванивался М... «время» осталось в пятницу тоже около 14 и тоже для нас неудобное.*

---

<sup>7</sup> «Индивидуальная карта беременной и родильницы» или «Медицинская карта амбулаторного больного».

<sup>8</sup> Заметим, что, хотя ресурсы среднего класса и являются ограниченными и требуют планирования, в гораздо менее благоприятном положении находятся низшие слои населения, которые не имеют возможности вкладывать деньги в обеспечение здоровья (см. статью П. Аронсон в данном сборнике).

*Она... сообщила, что другого времени нет и что УЗИ делают только в первой половине дня.*

Обстоятельства повседневной жизни женщины, особенно ее профессиональные обязанности, обычно не принимаются в расчет, поскольку по умолчанию, еще с советских времен, полагается, что если не единственная, то главная обязанность беременной женщины — заботиться о своем здоровье и здоровье ребенка. Хотя многие современные женщины не считают, что беременность является препятствием для занятости, режим медицинских учреждений осложняет и без того сложный баланс работы и дома. Л.Д. пишет в своем дневнике:

*На работе подготовка отчета заняла все мое время, и к врачам я так и не успела, уехала в Хельсинки на встречу координаторов... <...> К счастью, я должна была принимать экзамены у студентов, за время лежания (в больнице) я проверила все эссе.*

Во время беременности будущие матери должны посещать различных специалистов. Однако, как и в советское время, эти возможности ограничены и попасть к ним бывает достаточно трудно. Часто врачи-специалисты работают в ЖК только по несколько часов в месяц и альтернативой для женщин становится либо посещение бесплатной районной поликлиники, либо оплата приема в поликлинике или консультации. Для «бесплатных» приемов, как и в советское время, характерны длинные очереди. Иногда стоящим в очереди не хватает сидячих мест. Такие очереди выстраиваются и на прием к участковому гинекологу.

Л.Д. описывает свой визит в ЖК:

*Напротив кабинетов стоят скамейки, на которых женщины ждут своей очереди к врачу... Женщины небеременные записываются на прием в журналах, которые лежат у входа... Беременным вход формально вне очереди и без предварительного захода в регистратуру. Но когда видишь людей, которые сидят по 40 минут у кабинета, невольно садишься в очередь: из солидарности и отсутствия ощущения права на внеочередной прием врача из-за еще отсутствующего живота.*

О.Б. делает аналогичную запись в дневнике:

*К моему врачу сидела очередь из пяти человек. На каждую пациентку уходило минут 7–11. Но я попала на прием только спустя час двадцать (14.12.2006).*

Из дневника А.А.:

*Пришла в утренний прием, т. е. в 10.15. Все вместе заняло два часа, из них сидение в очереди примерно один час сорок минут (12.02.2007).*

Очередь — это игра по правилам. Иногда беременные или пациентки с особыми назначениями проходят на прием врача без очереди с согласия других посетителей. Очереди воспринимаются как символ советской эпохи и показатель неэффективности организации медицинского обслуживания. Они указывают на жесткие и нереалистичные нормативы врачебных приемов<sup>9</sup>, недостаточность их оплаты, которая заставляет работать специалистов в несколько смен или в нескольких местах. Результатом являются действия, которые кажутся абсурдными, хотя их логика задана бюрократической системой. Ниже приводятся дневниковые записи женщины, которая нуждалась в обследовании офтальмолога в районной поликлинике в 2007 г.

*Сначала надо записаться в регистратуре в понедельник. Это запись не к врачу, а всего лишь на получение номерка! Затем нужно подойти в пятницу к двум часам, разумеется, в середине рабочего дня. Я не смогла прийти раньше, и к двум уже выстроилась длинная очередь в регистратуру из тех, кто записался раньше, и тех, кто еще не записался. Для первых талоны были приоритетными. Я смогла получить талон на посещение через полторы недели, могло быть и хуже... Когда я наконец пришла к врачу на прием, то ждала своей очереди по талону 2 часа. Также в рабочее время... Врач принимает до 30 пациентов, работает 7 часов. Конечно, я бы заплатила 300 рублей, чтобы пройти сразу, но эта врач почему-то не принимала в этот день платно.*

---

<sup>9</sup> В соответствии со стандартами рабочего времени для гинекологов/акушеров в ЖК, в течение одного часа должен принять 5 пациенток, в случае профилактических визитов — 8, в случае посещений на дому — 1,25. Такие нормативы создают «эффект конвейера», для которого характерен недостаток эмоционального контакта с пациентками из-за интенсификации и стандартизации работы врача. Врачи также часто подрабатывают во вторую смену или на второй работе, что еще более усугубляет ситуацию.