

Модели поведения врачей в ситуации назначения платных услуг¹

DOI: 10.19181/inter.2021.13.1.2

Ссылка для цитирования:

Андреева Е. А. Модели поведения врачей в ситуации назначения платных услуг // Интеракция. Интервью. Интерпретация. 2021. Т. 13. № 1. С. 40–62. DOI: <https://doi.org/10.19181/inter.2021.13.1.2>

For citation:

Andreeva E. A. (2021) Models of Physician's Behavior in the Situation of Assignment Paid Procedures. *Interaction. Interview. Interpretation*. Vol. 13. No. 1. P. 40–62. DOI: <https://doi.org/10.19181/inter.2021.13.1.2>



Андреева Екатерина Александровна

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики», Москва, Россия

E-mail: ekaterinaandreeva96@yandex.ru

Российская система здравоохранения предоставляет набор бесплатных и платных диагностических и лечебных услуг. При назначении дополнительных платных услуг в ситуации выбора оказывается конкретный врач, перед которым возникает набор этических и профессиональных мотиваторов, один из них — платные услуги как источник получения дополнительного дохода. Как врачи поступают в данной ситуации, какие стратегии выбирают и чем мотивируют свое решение? Проведенные глубинные интервью (18 интервью, Тверь, 2018 г.) с врачами разных специальностей выявили несколько моделей поведения врачей при назначении платных услуг. Данные, проанализированные в тактике обоснованной теории (grounded theory), позволили автору выстроить несколько моделей врачебного поведения, где подобные выборы связываются с определенными системами профессиональных и личностных ценностей. Описанные модели условно названы: «Зарабатывание денег», «Полипрагматизм», «Коллегиальность», «Человек-система», «Полторы ставки», «Вне системы», «Избегание».

¹ Автор работы признателен научному руководителю Рудневу Максиму Геннадьевичу за идейное вдохновение, помощь и комментарии на всех этапах проведения исследования, а также Карачуриной Лилие Борисовне за ценные замечания и рекомендации, позволившие повысить качество данной статьи.



Сконструированные модели поведения врачей свидетельствуют, что назначение дополнительных платных процедур связано не только с желанием врача заработать, но также может объясняться более сложным сочетанием причин, условий работы, формальными и неформальными социальными нормами, а также базовыми ценностями самих врачей.

Ключевые слова: ценности врачей; платные медицинские услуги; государственное здравоохранение; взаимоотношения врача и пациента

Введение

В России наблюдаются расхождения между декларируемым статусом бесплатной государственной медицины и реальной ситуацией [Вишневский и др., 2006: 4]: с одной стороны, в Конституции РФ (1993) закреплено, что медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно. С другой стороны, в последние десятилетия растет объем оказанных платных медицинских услуг, причем 95% из них осуществляется в государственных учреждениях¹.

Любая медицинская услуга, в том числе платная, должна оказываться врачом исключительно в случае необходимости и в интересах пациента, что следует из федерального закона, стандартов оказания медицинской помощи², а также профессиональной этики врача [Мелик-Гайказян, Мещерякова, 2015]. Однако размер заработной платы врача, хотя и не напрямую, но обычно зависит от объема выполненных платных услуг³. Назначение необязательных платных процедур, по сути, не выходит за рамки законодательства, так как объективность назначения не может быть оценена [Мамедова, 2014: 89]. В итоге врач в реальной практике оказывается в ситуации выбора между личной денежной выгодой и профессиональными и этическими нормами и ценностями.

Описанные выше общие социальные условия относительно платных услуг не предлагают какой-то однозначной модели поведения врача, поэтому возникает ряд вопросов, связанных с конкретными ситуациями врачебного решения о назначении дополнительных услуг. Ответам на подобные вопросы и посвящено данное исследование. Существует ли и как преодолевается противоречие между личной выгодой врача и главенством заботы о пользе пациента в ситуации назначения платных услуг? Как врачи обосновывают такие назначения? Какими правилами руководствуются? От чего может зависеть выбор той или иной модели поведения?

¹ Платное обслуживание населения в России: 2017. Стат. сб. — М.: Росстат, 2017.

² Стандарты и порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/ (дата обращения: 10.03.2021).

³ Денежные средства от платных услуг не всегда влияют на личную прибыль врача, несмотря на законодательство; прибыль идет учреждению, а после возможна модель равного распределения между сотрудниками вне зависимости от личных показателей. Поэтому связь стремления врача к дополнительной прибыли и назначения услуг возникает не всегда.

Цель данного исследования — выявить эмпирические модели поведения врачей в этически спорной ситуации назначения платных услуг. Под моделями поведения мы понимаем мотивированные стратегии поведения врачей в ситуации назначения платных услуг. Под платными услугами будут пониматься все диагностические и лечебные мероприятия, которые оплачиваются пациентом. Классификация услуги в качестве «необязательной» осуществлялась на основе самооценки врачей-информантов. В данной работе в качестве вспомогательных критериев центральной категории «модель поведения» были выделены: назначение/неназначение необязательных платных услуг; базовые ценности врачей; следование или отказ от следования формальным социальным нормам; контекст и условия работы; а также тип взаимоотношений «врач — пациент».

Изученность

Обычно российские исследователи рассматривают платные услуги как один из сюжетов при комплексном анализе современного состояния российского здравоохранения. Ученые фиксируют факт возрастания значимости платных услуг, однако не анализируют этот феномен более детально, а скорее обозначают его как часть системы в целом [Кочкина, Красильникова, Шишкин, 2015; Шилова, 2007; Ковалева, Кузнецов, 2009]. Ряд исследований посвящен изучению мотивационной и ценностной составляющей деятельности врачей. А. Е. Чирикова проанализировала ценностные ориентации российских врачей в рамках взаимодействия с коллегами: несмотря на наличие у некоторых врачей ценностей индивидуализма, во врачебном сообществе более поддерживаются ценности коллективизма, то есть ориентация на взаимную поддержку [Чирикова, 2015]. Коллективистам более комфортно работать в системе здравоохранения, чем тем, у кого преобладают ценности индивидуализма. Также важной ценностной ориентацией, преобладающей во врачебном сообществе, является «работа ради блага пациента». В рамках другого исследования А. Е. Чирикова и С. В. Шишкин [Чирикова, Шишкин, 2019] проанализировали, как введение эффективного контракта¹ повлияло на мотивацию врачей, и показали, что качество и желание врачей работать зависит не только от материальных, но и от нематериальных стимулов, которые не учитываются в системе эффективного контракта.

В рамках зарубежных исследований целый пласт работ посвящен анализу процесса маркетинга здравоохранения [Скотт, 2007; Lazare, Eisenthal, Wasserman, 1975] и влиянию денежной составляющей на назначение платных обследований, на использование лекарств и качество лечения [Hennig-Schmidt, Selten, Wiesen, 2011; Green, 2014]. Исследования показали, что врачи предоставляют намного больше услуг в тех случаях, когда оплачиваются отдельные

¹ Эффективный контракт — «трудовой договор, в котором конкретизированы показатели и критерии оценки эффективности его деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг» [Чирикова, Шишкин, 2019: 36].



услуги, а не назначается фиксированная зарплата за количество пациентов [Hennig-Schmidt, Selten, Wiesen, 2011]. В случае фиксированной оплаты труда врачам гораздо проще уделять внимание каждому пациенту и оказывать качественную медицинскую помощь, так как материальная мотивация не вытесняет мотивацию профессиональную [Green, 2014]. Аналогичные результаты представлены в исследовании К. Grumbach с соавторами [Grumbach et al., 1998]: врачи более удовлетворены форматом расчета зарплаты и стимулирующих выплат, когда размер их зарплаты основан на оценке качества выполняемых ими работ и степени удовлетворенности пациентов, чем тогда, когда он зависит от количества принятых пациентов и производительности труда.

Анализ причин, которые могут привести к назначению чрезмерного количества дополнительных методов и способов диагностики, лабораторных исследований и тестов, показал, что они могут быть связаны с различными основаниями, такими как страх не заметить что-то важное (защитная функция); страх подвергнуться критике со стороны начальства; неопределенность диагноза; желание воспользоваться возможностью полностью проверить пациента во время его пребывания в больнице; желание обеспечить уверенность пациента, который считает, что большое количество тестов говорит о качестве оказанной медицинской помощи; незнание стоимости производимых платных услуг; низкий уровень грамотности — незнание диагностических признаков, необходимых для назначения [Axt-Adam, van der Wouden, van der Does, 1993].

Актуальность изучения аналогичных проблем в разрезе российской медицинской практики объясняется несколькими причинами. Во-первых, российская система здравоохранения имеет свою специфику организации — сочетание платных и бесплатных составляющих. Во-вторых, как следствие введения в действие в 2010 г. закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (№ 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г.) в России произошел переход от модели государственной медицины с бюджетной системой финансирования к системе здравоохранения, основанной на принципах социального страхования и регулирования рынка медицинских услуг с многоканальной системой финансирования [Головнина, Ореховский, 2005], что означало смещение ответственности за заботу о здоровье с государственной системы на самих граждан. Трансформации такого рода не могут безболезненно происходить в общественном сознании — врачей и пациентов — и нуждаются в изучении [Кочкина, Красильникова, Шишкин, 2015].

Теоретическая рамка

В зарубежной практике изучения аналогичных проблем применяется несколько подходов рассмотрения ситуации назначения платных процедур: либо с точки зрения моральной дилеммы [Martinez, Gallagher, 2013; Belanger, Grant-Kels, 2018], либо с позиции конфликта интересов [Hennig-Schmidt, Selten, Wiesen, 2011; Green, 2014].

Конфликт интересов представляет собой некую ситуативную рамку, при которой врач в своих действиях следует не профессиональным или корпоративным нормам, интерпретируемым в модели как первичные, а личному финансовому или иному интересу выгоды [Thompson, 1993: 573]. Хотя модель конфликта интересов, направлена на объяснение именно той дилеммы, которая проблематизируется в данном исследовании, мы не будем ее использовать в своем анализе вследствие ряда ее ограничений. Во-первых, из всей совокупности конфликтных интересов обычно рассматривается влияние материальной выгоды, поскольку этот фактор легко поддается объективизации и измерению. Основное же предположение данной работы исходит из признания возможного наличия каких-то других причин назначения дополнительных платных услуг, не связанных с материальной заинтересованностью врача. Во-вторых, в рамках этого подхода индивиды, в том числе и врачи, рассматриваются как сугубо рациональные, заинтересованные в экономической выгоде акторы. Однако любой поступок человека является результатом взаимодействия целой системы разных условий, а не только стремления каждого человека к личной экономической выгоде [Коулман, 2004: 37]. Действия индивидов укоренены в социальных структурах [Грановеттер, 2002: 45]. Это означает, что они не осуществляются обособленно, а завязаны на «сетях взаимодействия, организационных иерархиях, социальных группах, локальных сообществах, которые порождают устойчивые различия в реализации экономических действий» [Радаев, 2002: 24].

Другой подход — анализ проблемы как моральной дилеммы — исходит из предпосылки, что в мотивации врачей присутствует ситуация выбора между разными альтернативами. Этот подход предполагает, что обоснование предпочтений может быть получено в ходе интервью, где процесс выбора обсуждается, дается рациональное объяснение приверженности одной из альтернатив; содержится вывод информанта относительно гипотетического (если ситуация вымышленная) или реального выбора [Firat, McPherson, 2010]. В то же время рассмотрение с точки зрения моральной дилеммы содержит смелое допущение о том, что эта дилемма вообще представлена как таковая в сознании врачей.

Кроме того, оба подхода — объяснение мотивации как моральной дилеммы и как конфликта интересов — не предполагают изучение влияния стейкхолдеров (администрации клиники, системы здравоохранения в целом), которое явно проявляется в нарративах информантов.

Поэтому для того, чтобы выявить типичные способы действия врачей и объяснить их поведение в ситуации назначения платных услуг, нами была разработана собственная концептуальная схема.

Профессиональная деятельность на самом формализованном уровне регулируется нормативными актами — государственными и локальными. Качество оказания медицинских услуг контролируется в соответствии со «стандартами оказания медицинских услуг, обязательных для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, независимо



от вида собственности»¹. Таких стандартов насчитывается около тысячи. Назначение стандарта — определить модель пациента (описание «типового» случая), область и условия применения стандарта (диагнозы, амбулаторные или стационарные условия, длительность лечения и др.), способ лечения с указанием конкретных рекомендаций по использованию технических и медикаментозных средств. По законодательству РФ платные медицинские услуги могут оказываться только при обращении пациента в соответствующую медицинскую организацию. Обязательным является информирование пациента о возможностях и вариантах получения бесплатной медицинской помощи². При назначении платных медицинских услуг врач имеет право использовать большее количество услуг³, чем указано в соответствующем стандарте оказания медицинской помощи, что свидетельствует о существовании определенной свободы деятельности врача в этой сфере.

Во время полевого этапа исследования обнаружено, что существующие стандарты оказания медицинской помощи врачи характеризуют как неэффективные. Они зачастую реализуются только номинально, то есть используются в рамках подготовки отчетов, но не применяются в реальной практике. Врачи отмечают существование большого количества подходов к диагностике и лечению в медицинском сообществе, а не определенного стандартного. Все это говорит об отсутствии единых формальных норм, регулирующих назначение платных услуг, а также высокой роли неформальных профессиональных норм и личной мотивации докторов (базовых ценностей) относительно назначения или неназначения платных услуг.

Говоря о неформальных нормах и правилах, которыми врачи руководствуются в своей деятельности, Э. Дюркгейм выделил важную функцию, которую выполняют профессии в обществе. Они обеспечивают необходимой моралью экономические действия, так что личный интерес может регулироваться и дисциплинироваться [Yang, 2017: 31]. А. Карр-Сандрес и П. Уилсон подчеркивали, что наличие профессиональной морали позволяет сохранять социальный порядок, так как «личное безразличие к прибыли воспринималось как определяющая характеристика профессионализма» [Yang, 2017: 32].

Т. Парсонс отрицал существование альтруизма и безразличия к собственным интересам в качестве определяющей черты профессии, в его теории проблема контроля решается на институциональном, а не на мотивационном уровне. Описывая врачей, он не противопоставлял их работникам других профессий, наделяя их особым типом альтруистической мотивации. Главным элементом, сдерживающим материальный интерес, он считал институциональные нормы, формирующиеся на уровне профессионального сообщества

¹ Стандарты и порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/ (дата обращения: 10.03.2021).

² Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

³ Стандарты и порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/ (дата обращения: 10.03.2021).

и контролируемые им [Yang, 2017: 31]. Таким образом, для того чтобы выявить регуляторы поведения врачей, необходимо изучить и описать те неформальные, этические нормы, на которые они опираются в своей деятельности.

Как было упомянуто ранее, здравоохранение находится в состоянии системной трансформации [Головнина, Ореховский, 2005: 21]. Таким образом, распространенные ранее профессиональные ценности, которыми руководствовались врачи, не могут дать обоснования «новой» действительности, а новые профессиональные ценности еще не до конца сформированы и не являются универсальными для разных категорий врачей. В этой связи центральным понятием данного исследования становится понятие базовых личных ценностей — «основные жизненные смыслы, которыми индивиды, включенные в различные формы социальной активности, руководствуются в своей повседневной жизни, смыслы, которые в значительной степени определяют отношение индивидов к окружающей их действительности и детерминируют основные модели социального поведения» [Рябов, Курбангалеева, 2003: 6]. Ценностные ориентации, интернализированные членами общества, дают им формы отношения к «остальному окружению и системе действия, в том числе к физическому миру, организмам, личностям и социальным системам» [Парсонс, 1993: 101]. Поэтому в данной работе ценностные ориентации используются как основа построения моделей поведения в ситуации назначения платных услуг. Важными характеристиками базовых ценностей являются их положительная оценка со стороны человека, который ими обладает, то, что они служат стандартами или критериями, обеспечивающими социальное обоснование выбора и поведения, и то, что они устойчивы в течение времени и в разных ситуациях [Values and Behavior..., 2017: 4].

Так как ситуация назначения платных услуг включает в себя элемент взаимодействия между врачом и пациентом, то позиция, которой придерживается врач, является важной составляющей этой модели. Одна из базовых классификаций отношений «врач — пациент» — классификация Р. Витча, раскрывающая различные модели отношений между врачами и пациентами, основанные на различиях в понимании природы взаимодействия врача и пациента [Veatch, 1972]. Инженерная модель — это модель отношения врача к пациенту как к механизму, который необходимо отладить, это попытка стандартизировать лечение, исключить из него какое-либо внимание к личности пациента, она предполагает научно-рационализированный подход врача к своей работе. Патерналистская модель заключается в том, что отношения «врач — пациент» ставятся в аналогию отношениям «отец — ребенок». В данной модели пациент не принимает участия в принятии решения, оно полностью передается врачу. Коллегиальная модель — это модель, при которой решения относительно здоровья пациента принимаются врачом совместно с пациентом, взаимоотношения сторон имеют дружеский характер [Veatch, 1972].

Таким образом, мы рассматриваем ситуацию назначения платных услуг как целостную модель поведения, сочетающую ряд стимулов и мотиваций для врача. Во-первых, это формальные и неформальные нормы медицинского



сообщества. Во-вторых, это личные ценности врачей. В-третьих, это контекст, в котором они реализуются; он включает в себя характеристики медицинских учреждений, а также тип взаимоотношений «врач — пациент».

Методология

На полевом этапе исследования с марта по май 2018 года были проведены 18 полуструктурированных интервью с врачами разных специальностей города Тверь. Тверь была выбрана из-за высокой доступности «поля» для исследователя: необходимо было получить доступ к врачам разных специальностей, обеспечить выборку максимально разнородных случаев.

Так как не было изначальных установок относительно того, что может определять вариации выбора поведения в ситуации назначения платных услуг, первоначальными критериями отбора информантов стали работа в государственном медицинском учреждении и возможность назначения платных услуг. В выборку вошли врачи разных специальностей (хирургия, урология, кардиология, невропатология, стоматология, гинекология, психиатрия и терапия), возраста (от 26 до 68 лет), пола, должности (заведующий отделением, главный врач), типов учреждений (поликлиники, больницы, диспансеры, реабилитационные центры, женская консультация), уровня финансирования и обслуживания (федеральные, региональные, городские). Интервью проводились до того момента, пока модели поведения не стали повторяться в нарративах информантов и укладываться в единую концептуальную схему.

В процессе осуществления исследования использовался полуструктурированный гайд, благодаря которому разговор направлялся в нужном тематическом направлении. Гайд состоял из нескольких блоков: сначала задавались вопросы, направленные на то, чтобы обеспечить расположение информанта к исследователю: «Почему Вы выбрали профессию врача? Что больше всего Вы любите в своей профессии? С какими проблемами сталкиваетесь?» и т.п. Далее обсуждались вопросы, связанные с деятельностью врача, отношениями между врачом и пациентом, а также взаимоотношениями между врачом и его коллегами, руководством, этические принципы медицинской деятельности. К центральной теме интервью относились вопросы, связанные с практиками назначения платных услуг; правилами, на которых врачи основываются в своей работе; их отношением к платной медицине и назначению платных медицинских услуг.

Сенситивность изучаемой темы определила необходимость разработки и использования различных способов преодоления проблем «социально ожидаемых ответов», избегания или отказа от ответов на некоторые вопросы. Среди них: разъяснение характера, целей и особенностей интервью, умалчивание тезиса о сенситивной теме исследования, простые и располагающие к дальнейшему разговору первые вопросы, мягкое оповещение информанта о соблюдении принципов анонимности и конфиденциальности, создание

антуража обычного разговора, уход от формального интервью к более неформальному, использование разных приемов формулирования вопросов (вопросы про других людей, вопрос с оправдывающей преамбулой, вопрос о «неправильном» поведении, повтор формулировки ответа, формирование уточняющих вопросов о деталях).

Интервью анализировались в логике обоснованной теории, было проведено открытое и осевое кодирование интервью. Категории выделялись путем тематического кодирования предложений или абзацев на основе расширенной типологии базовых ценностей Ш. Шварца и их определения в соответствии с мотивационной целью [Шварц и др., 2012: 48]. В процессе кодирования интервью к ценностям мы относили все то, что выделялось врачами как значимое, важное лично для них, а также то, что врачи называли глубинным источником проблем и своей неудовлетворенности или, наоборот, удовлетворенности. Для выявления ценностей мы также использовали части нарративов информантов, связанные с их идеалами и представлениями о будущем. Полученные нами интервью позволяют выделить в нарративах врачей такие базовые ценности, как благожелательность (забота), универсализм, самостоятельность действий и мыслей, богатство (материальный достаток), безопасность, репутация, власть (доминирование), которые различаются в выделении наиболее важных, значимых для врачей составляющих профессии и жизни.

Данное исследование носит разведывательный характер и имеет несколько ограничений. Во-первых, в выборку попали информанты, работающие в одном городе, также мы опросили врачей не всех медицинских специальностей, вне фокуса исследования остался контекст работы врачей, мы лишь показали, что особенности культуры отдельных организаций могут оказывать влияние на решение о назначении необязательных услуг. Однако максимально широкий формат выборки позволил выявить палитру разнообразных моделей поведения; в дальнейших исследованиях предполагается выделить модели поведения врачей в ситуации назначения платных услуг для разных врачебных специализаций, типов медицинских учреждений. Во-вторых, в рамках данного исследования не проводилась количественная оценка распространения феномена назначения дополнительных платных услуг. Мы изучали основания его появления, а также способы преодоления данного явления.

Результаты

По мнению врачей, проблема выбора между назначением и неназначением платных услуг не решается напрямую, а порождается общим общественным обсуждением, восприятием отношений «врач — пациент».

Как уже было указано ранее, в нашем исследовании при определении необязательной платной услуги мы опирались на мнение самих врачей. Но в ходе интервью оказалось, что разные врачи по-разному определяют эти назначения в целом: одни считают, что любая платная услуга необязательная;



другие — что высококвалифицированная помощь предполагает самый широкий набор диагностических услуг, в том числе платных. В целом такое расхождение объясняется отношением к появлению платных элементов в государственной системе здравоохранения и адаптивной способности приспособиться к новым условиям работы.

Эти установки проявляются и в выборе моделей поведения: в следовании/неследовании формальным и неформальным нормам; приверженности определенному типу взаимоотношений с пациентами; выборе определенного типа медицинского учреждения как места работы; в личных ценностях врача.

В качестве ответа на поставленный в начале работы исследовательский вопрос о том, как преодолевается противоречие между личной выгодой врача и первенством заботы о пользе для пациента в ситуации назначения платных процедур, были выявлены семь эмпирических моделей поведения врачей.

«Зарабатывание денег»

«Зарабатывание денег» — это модель, при которой врачи назначают большое количество ненужных услуг для повышения своего заработка. Эта модель поведения не была выведена напрямую из описания информантами собственных действий, а была сконструирована на основе более обобщенных рассказов о ней как о возможной модели. Мы включаем ее в рассмотрение в качестве «идеального типа», то есть сконструированной модели, но не выявленной напрямую.

Основанием для выбора данной модели поведения является важность аспекта «зарабатывания» в общей системе координат профессиональной деятельности. Мотивация назначения необязательных процедур связана с потребностью врача в получении дополнительного дохода, то есть с ценностью материального достатка.

«У нас очень много сейчас назначается дорогих обследований, которые не нужны. Может, это связано с финансовыми какими-то историями» (хирург, муж., 51 год).

Лейтмотивом многих интервью были рассуждения медиков о том, что существующая зависимость зарплаты от количества назначенных платных услуг является ущербной практикой в бюджетных учреждениях, что она порождает ухудшение качества медицинской помощи, назначение необязательных процедур ради получения более высоких заработков. Это соответствует данным зарубежных исследований, демонстрирующим, что количество выполненных услуг может свидетельствовать о недобросовестности медиков [Grumbach et al., 1998; Green, 2014].

Один из информантов рассказал историю о своем друге, который назначает и осуществляет необязательные платные услуги, так как у него ипотека и ему необходимо обеспечивать семью. По его мнению, когда человеку

нужны и важны деньги, он, преодолевая любые формальные и этические нормы, будет к ним стремиться. Это можно интерпретировать так, что иногда ненужные процедуры не являются следствием «ценности достатка», но лишь воспроизводят ориентацию на ситуативную финансовую потребность.

«У меня есть знакомые ребята, которые уже женились и у которых ребенок родился. Они взяли сейчас квартиру в ипотеку в Москве, 45 тыс. в месяц платеж. Он будет все что угодно тебе впаривать, потому что ему жить не на что» (стоматолог, муж., 30 лет).

Таким образом, одна из моделей поведения, исключенная нами из общей модели, но описанная как «идеальный» тип поведения, — модель, предполагающая назначение необязательных процедур для получения дополнительного заработка и обеспечения высокого уровня жизни врача.

«Полипрагмазия»¹

Данная модель поведения заключается в том, что при большом количестве пациентов и дефиците времени, выделенном на прием, назначение большого количества платных процедур становится способом защиты, заботы о собственной безопасности, так как за установленный лимит времени невозможно сделать качественную диагностику. Таким образом, появление модели «Полипрагмазия» — это следствие тяжелого временного режима врачебной деятельности.

«Я просто уже в таком начинаю работать режиме: у меня в голове сразу 4–5 направлений, быстрее этому сделать, того принять, а эти уже ждут» (кардиолог, жен., 38 лет).

Врачи признаются, что из назначаемых ими обследований некоторые могут быть необязательными.

Ценность безопасности лежит в основе выбора данной модели поведения. Врач несет ответственность за жизнь и здоровье пациента. В рамках заботы о личной безопасности, боясь допустить ошибку, врачи назначают большое количество диагностических процедур, в том числе платных, перекладывая ответственность за диагностику на соответствующие аппараты.

«Назначаешь уже все подряд. Да, подумать некогда уже» (терапевт, жен., 68 лет).

Из-за большого потока пациентов врачу становится сложно обеспечить индивидуальный подход к каждому человеку. Информанты признаются, что

¹ Полипрагмазия — медицинский термин, означающий одновременное (нередко необоснованное) назначение множества лекарственных средств или лечебных процедур.



в такой ситуации появляется ощущение работы на конвейере, действия становятся более механистическими, человек воспринимается как тип проблемы, болезни, а не как личность, проявляется инженерная модель взаимоотношений «врач — пациент».

«Как на фабрике работаешь. Там же идет поток: один, другой, третий. И здесь то же самое» (терапевт, жен., 68 лет).

Таким образом, модель поведения «Полипрагмазия» основана на желании врача перенести ответственность в постановке диагноза на механическое средство, обеспечив таким образом мотивацию достижения личной безопасности. В рамках данной модели пациенту назначается большое количество платных процедур, в том числе необязательных.

«Коллегиальность»

Еще одна модель поведения врача относительно назначения платных процедур — перекладывание ответственности за принятие решения на пациента. Данная модель мотивируется врачами как забота о своей репутации в глазах пациента (ценность репутации) и желание сохранить доверительные отношения с ним. Как следствие, назначение необязательных процедур объясняется желанием пациента получить эти услуги. То есть доктор описывает и объясняет, какие возможны варианты, для чего необходимо осуществить ту или иную платную услугу, однако итоговое решение об ее использовании остается за пациентом.

«Объясняешь пациенту, что сейчас современный метод — дополнительно могу назначить дорогостоящие методы обследования. Если пациент соглашается, он это делает» (гинеколог, жен., 54 года).

Основой данной модели поведения является коллегиальная модель взаимоотношений «врач — пациент». Большую роль играют доверие и уверенность как пациента во врача, так и врача в пациенте.

«Гиппократ говорил, нас с тобой трое — ты, я и болезнь. Если мы, ты и я, будем против болезни, мы ее победим, а если я буду один, а ты останешься с болезнью, то мы ее не победим» (невропатолог, жен., 41 год).

Так как для врача важно поддерживать доверие для наилучшего результата и качества оказания медицинской помощи, информанты признаются, что необязательные процедуры могут назначаться, если сам пациент этого хочет. Например:

«...Когда пациент приходит ко врачу провести диагностику, а врач понимает, что данное обследование не нужно пациенту, а является его личным желанием, успокоиться, провериться» (невропатолог, жен., 41 год).

Таким образом через практику назначения дополнительных услуг поддерживается репутация врача.

Важной составляющей в данной модели поведения служит положительное отношение врачей к термину «услуга». Врачи, которые придерживаются данной модели поведения, считают, что качественная медицинская помощь — это услуга, и она должна быть оплачена. Если пациент хочет получить быструю, качественную, высокотехнологическую медицинскую помощь с хорошим сервисом, он должен за это заплатить. Однако выбор в любом случае остается за ним.

«Я могу назначить больше, если у пациента есть возможности и он хочет получить быстро качественные результаты и вылечиться быстро. Поэтому он платит деньги и получает медицинскую услугу» (гинеколог, жен., 54 года).

Мы предполагаем, что условия, в которых работает врач, должны позволять ему осуществлять данную модель поведения, в частности у врача должно быть достаточное количество времени для подробного объяснения, зачем необходима та или иная платная процедура. Кроме того, такая модель поведения связана с ресурсными возможностями врача оказывать разнородную медицинскую помощь.

В целом коллегиальная модель поведения врачей связана с перекладыванием ответственности о принятии решения по поводу использования платной услуги на пациента.

«Человек-система»

Врачи, придерживающиеся такой модели поведения, работают в рамках условий, которые им предлагает система, приспосабливаются к ним и следуют внутренним правилам системы. В ситуации назначения платных процедур они подчиняются требованиям, предъявляемым к ним медицинским учреждением. Соответственно назначение необязательных услуг «человеком-системой» зависит от конкретной задачи, поставленной руководством. Ценности в данной модели поведения отходят на второй план, человек исполняет наборы заранее прописанных алгоритмов и правил.

Это может быть связано как с существующей системой жесткого контроля за исполнением всех правил, так и с внутренними характеристиками человека, особенностями его отношения к своей работе, нежеланием что-то менять и преодолевать.



Если человек работает в организации, где врача обязывают назначать как можно больше платных процедур, он, несмотря на свои, возможно, противоположные установки, часто подчиняется «системе» и назначает необязательные процедуры. Информанты отмечают, что такая ситуация характерна чаще всего для частных клиник, прямо заинтересованных в получении прибыли.

«Где-то приказ, то есть чем больше ты назначишь... Ну, приказ на уровне руководства, что ты должен: сделать одно, второе, послать к тому, к другому и т.д.» (гинеколог, жен., 51 год).

Некоторые опрошенные врачи говорят о том, что в их организации существует четкая схема работы, жестко выстроенная система стандартов, просчитаны и прописаны все детали приема пациента. При этом соблюдение данных требований контролируется на нескольких уровнях.

«Всю нашу работу организуют исходя из медико-экономического обоснования, то есть рассчитана работа с человеком по секундно. Нужно укладываться в определенную схему» (кардиолог, жен., 38 лет).

Ценности «человека-системы» остаются на втором плане, так как система организует всех под некий (он ведь может быть не один, поэтому «некий» лучше) стандарт.

В некоторых случаях объяснением возникновения данной модели поведения может быть «синдром выгорания», который заключается «в деморализации, разочаровании и крайней усталости». Для таких докторов теряется смысл профессии, работа превращается в монотонный механический труд, а его обстоятельства и условия теряют значимость, такой работник просто «плывет по течению», следуя тем условиям, которые ему предлагает организация. «Синдром выгорания» проявляется в трех аспектах. Во-первых, в ощущении невозможности что-то изменить (эмоциональный аспект). В нарративах информантов он присутствует как смирение с существующей системой, несмотря на то что до этого в течение разговора врач указывал на большое количество недостатков в ней. Это показывает, что в модели поведения «человек-система» врач готов смириться с теми условиями, которые ему предлагаются извне, и работать в их рамках.

«Я уже на той стадии, когда со всем готов смириться (смеется). Меня уже "забили" до той степени, когда мне все хорошо» (уролог, муж., 55 лет).

Второй аспект, характеризующий «выгоревшего» человека, заключается в безразличном отношении к другим людям, в частности к пациентам (деперсонализация). В рамках модели «человек-система» врач безэмоционально совершает набор операций в соответствии с требованиями организации, отношения с пациентом приобретают формальный характер, становятся в значительной мере деперсонализированными.

«Никакого личного подхода здесь нет, ведь тебя загоняют в определенные рамки. Работа твоя ценится по тому, как ты выполняешь правила» (кардиолог, муж., 59 лет).

Последняя составляющая «синдрома выгорания» — это отрицание личных достижений, потеря мотивации к профессиональной деятельности (редукция личных достижений).

«Просто я уже что-то перестала делать, наверно, уже просто пропало к этому желание» (гинеколог, жен., 51 год).

Исследователи отмечают, что особенно склонны к выгоранию работники специальностей, ориентированных на помощь другим людям. У врачей причиной возникновения выгорания является стресс. Появление стресса может быть связано с большим количеством внутренних и внешних (системных) причин [Водопьянова, 2007: 13]. В нарративах информантов проявление «синдрома выгорания» связывается с недостатком ресурсов для работы, недовольством зарплатой, условиями работы, с быстрой системной трансформацией, меняющимися правилами, высокими требованиями и др. Нам представляется важным показать, что наличие «синдрома выгорания» может служить причиной полного подчинения врача системе, в которой он работает, а также назначения необязательных платных услуг.

Также объяснением появления данной ситуации может быть ценность «конформизма», присущая врачу, или боязнь руководства из-за возможных санкций.

Контекстом для проявления данной модели поведения является и работа в учреждениях, где осуществляется жесткий контроль за деятельностью врача. Личные ценности, которыми обладают врачи, в модели поведения «человек-система», отходят на второй план, человек подчиняется системе и работает в ее рамках.

«Полторы ставки»

В рамках модели поведения «полторы ставки» ценность материального достатка реализуется через увеличение объема работ в формальных структурах (продолжительность рабочего дня, дежурства, совмещение работы в нескольких учреждениях). Для такого врача важно в рамках государственной системы оказывать качественную медицинскую помощь без использования большого количества платных услуг и дополнительных диагностик.

«Чтобы семью обеспечивать, я работы больше беру, количество пациентов увеличиваю, на объеме и заработок выше получается» (кардиолог, муж., 41 год).



Существуют разные способы наращивания объемов работы: работа на 1,5 ставки в одном учреждении, работа одновременно в нескольких государственных учреждениях, совмещение частных и государственных структур.

«Люди, которым не хватает, идут работать по 12 часов в сутки, они берут дополнительные дежурства, они уходят в частные клиники» (гинеколог, жен., 54 года).

Ценность репутации также оказывается важной при выборе модели поведения «полторы ставки». Этические категории для них первостепенны: чтобы никто не мог сомневаться в их профессионализме, в их ценностном отношении к своей профессии. Социальный статус, восприятие профессии в обществе, доверие пациентов — все это информанты выделяют как значимое при оценке своей работы.

«Очень хорошее в обществе отношение к врачам. Поэтому врачебная профессия — это какая-то божественная профессия» (кардиолог, муж., 41 год).

Ориентация на комплекс сразу двух ценностей — «благожелательность/забота» и «власть/подчинение» становится основой патерналистского типа взаимоотношений «врач — пациент». Пациент воспринимается как объект, за жизнь и здоровье которого врач несет непосредственную ответственность и должен обеспечить ему максимальную заботу.

«Пациент — это ребенок. Он дошел до такой жизни, потому что жил неправильно, вредил своему здоровью, но не осознанно, а по незнанию» (функциональный диагност, жен., 49 лет).

Если говорить о внешнем контексте, который приводит к выбору данной модели поведения, он состоит в том, что на месте основной работы врач получает недостаточную, неудовлетворяющую его оплату труда.

Исходя из сказанного, модель поведения «полторы ставки» имеет два основания при назначении платных процедур: отказ от назначения необязательных процедур и при этом желание зарабатывать деньги. Врач, придерживающийся данной модели поведения, повышает размер своего заработка путем увеличения объема работы.

«Вне системы»

Модель поведения «вне системы» так же, как и «полторы ставки», связана с заботой о пациентах и репутации, отказом от назначения необязательных платных процедур, однако для врача здесь важно иметь свободу действий и мыслей, работать вне системы. Стоит отметить, что для данной модели

ценность богатства может проявляться, а может отходить на второй план. Данная модель поведения предполагает использование внесистемных способов получения заработка, таких как неформальные платежи от пациентов.

Те, кто выбирает данную модель поведения, работают вне системы, не следуют формальным правилам, существующим в учреждении, используют внесистемные способы заработка.

Для них важно обеспечение качественной медицинской помощи, заботы о пациенте. Это объясняет отказ от назначения необязательных процедур. Для того чтобы люди к ним возвращались, необходимо обеспечивать качество, формировать собственную хорошую репутацию, доверие пациента. Такие отношения с пациентом могут быть обеспечены за счет долгого контакта с врачом.

«Мне надо, чтобы я, если берусь за пациента, держала все под контролем, то есть если я назначила, то я должна следить: это действует, не действует, как это выполняется» (хирург, жен., 45 лет).

В рамках такой системы взаимоотношений «врач — пациент» информант характеризует себя как «земского врача». То есть для него важно постоянное наблюдение за больным, доверительные, практически родственные отношения с ним. Информанты рассказывают, что для них в идеале работа врачом означает независимую работу в собственном кабинете, самостоятельность в принятии решений, отсутствие формальных правил и контролирующего начальства. Это говорит о том, что для врача, придерживающегося этой модели поведения, важна свобода действий и принятия решений. Оценка деятельности, по мнению врача, в этом случае должна проводиться исходя из того, как его оценивает сам пациент, потому что врач работает с ним напрямую. Должны отсутствовать другие методы контроля, потому что они ограничивают его деятельность.

«Это как если бы ты был земским врачом: у тебя есть свой кабинетик, и это от тебя зависит, когда ты можешь работать. Не нужно тебе много-много посредников, которые будут решать, что тебе делать, что тебе не делать, как ты должен поступить» (хирург, жен., 45 лет).

При этом неформальная прибавка к зарплате не рассматривается информантами как основа для выбора данной модели поведения. Самое важное здесь — это возможность обладать свободой действий и мыслей при реализации своей деятельности. А зарплатные предпочтения во многом отходят на второй план.

Данная модель поведения основывается на получении врачом необходимого уровня заработной платы без назначения необязательных процедур, заработок обеспечивается неформальными платежами от пациентов. При этом оценить, насколько заинтересованы или не заинтересованы врачи данной модели поведения в получении денег, не представляется возможным.



«Избегание»

Модель поведения «избегание» заключается в том, что врачи стараются найти различные способы преодолеть формальные правила и устройство системы и оказать бесплатную медицинскую помощь всем, кто в ней нуждается. В основе этого желания лежит ценность универсализма, когда врач стремится к тому, чтобы оказать всем одинаковую медицинскую помощь вне зависимости от материальной обеспеченности, статуса или характера пациента.

«Необходимо относиться ко всем пациентам одинаково и воспринимать его, как своего близкого родственника. Я всегда про себя думаю, что передо мной сидит не какая-то чужая женщина, а моя мама» (стоматолог-хирург, жен., 46 год).

Кроме того, врачи, придерживающиеся данной модели поведения, говорят о важности для них оказания помощи больным, которые в ней нуждаются. Для них значимо даже вопреки своим интересам предоставить качественную медицинскую помощь пациентам — в этом проявляется ценность благожелательности (заботы).

«Желание помогать людям, в любой ситуации стараться что-то сделать для них. Ты должен любить людей, ты должен любить то, что ты помогаешь и делаешь» (невропатолог, жен., 26 лет).

Данные ценности являются мотивационной составляющей для использования различных способов преодоления системных ограничений на предоставление прежде всего бесплатных услуг: увеличение времени работы для того, чтобы принять всех, кому необходима помощь; направление на прием в другие учреждения, где есть дополнительные возможности; постановка более серьезного диагноза для получения государственной материальной поддержки; внесистемное бесплатное оказание услуги или помощи вместо платной; госпитализация для проведения бесплатной диагностики.

Таким образом, в данной модели поведения врачи, несмотря на то что они имеют возможности назначать платные процедуры, избегают их и стараются при помощи разных способов перейти на оказание бесплатных услуг.

Заключение

Исследование показало, что мотивация для назначения необязательных платных процедур не связана исключительно и только с экономической заинтересованностью врача (ценностью материального достатка): существуют модели поведения, которые ценят достаток, но демонстрируют отказ от назначения ненужных процедур. Это показывает, что описанная во введении

этически сложная ситуация врачебного выбора при назначении платных процедур имеет более богатый спектр, чем просто альтернатива выбора между личной финансовой выгодой и заботой о пациенте, что подтверждается как аналогичными зарубежными исследованиями [Axt-Adam, van der Wouden, van der Does, 1993; Green, 2014], так и российскими данными о мотивации труда врачей, за которой стоят далеко не только материальные стимулы [Чирикова, Шишкин, 2019].

Так, модель поведения «Зарабатывание денег», которая склонна к назначению дополнительных процедур, зиждется на желании врача иметь высокий доход и обеспечить таким образом себе достойное качество жизни (ценность достатка). Другие модели поведения «Полипрагматизация», «Коллегиальность», «Человек-система», включающие возможность назначения необязательных процедур, не связаны с ценностью достатка, но базируются на желании перенести ответственность на других участников процесса — диагностический аппарат, пациента или на правила, существующие в медицинской организации. В рамках модели поведения «Полторы ставки» ценность материального достатка реализуется через объем работы в формальном секторе (количество времени работы, дежурства, совмещение работы в нескольких учреждениях), при этом врач отказывается от назначения необязательных платных процедур. Модель поведения «Вне системы» также связана с заботой о пациентах и репутации, она склонна к отказу от назначения необязательных платных процедур, но здесь для врача ценно иметь свободу действий и мыслей, работать вне системы, а дополнительный заработок он получает от неформальных платежей пациентов. Модель поведения «Избегание» связана с желанием врача обеспечить равную качественную помощь и заботу (ценность благожелательности) всем, вне зависимости от материальных возможностей пациентов (ценность универсализма), врачи стараются разными способами избежать назначения платных услуг.

Данные результаты, во-первых, позволяют прояснить, как врачи действуют в ситуации назначения платных услуг и их мотивацию, а во-вторых, представляют собой эмпирическую базу для разработки социальной политики устранения системных причин назначения необязательных услуг.

Литература

Вишневский А. Г. и др. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. М.: ГУ ВШЭ, 2006. 25 с.

Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания. СПб.: Изд. дом «Питер», 2007.

Головнина Н. В., Ореховский П. А. Реформы здравоохранения в постсоветской России: итоги и проблемы // Общество и экономика. 2005. № 6. С. 54–87.

Грановеттер М. Экономическое действие и социальная структура: проблема укорененности // Экономическая социология. 2002. Т. 3. № 3. С. 44–58.

Ковалева М. Д., Кузнецов А. В. Доверие врачам: позиция СМИ и позиция пациентов // Би-оэтика. 2009. Т. 4. № 2. С. 45–48.

Коулман Д. Экономическая социология с точки зрения теории рационального выбора // Экономическая социология. 2004. Т. 5. № 3. С. 35–44.



Кочкина Н. Н., Красильникова М. Д., Шишкин С. В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения. М.: Изд. дом ВШЭ, 2015. 56 с.

Мамедова О. В. Платные медицинские услуги в контексте институциональных изменений системы российского здравоохранения // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2014. № 2. С. 88–92.

Мелик-Гайказян И. В., Мещерякова Т. В. Клятва Гиппократ: трансформация семантики и возрождение прагматики // СХОЛН. 2015. Т. 9. № 1. С. 35–44.

Парсонс Т. Понятие общества: компоненты и их взаимоотношения // THESIS: теория и история экономических и социальных институтов и систем. 1993. № 2. С. 94–122.

Радаев В. В. Что такое экономическое действие // Экономическая социология. 2002. № 5. С. 18–25.

Рябов А. В., Курбангалеева Е. Ш. Базовые ценности россиян: Социальные установки. Жизненные стратегии. Символы. Мифы. М.: Дом интеллектуальной книги, 2003. 448 с.

Скотт Р. Конкурирующие логики в здравоохранении: профессиональная, государственная и менеджеральная // Экономическая социология. 2007. Т. 8. № 1. С. 27–44.

Чурикова А. Е. Этика взаимодействия врачей друг с другом: социологический анализ неформальных практик // Социологические исследования. 2015. № 4. С. 113–120.

Чурикова А. Е., Шишкин С. В. Эффективный контракт и мотивация: способны ли реформы улучшить работу российских врачей? // Социологические исследования. 2019. № 5. С. 36–44. DOI: <https://doi.org/10.31857/s013216250004952-0>

Шварц Ш. и др. Уточненная теория базовых индивидуальных ценностей: применение в России // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012. Т. 9. № 2. С. 43–70.

Шилова Л. С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения // Социологические исследования. 2007. № 9. С. 102–109.

Axt-Adam P., van der Wouden J. C., van der Does E. Influencing Behavior of Physicians Ordering Laboratory Tests: A Literature Study // Medical care. 1993. Vol. 31. № 9. P. 784–794. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005650-199309000-00003>

Belanger M., Grant-Kels J. M. To Fee or not to Fee? The Ethical Issues of Concierge Medicine/ Dermatology // Journal of the American Academy of Dermatology. 2018. Vol. 78. № 3. P. 631–633. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.08.006>

Firat R., McPherson C. M. Toward an Integrated Science of Morality // Handbook of the Sociology of Morality. New York: Springer, 2010. P. 361–384. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6896-8_19

Green E. P. Payment Systems in the Healthcare Industry: An Experimental Study of Physician Incentives // Journal of Economic Behavior and Organization. 2014. № 106. P. 367–378. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2014.05.009>

Grumbach K. et al. Primary Care Physicians' Experience of Financial Incentives in Managed-Care Systems // New England Journal of Medicine. 1998. Vol. 339. № 21. P. 1516–1521. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejm199811193392106>

Hennig-Schmidt H., Selten R., Wiesen D. How Payment Systems Affect Physicians' Provision Behaviour — An Experimental Investigation // Journal of Health Economics. 2011. Vol. 30. № 4. P. 637–646. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.05.001>

Lazare A., Eisenthal S., Wasserman L. The Customer Approach to Patienthood: Attending to Patient Requests in a Walk-In Clinic // Archives of General Psychiatry. 1975. Vol. 32. № 5. P. 553–558. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760230019001>

Martinez W., Gallagher T. H. Ethical Concierge Medicine? // Virtual Mentor. 2013. Vol. 15. № 7. P. 576–580. DOI: <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2013.15.7.ecas3-1307>

Thompson D. F. Understanding Financial Conflicts of Interest // New England Journal of Medicine. 1993. № 329. P. 573–576. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejm199308193290812>

Values and Behavior: Taking a Cross Cultural Perspective / Ed. by S. Roccas, L. Sagiv. Cham: Springer, 2017. 255 p. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-56352-7>

Veatch R.M. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age // The Hastings Center Report. 1972. Vol. 2. № 3. P. 5–7. DOI: <https://doi.org/10.2307/3560825>

Yang J. Socialist Medicine and Theories of Informal Payments // Informal Payments and Regulations in China's Healthcare System. Singapore: Palgrave Macmillan, 2017. P. 29–65. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-10-2110-7_2

Сведения об авторе:

Андреева Екатерина Александровна — аспирант, факультет социальных наук; стажер-исследователь, Научно-учебная лаборатория социально-демографической политики; аналитик, Центр комплексных исследований социальной политики, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия. **E-mail:** ekaterinaandreeva96@yandex.ru, **ORCID ID:** 0000-0001-5551-6168.

Статья поступила в редакцию: 23.11.2020

Принята к публикации: 26.02.2021

.....

Models of Physician's Behavior in the Situation of Assignment Paid Procedures

DOI: 10.19181/inter.2021.13.1.2

Ekaterina A. Andreeva *HSE University, Moscow, Russia*
E-mail: ekaterinaandreeva96@yandex.ru

The Russian healthcare system provides a set of free and paid diagnostic and therapeutic services. Although, when prescribing additional paid services, a specific doctor is provided with the situation of choice. The doctor is faced with a set of ethical and professional motivators, one of which is paid services as a source of additional medical income. What do doctors do in this situation, what strategies do they choose and what motivates their decision? Conducted and analyzed in-depth interviews (18 interviews, Tver, 2018) with doctors of different specialties revealed several patterns of doctor's behavior when prescribing paid services. The data analyzed in the tactics of grounded theory allowed the author to build several models of doctor's behavior, where such choices are associated with certain system of professional and personal values. The described models are conventionally named by author: "Making money", "Polypragmasia", "Collegiality", "Man-System", "One and a half rates", "Out of the system", "Avoidance".

The constructed models of behavior of doctors show that the appointment of additional optional procedures is associated not only with the doctor's desire to earn money, but also can be explained by a more complex combination of reasons, working conditions, formal and informal social norms, as well as the basic values of the doctors themselves.

Keywords: doctors' values; paid services; assignment of optional paid services; free health care; doctor — patient relationship



References

- Axt-Adam P., van der Wouden J.C., van der Does E. (1993) Influencing Behavior of Physicians Ordering Laboratory Tests: A Literature Study. *Medical care*. Vol. 31. No. 9. P. 784–794. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005650-199309000-00003>
- Belanger M., Grant-Kels J.M. (2018) To Fee or not to Fee? The Ethical Issues of Concierge Medicine/Dermatology. *Journal of the American Academy of Dermatology*. Vol. 78. No. 3. P. 631–633. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.08.006>
- Chirikova A. E. (2015) Etika vzaimodeistviya vrachei drug s drugom: sotsiologicheskii analiz neformal'nyh praktik [Ethics of Physicians' Mutual Interaction: An Analysis of Informal Practices]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies]. No. 4. P. 113–120. (In Russ.)
- Chirikova A. E., Shishkin S. V. (2019) Effektivnyj kontrakt i motivaciya: sposobny li reformy uluchshit' rabotu rossijskih vrachej? [Effective Contract and Motivation: Can Reforms Improve the Work of Russian Doctors?]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies]. No. 5. P. 36–44. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.31857/s013216250004952-0>
- Coleman J. A. (2004) Ekonomicheskaya sociologiya s tochki zreniya teorii racional'nogo vybora [Rational Choice Perspective on Economic Sociology]. *Ekonomicheskaya sociologiya* [Journal of Economic Sociology]. Vol. 5. No. 3. P. 35–44. (In Russ.)
- Firat R., McPherson C.M. (2010) Toward an Integrated Science of Morality. *Handbook of the Sociology of Morality*. New York: Springer. P. 361–384. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6896-8_19
- Golovnina N. V., Orekhovskiy P. A. (2005) Reformy zdravoohraneniya v postsovetsoj Rossii: itogi i problem [Reform of Public Health in Post-Soviet Russia: Outcomes and Challenges]. *Obshchestvo i ekonomika* [Society and Economics]. No. 6. P. 54–87. (In Russ.)
- Granovetter M. (2002) Ekonomicheskoe dejstvie i social'naya struktura: problema ukorenennosti [Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness]. *Ekonomicheskaya sociologiya* [Journal of Economic Sociology]. Vol. 3. No. 3. P. 44–58. (In Russ.)
- Green E. P. (2014) Payment Systems in the Healthcare Industry: An Experimental Study of Physician Incentives. *Journal of Economic Behavior and Organization*. No. 106. P. 367–378. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2014.05.009>
- Grumbach K. et al. (1998) Primary Care Physicians' Experience of Financial Incentives in Managed-Care Systems. *New England Journal of Medicine*. Vol. 339. No. 21. P. 1516–1521. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejm199811193392106>
- Hennig-Schmidt H., Selten R., Wiesen D. (2011) How Payment Systems Affect Physicians' Provision Behaviour — An Experimental Investigation. *Journal of Health Economics*. Vol. 30. No. 4. P. 637–646. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.05.001>
- Kochkina N. N., Krasil'nikova M. D., Shishkin S. V. (2015) *Dostupnost' i kachestvo meditsinskoj pomoshchi v otsenkah naseleniya* [Accessibility and Quality of Medical Care in Population Estimates]. Moscow: Izd. dom VShE. 56 p. (In Russ.)
- Kovaleva M. D., Kuznetsov A. V. (2009) Doverie vracham: pozitsiya SMI i pozitsiya patsientov [Trust to Doctors: A Position of Mass-Media and a Position of Patients]. *Bioetika* [Bioethics]. Vol. 4. No. 2. P. 45–48. (In Russ.)
- Lazare A., Eisenthal S., Wasserman L. (1975) The Customer Approach to Patienthood: Attending to Patient Requests in a Walk-In Clinic. *Archives of General Psychiatry*. Vol. 32. No. 5. P. 553–558. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760230019001>
- Mamedova O. V. (2014) Platnye meditsinskie uslugi v kontekste institutsional'nyh izmenenii sistemy rossijskogo zdravoohraneniya [Paid Medical Services in the Context of the Institutional Changes of Russian Health Care System]. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N. I. Lobachevskogo. Seriya: Sotsial'nye nauki* [Vestnik of Lobachevsky State University of Nizhni Novgorod. Social Sciences]. No. 2. P. 88–92. (In Russ.)
- Martinez W., Gallagher T. H. (2013) Ethical Concierge Medicine? *Virtual Mentor*. Vol. 15. No. 7. P. 576–580. DOI: <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2013.15.7.ecas3-1307>

Melik-Gaykazyan I.V., Mescheryakova T.V. (2015) Klyatva Gippokrata: transformatsiya semantiki i vozrozhdenie pragmatiki [The Hippocratic Oath: The Transformation of Its Semantics and the Revival of Its Pragmatics]. *ΣΧΟΛΗ* [Scholē]. Vol. 9. No. 1. P. 35–44. (In Russ.)

Parsons T. (1993) Ponyatie obshchestva: komponenty i ih vzaimootnosheniya [The Concept of Society: The Components and Their Interrrelations]. *THESIS: teoriya i istoriya ekonomicheskikh i social'nyh institutov i system* [THESIS: Theory and History of Economic and Social Institutions and Systems]. No. 2. P. 94–122. (In Russ.)

Radaev V.V. (2002) Chto takoe "Ekonomicheskoe dejstvie"? [What is Economic Action?]. *Ekonomicheskaya sociologiya* [Journal of Economic Sociology]. Vol. 5. No. 3. P. 18–25. (In Russ.)

Roccas S., Sagiv L. (ed.) (2017) *Values and Behavior: Taking a Cross Cultural Perspective*. Cham: Springer. 255 p. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-56352-7>

Ryabov A.V., Kurbangaleeva E. Sh. (2003) *Bazovye cennosti rossiiyan: Social'nye ustanovki. Zhiznennye strategii. Simvolyy. Mify. Simvolyy. Mify.* [Basic Values of Russians: Social Attitudes. Life Strategies. Symbols. Myths]. Moscow: Dom intellektual'noj knigi. 448 p. (In Russ.)

Schwartz Sh. et al. (2012) Utochnennaya teoriya bazovyh individual'nyh tsennostei: primeneniye v Rossii [A Refined Theory of Basic Personal Values: Validation in Russia]. *Psihologiya. Zhurnal Vyshey shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of Higher School of Economics]. Vol. 9. No. 2. P. 43–70. (In Russ.)

Scott R. (2007) Konkuriyushchie logiki v zdravooхранeni: professional'naya, gosudarstvennaya i menezherial'naya [Competing Logics in Health Care: Professional, State and Managerial]. *Ekonomicheskaya sociologiya* [Journal of Economic Sociology]. Vol. 8. No. 1. P. 27–44. (In Russ.)

Shilova L.S. (2007) O strategii povedeniya lyudej v usloviyah reformy zdravooхранeniya [Behavior Strategies in the Frameworks of Reformed Health Care System]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies]. No. 9. P. 102–109. (In Russ.)

Thompson D.F. (1993) Understanding Financial Conflicts of Interest. *New England Journal of Medicine*. No. 329. P. 573–576. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejm199308193290812>

Veatch R.M. (1972) Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. *The Hastings Center Report*. Vol. 2. No. 3. P. 5–7. DOI: <https://doi.org/10.2307/3560825>

Vishnevsky A.G. et al. (2006) *Rossiiskoe zdravooхранenie: kak vyiti iz krizisa* [Russian Health Care: How to Get Out of the Crisis]. Moscow: GU VShE. 25 p. (In Russ.)

Vodopyanova N.E. (2007) *Sindrom vygoraniya* [Burnout syndrome]. SPb.: Izd. dom "Piter". (In Russ.)

Yang J. (2017) Socialist Medicine and Theories of Informal Payments. *Informal Payments and Regulations in China's Healthcare System*. Singapore: Palgrave Macmillan. P. 29–65. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-10-2110-7_2

Author bio:

Ekaterina A. Andreeva — Graduate student, Faculty of Social Sciences; Trainee Researcher, Institute of Demography; Analyst, Centre for Comprehensive Social Policy Studies, HSE University, Moscow, Russia. **E-mail:** ekaterinaandreeva96@yandex.ru, **ORCID ID:** [0000-0001-5551-6168](https://orcid.org/0000-0001-5551-6168).

Received: 23.11.2020

Accepted: 26.02.2021