

## Е. Александрова

# Неформальные платежи в государственной стоматологии: *откуда берется “цена”?*

**В**опрос, каким образом назначается цена на тот или иной товар или услугу, кажется давно решенным. Ответ на него можно найти в любом учебнике по экономике, где написано, что цена является функцией от соотношения спроса и предложения. К сожалению, не в любом учебнике по экономике написано также, что спрос и предложение “являются лишь удобными всеобъемлющими категориями для анализа и описания многообразных сил, причин и факторов, влияющих на цену” [Самуэльсон. С. 14]. И уж совсем редко в учебниках говорится о том, каким образом абстрактное определение ценообразования через спрос и предложение соотносится с реальными практиками установления цены рыночными агентами. Для того чтобы “прочувствовать” эти практики, имеет смысл сделать шаг назад от шаблонного объяснения цены в терминах спроса и предложения и вернуться к тем “бесчисленным силам, которые определяют эти спрос и предложение или проявляются через них” [Самуэльсон. С. 13]. В результате такого “отступления”, на наш взгляд, можно обнаружить принципы, которыми агенты рынка руководствуются при принятии решения, какую цену назначить на товары или услуги.

Мы представляем результаты исследования ценового поведения врачей-стоматологов, оказывающих непредусмотренные в государственных поликлиниках (в которых они работают) платные услуги и сталкивающихся с необходимостью определять размер неформального денежного платежа за лечение пациента.

Множество исследований 90-х, 2000-х годов указывает на широкую распространенность практик неформальной денежной оплаты услуг врача в различных странах Восточной Европы. Современная Россия не является исключением.

Чаще всего проблема неформально оплачиваемых медицинских услуг анализируется в ракурсе несовершенства государственной социальной политики в области здравоохранения. При этом главное внимание уделяется мерам, которые позволили бы элиминировать этот “нелегальный рынок”. Однако, с нашей

точки зрения, прежде чем искоренять практики неформальной оплаты медицинских услуг, следует изучить их природу. Тем более что устойчивости, с которой воспроизводятся эти практики, могут позавидовать многие легальные правила, навязываемые здравоохранению.

В середине 60-х годов XX века американские социологи впервые обратили внимание на появление новых, «рыночных» правил игры во взаимодействии между врачом и пациентом. Возник интерес к тому, каким образом происходит «маркетингизация» медицины. Амбивалентность этого процесса до сих пор не вызывает сомнений.

С одной стороны, в рыночном контексте взаимоотношения врача и пациента (ранее рассматривавшиеся в рамках социальной системы, где мотивация врача считалась ценностно-рациональной, а основанная на медицинском знании экспертная власть – безграничной) приобретали новые черты: таковы материальная зависимость врача, его ориентация на личную прибыль, активная позиция пациента, оплачивающего свое лечение и в результате получающего право требовать, чтобы услуги были оказаны на соответствующем уровне. Все это не могло не сказаться на характере взаимоотношений врача и пациента.

С другой стороны, предметом рыночной сделки в медицине становилось здоровье. Здоровье начинает коммодизироваться: не просто превращается в товар, но культурно и социально «маркируется» как товар [Zelizer. P. 591–610].

Однако «здоровье» – товар «социально нагруженный» (entangled good [Callon]). Необходимое каждому члену общества, оно не может вдруг стать обычным рыночным товаром. Ценность здоровья абсолютна. Ответственность за поддержание этой ценности лежит в том числе и на институте медицины. Инкорпорированная в медицинские нормы, эта ответственность может накладывать ограничения на маркетингизацию отношений врача и пациента.

Таким образом, амбивалентность перехода медицины на рыночные рельсы заключается в тесном переплетении социальных и рыночных мотивов в поведении пациента и медицинского учреждения. Представляется, что правила рынка в такой ситуации социализируются: в рамках маркетингизированных взаимоотношений «врач – пациент» у некоторых экономических явлений и процессов появляются наряду с традиционными и новые, социальные детерминанты. В отношении правил ценообразования можно ожидать такой же социализации. Особенно если речь идет о неформальных рыночных ситуациях в бюджетных поликлиниках, где степень свободы ценового поведения врача намного выше, чем на легальном рынке медицинских услуг.

Цель описываемого исследования состояла в выявлении принципов, руководствуясь которыми, врачи-стоматологи определяют размер неформального платежа для каждого конкретного пациента. Мы хотели узнать, действительно ли ценовое поведение врача диктуется лишь осознанным стремлением к покрытию издержек и увеличению дохода от своей профессиональной деятельности, или же за этим поведением стоят и другие факторы – такие, например, как значимые для врача ценности, нормы, традиции, социальные представления или же аффекты.

Нас интересовало ценовое поведение стоматологов-терапевтов, оказывающих неформально-платные услуги. Объектом нашего исследования стали 9 та-

---

*«Здоровье» – товар «социально нагруженный». Необходимое каждому члену общества, оно не может вдруг стать обычным рыночным товаром*

---

ких врачей, работающих в разных государственных поликлиниках Москвы. Все отобранные врачи – женщины; их возраст – от 34 до 52 лет. Рекрутинг респондентов осуществлялся методом “снежного кома”. Эмпирические данные были получены посредством проведения глубинных неформализованных интервью.

Благодаря личному знакомству с исследователями три стоматолога дали согласие на ведение дневников самонаблюдения. В итоге была получена информация о 139 пациентах, их социальных, демографических и клинических характеристиках, а также о стоимости их лечения. Опять же благодаря личному знакомству мы имели возможность обсудить результаты статистического анализа и получить некоторые комментарии.

В статье будут часто употребляться такие понятия, как “неформальные денежные платежи”, “цена”, “ценовое поведение”, “неформальный пациент”, “бюджетный врач”. Избегая терминологической путаницы, не будем откладывать семантическую операционализацию данных понятий и сразу поясним, в каких значениях мы их будем использовать.

Под **неформальным денежным платежом** мы понимаем деньги, выплаченные врачу лично в руки за услугу, которая должна была быть оказана бесплатно или в принципе не могла быть оказана пациенту по правилам данной клиники.

Мы пользуемся маркетинговым понятием **цена**, исходя из того, что оно имеет максимально практический характер. Под **ценой** мы понимаем денежную сумму, запрашиваемую за услугу.

**Неформальным**, по нашему мнению, может быть назван пациент, по тем или иным причинам платящий врачу за лечение, которое должно было быть предоставлено бесплатно, или же пациент, чье бесплатное обслуживание в данной поликлинике не предусмотрено, и плата врачу лично в руки является для него либо способом попасть в данную клинику, либо альтернативой оплате через кассу.

Обозначение **бюджетные/государственные стоматологи** приписано в данной работе врачам-стоматологам, официально работающим в финансируемых из государственного бюджета стоматологических поликлиниках и ведущим неформальную и коммерческую по своему характеру медицинскую деятельность на основном месте работы.

Прежде чем обсуждать интервью со стоматологами и описывать результаты статистического анализа дневников самонаблюдения, заполненных врачами, кратко остановимся на теоретических основах нашего исследования.

### **Ценообразование в экономике и социологии: от теории к практике**

Мысль, что процесс ценообразования детерминируется не только экономическими, но и социальными факторами, не является чуждой для экономической теории. Зависимая от общественных условий в работах Адама Смита и определяемая субъективными представлениями о полезности блага в теориях маржиналистов, цена лишь позже стала очищаться экономистами от трения, вносимого ее социальными составляющими. К моменту актуализации теории ценности Вальраса абстрактная модель ценообразования в результате симметрично действующих сил спроса и предложения стала во главу угла теоретического эконо-

мического знания. Реальные же практики ценообразования, складывающиеся в условиях несовершенной конкуренции и частного равновесия, были отданы на откуп прикладной экономике. Со временем, однако, в экономической теории начался обратный процесс, скажем так, «ресоциализации» цены. Эмпирически фиксируемые экономистами отклонения ценового поведения фирм от принципа рациональности заставили пересмотреть существующие объяснения ценообразования и снова дополнить список условий формирования цены социальными мотивами ценоустановителей и общими моральными факторами.

Приступив к рассмотрению хозяйственной жизни на несколько десятилетий позже, чем экономика, социология столкнулась с широким корпусом понятий, при помощи которых хозяйственная жизнь уже анализировалась в экономической теории, и ей предстояло выработать собственную позицию в их отношении. На первых порах вопрос о цене редко привлекал отдельное, специальное внимание, идя в связке с дискуссиями о рынке. Крайне сильным здесь оказалось влияние идущей от Курно традиции определения рынка через универсальность цен, в силу чего мысль, что рыночные цены могут диверсифицироваться в зависимости в том числе и от социальных факторов, пока еще вызывает удивление. Тем не менее экспансия социологии в такую предметную область как ценообразование уже начата.

Опираясь на теорию, можно утверждать, что цена на рынке формируется под четырехсторонним давлением. Речь идет о давлении макроусловий, рыночных условий, природы товара (услуги)<sup>1</sup> и обстоятельств продавца. Каждое из этих давлений реализуется посредством ряда каналов, совокупность которых и формирует ориентиры ценового поведения продавца и систему условий установления цены, от которых он не может абстрагироваться.

Ситуация оказания врачом оплачиваемых услуг может считаться рыночной, поскольку осуществляется обмен, опосредованный деньгами. Однако из-за констелляции рыночных свойств с имманентно присущими социальными характеристиками медицинского взаимодействия эта рыночная ситуация специфична. Рассмотрим, каким образом перечисленные нами абстрактные факторы давления на цену преломляются в медицине и, в частности, задают ценовое поведение бюджетного стоматолога.

### **Ценообразование в условиях социально-экономической специфичности рыночных ситуаций в медицине**

Макроусловия ценообразования включают социальную обстановку, экономико-политический фон, общий уровень жизни в стране и влияние государства. Именно эти факторы прежде всего задают нормативную атмосферу, в которой формируется социальная ценность здоровья и в которой неформальные платежи воспринимаются многими врачами как допустимый источник дохода. Представления медика о социальной обстановке соотносятся с категоризацией им пациентов. Цены, устанавливаемые врачом, дисконтируются за счет изменений экономико-политической обстановки. Общий уровень жизни в стране

<sup>1</sup> На данном этапе анализа нам не хотелось бы углубляться в различия, существующие между товаром и услугой. Поэтому пока мы позволим себе пренебречь этим различием.

может коррелировать с техниками оценки платежеспособности пациентов. Влияние государства может проявляться в форме назначения тарифной сетки.

Наиболее значимые «обстоятельства продавца» в случае с медициной соотносятся с профессионализмом врача, его общей социальной компетенцией и вытекающей отсюда совокупностью реакций на различные характеристики пациентов.

Рынок медицинских услуг устроен особо, основных причин тому – две. Во-первых, нестандартная природа медицинской услуги как предмета рыночной

сделки между врачом и пациентом. Во-вторых, специфика рыночного положения врача, являющегося представителем профессионального сообщества. Остановимся на обоих пунктах подробнее.

Услуги врача являются доверительным благом. Риски потребления такого блага сопряжены с тем, что врач имеет возможность конструировать спрос на свои услуги в попытке увеличить совокупное материальное вознаграждение [Anderson, House, Ormiston]. Добавим к этому невещественный характер медицинских услуг и связанную с этим проблематичность выработки критериев оценки их качества даже после потребления пациентом, высокую значимость сопроводительных аспектов получения услуги, эффект оценки качества лечения через цену (когда сама цена становится индикатором качества услуги), заниженную ценовую эластичность спроса, хотя и корректируемую пациентами в пределах бюджетных огра-

ничений и стремления к оптимизации расходов, – и нестандартность медицинской услуги как объекта рыночного обмена станет заметной.

Особое устройство рынка медицинских услуг обусловлено также тем, что экспертная власть, которой в силу своей компетенции в области медицины и принадлежности к профессиональному сообществу обладает врач, позволяет ему занимать доминирующее положение во взаимоотношениях с пациентом. Независимо от макрохарактеристик рынка медицинских услуг «врач имеет возможность вести себя как монополист по отношению к тем пациентам, которые в итоге выбрали его» [Newhouse. P. 175]. Таким образом, возникают условия для ценовой дискриминации. Под *ценовой дискриминацией* мы понимаем корректирование врачом цены на свои услуги с поправкой на различия в характеристиках пациентов. Результаты эмпирических исследований опровергают представление об аффективной нейтральности медика и свидетельствуют о том, что не все пациенты для врача одинаковы. В ситуациях дискриминации дискриминирующийся индивид мотивирован стремлением получить компенсацию за вынужденное взаимодействие с представителем социальной группы, против которой он имеет предубеждение [Беккер. С. 201]. В условиях, когда дискриминирующийся имеет возможность варьировать цены на свои услуги, проще всего получить эту компенсацию через завышение цены.

Исследования показывают, что клиническое поведение врача регулируется особенностями профессиональной среды и нормами, усвоенными в процессе профессиональной социализации. Поддержание профессионального статуса является одним из основных мотивов врача, а давление профессиональной сре-

*Рынок медицинских услуг устроен особо, основных причин тому – две. Во-первых, нестандартная природа медицинской услуги как предмета рыночной сделки между врачом и пациентом. Во-вторых, специфика рыночного положения врача, являющегося представителем профессионального сообщества*

ды нередко перекрывает личностные инициативы медика. Врачу приходится считаться не только с правилами рынка, но и с нормами профессионального сообщества, к которому он принадлежит.

Таковы в самом общем виде условия формирования ценового поведения врача, если верить теории. Для того чтобы получить реалистичное представление об установках бюджетных стоматологов Москвы в контексте ценообразования, перейдем к результатам интервью с некоторыми из них.

### Детерминанты ценового поведения врача по результатам интервью со стоматологами

Анализ интервью позволил ввести аналитически удобную и, на наш взгляд, наглядную модель цены. Ее суть состоит в том, что в структуре цены на любой товар или услугу можно выделить две составляющие: ядро и «ценовую оболочку». В целом, как уже отмечено, цена зависит от макроусловий, рынка, природы товара и особенностей профессиональной среды продавца. Каждая из составляющих цены в свою очередь зависит от ряда признаков. Значения этих признаков и определяют конечную величину цены, предъявляемой потребителю.

Стабильную часть цены, уровень которой не может варьироваться по инициативе отдельного продавца, мы называем *ядром*. Помимо ядра в структуре цены на товар/услугу есть и *оболочка*. Нам представляется, что оболочка цены двухслойна. В ней есть постоянная часть, формируемая, говоря словами Г. Зимеля, «социальными традициями, привычным опытом и очевидными потребностями»; и есть переменная часть, варьируемая в зависимости от «ситуации, потребности момента и силы обстоятельств». В случае, когда продавец имеет возможность лично определять цену для каждого покупателя, ценовая оболочка образуется на основе когнитивной карты восприятия продавцом сделки с покупателем в контексте ценообразования.

Ядро цены во многом формируется в зависимости от объема издержек, которые несет врач. Следует помнить о затратах на материалы, если таковые имеют место, а также о ренте. Заметим, что в рамках неформальной предпринимательской деятельности на государственном рабочем месте врач имеет возможность переложить на государство большую часть своих материальных издержек: за счет использования «бюджетного» помещения, оборудования и нередко – расходных материалов. Тем не менее он должен каким-то образом легитимировать свое право на ведение коммерческой деятельности перед администрацией своей поликлиники. Мы предполагали, что такая легитимация происходит за счет отчислений в пользу администрации (главного врача и др.). Однако, по свидетельствам проинтервьюированных врачей, ни один из них не сталкивался с необходимостью делить с главным врачом получаемую денежную прибыль. Право на ведение неформальной деятельности оплачивалось стоматологом в форме бесплатного, но качественного с точки зрения материалов и временных затрат лечения родственников или знакомых заведующего отделением.

*«Хотя главному врачу это не очень нравится, она на это смотрит сквозь пальцы: у нее же тоже родственники есть, и она также их приводит».*

*Клиническое поведение врача регулируется особенностями профессиональной среды и нормами, усвоенными в процессе профессиональной социализации. Врачу приходится считаться не только с правилами рынка, но и с нормами профессионального сообщества, к которому он принадлежит*



Рис. 1. Структура цены на медицинскую услугу

Опрошенные врачи допускают, что денежные отчисления в пользу “руководства” могут существовать в других клиниках (некоторые из них даже слышали о соответствующих практиках от коллег). Однако за отсутствием личного опыта не смогли сказать ничего о размере или механизме осуществления этих трат. Необходимость периодически лечить “родственников заведующего” не вносит корректив в размер неформального платежа для других пациентов.

Ядро цены формируется в зависимости от качества и стоимости используемых материалов. Влияют на него и временные затраты, требующиеся для выполнения различных лечебных процедур. В некоторых случаях значимой статьей расходов стоматолога, закладываемой в цену, могут являться отчисления ассистенту.

*“Потом, в операции участвует и ассистент – и ему тоже надо платить”.*

По оценкам двух врачей, эти отчисления составляют около 5–8% от общей суммы лечения; еще один врач говорил о том, что это не процент, а определенная сумма, размер которой является результатом договоренности.

Рассмотрим, какие представления медиков могут влиять на “толщину” оболочки цены.

Нижняя граница *постоянной оболочки цены* в первую очередь модулируется установками врача относительно ожидаемой прибыли от оказания неформальных услуг.

Эти ожидания тесно связаны с представлениями о желаемом личном доходе, хотя и не всегда с ними совпадают. Уровень преследуемого личного дохода в свою очередь зависит от представлений врача о достойной заработной плате и соответствующем уровне жизни.

*“Ну, в первую очередь <при установлении цены на медицинскую услугу> следует исходить из того, что у врача должна быть достойная зарплата. Вот у меня семья, двое детей, поэтому зарплата должна быть хотя бы тысяч тридцать рублей”.*

Понятие “достойная заработная плата” операционализируется врачом под влиянием представлений о ценности собственного человеческого капитала, субъективных издержек на приобретение этого капитала в прошлом и затрат на его поддержание и развитие в настоящем.

*“...чтобы поддерживать квалификацию, врачу нужны книги, ему нужно постоянно читать. А вы знаете, сколько сейчас стоит переводная книга? Минимум пятьсот рублей, на более-менее приличной бумаге. А бывает и до полутора тысяч. И в месячную зарплату их нужно заложить хотя бы две”.*

*“Интервьюер: Это нужно даже практикующему врачу? То есть практика не дает достаточно опыта?”*

*Респондент: Конечно, нет. Ведь во многом медицинское лечение для врача – это конвейер, он выполняет лишь некоторые операции, часть других делают ассистенты; а кому нужен специалист, который умеет делать лишь что-то одно? Нет, нужно читать, нужно общаться с коллегами”.*

Ценность человеческого капитала врача обязательно закладывается в цену, так как является основой для институционального доверия к этому врачу.

*“Какой же олигарх ко мне пойдет, если я лечу за три копейки? Скажет: что это за врач такой, раз он так себя оценивает?”*

При этом трезвая оценка российских реалий ограничивает ожидания врачей и позволяет им принять тот факт, что стоимость их услуг не отражает социальной значимости медицинской профессии.

*“У нас все получают мало, поэтому я не думаю, что врач должен получать больше всех. Я же не артист, не президент. Поэтому как я могу много взять?”*

Притязания врача коррелируют с общим уровнем цен на предметы первой необходимости и жизненные удобства.

*“Респондент: Ну, мы же знаем, что есть некоторая стоимость потребительской корзины.*

*Интервьюер: И мы же знаем, что изначально эта стоимость невелика.*

*Респондент: Да, но помимо еды, есть ведь еще и другое. Человеку нужно платить за проезд от дома до работы или добираться на каком-то своем транспорте, нужно учить детей, ездить в отпуск”.*

Заметим, что максимизация прибыли не является целью опрошенных врачей, – они ориентируются на достижение определенного уровня личного дохода. Тем не менее рыночные мотивы редко теряют свою актуальность для стоматологов. Хотя интервью и подтвердили, что существуют ситуации, в которых предпринимательские цели врача могут элиминироваться под влиянием медицинской этики, тем не менее для стоматологической практики, не сопряженной с проблемами “жизни и смерти”, это не характерно.

*“Вот если придет ко мне человек с острой болью, то я его могу отправить туда, где ему следует лечиться и где он сможет полечиться бесплатно. Если же он не хочет там лечиться, а раз приходит ко мне, то он готов заплатить. Хотя это в стоматологии... Вот если человек приходит с острым аппендицитом к хирургу, то тот, наверное, не всегда его может отправить, ведь при аппендиците очень важно время, а иначе – летальный исход. И врач это знает”.*

На ценовое поведение врача может влиять его мнение об абсолютном и относительном качестве предоставляемых им услуг, об их конкурентоспособности. Сказываются и представления стоматолога о конкурентной ситуации на рынке.

*“Я осознаю, где мое кресло. Если бы в чистом поле, и умения там монополия, то... Хотя такого быть не может. Сейчас рядом всегда есть несколько клиник, государственных или частных”.*

Восприятие рыночных условий балансируется прогнозами врача относительно объема спроса на его неформальные услуги, знанием о количестве лояльных пациентов, оценками собственной репутации в глазах пациентов и интенсивности распространения информации о нем среди их родственников и знакомых.

*“Кто-то может считать, что иногда я дорого беру... Но раз у меня зарплата такая... Тем более я знаю, что есть люди, которые лечатся только у меня, уже очень давно. И они согласны на мои цены. И знакомые их согласны, иногда от них приходят”.*

При установлении цены на свои услуги врач может закладывать в нее информацию об изменениях на рынке: о технологическом прогрессе в медицине, о по-

*Понятие “достойная заработная плата” операционализируется врачом под влиянием представлений о ценности собственного человеческого капитала, субъективных издержек на приобретение этого капитала в прошлом и затрат на его поддержание и развитие в настоящем*



явлении новых материалов, нового оборудования (в случаях, когда они находятся в его распоряжении) и т. д. Данный фактор может влиять как на ядро цены в нашей модели (если речь идет о необходимости «окупить» затраты на оборудование), так и на ценовую оболочку (когда появление новых технологий требует изменения квалификации врача). Тут пересекаются объективные затраты врача и возможности эксплуатации символических значений «нового, более прогрессивного». Правда, в случае с бюджетными врачами потенциал использования прогрессивных методик лечения сдерживается слабой технической оснащенностью стоматологических кабинетов.

*“Я могла бы ставить композитные пломбы – но ведь нужно тогда и оборудование соответствующее, а у нас его нет. А самой покупать для себя дорого, да и как работать на нем при всех?”*

При этом если условия обслуживания не оправдывают цену, происходит снижение верхней планки постоянного слоя ценовой оболочки.

*“Как я могу запросить высокую цену? Пациент же ко мне сюда приходит – а у меня тут колонн мраморных нет”.*

Верхняя граница постоянного слоя цены также сдерживается требованием установления справедливой цены на медицинские услуги. Именно сюда заложены

оценки социальной ценности здоровья и ограничения, возникающие в связи с его обязательной доступностью. При этом оценки социальной ценности здоровья с позиции государства нередко рассогласуются с оценками стоимости здоровья с позиции медика. Правда, мнение медика опосредовано оценками собственной заработной платы. Именно ее уровень, как говорили нам некоторые врачи, является индикатором отношения государства к здоровью своих граждан.

Величина постоянного слоя ценовой оболочки может реагировать на нормативную атмосферу вокруг практик взимания неформальных платежей в коллективе, в котором работает врач. В данном контексте, со слов наших собеседников, следует учитывать три параметра.

Во-первых, это общее отношение к практикам оказания неформальных коммерческих услуг в указанном коллективе: расцениваются ли они как приемлемые или как недопустимые, одобряются они или же порицаются, каким образом уживаются с оценками профессионального статуса.

Во-вторых, это зависимость ценовых решений врача от коллективных норм или обязательных для выполнения договоренностей с коллегами по поводу уровня цен на неформальные услуги.

*“Вот, я знаю, моя подруга – к ней старухи сплошные приходят. Ну как она может с них много взять? Так, рублей 200–300. Так молодые врачи, с которыми она работает, на нее наседаю: мол, ты почему так мало берешь, все нам портишь?”*

В-третьих, нужно принимать во внимание пространственную организацию деятельности врачей в коллективе с точки зрения условий для мониторинга ценового поведения друг друга.

Факторы, формирующие ядро и постоянный слой ценовой оболочки, учитываются врачом при определении минимально допустимого уровня цены.

*При установлении цены на свои услуги врач может закладывать в нее информацию об изменениях на рынке: о технологическом прогрессе в медицине, о появлении новых материалов, нового оборудования (в случаях, когда они находятся в его распоряжении) и т. д.*

По итогам интервью у нас сложилось впечатление, что опрошенные стоматологи, хотя и воспринимают неформальные платежи как значимый источник дохода, все-таки не относятся к ситуациям оказания неформально оплачиваемых услуг как к частному бизнесу на базе государственного учреждения. Наличие постоянной заработной платы (которая, по оценкам опрошенных, в Москве является удовлетворительной по сравнению с ситуацией в других регионах) концентрирует повседневный опыт врача на решении непосредственных профессиональных задач. Хотя коммерциализированные услуги оказываются врачом относительно часто, они воспринимаются как исключение, а не как правило.

*“В общем-то, все это пациенты, просто с этим неловко – ведь деньги нужно взять”.*

Возможно, поэтому врачи стараются минимизировать свои усилия по ценообразованию, предпочитая пользоваться выбранными однажды шаблонами, в соответствии с которыми они и устанавливают цены.

Откуда вообще в представлении врача появляются эти шаблоны – с конкретными, выраженными в денежных знаках ценами?

В одних случаях врачи указывали на то, что информация о ценах на неформальные услуги не является закрытой для обсуждения между коллегами на работе. Сложившиеся в процессе этого обсуждения цены и становятся ориентирами, изредка корректируемыми врачом “по обстоятельствам”.

В других случаях формирование ценового поведения врачей происходит на основе импровизированного исследования рынка стоматологических услуг. Интернет и знакомые стоматологи, работающие в других частных и государственных клиниках, помогают отследить ценовой ряд на этом рынке. Информация о ценах черпается врачом и из повседневной жизни: значимым источником оказывается, в частности, опыт его друзей, побывавших в роли пациентов в других клиниках. Полезным является опыт первичных неформальных пациентов, иногда сообщающих, сколько они платили за схожие услуги другим врачам. Выявленный такими способами ценовой ряд адаптируется врачом в соответствии с оценками рыночного сегмента, на котором он работает, с условиями обслуживания, с техническими средствами, которыми он располагает, и особенностями его квалификации. За счет такой адаптации врачи выделяют для себя допустимый интервал, в пределах которого и назначается цена. Более детальной информации о ценах мы не добились.

В то время как ядро и постоянный слой ценовой оболочки задают жесткий базис цены, переменный слой может флуктуировать в зависимости от обстоятельств. Интервал такой флуктуации неограничен. Во многом он задается представлениями врача об уровне платежеспособности его пациентов. Платежеспособность оценивается врачом по символам, репрезентирующим социальный статус пациента, то есть конструируется социально. И распознавание этой платежеспособности требует от врача не столько профессиональной или рыночной, сколько социальной компетенции.

*“Респондент: Я же вижу, кто ко мне приходит, и понимаю, сколько мне могут заплатить”.*

*Интервьюер: А как Вы видите? Вот я, например, не уверена, что смогу сказать, сколько человек мог бы заплатить”.*

Респондент: *Ну, у Вас же от этого зарплата не зависит. Зависела бы – Вы бы тоже понимали.*

Интервьюер: *А как Вы понимаете?*

Респондент: *Ну, смотрю, что на человеке надето. Какие часы, ботинки, есть ли мобильный телефон, если есть, то какой. По вопросам, которые человек задает. Как он говорит. Обычно это видно”.*

Именно в связи с платежеспособностью пациентов чаще всего говорят о ценовой дискриминации со стороны врача. Ценовая дискриминация скрывает за собой представления о таких характеристиках пациентов, которые позволяют врачу рассчитывать на получение дополнительной прибыли от их лечения, или же просто социальные предубеждения врача. По словам опрошенных медиков, при назначении цены учитывается только платежеспособность – но не социальные атрибуты пациента и особенности взаимодействия с ним.

“Интервьюер: *Ну, а бывает, когда с постоянным пациентом налаживаются какие-то человеческие отношения? У Вас же есть регулярные пациенты?*

Респондент: *Приятельские отношения, Вы имеете в виду?*

Интервьюер: *Ну, не приятельские, может быть, но Вы узнаете что-то про человека, про его жизнь.*

Респондент: *Конечно, такое бывает.*

Интервьюер: *Скажите, а если с такого человека нужно брать деньги, эти отношения как-то мешают? Вроде того, что вот человек, судьба у него такая, может, скинуть ему..*

Респондент: *Нет, стоимость лечения, если она есть, оговаривается заранее”.*

Посмотрим, что скажут нам по этому поводу данные дневников самонаблюдения, заполненных стоматологами.

### **Ценовое поведение врача и характеристики пациента: есть ли зависимость?**

В нашем эксперименте по ведению дневников участвовали три женщины-стоматолога – 34, 43 и 49 лет. Они работают в разных государственных поликлиниках Москвы, но условия их работы можно считать сопоставимыми: ни в одной из поликлиник нет официального платного отделения; для всех информантов данное место работы является основным; их занятость на этих местах составляет четыре-пять дней в неделю, по шесть часов в день; прием пациентов каждым из врачей осуществляется в “общем зале” (т. е. по соседству работают их коллеги). Двое из наших информантов знакомы друг с другом.

Нам удалось договориться о том, чтобы в течение тридцати рабочих дней медики фиксировали информацию о принимаемых “неформальных” пациентах в разработанных нами дневниках наблюдения.

В нашем распоряжении оказалась информация о 139 пациентах. Частотное распределение их характеристик представлено в *табл. 1*.

Нам предстояло проверить, влияют ли признаки, задающие дифференциацию пациентов в глазах врача, на степень однородности назначаемых цен. Вот какие результаты мы получили.

Вопреки теории уровень образования пациента не вносит вариаций в назначаемую цену. Обследуемые врачи работают в государственных поликлиниках,

Табл. 1. Частотное распределение характеристик пациентов (N = 139, %)

Индикаторы статусов пациентов																			
пол		возраст (по оценкам врача)					уровень образования (по оценкам врача)		статус посещения (по оценкам врача)			уровень платежеспособности (по оценкам врача)			способ попадания к врачу (степень персонализации отношений с врачом)				
мужской	женский	16—25	26—35	36—45	46—55	56 и старше	высшее	не высшее	первичный	вторичный	“старый пациент”	низкий	средний	высокий	“с улицы”	по рекомендации пациента	по рекомендации знакомого	знакомый	затрудняюсь ответить
41	59	14	54	42	51	0	46	55	35	40	25	42	51	7	15	36	14	4	31

и сегмент рынка, представленный пациентами с невысоким уровнем образования и невысокими доходами, является для них целевым.

*“Ведь когда на врача учишься, сразу знаешь, что всех людей придется лечить”.*

*“Без высшего образования пациенты часто не могут себе позволить лечиться в дорогих частных клиниках – вот они и идут к нам. Здесь для них более доступно. А для нас это все равно работа, деньги – зачем же им заввишать?”*

Назначаемая цена не зависит и от возраста пациента. Мы ожидали, что размер неформального платежа для социально уязвимых категорий населения (студенты, пожилые люди) окажется меньшим, чем для молодых и взрослых людей. Однако на практике говорить о том, что категории “помоложе” и “постарше” платят меньше, не приходится.

Как и предполагалось, источником вариации ценового поведения медика оказался пол пациента. Однако, вопреки нашей гипотезе о том, что за счет привнесения в бизнес личной информации взаимоотношения между деловыми партнерами женского пола приобретают социальный оттенок и это ведет к понижению цены, более высокие цены устанавливались именно для женщин. Вероятно, позитивные установки по отношению к противоположному полу имеют большее значение, чем пресловутая “женская солидарность”.

На статистическом уровне обнаружила себя взаимосвязь цены и “номера” визита пациента к данному врачу. Более высокие цены назначались первичным пациентам. В отношении повторных и уж тем более “старых” пациентов проявилась тенденция к занижению цены. Мы попытались прояснить те основания, по которым “старые” пациенты получали скидки на лечение. Они оказались вполне маркетинговыми по своему характеру. Лояльность пациента создает у врача ощущение стабильности личного заработка, и за эту стабильность врач готов заплатить. Более того, давно лечащийся у данного стоматолога пациент имеет возможность составить представление о качестве его работы. И с этой точки зрения медик может рассчитывать на него как на источник позитивной рекламы.

*“Пациент, который давно лечится, – он уже и так много мне заплатил, и после этого он все равно не уходит к другому врачу. Он приходит сегодня – и я знаю, что придет потом, и может быть, приведет свою семью”.*

Вместе с тем опыт предыдущей оплаты лечения пациентом ограничивает свободу врача в плане ценоустановления. По словам одного из врачей, зафиксированные им цены для давно лечащихся пациентов являются не заниженными, а, скажем так, “не повышенными” со времени прошлого визита. Требуются веские аргументы, позволяющие врачу не потерять “старого” пациента при повышении цены на свои услуги.

*“Конечно, когда человек приходит и знает, что вообще в стране все цены выросли, он готов, что и у меня теперь подороже будет. А если ничего не изменилось, он приходит на то же кресло – что я ему скажу? Ну конечно, может быть новый композит, но это ведь в разумных пределах все, здесь намного не повысишь – пациент ведь все понимает”.*

Значимые вариации в объявляемых ценах были отслежены и по такому параметру, как способ попадания или степень персонализации взаимоотношений врача с пациентом: по мере увеличения степени персонализации взаимоотношений врачи склонны назначать более низкие цены на лечение.

Мы попросили врачей прокомментировать полученные результаты.

Выяснилось, что, приходя по совету другого пациента, человек знает, во сколько его советчику обошлось лечение у данного доктора. При совпадении диагнозов врач имеет ограниченные возможности для изменения цены – ведь это изменение необходимо обосновать. Иногда на помощь может прийти временной фактор: цены, о которых осведомлен пациент, могут устаревать. Однако пациенты имеют возможность “страховать” себя от такого развития событий, четко указывая временной интервал, в пределах которого была получена информация о цене.

*“Что я могу сделать, если она садится в кресло и говорит, что знакомая была у меня месяц назад, и ей очень понравилось, что такая хорошая врач – и недорого?”*

Несколько по-другому обстоит дело с пациентами, пришедшими по рекомендации знакомых. Здесь все зависит от того, кто именно направил к врачу данного человека. Важными являются характер взаимоотношений врача с рекомендателем, степень их знакомства друг с другом, наличие признаков покровительства рекомендателя данному пациенту и т. д. Тем не менее за редким исключением рекомендованные знакомыми пациенты лечатся у стоматолога за деньги, пусть и со скидками.

Этого не скажешь о личных знакомых врача, которые очень часто получают медицинское лечение бесплатно. Впрочем, хотя стоматологи и предоставляют свои бесплатные услуги знакомым, они не приветствуют такие ситуации.

И дело здесь не в материальных убытках от бесплатно затраченного времени. По мнению врачей, персонализация взаимоотношений с пациентом мешает его лечению. Нарушение врачом принципа аффективной нейтральности затрудняет работу.

*“Интервьюер: По-вашему, можно ли говорить о том, что сближение врача с пациентом – это плохо для пациента?”*

*Респондент: Ну, границу белого халата не стоит переходить”.*

Нам рассказали о существующем в медицинской среде суеверии, суть которого состоит в том, что «своих» лучше не лечить, потому что с ними всегда что-то идет не так, не по лечебному плану, с осложнениями.

*«Вообще родственников плохо лечить – всегда что-нибудь не так».*

По словам одного из врачей, это суеверие даже имеет под собой объективную почву.

*«Если так разобраться по-честному, то родственника или слишком усердно лечат, назначают столько лекарств, сколько человек выдержать не может, либо с диагнозом проблемы. Иногда врачи стесняются, если, например, для диагностики нужно в интимные места заглядывать, – и не заглядывают, отсюда и проблемы. Хотя для терапевта это меньшая проблема, конечно».*

Таким образом, деперсонализация считается более желательной с точки зрения достижения медицинских целей стратегией взаимодействия врача с пациентом. Можно предположить, что стремление врача к деперсонализации является дополнительным условием для более гладкого перехода медицинского взаимодействия на рыночные рельсы.

Мы спросили врачей, стали ли бы они лечить своих знакомых бесплатно, если бы речь шла об их частном кресле. Выяснилось, что в полностью коммерциализированных условиях никто из врачей не допускает возможности бесплатного предоставления услуг знакомым, – в лучшем случае для них предусматриваются скидки. Условия для бесплатного лечения родственников возникают лишь в государственном учреждении.

*«Интервьюер: Скажите, а если бы у Вас было свое частное кресло, Вы бы знакомых бесплатно лечили?»*

*Респондент: Нет, конечно. Всех знакомых бесплатно лечить – по миру пойдешь. Если у меня целый день будут лечиться одни родственники, знакомые, одногруппники и одноклассники, я очень быстро прогорю. Вот здесь это чуть-чуть другое. Здесь мое время оплачено, плохо ли, хорошо ли – это другой вопрос, но зарплата идет, и я могу себе позволить полечить кого-то бесплатно».*

Похожая ситуация складывается и в отношении вариаций цены в ответ на нарушение пациентом неформальных правил клинической дисциплины. Представляя себя занятыми частной стоматологической практикой, врачи говорят, что постарались бы компенсировать прогулы пациента за счет повышения цены на услуги во время все-таки наступившего приема. Однако в рамках бюджетной организации врач не занимается «воспитанием» пациента; пропуски визитов платным клиентом хотя и не приветствуются врачом, но не расцениваются им как нарушение обязательств. «Упущенное» с коммерческой точки зрения время перенаправляется врачом на выполнение своих основных обязанностей. Что касается опозданий на прием, то они, по мнению врачей, вряд ли могут быть основанием для изменения стоимости лечения. Скорее, эффект опоздания может негативно повлиять на качество лечения, осуществляемое в условиях дефицита времени.

Все это свидетельствует о том, что хотя выбранная нами ситуация и подходит для рассмотрения ценового поведения врача, это поведение все-таки отно-

*Источником вариации ценового поведения медика оказался пол пациента. Однако, вопреки нашей гипотезе о том, что взаимоотношения между деловыми партнерами женского пола приобретают социальный оттенок и это ведет к понижению цены, более высокие цены устанавливались именно для женщин*

сится к рыночным ситуациям, лишь периодически возникающим в рамках медицинского взаимодействия. В случае же выхода врача на легальный рынок его ценовая политика может оказаться иной.

Тем не менее даже в этих, «периодических» рыночных ситуациях коммерческий подтекст требует ранжирования пациентов по платежеспособности. На статистическом уровне цены для пациентов с разной (по мнению врачей) платежеспособностью неодинаковы. Более глубокий анализ позволил убедиться в том, что связь между назначаемой ценой и платежеспособностью пациента носит прямой характер. Хотя и не очень явно, ценовая дискриминация более обеспеченных пациентов проявила себя и на наших данных.

Однако не стоит спешить с разговорами о намеренной эксплуатации врачом материальных возможностей пациента. Данные показали, что пациентам, платежеспособность которых была высокой, чаще ставили более дорогие пломбы. При этом, по свидетельствам врачей, разговор о стоимости предстоящего лечения осуществляется до начала лечения. Пломбирочные материалы предлагаются пациенту на выбор – естественно, с разъяснениями различий между ними. Окончательное же решение принимается пациентом.

*«Интервьюер: Как Вы понимаете, сколько пациент смог бы заплатить? Как принимаете решение о том, пломбу какого качества предлагать?»*

*Респондент: Я предлагаю оба материала на выбор – и пациент сам выбирает.*

*Интервьюер: Всем пациентам предлагаете? Независимо от того, насколько платежеспособным он Вам кажется?»*

*Респондент: Да, всем».*

Если решение по поводу выбора материала оставляется за пациентом, становится сложно говорить о дискриминационных практиках со стороны врача. Разница в средних ценах на медицинские услуги, получаемые пациентами с разным уровнем дохода, скорее отражает разницу в качестве получаемого ими лечения [Newhouse. P. 176].

### **Подведем итоги**

В какой же мере процесс ценообразования зависит от социальных представлений ценоустановителей, если мы говорим о медицине?

Ценовое поведение врача социально укоренено в той степени, в какой ему приходится считаться с мнением работающих по соседству коллег, и в том смысле, что первоначальная информация о ценах получена врачом за счет ресурсов его социальной сети. Конкретные цифры, «выловленные» врачом на рынке при помощи коллег, пациентов, друзей, знакомых и интернета, закрепляются за тем или иным профилем условий, относящихся к формату взаимодействия с пациентами. Благодаря связи «профиль условий взаимодействия с пациентом – цена» в арсенале врача появляется набор ценовых шаблонов, применение которых экономит его усилия по определению цены для каждого случая лечения.

Что касается взаимоотношений с пациентами, то здесь необходимо понимать, в каком ракурсе мы ищем ответ на вопрос о социальной укорененности цены на медицинские услуги – в субъективистском (восприятие врачом процесса установ-

ления цены, акцент на смыслах, привносимых ценоустановителем) или в объективистском (взгляд на ценообразование «со стороны», как на социальный факт).

Исходя из субъективного восприятия ценообразования врачом, правильнее говорить о рядоположенности, а не о переплетении социальных и рыночных аспектов медицинской ситуации. За ценой на неформально предоставленную медицинскую услугу стоит стремление врача соблюсти баланс между своими интересами, диктуемыми потребностью в увеличении личного дохода, и интересами пациента, нуждающегося в лечении. Описанный в экономике процесс установления рыночного равновесия между спросом и предложением в действительности разворачивается в голове у социализированного индивида, которому необходимо принять решение о цене. Объективные с теоретической точки зрения детерминанты цены усваиваются врачом в процессе социализации. Мост между теорией и практикой ценообразования в медицине, таким образом, опирается на восприятие врача, где объективные условия преобразуются в ориентиры, на основании которых устанавливаются цены.

Парадокс соприсутствия целерациональных и ценностно-рациональных мотивов в коммерциализированной медицинской ситуации разрешается за счет установки врача на продажу собственного времени, а не здоровья людей. Именно профессиональное время врача оказывается товаром, поддающимся калькуляции. Абсолютная ценность здоровья в этом контексте не затрагивается. Она интегрирована в содержание повседневной профессиональной деятельности врача.

Тот факт, что врачи склонны занижать цены или даже вовсе отказываться от платы за лечение своих знакомых, воспринимается врачом как форма продолжения социального взаимодействия, существующего вне лечения. Указанные случаи не входят в контекст коммерциализированной деятельности медиков. В то же время взаимоотношениям с платными пациентами предшествует рыночный контекст. Социальная дистанция между врачом и пациентом не имеет значения. Социальная близость, личные симпатии и эмоциональная включенность во взаимодействие для врача – скорее приятные атрибуты профессиональной деятельности, нежели повод для изменения цены. Пол, хотя и провоцирует вариации ценового поведения, не входит в состав осознанных врачами условий, которые обуславливают цену. Изменение цены, когда опыт «делового общения» с данным пациентом велик, стимулируется представлениями об эффективности маркетинговых стратегий в области ценообразования. В ситуации неформально оплачиваемого лечения на первый план выступает платежеспособность пациента. Является ли она легитимным основанием для ценовой дискриминации более обеспеченного пациента или же просто маленьким подарком повседневного провидения, посланного врачу пациента, который претендует на более качественное лечение и готов заплатить за него, – достоверно неизвестно. Понятно только, что врачи склонны настаивать на независимости рыночных мотивов, обусловленных материальным интересом, от социальных чувств к пациенту.

Подойдя к процессу установления цены на неформально оплачиваемые стоматологические услуги объективистски, правильнее настаивать, напротив, на вариативности ценового поведения врачей в зависимости от того, каковы их

*Нам рассказали о существующем в медицинской среде суеверии, суть которого состоит в том, что «своих» лучше не лечить, потому что с ними всегда что-то идет не так, не по лечебному плану, с осложнениями*



социальные взаимоотношения с пациентами. Пол, степень персонализации общения, опыт предыдущих встреч с врачом и социальный статус пациента при взгляде «со стороны» легко распознаются как стимулы к предоставлению медицинских услуг по завышенной или заниженной цене. Статистические критерии говорят о том, что ценообразование на неформальные медицинские услуги социально укоренено.

В заключение скажем, что пока нам удалось сделать лишь один, совсем небольшой шаг в сторону социологической интерпретации ценообразования. Тем не менее полученные результаты, полагаем, обладают ценностью с точки зрения накопления семантических значений, сопряженных с ценообразованием в медицине. ■

## Литература

- Беккер Г.* Экономика дискриминации / Г.С. Беккер. Человеческое поведение: экономический подход. М.: Издательский дом ГУ–ВШЭ, 2003.
- Неформальные платежи за медицинскую помощь в России / Авт. коллектив: С.В. Шишкин (отв. редактор), Т.В. Богатова, Е.Г. Потапчик, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова; Независимый институт социальной политики. М., 2002.
- Радаев В.В.* Социология рынков: к формированию нового направления / В.В. Радаев. М.: Издательский дом ГУ–ВШЭ, 2003.
- Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / С.В. Шишкин (руководитель коллектива), Г.Е. Бесстремьянная, М.Д. Красильникова и др.; Независимый институт социальной политики. М.: Издательский дом ГУ–ВШЭ, 2004.
- Самуэльсон П.* Экономика. Том 2. М.: МПП «АЛГОН» ВНИИСИ, 1992.
- Anderson R., House D., Ormiston M.* A theory of physician behavior with supplier-induced demand // *Southern Economic Journal*. 1981. Vol. 48. No. 1.
- Armstrong M.* Recent developments in the economics of price discrimination // Paper presented at the 2005 World Congress of the Econometric Society (текст предоставлен В.В. Радаевым).
- Ayres I., Siegelman P.* Race and gender discrimination in bargaining for a new car // *The American Economic Review*. 1995. Vol. 85. No. 3.
- Callon M.* Introduction / Callon M. (ed.). *The Law of Markets*. Oxford: Blackwell. 1998.
- Freidson E.* *Profession of medicine. a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago and London: The University of Chicago Press. 1988.
- Hornung C., Massgli M.* Primary-care physicians' affective orientation toward their patients // *Journal of Health and Social Behavior*. 1979. Vol. 20.
- Kadushin Ch.* Social distance between client and professional // *The American Journal of Sociology*. 1962. Vol. 67. No. 5.
- Kahneman D., Knetsch J., Thaler R.* Fairness as a constraint on profit seeking: entitlements in the market // *American Economic Review*. 1986. Vol. 76. No. 4.
- Newhouse J.* A model of physician pricing // *Southern Economic Journal*. 1970. Vol. 37. No. 2.
- Pauly M., Satterthwaite M.* The pricing of primary care physician's services: a test of the role of consumer information. // *The Bell Journal of Economics*. 1981. Vol. 12. No. 2.
- Rhee Sang-O.* Relative importance of physician's personal and situational characteristics for the quality of patient care // *Journal of Health and Social Behavior*. 1977. Vol. 18. No. 1.
- Ruffin R., Leigh D.* Charity, competition and the pricing of doctors' services // *Journal of Human Resources*. 1973. No. 8.

Uzzi B., Lancaster R. Embeddedness and the price formation in the corporate law market // American Sociological Review. 2004. Vol. 69. No. 3.

Veltbuis O. Talking Prices: Symbolic Meanings of Prices on the Market for Contemporary Art (The first chapter). Princeton: Princeton University Press, 2005 / <http://www.ec-soc.ru/db/msg/16535/textlink>.

Zelizer V. Human values and the market: the case of life insurance and death in 19<sup>th</sup> – century America // The American Journal of Sociology. 1978. Vol. 84. No. 3.

МЕЖДУ ПРОЧИМ

## Неуставные отношения в армии

По мнению подавляющего большинства россиян, дедовщина – явление широко распространенное (так считают 79% опрошенных). Противоположную точку зрения – что дедовщина в нашей армии встречается редко, – высказали только 6% участников опроса, проведенного ФОМом.

По словам 53% опрошенных, их родственники, знакомые или члены их семей сталкивались с дедовщиной. Лично сталкиваться с проявлениями неуставных отношений приходилось более чем половине респондентов из числа тех, кто прошел службу в армии (20% от выборки). Впечатляет, что среди людей в возрасте 18–35 лет, прошедших армию, заявили об этом пятеро из каждых шести, тогда как среди отслуживших в свое время респондентов в возрасте 36–54 лет доля знакомых с неуставными отношениями на личном опыте составляет примерно две трети, а в возрасте от 55 лет – треть (см. таблицу).

Три четверти опрошенных (73%) считают дедовщину явлением однозначно негативным. Однако альтернативная точка зрения также имеет своих сторонников: каждый седьмой участник опроса – 15% – придерживается мнения, что в неуставных армейских отношениях наряду с плохими есть и хорошие стороны.

Отвечая на открытый вопрос о положительных сторонах дедовщины, эти респонденты приводили несколько аргументов.

Общероссийский опрос населения от 4–5 февраля 2006 года (100 населенных пунктов, 44 субъекта РФ, 1500 респондентов).

	Возраст, лет		
	18–35	36–54	55 и старше
<b>“Скажите, пожалуйста, Вы служили или не служили в армии? И если да, то сталкивались или не сталкивались со случаями неуставных отношений?”</b>			
Не служил	76	52	66
Служил и сталкивался	19	29	11
Служил и не сталкивался	4	18	22

Одна из наиболее распространенных точек зрения гласит, что дедовщина – школа жизни, воспитывающая в молодых ребятах силу характера. Так считает каждый третий из отвечавших на вопрос, что составляет 5% от выборки (“делает мужчин мужчинами”; “вырабатывается характер, сила воли”; “каждый должен пройти школу жизни, не будет же всю жизнь жить под колпаком”). Примерно столь же часто высказывалось мнение, что дедовщина необходима в помощь офицерам, для поддержания дисциплины и порядка – в сумме 6% ответов от выборки (“за порядком должен кто-то следить в армии, пока офицеры отдыхают”; “часть обязанностей офицерского состава передана старослужащим”). Некоторые респонденты (2%) говорили о дедовщине как об институте наставничества, способе передачи молодым накопленного опыта (“нормальное наставничество”; “надо передавать свой опыт”; “поддержка”).

В обществе преобладает та точка зрения, что искоренить дедовщину возможно (так думают 60% опрошенных). Однако каждый четвертый (24%) считает ее явлением принципиально неискоренимым. Свою пози-

цию эти респонденты обосновали в ответах на открытый вопрос. Чаще всего (в сумме 8% от выборки) говорилось, что дедовщина – норма армейской жизни, давняя и прочная традиция или даже основа армейского порядка (“так принято, это основные традиции нашей армии”; “так въелось это уже, что уже выдержать это не получится”; “...это помогает командирам держать ситуацию под контролем”; “...если дедовщины не будет в армии, то мы будем никто”). Иногда (3% от выборки) респонденты ссылались на озлобленность, распространенную в нашем обществе (“общество воспитывает себе таких солдат”; “уже в крови у всех – издеваться”). Некоторые участники опроса высказывали также мнение, что дедовщина выгодна офицерам; другие говорили, что подчинение слабых сильным существует всегда и повсюду (по 2% ответов).

В целом более половины опрошенных (55%), уверены, что за последние 10–15 лет проявлений дедовщины в российской армии стало больше, 21% – что в этом отношении изменений не произошло, и 5% высказывают мнение, что за это время дедовщины в нашей армии стало меньше.

Елена Вовк