

В.И. Дудина, М.А. Коробенкова

ФОРМАЛЬНЫЕ НОРМЫ И НЕФОРМАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ В РАБОТЕ ПЕРСОНАЛА ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В статье рассмотрены механизмы формального регулирования практик работы персонала скорой медицинской помощи с точки зрения как внутренней согласованности существующих норм и предписаний, так и соответствия их сложившимся практикам профессиональной деятельности персонала скорой помощи. Выводы основаны на данных, полученных в ходе социологического исследования, проведенного в 2010 г. Основные методы исследования: 13 глубинных интервью с сотрудниками скорой медицинской помощи и анкетный опрос 119-и респондентов из числа выездного медицинского персонала скорой медицинской помощи г. Санкт-Петербурга, Ленинградской области и Республики Коми.

Выявлены такие причины нарушения формальных норм персоналом скорой помощи, как несоответствие условий труда формальным требованиям, низкий уровень институционального доверия, противоречивость и неэффективность формальных норм, недостаток правовых знаний у работников. Формальная регламентация профессиональной деятельности в целом ряде случаев идет вразрез со сложившейся практикой работы. Следствием подобного положения дел является вынужденное нарушение норм со стороны работников.

Ключевые слова: *формальные нормы, неформальные практики, скорая медицинская помощь, институциональное доверие.*

Keywords: *formal norms, informal practices, ambulance service, institutional trust.*

Скорая медицинская помощь (СМП) — важнейший институт системы здравоохранения, работа которого имеет особую специфику. В России это гарантированная бесплатная круглосуточная помощь, доступ-

ная любому человеку независимо от его статуса, гражданства, материального положения, наличия страхового полиса. Кроме того, дефекты в работе российских амбулаторно-поликлинических учреждений, препятствующие удовлетворению потребностей людей в медицинской помощи, приводят к увеличению нагрузки на скорую помощь, которая вынуждена постоянно компенсировать эти недостатки. Статистика Министерства здравоохранения и социального развития РФ показывает тенденцию постоянного увеличения объема работы скорой помощи. За 1993–2003 гг. число вызовов скорой помощи увеличилось на 30 %. В 1999 г. российская скорая помощь выполняла 46–48 млн. вызовов в год, к 2009 г. этот показатель составил уже 49,566 млн. вызовов (Приказы Минздрава РФ № 93, 100; Доклад Минздравсоцразвития РФ 2009).

В последние годы российские средства массовой информации все чаще стали сообщать о различных скандалах и судебных разбирательствах, связанных с фактами нарушения сотрудниками и руководителями скорой помощи правовых норм, таких, как задержки в направлении бригад, неправомерные отказы в выезде и т. д.* Массовое сознание трактует данные факты как свидетельство недобросовестного исполнения работниками СМП своих обязанностей. Однако в современном обществе, в котором деятельность медицинских работников регулируется не только профессиональной совестью и личной ответственностью, но и целым комплексом формальных норм и предписаний, подобные случаи зачастую указывают на несовершенство нормативного регулирования. Недостаточная проработанность и согласованность формальных норм обуславливает такое положение дел, когда работа «по инструкции» может помешать осуществлению действий, требуемых в конкретной ситуации, следствием чего является возникновение неформальных практик, помогающих заполнять существующие пробелы в формальных предписаниях и преодолевать противоречия профессиональной деятельности. На практике работники скорой помощи часто оказываются перед дилеммой: соблюдать нормы, блокирующие эффективную деятельность, или действовать в соответствии с практическим пониманием ситуации, тем самым нарушая формальные нормы. Попытка следования формальным нормам, работа «по инструкции» в ряде случаев блокирует

* См., например: «Скорой» не дождался // Российская газета от 24 сентября 2009 г.; Заболел? Предъяви паспорт! // Российская газета от 23 октября 2009 г.; Уральцы гибнут из-за «скорой помощи», 25.01.2010. http://www.gudok.ru/sociaty/zdorovie/?pub_id=338507; В Ростовской области в автомобилях скорой помощи обнаружены просроченные медикаменты // Фармацевтический вестник, 29.09.2010. <http://www.pharmvestnik.ru/text/21554.html>.

эффективное выполнение действий, направленных, например, на незамедлительное оказание помощи и, наоборот, осуществление действий, необходимых с точки зрения состояния пациента, иногда может осуществляться ценой нарушения формальных норм, как, например, медицинское вмешательство без подписания информированного согласия. В любом случае, при неблагоприятном исходе вина может быть возложена на работника, который либо нарушил нормы, либо не осуществил действий, имевших практическую необходимость, достаточно оперативно, т. к. следовал формальным инструкциям. Наличие множества противоречащих друг другу формальных правил позволяет в случае необходимости практически любое действие трактовать как незаконное. Следствием такого положения дел становится отрицание ценности формальных норм и их способности успешно регулировать деятельность («правовой нигилизм»). Словосочетание «формальная норма» обретает буквальное значение: нормы начинают рассматриваться как то, что существует не для «*оформления*», т. е. закрепления и упорядочения существующей практики, а как нечто, существующее лишь для «*проформы*», для видимости. В данном случае нормативное регулирование рассматривается субъектами деятельности как нечто, существующее лишь «на бумаге». Подобная практика отношения к формальным нормам является настолько устойчивой, что сохраняется даже тогда, когда сами нормы достаточно обоснованны и прозрачны. Следствием этого, в свою очередь, является «правовая безграмотность», т. е. неосведомленность о тех правилах, которые формально регулируют деятельность, и неумение защитить свои права в случае необходимости.

Под формальными нормами в данном исследовании понимается совокупность установлений, закрепленных законом, за выполнением которых следит государство. Формальные нормы, являясь элементом социального института, имеют целью установить рациональный порядок, который будут разделять все его члены. Вероятность соблюдения норм зависит от их четкого оформления, внутренней последовательности, совместимости и взаимосвязи с другими институтами (Терборн 2003). Согласованные нормы должны предоставлять социальным деятелям общую модель поведения, в противном случае нормы могут быть проигнорированы. Существенное расхождение формальных норм и неформальных практик является признаком институционального неблагополучия и препятствует управлению общественными процессами. Справедливости ради стоит отметить, что проблемы, связанные с применением формальных норм в практической деятельности, обусловлены не только несовершенством норм, но и спецификой той деятельности, которую пытаются формализовать. Практическая деятельность в любой

сфере не может быть исчерпывающе формализована, всегда остается некоторый неформализуемый остаток, который подразумевает опору на такие «иррациональные» вещи, как личностное знание, интуиция, опыт. И, наоборот, при применении уже сформулированных правил встречается не менее серьезное препятствие — для приложения формальных правил к фактам опыта необходимо личное суждение, т. к. писанные правила не содержат в самих себе инструкций по их применению и требуют практического знания, которое часто не подлежит формализации: «Писанные правила могут быть полезными, но в целом не они определяют успешность деятельности; это максимы, которые могут служить путеводной нитью только тогда, когда они вписываются в практическое умение» (Полани 1985: 83). Любое применение писанных правил в конкретной ситуации содержит долю неопределенности и, в той или иной мере, требует принятия личностного решения. В работе персонала СМП последствия тех или иных личностных решений часто бывают критическими. Кроме того, непроработанные, противоречивые нормы ставят медицинского работника в уязвимое положение в случае обращения с претензиями пациента или его родственников. Поэтому в данной сфере особенно большое значение приобретает максимальная согласованность формальных норм, как между собой, так и с устоявшейся практикой профессиональной деятельности. Анализ противоречий нормативного регулирования и путей их компенсации неформальными практиками необходим как для усовершенствования норм, так и для понимания того, каким образом существующие практики работы могут быть приведены в соответствие с нормативной моделью поведения.

Авторами статьи было проведено социологическое исследование, в котором ставились задачи: рассмотреть механизмы нормативно-правового регулирования практик работы персонала СМП и оценить, насколько, по мнению самих работников выездных бригад СМП, формальные нормы и предписания согласуются с существующей практикой работы.

Для решения задачи анализа нормативно-правового регулирования деятельности работников СМП были проанализированы нормативные акты федерального и муниципального уровня, а также локальные нормативные акты учреждений, сотрудники которых принимали участие в исследовании.

Для выявления мнений и оценок работников СМП по поводу соответствия формальных норм реальной практике работы было проведено 13 глубинных интервью. Информантами в глубинных интервью выступали представители службы СМП в возрасте от 26 до 70 лет, 7 мужчин и 6 женщин, работающих в г. Санкт-Петербурге, Ленинград-

ской обл., Республике Коми и имеющие стаж работы в системе СМП от 3 до 44 лет. Для комплексного изучения проблем службы СМП интервью проводились с работниками разных структурных единиц: городская станция СМП, отделение СМП при поликлинике и отделение СМП при центральной районной больнице в Республике Коми. С этой же целью в выборку были включены как сотрудники, непосредственно работающие в выездной бригаде (фельдшер, врач), так и специалисты аппарата управления, и руководители (старший врач, юрист, руководители отделов, заведующие подстанцией / отделением, заместители главного врача).

С целью получения более детального представления о практиках работы персонала выездных медицинских бригад СМП было осуществлено 13-и часовое полустандартизированное наблюдение за работой линейной врачебной бригады отделения скорой помощи при одной из районных поликлиник г. Санкт-Петербурга.

Для оценки уровня осведомленности персонала СМП о нормативном регулировании и для получения распределения мнений об основных проблемах в работе выездных бригад был проведен анкетный опрос. В основу анкетного опроса легли данные, полученные в ходе анализа документов, интервью и наблюдения. Выборка составила 119 человек из числа выездного медицинского персонала СМП, работающего на двух подстанциях Санкт-Петербургской Городской станции СМП (далее — ГС СМП), в двух отделениях СМП при поликлиниках г. Санкт-Петербурга (далее — ОСМП-П) и отделения СМП при одной из центральных районных больниц Республики Коми (далее — ОСМП-ЦРБ). Некоторые характеристики выборочной совокупности для проведения анкетного опроса представлены в табл. 1.

Таблица 1

Характеристики выборочной совокупности

		Доля в выборке, %
<i>Пол</i>	женский	55,0
	мужской	45,0
<i>Должность</i>	фельдшер	62,2
	врач	31,9
	акушер	2,5
	нет ответа	3,4
<i>Место работы</i>	ГС СМП (1)	16,0
	ГС СМП (2)	30,3
	ОСМП-П (1)	20,2
	ОСМП-П (2)	26,9
	ОСМП-ЦРБ	6,7

Нормативно-правовое регулирование деятельности СМП: анализ документов

Нормативную основу деятельности СМП на федеральном уровне составляют: Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22 июля 1993 г. (далее — Основы законодательства); приказы Минздравсоцразвития России от 13 октября 2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи» и от 1 ноября 2004 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания СМП»; приказ Минздрава РФ от 26 марта 1999 г. № 100 «О совершенствовании организации СМП населению РФ». Приказами Минздравсоцразвития России также утверждены стандарты оказания СМП больным с различными заболеваниями и повреждениями, в соответствии с которыми работают врачи.

Однако существование большого количества нормативных актов, регулирующих работу СМП, отнюдь не означает, что они облегчают эту работу. Общие нормы оказания медицинской помощи не учитывают особенностей экстренных ситуаций. Сегодня порядок оказания СМП определяется приказом Минздравсоцразвития России № 179, который наполнен общими положениями, частично дублирующими статьи Основ законодательства: скорая помощь оказывается при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, осуществляется безотлагательно и в соответствии со стандартами медицинской помощи, оказывается бесплатно. Определены состав станции СМП, ее основные функции, виды и состав бригад.

Непосредственно обязанности персонала устанавливаются в локальных нормативных актах. Однако есть такие положения и на федеральном уровне — утвержденные приказом Минздрава РФ № 100 положения о враче выездной бригады СМП, о фельдшере, о водителе и др. Несмотря на то, что они напрямую не регулируют деятельность работников, их используют в качестве основы при разработке документов в конкретных учреждениях. Эти положения носят общий характер и состоят из разделов, устанавливающих квалификационные требования, основные обязанности, права и ответственность. Однако даже эти общие пункты являются недостаточно продуманными. Положение о враче выездной бригады СМП (Приказ Минздрава РФ № 100) предусматривает право врача разрешить родственникам сопровождение больного. Возникает вопрос: почему аналогичное право не предусмотрено в Положении о фельдшере выездной бригады СМП, утвержденном тем же приказом? Выполняя обязанности в составе фельдшерской бригады, фельдшер сам принимает решения. Кроме того, бывают ситуации, когда сопровождение необходимо (при работе с детьми, недееспособными гражданами). Положение о враче предусматривает право врача в случае отказа боль-

ного от медицинской помощи и госпитализации предложить ему подтвердить отказ письменно в «Карте вызова». А Основы законодательства требуют, чтобы отказ от медицинского вмешательства оформлялся записью в документации, т. е. отказ должен быть подписан обязательно. Не оформив отказ соответствующим образом, врач подвергает себя риску — если с пациентом что-либо случится, доказать его волю без подписи будет проблематично.

Эти примеры иллюстрирует сложившееся отношение к регулированию работы врачей. Непроработанные, противоречивые нормы не могут установить единый порядок действий, ставят врача в уязвимое положение. Вместе с тем, специфика медицины критических состояний сама по себе способствует нарушению прав больных: экстремальность ситуации исключает возможность выбора лечебного учреждения и врача, делает невозможными консультации со специалистами, побуждает врача к клиническому эксперименту без согласия больного (Зильбер 1998: 42–58).

Непосредственно организация оказания СМП отнесена к полномочиям органов местного самоуправления, которые должны на местах определять особенности работы этой службы. Такие акты приняты не во всех муниципальных образованиях, а принятые не всегда вносят вклад в регулирование ее деятельности, просто дублируя положения федеральных нормативных актов. Например, деятельность СМП в Оренбурге регулируется пятью пунктами Положения, кратко дублирующими федеральные нормы, в Нальчике нормы, регулирующие деятельность СМП, также не отличаются от федеральных*.

Во многих городах (Архангельск, Калининград, Уфа, Челябинск) приняты правила вызова, регламентирующие поводы к вызову и обязанности вызывающего. Они устанавливают некоторые, актуальные для работников СМП, обязанности вызывающих, например, назвать пути подъезда к месту происшествя, изолировать домашних животных, оказать содействие в транспортировке больного в автомобиль и т. п. Вместе с тем, правила часто содержат сомнительные положения. Например,

* Решение Нальчикского городского совета местного самоуправления от 12 декабря 2006 г. «Об утверждении Положения о порядке организации оказания СМП, первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов на территории городского округа Нальчик»; Решение Оренбургского городского совета от 26 августа 2008 г. № 634 «Об утверждении Положения «Об организации оказания медицинской помощи в муниципальных медицинских учреждениях г. Оренбурга».

в Челябинске установлена обязанность вызывающего помочь поднести медицинскую сумку и аппаратуру от автомобиля до места оказания помощи*. Но, как известно, выездные бригады часто подвергаются нападениям, поскольку работают с наркотическими средствами, и такое правило может спровоцировать хищения. В правилах встречаются необоснованные ограничения, например, в Калининграде установлен запрет на прием вызовов от детей**. В соответствии с Федеральным законом «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» детьми считаются лица, не достигшие 18 лет. Но Основы законодательства устанавливают, что с 15 лет дети при оказании им медицинской помощи самостоятельно и могут сами обращаться за медицинской помощью.

Как видно из анализа документов, нормативно-правовое регулирование работы СМП содержит много противоречащих друг другу норм и непродуманных положений. Нормативные акты содержат, с одной стороны, пробелы, которые создают проблемы в практической деятельности, с другой стороны — фактически невыполнимые требования. Выявление этих проблемных пунктов невозможно без исследования практик работы выездных бригад СМП, возникающих при этом проблем, а также без изучения мнений работников СМП о нормах, регулирующих их деятельность, и об уровне правовой защищенности.

Оценка нормативного регулирования деятельности СМП самими работниками

Теперь рассмотрим, как же воспринимают ситуацию с нормативным регулированием своей деятельности сами работники СМП. В ходе анкетного опроса респонденты назвали следующие проблемы правового регулирования работы СМП: отсутствие правовой защиты работников (89,1 %); недостаток правовых знаний у работников (58,0 %); отсутствие специального закона о службе СМП (53,8 %); недостаток правовых знаний у пациентов (21,8 %); отсутствие единых форм документации (13,4 %). Итак, **отсутствие правовой защиты работников СМП**, по результатам анкетного опроса, является основной проблемой правового регулирования. Подавляющее большинство респондентов (88,2 %) на вопрос: «Защищены ли работники СМП законом?», ответили «нет» и «скорее, нет». Вот как информанты охарактеризовали в интервью собственную правовую защищенность: «У нас за правовой защитой некуда обратиться».

* Решение Челябинской городской Думы от 21 июня 2005 г. № 4/14 «Об утверждении Правил вызова СМП на территории г. Челябинска».

** Постановление мэра г. Калининграда от 3 июня 1996 г. № 1264 «О правилах вызова СМП в г. Калининграде».

ся» (м., 26 лет), «...то, что есть, — это не защита, это художественный свист» (м., 52 года), «...беззащитность, отсутствие законов как таковых, однозначных законов, как быть с больным, с реальным больным» (м., 45 лет).

В случае предъявления претензий со стороны пациентов работники готовы обращаться за правовой защитой, прежде всего, к администрации подстанции (отделения) (74,8 %), но на этом уровне сложно организовать защиту: «В поликлинике своего юриста нет. Я обратился в Комитет [по здравоохранению]: «Юрист Комитета может подключиться помочь?..» — «Нет, мы этим не занимаемся». Круг замкнулся. Здесь нет, тот занимается другим» (м., 52 года). Кроме того, администрация часто придерживается мнения, что врач должен наладить контакт с пациентом самостоятельно: «Если... врач не нашел общего языка с пострадавшим, наверное, де-факто он виноват» (м., 45 лет), «...у Комитета позиция “врач всегда виноват”» (м., 52 года). Помимо администрации, работники в подобных ситуациях готовы обращаться в юридическую консультацию (39,5 %), в суд (26,1 %) и правоохранительные органы (24,4 %).

При этом 25,5 % опрошенных заявили о том, что имели проблемы при взаимодействии с правоохранительными органами. Основная причина этого видится в отсутствии формальной основы для взаимодействия. При обращении в милицию работник СМП выступает как частное лицо: «Если на вызове что-то случается, пишем заявление в милицию, работника направляем на освидетельствование. А дальше он частное лицо, один на один. И если даже мы пытаемся вмешиваться в этот процесс, то встречаем жесткий отпор» (ж., 59 лет). Для успешного взаимодействия необходима нормативная база, хотя, как указали информанты, даже при наличии официальных соглашений с милицией они часто не выполняются: «На бумаге у нас все есть... а жизнь вносит свои коррективы. Потому что, то у них нет свободной машины, то у них нет еще чего-то, то у них бригада где-то на другом месте и т. д. и т. п.» (м., 45 лет); «Поднимаюсь на 5-ый этаж, она меня догоняет и из баллончика газового мне брызгает в глаза... Милиция, которая находится в соседнем доме, пришла через 40 минут. Девочку не нашли» (ж., 32 года). Отсутствие формально закрепленного порядка взаимодействия СМП и милиции компенсируется неформальными договоренностями: «У нас это почти частная договоренность. В свое время так получилось, что несколько раз к нам обращались люди, которые там на дежурстве были, с какими-то проблемами медицинскими...» (м., 46 лет).

Определенную защиту для работников мог бы организовать профсоюз. Однако в профсоюз сегодня готовы обращаться лишь 16,0 % респондентов. Отношение к профсоюзу неоднозначное — работники, при-

знаявая его поддержку, избегают обращений за помощью. Нежелание обращаться в профсоюз объясняется нехваткой времени либо неуверенностью в том, что результат обращения будет положительным: *«Есть вещи, на которые они говорят: “Да, железно, мы вам поможем”, а есть вещи, на которые говорят: “А вы ничего не сможете сделать, нет правовой базы”.* И у них тоже нет правовой базы» (м., 46 лет).

60,5 % респондентов ответили, что в случае нарушения их прав как работников они готовы обратиться в суд. Однако в ходе интервью информанты выражали скептическое отношение к возможности обращения в суд: *«Врачи на пациентов в суд не подают. Не хотят тратить время и силы на это»* (ж., 62 года), *«...нас приучили, что мы всегда виноваты»* (м., 46 лет). Основными препятствиями для обращения в суд в ходе анкетного опроса были названы нехватка средств на адвоката (72,3 %), отсутствие времени (31,9 %) и невозможность доказать свою правоту (23,9 %). Отмечается также недоверие к институту судебной власти: *«бесполезно», «не верю нашему суду».*

Анализ высказываний позволяет сделать вывод, что одним из факторов, обуславливающих ощущение правовой незащищенности у работников СМП, является низкий уровень институционального доверия, который выражается в отсутствии уверенности в справедливости существующих законов и практик их применения. Следствием низкого уровня институционального доверия является неготовность отстаивать свои интересы более или менее организованным способом, стремление полагаться на неформальные договоренности и личные связи. Например, профсоюз воспринимается не как объединение самих работников, а как некая внешняя структура, которая может оказать помощь при удачном стечении обстоятельств, но чаще всего оказывается бесполезной. Таким образом, проблема незащищенности в определенной мере усугубляется патерналистским представлением о том, что «защита» приходит извне, а не является функцией от умения отстаивать свои права через объединение и повышение собственной правовой грамотности.

Недостаток правовых знаний у работников СМП признали одной из основных проблем правового регулирования деятельности СМП 58,0 % респондентов. Несмотря на то, что нормативные документы о работе СМП доступны 84,1 % опрошенных, а их положения понятны 75,9 %, лишь 46,4 % респондентов считают свои правовые знания достаточными для выполнения работы. Мнения, что *«правовая грамотность врачей очень низкая...»* (м., 52 года), высказывались и в ходе интервью. Систематическое обучение работников СМП по правовым вопросам, как правило, ограничивается разъяснениями изменений в нормативных документах: *«Если что-то изменяется, то на утренних конференциях*

руководители структурных подразделений всех знакомят с этими изменениями» (м., 57 лет) и неформальным общением между самими работниками: *«Когда мы с какой-то проблемой сталкиваемся, кто-то “обжигается”, потом рассказываем друг другу»* (ж., 26 лет).

Основными документами, непосредственно регламентирующими работу медицинского персонала СМП, являются должностные инструкции и стандарты оказания медицинской помощи. Однако, как было выявлено в ходе опроса, копия должностной инструкции выдана на руки лишь 4,2 % опрошенных работников, 69,5 % респондентов сказали, что копия инструкции есть на подстанции. Доступ к текстам стандартов оказания медицинской помощи имеют все респонденты, при этом только 49,2 % опрошенных всегда используют стандарты в работе, а остальные применяют их в зависимости от ситуации. В качестве оснований применения стандартов были названы следующие: стандартная схема лечения помогает избегать претензий (88,2 %), стандарты помогают принимать решения (42,9 %), применение стандартов предписано законом (39,5 %).

Скептическое отношение к формальным нормам усугубляется тем, что работа по стандартам и инструкциям часто оказывается невозможной в силу необеспеченности необходимых условий. Таким образом, сотрудники скорой помощи часто оказываются в ситуации вынужденного нарушения формальных норм. Лишь 22,9 % респондентов считают, что условия для работы в соответствии с алгоритмами и стандартами оказания медицинской помощи полностью обеспечены, 72,9 % считают, что условия обеспечены более или менее. Работа по стандартам затруднена недостатком лекарств (63,9 %), персонала (55,4 %) и оборудования (22,9 %): *«...при инфаркте на догоспитальном этапе показана фибринолитическая терапия, но препараты есть только на спецбригадах и в стационарах»* (м., 52 года). Отсутствие необходимых условий порождает вполне понятный скепсис относительно необходимости регламентации и стандартизации профессиональной деятельности. Есть также проблема с тем, что часто пациентам не нравится лечение по стандарту: *«...по стандартам у нас физраствор, анальгин и гепарин. А пациент спрашивает: “А у вас что, от инфаркта больше ничего нет?”»* (ж., 32 года). Отдельно информанты выделили проблему жалоб пациентов, связанных с отказом врачей оказывать помощь не по стандарту (т. е., по сути дела, с отказом нарушать установленные формальные нормы): *«повышение артериального давления лечится по стандартам таблетками, а пациенты требуют “какой-нибудь” укол»* (м, 26 лет).

В ряде случаев **законодательство не учитывает особенностей работы СМП**. По действующим законам врач обязан получать добровольное

информированное согласие на медицинское вмешательство и в случае отказа от госпитализации оформить отказ документально. В ходе опроса 11,8 % респондентов отметили, что испытывали трудности с получением информированного согласия на медицинское вмешательство, 42,9 % — с получением отказа от госпитализации. Врач скорой помощи зачастую стоит перед неоднозначным выбором — он обязан заполнить определенные документы, но состояние больного требует немедленного вмешательства. Как известно, помощь, оказанная в течение первого часа после получения травмы, обеспечивает наиболее высокий уровень выживаемости больных (Михайлов, Налитов 2002: 8). Вот цитата из интервью с одним из информантов: *«...приезжаю — инфаркт, отек легких. Мы будем брать информированное согласие? Его срочно колоть надо, а не сидеть... и подписывать, что я, такой-то, согласен, чтобы мне сделали то-то и то-то... Если у Вас эта законодательная бумажка будет [добровольное информированное согласие], пока пациент ее прочитает, человек умрет»* (ж., 32 года).

В отношении отказов от госпитализации проблема состоит в отсутствии четкого порядка их оформления. Работники СМП осведомлены о необходимости письменного закрепления отказа, однако большинство из них не располагает какими-либо формами для него, поскольку карта вызова соответствующих пунктов не содержит: *«...это старые карты, тогда еще такого [требования оформления отказа от госпитализации] не было»* (ж., 62 года). Некоторые отделения разрабатывают свои формы, но эта практика не повсеместна, как пояснил один из информантов: *«У нас своя форма, мы по этой форме берем. Разработанная форма... Вот на N-ной неотложной работаю, там этого нет. Это инициатива заведующих. Для того чтобы обезопасить собственные шкурки»* (ж., 32 года). Но даже разработанные формы используются не всегда. Например, в ходе социологического наблюдения была зафиксирована следующая ситуация: врач предложил пациентке госпитализацию, абсолютных показаний для госпитализации не было и пациентка пожелала остаться дома. Тем не менее, отказ надлежащим образом зафиксирован не был. Часто возникают проблемы с тем, что человек вообще отказывается подписывать какие-либо бумаги: *«Есть проблемы с бомжами, которые живут в подвале или на чердаке. Скорую им обычно вызывают соседи... Эти люди часто вообще отказываются что-либо подписывать»* (ж., 59 лет). Еще одной проблемой является работа с детьми, поскольку на их госпитализацию необходимо согласие родителей, опекунов или попечителей: *«...проблема — это оказание помощи детям, если нет никого рядом. Должно быть согласие родителей на вмешательство, но мы часто работаем вообще в отсутствие представителей детей. Также проблемы бывают с их*

госпитализацией, насильно мы ребенка забрать не можем» (ж., 59 лет). Такие ситуации не урегулированы законодательно и работники СМП никак не могут повлиять на родителей, которые подвергают жизнь ребенка опасности, отказываясь от госпитализации. Информанты отмечали, что даже оформленный отказ от госпитализации мало защищает их, поскольку в случае возникновения каких-либо проблем вина все равно может быть возложена на врача, который не настоял на госпитализации и не разъяснил ее необходимость.

Другой аспект несоответствия норм и реальной практики — проблема неуккомплектованности выездных бригад. В соответствии с Порядком оказания СМП (Приказ Минздравсоцразвития России № 179) врачебная выездная бригада СМП включает в свой состав 1 врача, 2 фельдшеров (либо фельдшера и медицинскую сестру-анестезиста), санитаря и водителя, фельдшерская — 2 фельдшеров, санитаря и водителя, бригада санитарного транспорта — фельдшера, санитаря и водителя. В ходе опроса респондентам был задан вопрос о составе бригады в последнее дежурство респондента. Выяснилось, что 100,0 % бригад санитарного транспорта, 66,7 % акушерских бригад, 21,9 % фельдшерских бригад, 9,5 % врачебных бригад состояли только из одного медицинского работника и водителя. Статистику опроса подтверждают и данные наблюдения — врачебная бригада, за которой проводилось наблюдение, состояла только из врача, фельдшера и водителя, т. е. не хватало еще двух работников, которые должны были присутствовать в соответствии с Порядком оказания СМП. Некоторые информанты в интервью отмечали, что даже такая укомплектованность бригады (врач и фельдшер) расценивается как удача: *«Фактически в большинстве отделений, станций и подстанций работают одиночные фельдшерские бригады»* (м., 46 лет), *«...такая сказка — это здесь [в Санкт-Петербурге]. По два человека в бригаде!... Есть места, где один доктор работает и он все организует один... В области, как правило, люди работают по одному»* (м., 46 лет). Информанты, знакомые с ситуацией в регионах, отмечали, что она, как правило, еще хуже, чем в крупных городах: *«Вот в области на станции, маленькая станция, две машинки, две бригады. Хорошо, если один доктор, один фельдшер, а то и два фельдшера, две женщины или три женщины на двух машинах. Так они же еще и делают! Они же еще и помощь оказывают!»* (м., 46 лет). По мнению работников, ситуация с неуккомплектованностью выездных бригад неразрешима по причине отсутствия жесткого контроля и системы наказаний работодателя за невыполнение приказов: *«Два года нам слали акты проверяющие органы, что бригады не соответствуют приказам, состав бригады не соответствует и т. п., а администрация нам твердила одно: “Ну и что? Проверили и забыли”»*

(м., 26 лет). Неукомплектованность бригад является повсеместной практикой. Даже в наиболее благополучных регионах численность персонала, выезжающего в составе бригады, как правило, не соответствует установленной нормативными актами.

Проблема недостатков нормативного регулирования работы персонала СМП касается также отсутствия установленного перечня поводов к вызову. В отсутствии такого перечня диспетчеры вынуждены принимать все вызовы подряд: *«Основная проблема... состоит в том, что скорая помощь вызывается на состояния, угрожающие жизни, а мы ездим на черт-те что»* (ж., 59 лет). В значительном количестве случаев СМП выезжает на состояния, которые не требуют экстренной помощи, кроме того, скорая помощь получает дополнительную нагрузку от поликлиник. Работники отмечают, что часто помощь врача не нужна: *«Съездите в аптеку за лекарствами, а то я на вас жаловаться буду. Вы же на машине!»* (ж., 32 года). Тревожным следствием такого положения дел является то, что поток непрофильных вызовов препятствует нормальному функционированию СМП, поскольку часто выездные бригады просто не успевают на профильные вызовы: *«...при реально имеющейся температуре 39,0 у взрослого был дан повод "умирает"... Диспетчер... высылает единственную реанимационную бригаду... В это время поступает ДТП... На месте ДТП 5 пострадавших. Из них 2 нуждаются в реанимации! А реанимационная бригада на другом конце района обслуживает температуру»* (м., 26 лет). Исполнение функций, не свойственных скорой помощи, по мнению информантов, приводит к тому, что скорая помощь из службы, оказывающей экстренную помощь при угрожающих жизни состояниях, фактически превращается в выездной филиал поликлиники или социальной службы.

В целом, низкое качество формальных норм, регулирующих деятельность СМП, по мнению опрошенных, обусловлено тем, что нормативные акты готовятся специалистами, не понимающими специфики работы СМП: *«В лучшем случае их готовят специалисты, работающие в системе скорой помощи, а система включает, помимо службы скорой помощи, НИИ и систему подготовки кадров»* (м., 70 лет), *«Вот ты придумал закон... Ты когда последний раз на машине выезжал?.. Вы от нас это требуете, а Вы приедьте, на сутки сядьте и посмотрите. Они забыли, что такое работа на линии»* (ж., 32 года).

Интервьюируемые отмечали, что нормативная база несовершенна и требует обязательной переработки: *«...его просто нет — правового регулирования»* (м., 46 лет), *«Отмена ряда положений приказа Минздрава № 100 и непринятие подобных положений на уровне субъекта РФ создало правовой вакуум»* (м., 70 лет). Большинство опрошенных указало, что

регулирование работы СМП должно осуществляться на федеральном уровне (32,5 %) либо на основе сочетания разных уровней (45,3 %): «Законодательство должно содержать какие-то нормы... — скорая помощь оказывается на всей территории России, ...бесплатно, за счет средств бюджета, ...всем гражданам и лицам... независимо от гражданства или чего-то еще... Должно быть на федеральном уровне положение о скорой помощи» (м., 70 лет), «Должны быть общие принципы — оснащение, подходы к лечению, финансирование... Это должно быть на федеральном уровне. В регионах должны устанавливать свои особенности. Например, не может быть одна и та же форменная одежда для Якутска и Краснодара» (ж., 62 года).

По мнению опрошенных, многие проблемы позволил бы решить закон о статусе СМП: «...нужно ввести ту же статью, которая защищает ментов и пожарных.... И вызовов будет меньше, и угрожать уже никто не будет» (м., 46 лет), «...служба скорой помощи при исполнении должна относиться ко всем экстремальным службам, находящимся при исполнении. 01, 02, 03 — все!» (ж., 32 года), «Приравнять выездных сотрудников скорой помощи к сотрудникам МВД при исполнении, так как мы часто сталкиваемся с криминалом, психбольными, злыми собаками, а права на физическую силу не имеем, только в рамках самообороны» (м., 26 лет).

Подавляющее большинство респондентов (95,8 %) считают необходимым разработку закона о службе, но многие сомневаются в том, что это возможно: «[Закон] нужен, но нет никакой надежды на нормальное, функциональное его создание» (м., 26 лет). Работники хотели бы закрепить на федеральном уровне нормы, определяющие их положение, — о предоставляемых гарантиях, об оплате труда и социальной защите: «Должна быть гарантирована спецодежда, правовая защита, социальная защита» (ж., 59 лет), «Нужно положение о страховании работника» (м., 26 лет). Респонденты выказали готовность выполнять единые нормативные требования при условии получения одинаковых гарантий и оплаты. Сегодня же требования на федеральном уровне общие (порядок оказания СМП, стандарты), а уровень гарантий зависит от региона, в котором трудится работник. Например, Основы законодательства предусматривают обязательное страхование сотрудников, но размер страховки определяется учредителями — органами местного самоуправления. Поскольку финансовые возможности у учредителей разные, то, несмотря на сходство рисков, которым подвергаются работники в разных регионах, суммы выплачиваются различные.

Заключение

По результатам проведенного исследования можно выделить следующие проблемы формального нормативного регулирования работы

СМП: несовершенство регламентирующих документов, небеспеченность условий работы в соответствии с нормами и стандартами, слабость правовой защиты, недостаток правовых знаний, отсутствие у службы СМП особого статуса. Функция нормативной регламентации деятельности состоит в том, чтобы оптимизировать практическую деятельность путем снижения транзакционных издержек и облегчения принятия решений в тех или иных ситуациях. Фактически же нормы становятся не средством закрепления наиболее оптимальных способов деятельности, а препятствием для осуществления эффективных действий. Формальная регламентация профессиональной деятельности в целом ряде случаев идет вразрез со здравым смыслом и сложившейся практикой работы. Следствием подобного положения дел является вынужденное нарушение норм со стороны работников. Производя действия, требуемые, с точки зрения здравого смысла, в конкретной ситуации, работник ставит себя в положение вынужденного нарушителя формальных норм. И, как следствие, при возникновении спорных ситуаций обращение работника за правовой защитой блокируется опасениями, что будут выявлены нарушения, допущенные им самим. Именно это положение вещей субъективно воспринимается как отсутствие правовой защиты и порождает неверие в ценность норм права. Недостаток правовых знаний, на который указывали опрошенные, в данном случае предполагает, что способность разбираться во множестве противоречащих друг другу регламентирующих документов требует от работника компетентности, превосходящей уровень, требуемый его профессиональной деятельностью. Другой стороной проблемы является отсутствие интереса работников к установленным нормам. Персонал воспринимает закон как некую формальность, не имеющую отношения к реальной жизни. Не понимая, как применить то или иное правило, работники не пытаются разобраться в ситуации или изменить ее в свою пользу, а просто отказываются от применения нормы вообще — например, информированное согласие не берется в подавляющем большинстве случаев.

Путем решения существующих проблем работники считают разработку федерального закона о службе СМП и придание этой службе особого статуса. Тут срабатывает эффект низкого уровня институционального доверия, когда единственной гарантией защиты прав считается получение некоторых привилегий, как формально закрепленных, так и неформальных. Однако в ситуации небеспеченности условий для соблюдения формальных норм издание такого закона вряд ли может служить гарантией того, что его нормы будут выполняться.

Дуглас Норт рассматривает формальные правила как письменное выражение сложившихся неформальных правил (Норт 1997). С этой

точки зрения, формальные правила служат для «оформления» практических действий, т. е. для их оптимальной и четкой организации. Такая логика рассуждений характерна для методологического индивидуализма, признающего первичность акторов и их действий и вторичность институтов. Однако в российском нормотворчестве, где безусловен приоритет института, формальные нормы, как правило, создаются, не принимая в расчет сложившиеся неформальные практики. «Формальные правила создаются скорее для того, чтобы служить интересам тех, кто занимает позиции, позволяющие влиять на формирование новых правил» (Норт 1997: 33). Функция подобного рода нормотворчества — не просто ограничение неформальных правил, но создание такого нормативного каркаса, который принципиально не принимает в расчет акторов. Соответственно, такие явления, как правовой нигилизм, правовая безграмотность, вынужденное нарушение норм, являются следствием не столько низкого качества правового сознания, сколько качества самой правовой системы.

Литература

Доклад Министерства здравоохранения и социального развития РФ (2009 г.) // Российская газета: [http://img.rg.ru/img/content/38/10/09/5130_1a.gif] (дата обращения: 30 апреля 2010 г).

Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний. Этюды критической медицины. Т. 4. Петрозаводск, 1998.

Михайлов Ю. М., Налитов В. Н. Протоколы действий для фельдшерских бригад СМП. СПб., 2002.

Норт Д. Институты, институциональные изменения и функционирование экономики М.: Фонд экономической книги Начала, 1997.

Полани М. Личностное знание: на пути к посткритической философии. М.: Прогресс, 1985.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 11 марта 2003 г. № 93 «Об отраслевой программе «Скорая медицинская помощь».

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 марта 1999 г. № 100 «О совершенствовании организации СМП населению РФ».

Терборн Г. О границах и динамике норм и нормативного действия. Социологическая рефлексия // Социологическое обозрение. 2003. Т. 3. № 4. С. 42–56.

Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ».