

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНОЙ СФЕРЫ НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ (на примере состояния медицины в Дагестане)

DOI: 10.20542/2307-1494-2018-1-207-222

Аннотация Система здравоохранения в Дагестане имеет отличительные черты, которые связаны как с особенностями устройства дагестанского общества, так и с ее реформированием в постсоветский период. В республике сложилась система медицинских династий, что ограничивает доступ к профессии молодых специалистов и ухудшает качество предоставляемых услуг. В то же время именно родственные связи помогают простым гражданам получить доступ к услугам здравоохранения, а молодым специалистам трудоустроиться. В сельской местности распространена система, согласно которой на выборы главы учреждений здравоохранения оказывает влияние «джамаат» – неформальный представительный орган власти в общине. Несмотря на модернизацию системы здравоохранения по общероссийскому образцу, в Дагестане надежной системой страхования по-прежнему служит традиционный «тухум».

Ключевые слова Дагестан, система здравоохранения, частная практика, фармакологический рынок, клановая система, коррупция, «джамааты», «тухум»

Title A sociological analysis of socio-humanitarian sphere in the North Caucasian region: the state of medicine in Dagestan

Abstract The health care system in Dagestan has distinctive features that are related both to the peculiarities of the Dagestani society and to post-Soviet reforms of public health system. The phenomenon of medical dynasties limits access to the profession for young specialists and may worsen the quality of the services provided. At the same time it is the family ties that help ordinary citizens to get access to health care services and help young professional to find work. In rural areas, it is also common that the head of local health care institution is appointed by “jamaat” – an informal representative body of power in the community. Despite modernization of the health care system that follows Russia's overall state model, traditional “tukhum” still serves as a reliable insurance system in Dagestan.

Keywords Dagestan, health care system, private practice, pharmacological market, clan system, corruption, “jamaats”, “tukhum”

I. Медицина в Дагестане: введение

История Дагестана за два с половиной десятилетия после распада СССР носила драматичный характер. Республика испытала на себе частичную блокаду из-за чеченских войн, стала ареной многочисленных земельных конфликтов, пережила бурное возрождение «народного» (традиционного) суфийского ислама и экспансию ислама фундаменталистского, салафитского толка посредством арабских проповедников и более тысячи собственных выпускников международных исламских

образовательных центров, прошла через череду разнообразных «народных фронтов» и сельских исламских мини-революций, десятилетия функционирования вооруженного подполья, ставшего чуть ли не полуформальной частью политической системы, и отток радикалов на войну в Сирию в 2010-е гг.

В 2000-е гг. в Дагестане урбанизация шла самыми быстрыми темпами в стране – при этом до 80% домохозяйств получают доходы от неформальной (теневой) экономики и наблюдается массовая трудовая эмиграция в крупнейшие мегаполисы страны, на Север Западной Сибири и в Турцию.

На этом фоне медицина в Дагестане предсказуемо отличается от медицины в большинстве других российских регионов по основным количественным показателям – числу врачей на душу населения и средней заработной плате в отрасли (см. Таблицу 1–2).

Таблица 1. Средняя заработная плата отдельных категорий работников социальной сферы и науки по субъектам РФ, январь–декабрь 2016 г.¹

Регионы	Педагогические работники образовательных учреждений общего образования	Преподаватели образовательных учреждений высшего профессионального образования	Врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющие медуслуги (обеспечивающие предоставление медуслуг)	Младший медицинский персонал (персонал, обеспечивающий условия для предоставления медицинских услуг)
Российская Федерация	33 338	55 028	50 667	18 436
Центральный федеральный округ	42 893	70 662	59 968	21 624
г. Москва	68 491	94 206	86 771	36 212
Северо-Западный федеральный округ	38 281	62 648	61 305	23 188
г. Санкт-Петербург	48 011	67 843	71 291	30 014
Южный федеральный округ	26 254	40 493	37 906	15 195
Ростовская область	25 053	39 929	37 678	15 646
Северо-Кавказский федеральный округ	20 960	32 254	32 654	13 200
Республика Дагестан	18 887	29 228	30 836	12 196
Кабардино-Балкарская Республика	20 592	30 622	30 947	12 447
Карачаево-Черкесская Республика	19 890	29 930	29 736	13 244
Ставропольский край	24 481	35 208	36 842	14 475

Приволжский федеральный округ	25 815	43 077	38 791	14 620
Республика Татарстан (Татарстан)	28 942	50 698	39 832	16 046
Пермский край	29 835	48 509	42 285	15 116
Уральский федеральный округ	39 191	52 586	60 982	21 094
Ханты-Мансийский авт. округ-Югра	61 970	92 362	89 770	35 745
Тюменская область без авт. округов	37 844	55 274	52 130	17 920
Сибирский федеральный округ	29 228	48 572	45 705	15 979
Иркутская область	31 978	52 567	50 451	18 039
Дальневосточный федеральный округ	45 606	58 358	65 632	24 098
Приморский край	35 081	56 862	54 299	19 067

Источник: Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за январь-декабрь 2016 г. // Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/itog_monitor/itog-monitor4-16.html

Сравнение других показателей по официальным статистическим данным не очень надежно. Даже средний доход медицинского работника по соотношению формальный/неформальный имеет региональные особенности.

Таблица 2. Численность врачей на 10000 человек населения по субъектам РФ

	2013	2014	2015
Российская Федерация	48,9	48,5	45,9
Центральный федеральный округ	51,0	50,2	46,1
г. Москва	68,6	66,1	55,7
г. Санкт-Петербург	81,2	81,5	73,8
Южный федеральный округ	43,6	43,1	41,7
Ростовская область	38,6	38,4	37,7
Северо-Кавказский федеральный округ	41,2	41,6	39,5
Республика Дагестан	39,4	39,9	36,7
Кабардино-Балкарская Республика	44,6	45,9	43,7
Карачаево-Черкесская Республика	37,8	37,6	38,9
Ставропольский край	42,3	43,3	41,3
Приволжский федеральный округ	46,5	46,7	45,0
Республика Татарстан	41,4	42,1	40,6
Пермский край	49,9	50,9	49,2
Уральский федеральный округ	44,8	44,7	43,1
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	53,0	53,3	53,4

Тюменская область без автономных округов	51,4	50,7	48,4
Сибирский федеральный округ	50,4	50,1	47,0
Иркутская область	48,1	49,0	45,5
Дальневосточный федеральный округ	55,1	54,4	52,8
Приморский край	52,0	52,3	50,0

Источник: Российский статистический ежегодник . 2016 г. // Федеральная служба государственной статистики.
URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b16_13/Main.htm.

На момент распада СССР развитие здравоохранения в республике отставало от общероссийского, а некоторые виды специализированной и квалифицированной медицинской помощи дагестанцы получали в соседних регионах.² При этом уже к началу 1980-х гг. в Дагестане сформировались медицинские династии, что, кроме пользы, несло и проблемы: молодые талантливые специалисты без родственных и земляческих связей были вынуждены искать возможности для продолжения учебы и работы в других регионах.

В условиях быстрого демонтажа советской системы в республике средние доходы дагестанских медиков оказались меньше, чем в других регионах, а заметная часть квалифицированных врачей выехала за пределы Дагестана в первые годы после развала СССР,³ в т. ч. из-за крайне нестабильной ситуации как в соседней Чечне, так и в самом Дагестане. В итоге республиканское здравоохранение стало испытывать сильнейший кадровый дефицит, хотя Медицинская Академия в Махачкале продолжала выпускать дипломированных специалистов.⁴ Особенности политической системы, сложившейся в республике к концу 1990-х гг., и практически полная замена старого городского населения переселившимися в Махачкалу сельскими общинами повлияли и на институциональное, и на кадровое устройство здравоохранения.

Данная статья посвящена способам адаптации к перечисленным условиям как медицинского сообщества, так и потребителей медицинских услуг (населения). Полевой материал был собран автором в нескольких районах республики. Исследование основано на глубинных интервью в столице Дагестана Махачкале и селах Карата, Тлох, Кара-Махи, Губден, Гарбуки, Ботлих, Чох, Гуниб, Хаджал-Махи и Гагатли. На основе собранного материала можно выделить несколько особенностей изучаемой социальной адаптации.

Во-первых, в условиях дефицита ресурсов и ограничения конкуренции медицинская корпорация в рамках официальной системы здравоохранения создает институциональную «пробку», которая, с одной стороны, ограничивает и делает неоправданно дорогим доступ к медицинской помощи для пациентов, а с другой – закрывает свободный доступ к профессии молодым врачам.

Во-вторых, ограничение доступа к квалифицированной медицинской помощи в республиканском центре привело к интенсивному развитию частной медицины, а так же исламской медицины и знахарства. Разрушение районного и муниципального уровней здравоохранения в сельской местности и наличие неформальной системы самоуправления сельских общин обусловили более активное участие самоорганизованной сельской общины (в случае Дагестана – *джамаатов*)⁵ в управлении сельским и районным здравоохранением, чем в других регионах РФ. При этом назначение главного врача в сельской или районной больнице сравнимо по своему социальному значению с выборами имама, главы села, депутатов или назначением директора школы. Уровень и частной, и сельской медицины технологически и организационно соответствует земской медицине XIX в., с отдельными элементами современных технологий, которые могут быть импортированы без серьезных инвестиций и квалификации.

В-третьих, в силу особенности социальной структуры сельских и городских общин, организация лечения и взрослых, и детей в Дагестане – это функция семьи, *тухума*⁶ или даже села. Иными словами, в Дагестане госпитализация, поиск лекарств,

организация операции, поездка в Москву или Ростов для диагностики и лечения – это часть публичной социальной жизни.

В данной статье не исследуется ни исламская медицина, ни знахарство, хотя кровопускания (*хиджама*) и лечение всех болезней маслом черного тмина уже стали привычной частью медицинского ландшафта республики. Обращение к практикам врачевания времен Ибн Сины⁷ характеризует не только демодернизацию здравоохранения, но и состояние образования и в целом социально-гуманитарной сферы региона.

Наблюдение за тем, как в конкретных случаях политические элиты, медицинское сообщество и простые пациенты реагируют на социальную трансформацию и на попытки государства реформировать здравоохранение, позволяет увидеть ограничения любого администрирования, результаты которого оказываются довольно далекими от запланированных. Хотя эти проблемы встречаются во всех российских региональных системах здравоохранения, в Дагестане разрыв между ситуацией на «бумаге» и реальностью особенно велик.

II. Институциональная «пробка»

Политический корень проблем дагестанской медицины состоит в том, что в республиканском здравоохранении сложился закрытый административный рынок,⁸ отражающий баланс интересов основных политических субъектов. От профессиональной конкуренции извне медицинское сообщество оказалось защищено, поскольку основные позиции в отрасли распределяются в результате политических торгов внутри региональных элит.

Как и другие источники финансовых потоков (бюджет на развитие сельского хозяйства, образование и т. д.), денежные средства в системе здравоохранения поделены между основными региональными политическими группами, которые принято называть этнополитическими, хотя, на взгляд автора, такое определение не совсем корректно.

Дистрибуцию ресурсов и статусов хорошо иллюстрирует система государственных закупок лекарств и расходных материалов (или их закупок через Фонд обязательного медицинского страхования / ФОМС), управление собственно ФОМС и распределение основных командных позиций в республиканской медицине.

Фармакологический рынок монополизирован в руках ведущей аптечной сети, контролируемой руководством здравоохранения республики. Этой сети *«принадлежал весь рынок, ...как-то это все уравновесилось, ...был дележ, ты сюда не лезешь, в ту больницу не лезешь, в эту больницу не лезешь»*. Потом (в 2013 г.) пришел новый президент (Р.Абдулатипов), привез нового министра здравоохранения, объявил о «чистке» в структурах здравоохранения. Образовалась новая семейно-политическая группа, получившая «ярлык» на управление финансовыми потоками. *«Опять пошел дележ... Начали менять всех тех, кто работал с другими фирмами, и ставить своих...»* – тех, кто готов работать с «правильными» поставщиками. Интересы семьи соблюдались абсолютно: *«Один зять у них (хозяин крупнейшей аптечной сети), другой – главврач диагностического центра, третий – председатель (крупнейшего) банка...»*. Банкир традиционно берет на себя все необходимые силовые решения, так как бэкграунд и наличие частной армии ему это вполне позволяли. Вся группа – выходцы из одного района, даже из одного общества (группа сел, связанная родственными отношениями или происхождением, находившаяся в одном политическом союзе до кавказской войны). *«Вдруг кто не согласен, как недавно один главный врач (название района), который решил воспротивиться, - ...силовой нажим и все потом нормально «мы согласны с вашими решениями, господин министр, все понятно»*.⁹

ФОМС в середине 2010-х гг. контролировался другой, тоже одной из сильнейших в республике родственно-земляческих политических групп, лидер которой до того, как возглавил фонд обязательного страхования, занимал позицию спикера дагестанского

парламента. Его образование (торговый техникум) и профессиональная карьера со здравоохранением никогда до этого не пересекались, но он пришел «в медицину» как раз в разгар реформы, когда в здравоохранение потекли ресурсы и началась модернизация. Последовавшая через несколько лет смена формального руководителя ФОМС не изменила баланс интересов политических групп, поскольку сама так называемая мекегинская группа¹⁰ сохраняет свое политическое положение в республике.

Реформа здравоохранения, направленная на построение страховой медицины и одноканального финансирования, на практике лишь укрепила сложившийся политический рынок и позволила основным игрокам практически приватизировать региональное здравоохранение. В Дагестане крупные и средние частные клиники с самого начала внедрения страховой медицины входят в систему обязательного медицинского страхования (ОМС), а практически все значимые медицинские кланы-династии имеют свою частную практику.

Однако описание дагестанского здравоохранения как баланса финансовых интересов двух-трех элитных групп было бы упрощением. В системе есть энтузиасты, которым повезло с покровителями: *«Вот, допустим, Медицинский центр МВД, что там можно ожидать, а руководитель там хороший хирург, ...ординатуру прошел во второй городской (больнице), ...ни кандидатскую, ни докторскую не сделал, он обычный врач, но шикарно оперирует, голова работает, лапароскопические операции делает. И у него лучшая оснащенная операционная по республике Дагестан, сам контролировал все, ...всегда говорит: “У посредников ничего не покупай, покупай у крупных [производителей медицинского оборудования] – “Олимпус”, “Шторц”. Ситуация в Дагестане все-таки напряженная, МВД востребовано государством, и он обращается к спонсорам, напрямую в МВД России... Его в этот центр забрал еще Адильгирей Магомедтагиров,¹¹... [который] когда его родственник лечился [у этого хирурга], увидел, что он человек грамотный, и он его «выдрал» к себе главным врачом. А до этого [в Медицинском центре МВД], ... был сарай настоящий, главный врач был тупой и вороватый».*¹²

В системе здравоохранения присутствуют и представители других этнических групп, районов и даже отдельных сельских обществ. Например, *«гинекология есть здесь хорошая... : “Семья и брак, высокие технологии”, огромная клиника на улице Венгерских бойцов [в Махачкале], построил сын [бывшего] директора ФОМСа, умный парень из Хаджалмахи [село в Левашинском районе с заметным финансово-политическим представительством в Махачкале], он главврач центральной больницы железнодорожной».*¹³

Есть два образованных, расположенных сравнительно недалеко друг от друга, аварских селения в Гунибском районе республики – Чох и Сограталь. Именно оттуда вышло большинство национальных медицинских кадров первых поколений. Первым директором Дагестанского медицинского института стал Муслим Юсупович Нахибашев, родившийся в селении Чох в 1886 г. Ему удалось поступить, а в 1905 г. – закончить Тифлисскую фельдшерскую школу, стать заведующим Гунибской больницей в 1923 г., а в 1926 г. закончить второй Московский медицинский институт. В 1932 г. Нахибашев, будучи наркомом здравоохранения Дагестана, вместе с Омаром Байрашевским и Хаджи Булачем из Азербайджана создал Дагестанскую Медицинский институт, набрав первых 161 студентов. С этого началась и история национальной дагестанской медицины, и династия чохских врачей. Дочь Нахибашева стала одним из известнейших в республике педиатров, его три внука – тоже врачи. Тогда же в медицину массово пошли согратлинцы, например, заслуженный врач РСФСР Ризван Каримов, родившийся в Согратле в 1924 г.¹⁴

Однако многие из поступавших в медицинский университет в конце 1970-х гг. чохцев и сагратлинцев в итоге оказались в Москве, Санкт-Петербурге, других российских и европейских городах. *«Наш выпуск [1985 г.], много очень [в Москве]... Медики в Москву давно уехали, по распределению. Чохцы сами по себе – в Ленинграде, Москве много... В Институте травматологии и ортопедии им.Вредена*

в Санкт-Петербурге сограбля [заведующий отделением из Согратля], сейчас там мегебские ребята [Мегеб – соседнее с Согратлем даргинское село в Гунибском районе] оперируют. В этом отделении лежат дагестанцы или Осетия». Многие «в отпуск приезжают, работать в Махачкалу в частных клиниках... Есть, например, платная клиника специализированная по ортопедии. [Согратлинец] из Москвы приезжает туда и оперирует. Он из хорошего тухума, хороший врач».¹⁵

Деградация дагестанского здравоохранения началась не в 1990-е гг., а значительно раньше. По словам историка дагестанской медицины С.Манышева: «Вплоть до... конца 50-60-х годов здесь работали и преподавали действительно высококлассные профессионалы. Тот же Байрашевский.... – еще и в годы Первой Мировой войны была очень известна его работа о санитарном состоянии армии Российской [закончил Медико-хирургическую академию в Санкт-Петербурге в 1898 г. – Д.С.]... До 50-х годов вот эта вот приглашенная профессура – это было нечто. Моя бабушка и ее сестра старшая они учились как раз в 50-годы – начале 60-годов. Потом учились родители, было хуже. Затем заканчивала моя сестра, стало совсем все плохо».¹⁶ Однако в 1990-е гг. в республике «обрушилось» еще и среднее образование: например, в некоторых религиозных селах светское среднее образование фактически перестало быть обязательным, особенно для девочек. Только к концу 2010-х гг. светское образование немного восстановилось: «...Уже последние лет пять как эти ЕГЭ пошли, уже больше стали у нас поступать. Было время, когда нам говорили – школу бросьте, не нужен институт, надо именно ислам [изучать], что все само собой придет. Сейчас уже этот период прошел, уже все за образование, люди уже догнали, что образование не помешает».¹⁷

При этом медицинское образование остается престижным: с середины 1990-х гг. выпуск лечебного факультета достиг 650 человек, в то время как в конце 1980-х гг. выпускалось только 350 молодых врачей, многие из которых по распределению уезжали из республики. В 2000-е – начале 2010-х гг. поступление в Дагестанскую государственную медицинскую академию (ДГМА), по материалам интервью, стоило около 1 миллиона рублей.¹⁸ При этом предполагались еще и текущие расходы. «Я узнаю там [в Медакадемии] ...работают преподавателями те, которые со мной заканчивали институт. Я говорю: “Ну, как тебе не стыдно деньги брать со студентов?”. “Мы со всех не берем, в каждой группе два-три человека есть фанаты, которые учатся, с них нам западло брать, а с других почему не брать. Бабок у родителей столько, они поступили в медакадемию для престижа, почему их не доить...”».¹⁹ Следует признать, что уровень подготовки многих (но не всех) дагестанских абитуриентов, поступающих как в ДГМА, так и в другие российские медицинские учебные заведения, не предполагает возможности их успешного обучения профессии; иногда они недостаточно владеют для этого русским языком.²⁰

В итоге описанный выше политический рынок ресурсов и низкий уровень подготовки большинства специалистов создают ситуацию, в которой максимальные доходы в отрасли получают администраторы с политическим весом. От мнения пациентов и профессионального сообщества статусы в системе здравоохранения не зависят, а, значит, «авторитетным» врачам становится выгодно поддерживать дефицит специалистов – тем более что системное преодоление кадрового кризиса было бы возможно только при привлечении специалистов со стороны.

Неофициальная плата за устройство на работу при отсутствии эффективных родственных и земляческих связей в системе республиканского здравоохранения доходит до 1,5–2 млн. рублей за место хирурга в первой городской или республиканской больницах.²¹ «В каждой клинике есть один, максимум два специалиста, которые ...занимаются [реальным лечением сложных больных], им невыгодно, чтобы был второй конкурент. Возьмем урологический центр, один главврач занимается [эндоскопической урологией]..., весь урологический центр балду гоняет..., никого не отправляют обучаться, потому что в финансовом отношении ему выгодно самому все иметь. Точно также и в каждой клинике почти есть свои ведущие специалисты, которые сами пробиваются, сами ездят, сами

обучаются современным методикам, а молодые сотрудники смотрят, крючки держат, их не отправляют [учиться], тот же главный хирург – ему зачем конкуренция, в плане денег невыгодно».²² Большинство амбициозных и способных молодых врачей предпочитает покинуть республику на этапе ординатуры, если не удалось сразу поступить в Московский, Астраханский или Санкт-Петербургский медицинские институты. В первые годы после введения единого государственного экзамена (ЕГЭ) в Военно-медицинскую академию в Санкт-Петербурге поступало несколько сотен дагестанцев, после чего руководство академии ввело специальный фильтр – собеседование, формализованное как психологический отбор.²³ В Астраханском медицинском институте, Тюменской медицинской академии учился заметное количество выходцев из Дагестана, особенно ногайцев, кумыков и лезгин – представителей тех этнических и земляческих групп, которые не имеют серьезного политического представительства в республиканской элите вообще и в здравоохранении в частности.²⁴

За пределами узкой группы богатых администраторов и удерживающих доходные профессиональные позиции «светил» существует стандартная для российского здравоохранения уравниловка, когда от усердия и успехов оплата труда не зависит совсем или зависит очень мало. *«Разницы – хорошо ты работаешь, плохо, качественно, некачественно... на оплате это не сильно отражается».*²⁵ Гораздо важнее отношения с руководителем или его материальная заинтересованность в сохранении рабочего места за конкретным специалистом. Одно из следствий сложившейся административной практики – передача части заработной платы врача или медсестры работодателю, которая иногда может превышать 50%.

Другое следствие такой системы – повсеместный цинизм и равнодушие, т. е. те качества, которые являются одним из самых чувствительных для пациентов. Одно из их проявлений – назначение дорогого, иногда не просто не нужного, но и вредного лечения. Например, в одну из центральных больниц в республике поставили артроскоп. Наиболее простая и в то же время доходная операция – удаление мениска. Опытный травматолог так критикует работу отделения: *«Артроскопия – менискэктомия, ничего другого. Мениски были все время, как-то обходились без операции. А теперь, как аппарат появился – не обходятся. И не наблюдают потом».*²⁶ Точно так же во многих случаях назначается кесарево сечение, часто без показаний – и этот список можно продолжать долго.

Пациенты приспосабливаются к такому состоянию медицины. Горожане в нескольких поколениях знают немногих оставшихся специалистов и лечатся у них, сельские жители осуществляют «навигацию» по своим сельским связям. *«Если во второй республиканской, на Пирогова, центр скорой помощи, бывшая медицина катастроф – там лезгины. Поэтому лезгины, если им нужна помощь, – они туда пойдут. Если даргинцы [нуждаются в помощи], они пойдут в первую [городскую больницу]. А республиканская – это в зависимости от заведующих отделениями. Если свой там, то туда по отделениям, по врачам, по своим. Это даже на уровне медсестер и санитарок. Если своя санитарка – скажет, есть один врач из нашего района, вся толпа [из этого района] бежит туда. Любой сотрудник, все тащат своих... В райцентрах открываются новые больницы, в селах новые ФАПы [фельдшерско-акушерские пункты], но там работают местные специалисты – девушка вышла замуж, отучилась в медучилище, умеет только перевязки делать. В городе поэтому все больницы – республиканские, городские – переполнены сельскими жителями. Там как чуть посложнее случай, их сразу гонят. И горожане там лечатся, только они стоят в очереди, а сельские все места занимают. Потому что они через своих сельчан лезут. У нас в любой отрасли идут к своим».*²⁷

Однако и в махачкалинских учреждениях здравоохранения далеко не все пациенты находят адекватную помощь. До половины пассажиров авиарейсов Махачкала–Москва летят за медицинскими услугами, многие с детьми. *«Мой муж сказал – ты здесь [в Дагестане] себя не лечишь. В Израиле многие дагестанцы лечатся. Но больше в Москве. Два года назад я обследовалась в Израиле полностью,*

3600 баксов заплатила... Потом ногу оперировала в Питере – здесь [в Дагестане] брала квоту. Лечила печень в Москве..., просто платно четыре месяца там лежала... Но, если у меня заболит сердце, я пойду [в Махачкале] к Майсарат, она кардиолог и в обычной поликлинике, и в платной клинике “Здоровая семья”. Она посещает конференции, работает над собой, грамотный врач. Она за чохским замужем, у нее мама русская учительница, приехала работать, вышла замуж и осталась. Не трафаретно дает [назначения]. Если не помогает, другое лекарство назначает. Есть к кому пойти и в Махачкале: в детской больнице, на детской хирургия – мой декан..., шикарный нефролог, в той же больнице. Но им под 70. Молодежь есть – мой однокурсник (выпуск 1985 года), хорошо оперирует...».²⁸

В целом, особенности устройства дагестанского общества и политической элиты, деградация советской медицины, реформа здравоохранения и инвестиции в его модернизацию привели к формированию локального бюджетного рынка, который не обеспечивает достаточный объем и качество медицинских услуг. Такая ситуация – когда возможность получить адекватную медицинскую помощь у немногочисленных оставшихся на периферии профессионалов имеет только небольшая группа людей с деньгами, связями и образованием – характерна для многих российских регионов. Однако в Дагестане ситуация выглядит значительно более тяжелой, чем, например, в Иркутске или Владивостоке. В таких условиях дефицит профессиональных кадров в системе ОМС и проникновение новых технологий за счет модернизации подтолкнули развитие частных инициатив и практик.

III. Личные стратегии и частные практики

Частная медицинская практика в Дагестане соответствует масштабам рынка. Наиболее распространены частные офтальмология, стоматология, родовспоможение, диагностические центры и кабинеты, платные консультации известных и опытных специалистов как в республиканских или городских медицинских учреждениях, так и в частных клиниках. Стоимость платного родовспоможения составляет около 20000 рублей. Около городской и республиканской больниц огромное количество медицинских кабинетов, в которых ведут прием заведующие отделениями, ведущие специалисты и просто опытные и популярные доктора.

Можно описать несколько стратегий на рынке медицинских услуг. Первая – административное и профессиональное удержание позиции в государственном здравоохранении за счет недопуска конкурентов к практике и искусственного ограничения предложения и параллельно – создание партнерского частного медицинского учреждения того же профиля. Такая стратегия особенно характерна для медицинских кланов в Махачкале и других крупных городах, где, например, рутинные медицинские манипуляции (холецистэктомия, аппендэктомия) могут стоить 20–30 тысяч рублей. Конкурентный рынок формируется на периферии, где та же операция может стоить 5000 рублей. Все специалисты, которые что-то умеют делать, учились в Москве, Казани, Ростове-на-Дону, Астрахани и т. д.

При этом сложные высокотехнологичные операции и лечение все равно доступны только там же – в Москве, Астрахани, Ростове, на севере Западной Сибири. В Сургуте или Тюмени те выходцы из Дагестана, которые живут и работают там десятилетиями, специально привозят родственников для проведения кардиологических и других сложных операций. Дагестанскому здравоохранению остается только торговать квотами, за которыми часто приходится идти к лидеру своего землячества в Махачкале.

Ограничение конкуренции и сжатый рынок выталкивают из республики не только пациентов, но и молодых амбициозных врачей. Некоторые делают профессиональную карьеру в Москве, Санкт-Петербурге, Тюмени. Там все больше врачей из Дагестана, в том числе – и высокопрофессиональных. Однако большинство медиков–трудовых мигрантов идет по пути замещения наименее престижных вакансий, на которые местных кадров не хватает (участковые хирурги и невропатологи, терапевты и т. п.).

Например, У., ногаец 30 лет, из селения Нариман Ногайского района Дагестана, учился в ДГМА в Махачкале в 2001–2007 гг., два года проработал хирургом в районной больнице в Ногайском районе, где заведующий – его двоюродный брат. В мае 2010 г. приехал на неделю в Сургут, а еще через неделю уже вышел на работу детским хирургом в городской поликлинике (он поехал именно в Сургут, потому что там и ногайцев много, по сравнению с другими российскими городами), и брат жены пригласил. При устройстве на работу требуется местная, сургутская прописка, поэтому наличие родственников – огромное подспорье. В сургутской медицине много ногайцев (более 30 человек). У. так описывает стратегию поиска работы: *«Мои родственники говорят: здесь есть хирург [ногаец], давай ему позвоним, встретимся, он нам раскидает что почем. Встретились, и он говорит: иди туда [называет поликлинику – Д.С.] – на 99% тебя возьмут... Вот так пришел, говорю, что у вас вакансия свободная, документы посмотрели – работай. И то, что я слышал, что дагестанский диплом не катит – это все мифы..., в большинстве случаев, именно в здравоохранении, берут тебя, только испытательный срок дают. В глаза не говорят, а так, условно, вместо кого-то берут, в декрет, например, если доктор ушла... Устраиваешь, тебя не отпустят... Опыт смотрят, но берут и тех, кто еще нигде не работал».*²⁹

Для того чтобы устроится работать хирургом в Махачкале, нужно заплатить большие деньги (не 15–20 тысяч рублей, что равно стоимости переезда в Сургут при наличии родственников, а 15–20 тысяч долларов). Хирург со стажем в Дагестане зарабатывает всего 15–20 тысяч рублей. Заработать больше можно только получая деньги от пациентов, поэтому коррупционный «тариф» существует и на экстренную помощь, и на плановые операции. В Сургуте же У. работает в четырех поликлиниках, в сумме выходит более 60 тысяч рублей. Кроме того, в Сургуте работают социальные программы. По программе «Земский врач» государство выплачивает 1 млн. рублей, если доктор устраивается на работу в село. Для того чтобы получить этот миллион Дагестане, надо отдать в виде mzды (отката) 400 тысяч рублей,³⁰ в то время как в Ханты-Мансийском автономном округе эта программа работает без коррупционных обременений.

Другая стратегия для молодого врача в Дагестане – получить навыки, которые пользуются спросом (например – в эндоскопической хирургии), и построить свою карьеру на использовании существующих ниш, позволяющих и совершенствоваться, и зарабатывать деньги. Так, молодой хирург М. из селения Губден (практически ровесник У., устроившегося в Сургуте) на собственные средства прошел подготовку по эндоскопической хирургии в Волгограде и поставил на поток эндоскопические операции на брюшной полости. Для того чтобы получить хирургические навыки, он из ДГМА перевелся в Саратов, получил специальность военного хирурга и в качестве такового работал в Чеченской республике, участвовал в военных действиях в Грузии в 2008 г. Он пользуется ресурсом районной больницы (операционная, персонал, поток пациентов), но ведет по сути частную практику, являясь временным, ситуативным работодателем для хирургической бригады. Конечно, он платит главному врачу больницы за предоставление операционной и расходных материалов. Он сам платит за свое обучение, сам находит медицинские учреждения и специалистов, у которых сам себе организует аналог резидентуры.³¹ В итоге – он единственный опытный хирург-лапароскопист на все районы республики. *«Три года занимаюсь лапароскопией. Мы – первый район в Дагестане, где внедрили лапароскопию..., ни в одном районе в Дагестане больше этим не занимаются... По этим нацпроектам³² они поставили всякое эндоскопическое оборудование, что диагностическое, что лечебное... Пока я сюда не приехал, ишторцевский³³ с нуля ректороманоскоп стоял, никто не пользовался..., то есть по нацпроектам они все списали, раздали, и некому было работать, все в пыли валялось, и это все продолжается во всех районах Дагестана... Из городских больниц (кроме Махачкалы) только Дербент и Кизилюрт занимаются..., остальные шесть городов абсолютно не занимаются...».*³⁴

Большинство единичных примеров модернизации здравоохранения в Дагестане – это примерно такое же «частно-государственное» партнерство.

Еще одна стратегия, в чем-то противоположная двум первым, – частная практика «старого» опытного доктора на селе или в маленьком городе, там, где нет конкуренции со стороны профессиональных коллег, но государственная медицина парализована. Например, бывший главный врач районной больницы Н., даргинец 60 лет, в ауле с населением более 6000 человек организовал врачебную практику в частном доме. Он опытный врач с клиническим мышлением, мог направить к проверенным специалистам и на дополнительное исследование, и для специализированного лечения. За прием брал 500–1000 руб., но уделял гораздо больше времени пациенту, чем, например, может себе позволить участковый врач в амбулатории. Очевидцы рассказывали про случаи, когда этот сельский частный доктор ставил точный диагноз и назначал эффективное лечение, например, после того, как на пациента родственники уже потратили около 200 тысяч руб. в неврологических клиниках в Москве. Таких рассказов в стиле «Записок врача» Вересаева можно привести на целый сборник. Н. довольно осторожно относится и к модернизации, и к современной функциональной медицине: *«Вот пришел больной, делает анализы, этот говорит – иди к тому, другой – к тому, получается 80% абсолютно не нужно. Сейчас врачи чересчур привязаны к этой аппаратуре, анализам. Фактически забывают симптоматику. Сначала надо послушать больного, его жалобы, осмотреть. Как было, хороший врач в 90% с виду поймет, что это. Чтобы подтвердить, он делает анализы, которые нужно».* Частная практика Н. складывалась довольно успешно, хотя сельчане иногда и жаловались, что он выявляет и лечит только те болезни, с которыми может справиться. Невзирая на свою «антиаппаратную» концепцию, Н. все-таки приобрел аппарат УЗИ. Этот кейс – пример своеобразного дауншифтинга, возрождения в XXI в. ряда практик, характерных для XIX в. Однако это – отнюдь не предел для «путешествий во времени», как показывают примеры многочисленных последователей Ибн Сины (исламская медицина) и народных знахарей в современном Дагестане.

IV. Медицина на местном уровне и «джамааты»

Во многих дагестанских селах существует своеобразное двоевластие. Есть муниципальная власть, которая выбирается на законных основаниях и распоряжается муниципальным бюджетом, и есть *джамаат*.³⁵ Это неформальное, но часто мобильное и эффективное дополнение к официальным муниципальным структурам. Джамаат может быть довольно сложно и по-разному устроен. Он может состоять из старейшин села, представителей религиозных групп, представителей основных *тухумов*, групп выходцев из села, которые живут в Махачкале или других городах. Часто большое значение имеют влиятельные и состоятельные выходцы из сельского общества.

В середине 2000-х гг. сложилась практика приглашать главным врачом в районную больницу своего сельчанина, получившего опыт и добившегося успеха в Москве или другом российском регионе. Например, в райцентре в Ахвахском районе вопрос приглашения главного врача районной больницы и оплаты его труда решили состоятельные выходцы из села, имеющие крупный или средний бизнес в других регионах. В итоге приглашенный врач – выходец из селения, долгое время работавший в престижной частной клинике в Москве. Большую роль в его приглашении сыграл актив селения и те, кто взял на себя оплату услуг специалиста. Впоследствии эта схема претерпела изменения. Районная больница не обладает серьезными ресурсами и не может конкурировать с современной высокотехнологичной медициной. Врач на месте может выписать направление, порекомендовать – куда именно и к какому специалисту следует обратиться, а тому все равно приходится платить. Поэтому содержание за частные деньги персонала на местах не очень целесообразно. Постепенно приглашенный доктор сам выстроил свои отношения и с районными, и с республиканскими медицинскими властями. Кроме того, он смог стать председателем

совета джамаата – того самого неформального представительного органа власти в селении.

Другой пример – это опыт большого религиозного селения в Ботлихском районе республики. В 1992 г. фактически сами жители села построили участковую больницу по инициативе и благодаря авторитету Султан Мухаммада, исламского тарикатского шейха, который пользовался большим уважением и влиянием в этом селе. *«Строили сельчане – денег до сих пор не получили. У нас... такой правило – если старший сказал, никто ему отказать не может. Никто не мог отказать старцу, это наш устаз³⁶... редко такие люди рождаются».*³⁷ История этой больницы известна во всем районе и стала почти легендой. По словам ее главного врача, М., 65 лет, выходца из этого селения, травматолога, отработавшего большую часть жизни в Свердловской области, ученика знаменитого российского врача Г.А.Илизарова.³⁸ В 1990-е гг. будущий главный врач работал в Кизилюртовской³⁹ районной больнице, создал там травматологическое отделение. *«Устаз приехал, когда я в Кизилюрте работал, когда больницу строили... тогда создали травматологическое отделение, не помню, чтобы мы тяжелых больных оттуда в Махачкалу отправляли... Устаз приехал про [сельскую] больницу разговаривать, но увидел, как меня там требовали, как не давали разговаривать, и сказал: “Этого человека отсюда забирать нельзя. Вы посмотрите, сколько человек к нему подошли за полчаса, пока мы тут сидим разговариваем”. И он в тот раз оставил, они пригласили из Чечни хирурга».*⁴⁰ В 2009 г., уже после смерти Султана Мухаммада, сельчане трижды приезжали звать своего доктора в родное село – наладить работу больницы, после того, как ее передали в ФОМС. *«На третий раз я согласился, нельзя отказывать. И когда министр приехал, требование старца все помнили, чтобы это была самостоятельная больница, не подчиняющаяся ЦРБ [Центральной Республиканской больнице]. Иначе будет по остаточному принципу финансироваться. И придумали, что это будет межрайонная больница с филиалом республиканского диагностического центра. Эндоскопист – штат дали, узист – штат дали, хирурга эндоскописта дали, врача рентгенолога дали. Это моя была идея, чтобы тут открыли травматологические койки, потому что военная часть в Ботлихе – дороги нагруженные, аварии случаются. Лучше уж травматологические койки, чем кардиологические или гастроэнтерологические, которые в каждой больнице есть. А травматологии ни в одной больнице нет. Своя бухгалтерия, отчитываемся в Министерство и ФОМС».*⁴¹

На нового главного врача легли все хозяйственные заботы. Пришлось проводить воду, чтобы дать отопление и делать стационар круглогодичным, ремонтировать полы, менять двери и оконные рамы, устанавливать вентиляцию. Все работы сначала делались за счет и силами сельчан, а уже потом деньги получали из средств, отпускаемых ФОМС на текущий ремонт. На сегодняшний день в больнице 8 врачей и 29 единиц среднего и младшего медицинского персонала. Собственно сельские пациенты бывают редко, в основном приезжают из Ботлиха и из всех мест рядом с районным центром. *«Говорят, здесь нам нравится, тишина, нехватки медикаментов нет, питание нормальное, природа хорошая... кардиологические больные, неврологические больные, общетерапевтические, педиатр есть... травматологические больные – два травматолога. Я травматолог и еще один травматолог есть – сельский парень, в Астрахани учился, потом в Кизилюрте у меня работал, потом в Хасавюрт ушел, потом я его сюда пригласил. Делаем переломы любые, репозиции переломов, раньше без операции больше ценилось совмещение костей. Рентгенологическое оборудование есть, но устаревшее. Остеопластики мы не делаем, нет возможности... К нам в больницу из Астрахани приезжают, там диагностику проходят, а здесь лекарства все есть – в Ботлихе нет лекарств, в Карата нет, в Цумаде есть иногда, а у нас, в селе, всегда есть. Амуши к нам пешком приходят, через Карата напрямую к нам едут, из Цунтинского района к нам напрямую через Цумада едут».*

М. говорит, что он советский врач и мыслит по-советски. *«Я сначала смотрю больного, потом его посылаю на УЗИ, с ориентировочным диагнозом. А сейчас принято – сначала на УЗИ, потом – вот у вас на УЗИ что-то на почках. УЗИ поставил диагноз».* Главный врач сельской больницы считает, что, прежде всего, нужна не высокотехнологичная помощь, вроде пластики суставов (с этими проблемами можно отвезти в медицинский центр в другом регионе), а неотложная помощь (например, от жировой эмболии при травмах) и сосудистая хирургия: *«Мы несколько раз в Кизилюрте трубку ставили и отправляли в Махачкалу... Узкая специализация только-только начала проникать в Дагестан. Замены суставов, замена сосудов, операции на сердце...».*⁴²

V. “Тухум” вместо страховой компании

В Дагестане часто роль страховой компании берут на себя родственники и односельчане больного. На всех стадиях – начиная от поиска специалиста и заканчивая реабилитацией – работают сельские сети и взаимообмен ресурсами.

Показательный пример – И., молодой кадарец⁴³, 25-ти лет, попавший в автокатастрофу и потерявший обе ноги. На его спасение и последующее лечение в Волгограде родственники, друзья и односельчане потратили около миллиона рублей.⁴⁴ Это типичное поведение родственников и односельчан почти любого дагестанца, нуждающегося в медицинской помощи. Все помогают, у кого есть – дают деньги. Это качество дагестанцев оказывает влияние на здравоохранение в соседних регионах. И врачи, и пациенты их республики отмечают, что, если раньше ни в Ростове-на-Дону, ни в Астрахани врачи и средний медицинский персонал не брали деньги за свою работу, ограничиваясь конфетами или алкоголем, то со временем, в «тучные» 2000-е гг. дагестанцы «приучили» соседей к неформальной плате за работу. *«Там постоянно давали деньги, чтобы смотрели, медсестре, чуть ли не уборщице. Сейчас, конечно, когда с твоим человеком что-нибудь случится, дело не в деньгах, что угодно сделаешь, чтобы за ним хорошо смотрели и даешь, даешь деньги, что ты делаешь этим – ты их портишь. У тебя есть деньги, ты даешь, за тобой хорошо смотрят, а потом пошел я, у меня денег нет, они привыкли, они хотят денег, за мной уже не смотрят. Это по закону должно быть без денег, на зарплату, чтобы они смотрели».*⁴⁵ Повторная операция у И., пластика ампутированных конечностей, была в том же регионе, но уже на коммерческой основе. Стоимость операции, со слов И., составляла 100 тысяч руб., но ему сделали скидку: *«чисто за операцию, по сорок штук дали, заведующему двадцать, анестезиолог – три тысячи, операцию где делали – пятнадцать, каждому свое дали, потом то медсестра, там за мной два брата постоянно ухаживали, четверо постоянно в больнице бывали, жилье сняли. В общем, миллион с лишним где-то ушло».*⁴⁶ В реабилитации и трудоустройстве безногого инвалида тоже принимают участие родственники и друзья. Когда И. узнал, что остался без ног, *«сказал, пока домой не поехал, сделайте мне ручное управление, чтобы я мог сам машину водить».* Потом, когда больного из реанимации перевели в палату, родные и односельчане скинулись ему на ноутбук, *«чтобы скучно не было, в интернете искали ручное управление, нашли в Краснодаре человека».* Через три дня после возвращения из больницы И. пришла посылка с оборудованием для ручного управления, обошлось это примерно в 10 тысяч рублей. Сначала И. с друзьями в селении обсуждал создание авторемонтной мастерской, но в итоге в селении создали службу такси специально для молодого инвалида.

VI. Заключение

На основании проведенного анализа можно сделать несколько выводов. Во-первых, на сегодня в Дагестане нет условий (кадровых, технологических, финансовых и институциональных) для поддержания системы здравоохранения на современном уровне, особенно в сельской местности. Высокотехнологическая медицинская помощь

в большинстве случаев доступна за пределами региона (Астрахань, Север Западной Сибири, Ростов-на-Дону, Москва и т. д.).

Во-вторых, то же самое можно сказать и о медицинском образовании: вымывание квалифицированных кадров, низкий уровень среднего образования не позволяют организовать приемлемый уровень подготовки врачей в республике. В таких условиях пока, может быть, целесообразно изначально ориентироваться на подготовку медицинских кадров в других регионах. Условий для прохождения ординатуры (или подобия резидентуры) в Дагестане тоже нет, поэтому развитие медицины в республике невозможно без привлечения специалистов со стороны.

Наконец, в-третьих, дагестанское здравоохранение теоретически может быть оптимизировано путем создания относительно современных лечебно-диагностических центров на основе смешанного финансирования (объединения средств обязательного и добровольного медицинского страхования, финансовых поступлений за платные услуги и в виде частных инвестиций в оборудование и квалификацию медицинского персонала), а также привлечения специалистов для работы в этих центрах из других регионов и постепенной замены приезжих на местных специалистов по мере их подготовки.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ Данные не публикуются в целях обеспечения конфиденциальности первичных статистических данных, полученных от единственных организаций в соответствующей сфере деятельности в отдельных субъектах РФ, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.07 № 282-ФЗ «Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в Российской Федерации» (ст. 4, ст. 9). Включены педагогические работники образовательных учреждений дополнительного образования детей и педагоги учреждений культуры; врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющие медицинские услуги (обеспечивающие предоставление медицинских услуг), работники среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), социальные работники и научные сотрудники в учреждениях образования, науки, культуры, здравоохранения, социального обслуживания; педагогические работники организаций (образовательных, медицинских, социального обслуживания), оказывающих социальные услуги детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей. Данные сформированы по спискам организаций, представленным Министерством труда и социальной защиты РФ.

² В конце советского периода ряд регионов «курировал» дагестанскую систему здравоохранения. Например, Ростов-на-Дону принимал сложных онкологических больных, Астраханская область помогала с сердечно-сосудистой патологией. Полевые материалы автора (ПМА), 2014 и 2016 гг.

³ Среди наиболее известных дагестанцев, работающих за пределами республики: Д.Г.Саидбеков – д.м.н., проф. медицинского факультета Римского университета “LaSapienza”, К.М.Абдулкадыров – д.м.н., профессор, директор Российского НИИ гематологии и переливания крови (Санкт-Петербург), О.М.Махачев – д.м.н., проф., зав. лабораторией Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, В.Ю.Ханалиев – д.м.н., проф., зам. директора по лечебной работе ГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова», П.А.Клименко – д.м.н., проф., главный судебно-медицинский эксперт РФ по акушерству и гинекологии, З.С.Алекберова – д.м.н., профессор, зав. отделом Института ревматизма Российской академии медицинских наук (РАМН), Г.Ш.Давудов – д.м.н., проф., зам. директора ГУ «Научно-клинический центр отоларингологии», М.Д.Дибиров – д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, заслуженный деятель науки РФ. Подробнее см.: Маммаев С.Н. Об университете // Сайт Дагестанского государственного медицинского университета. URL: <https://dgmru.ru/ob-universitete/ob-universitete-3/>.

-
- ⁴ Кыштым В.В. История возникновения и развития Дагестанского государственного медицинского института (с 1932 по 1966 г). – Махачкала: ИПЦ ДГМА, 1995. С. 99–100; интервью автора с историками дагестанской медицины Сергеем Манышевым.
- ⁵ *Джамаат* – в статье: исламская сельская община в Дагестане.
- ⁶ *Тухум* – семейно-родовая социально-политическая единица в сельской общине (*джамаате*).
- ⁷ Ибн Сина, известный на Западе как Авиценна (Афшана близ Бухары, 16 августа 980 г. – Хамадан, 18 июня 1037 г.) — средневековый персидский ученый, философ и врач, представитель восточного аристотелизма.
- ⁸ Административный рынок здесь понимается в терминах Симона Кордонского: Кордонский С. Административные рынки СССР и России. 2-е изд. – М.: ОГИ, 2006.
- ⁹ Интервью с экспертом, специализирующийся на здравоохранении, 35 лет. ПМА, 2014.
- ¹⁰ По названию селения Мекеги в Левашинском районе республики.
- ¹¹ Министр МВД Дагестана, убит в результате теракта в Махачкале в 2009 г.
- ¹² Руководитель здравоохранения одного из районов, 60 лет. ПМА, 2014 г.
- ¹³ Выпускница Медакадемии, 35 лет. ПМА, 2014.
- ¹⁴ Кыштым В.В. Ук. соч.
- ¹⁵ Врач-педиатр, 57 лет. ПМА, 2014.
- ¹⁶ ПМА, 2014 г.
- ¹⁷ Хирург, 1982 г. р. ПМА, 2014.
- ¹⁸ ПМА, 2011–2016.
- ¹⁹ Руководитель здравоохранения одного из районов, 60 лет. ПМА, 2014.
- ²⁰ Интервью с преподавателем Военно-медицинской академии им.С.Кирова. СПб, 2014.
- ²¹ А. 1979 г. р. ПМА, 2017.
- ²² Хирург-эндоскопист, 1982 г. р. ПМА, 2014.
- ²³ ПМА. СПб., 2014.
- ²⁴ ПМА. Астрахань, Ростов-на-Дону, Тюмень, 2014-2016.
- ²⁵ Хирург-эндоскопист, 1982 г. р. ПМА, 2014.
- ²⁶ И., 65 лет. ПМА, 2016.
- ²⁷ Выпускница Медакадемии, 35 лет. ПМА, 2014.
- ²⁸ 57 лет. ПМА, 2014.
- ²⁹ У., 30 лет. ПМА. Сургут, 2014.
- ³⁰ ПМА, 2014–2016.
- ³¹ Резидентура – система постдипломного профессионального медицинского образования, распространенная в США, ЕС, Южной Корее и т.д.

³² Национальный проект «Здоровье» — программа по повышению качества медицинской помощи, объявленная президентом РФ, стартовавшая 1 января 2006 г. в рамках реализации четырех национальных проектов.

³³ Эндоскоп производства фирмы «Шторц» (STORZ MEDICAL AG).

³⁴ Хирург-эндоскопист, 1982 г. р. ПМА, 2014.

³⁵ Подробнее см., например, Бобровников В.О. Ислам, власть и общество в бывшем колхозе: дагестанский случай // Общество как объект и субъект власти. Очерки политической антропологии Кавказа / Под ред. Ю.Карпова. 2012. С. 9–31. [Электронная библиотека Музея антропологии и этнографии им. Петра Великого (Кунсткамера) РАН].

URL: http://www.kunstkamera.ru/files/lib/978-5-85803-450-6/978-5-85803-450-6_01.pdf;

Карпов Ю.Ю. Горное дагестанское селение: от традиционного джамаата к нынешнему социальному облику // Северный Кавказ: традиционное сельское сообщество – социальные роли, общественное мнение, властные отношения. СПб., 2007. С. 5–74.

URL: http://www.kunstkamera.ru/files/lib/978-5-02-025227-1/978-5-02-025227-1_01.pdf.

³⁶ *Устаз* – учитель (авар.), так часто называют суфийских шейхов.

³⁷ И., 65 лет. ПМА, 2016.

³⁸ Гавриил Абрамович Илизаров (1921–1992 гг.) – советский хирург-ортопед, изобретатель, доктор медицинских наук, профессор.

³⁹ Кизилюрт – город и районный центр в Дагестане.

⁴⁰ И., 65 лет. ПМА, 2016.

⁴¹ Там же.

⁴² Там же.

⁴³ Кадарская зона – несколько даргинских сел в Буйнакском районе Дагестана.

⁴⁴ И., 25 лет. ПМА. Кадарская зона, 2014.

⁴⁵ Там же.

⁴⁶ Там же.