

СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи

С.В. ШИШКИН

Публикация посвящена одной из актуальных социальных проблем — обеспечению населения современной России качественным медицинским обслуживанием и расходам домохозяйств по оплате медицинской помощи. Как показывают данные социологических исследований, оплата медицинской помощи, производимая медицинским работникам неформально, получила широкое распространение в российском здравоохранении. Однако достоверные знания о формах и правилах теневой оплаты медицинских услуг пока минимальны. До сих пор не исследованы взаимосвязи между распространенностью и типами неформальных институтов оплаты медицинской помощи, с одной стороны, и экономическими условиями, правилами ее предоставления — с другой. Не изучены также отношения и социально-психологические мотивации среди сотрудников организаций здравоохранения, связанные с теневыми платежами за лечение, а также отношение населения, поставщика медицинских услуг и субъекта социальной политики, к перспективам трансформации таких неформальных институтов. В статье представлены результаты исследования, проведенного под руководством автора в Независимом институте социальной политики (НИСП) в 2002—2003 гг. в рамках исследовательских проектов «Анализ последствий различных стратегий финансового обеспечения государственных гарантий в здравоохранении»¹ и «Анализ взаимосвязи формальных и неформальных правил предоставления социальных услуг населению на примере оплаты медицинской помощи»².

¹ Проект реализован при финансовой поддержке Московского общественного научного фонда и Агентства по международному развитию США; участники исследования: С.В. Шишкин (руководитель проекта), Т.В. Богатова, Е.Г. Потапчик, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова. Основные результаты данного исследования представлены в следующих публикациях: [Богатова, Потапчик, Чернец, Чирикова, Шилова, Шишкин 2002; Неформальные платежи за медицинскую помощь в России 2003].

² Проект осуществляется при финансовой поддержке Фонда Форда; участники исследования: С.В. Шишкин (руководитель проекта), Г.Е. Бесстремьяная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова, М.В. Савельева. Результаты этого исследования являются предварительными.

Данная статья может быть использована в качестве учебного материала к курсам «Социальная политика», «Социология здравоохранения».

Введение

Ключевой проблемой российской системы здравоохранения является значительный разрыв между государственными гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению и их финансовым обеспечением. По минимальной оценке, объем государственного финансирования здравоохранения (из бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования) в реальном выражении уменьшился в течение 1990-х годов на треть (см. рисунок). Его рост, начавшийся с 2000 г., пока недостаточен для компенсации произошедшего снижения. Между тем гарантии бесплатного медицинского обслуживания населения, установленные в советское время, остались почти неизменными, а затраты, необходимые для их обеспечения, увеличились вследствие появления новых фондоемких медицинских технологий и дорогостоящих лекарственных препаратов. Финансовая необеспеченность государственных гарантий обусловила рост легальных и неформальных расходов пациентов на приобретение лекарств и оплату медицинских услуг. Доступность качественной медицинской помощи для широких слоев населения уменьшилась.

Цели исследования оплаты медицинской помощи населением состояли в следующем:

проанализировать формальные правила и экономические условия предоставления медицинской помощи населению;

выявить распространенность неформальных платежей в зависимости от типов медицинских учреждений и условий финансирования предоставления медицинской помощи населению;

описать правила неформальной оплаты медицинской помощи и правила распределения неформальных платежей среди медицинских работников;

выявить индивидуальные установки и коллективные нормы, регулирующие поведение сотрудников организаций здравоохранения в связи с теневыми платежами населения;

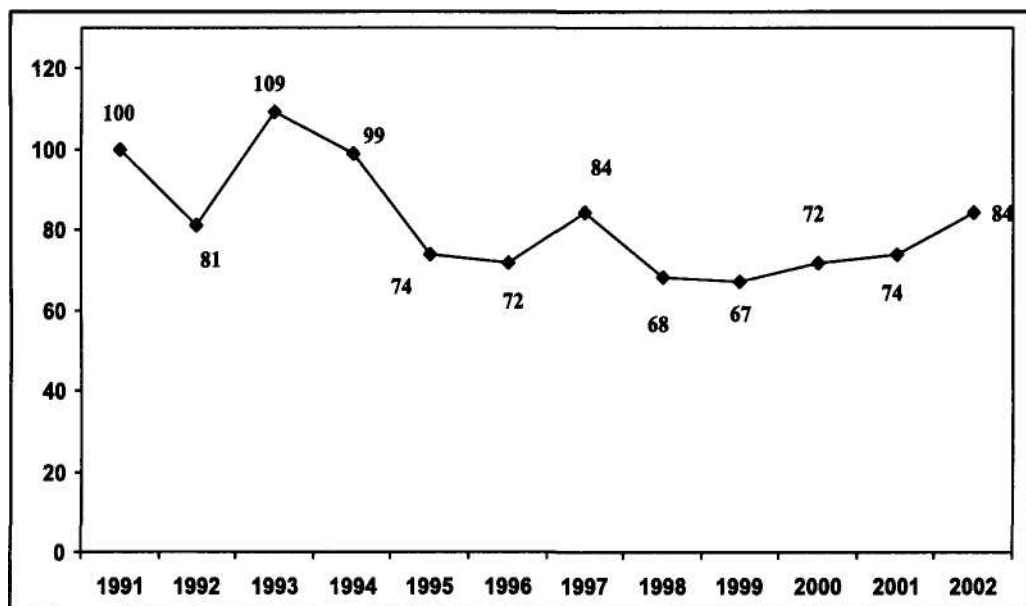
провести анализ информированности и отношения субъектов управления и финансирования здравоохранения и руководителей медицинских учреждений к неформальной оплате медицинской помощи;

оценить перспективы трансформации неформальных институтов и возможные последствия легализации оплаты населением медицинских услуг.

Информационная база исследования представлена данными, полученными следующими методами: интервьюированием медицинских работников (врачей и медицинских сестер), субъектов управления и финансирования здравоохранения (руководителей органов исполнительной и представительной власти, работников фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, главных врачей медицинских учреждений); анкетным опросом населения.

Исследование проводилось в двух регионах (субъектах Российской Федерации), отличающихся друг от друга по следующим параметрам:

регион А — реципиент трансфертов из федерального бюджета с относительно невысоким уровнем среднедушевых доходов и среднероссийским показателем доли городского населения;



Динамика расходов государства* на здравоохранение (1991 г. = 100 %)

* Сумма расходов на здравоохранение и физическую культуру из государственного бюджета и взносов работодателей на обязательное медицинское страхование. Источник: данные Госкомстата России с использованием индексов-дефляторов ВВП, опубликованных по истечении соответствующего года.

регион В — донор федерального бюджета с относительно высоким уровнем среднедушевых доходов и высоким удельным весом городского населения.

Поскольку предметом анализа была практика неформальных платежей, являющихся нарушением действующего законодательства, и условием получения информации от респондентов было сохранение ее конфиденциальности, то названия регионов не указываются.

Согласно расчетам, сделанным на основе данных за 2000 г.³, стоимость фактически предоставленных объемов медицинской помощи в расчете на одного жителя оказалась несколько выше в регионе В — в 1,1 раза (табл. 1). В действительности же размеры государственного финансирования здравоохранения в расчете на одного жителя в регионе В были выше в 1,5 раза, чем в регионе А. Соответственно уровень финансовой обеспеченности выполненных объемов медицинской помощи составил, по данным за 2000 г., в регионе А — 48 %, а в регионе В — 64 %.

В феврале—апреле 2002 г. были проведены 35 интервью с субъектами управления и финансирования здравоохранения (руководителями региональных ис-

³ Расчеты выполнены с использованием нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных в «Методических рекомендациях по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», утвержденных Минздравом РФ, Федеральным фондом ОМС и согласованных с Минфином РФ.

Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи

Таблица 1 Характеристики пилотных регионов в 2000 г.

Показатель	Регион А	Регион В
Среднедушевые денежные доходы, руб.	1066,4	1271,2
Доля городского населения в общей численности населения, %	73,1	80,5
Стоимость фактически выполненных объемов медицинской помощи на одного жителя в год, руб.	1372	1523
Фактический объем общественного финансирования здравоохранения на одного жителя в год, руб.	662	968
Уровень финансовой обеспеченности фактически выполненных объемов медицинской помощи, %	48	64

Источники: [Российский статистический ежегодник 2000; Демографический ежегодник России 2000]; данные региональной статистики.

полнительных и представительных органов власти, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, главными врачами медицинских учреждений), в том числе 5 интервью повторно, после интервьюирования медицинских работников.

В апреле 2002 г. проинтервьюированы 136 медицинских работников в двух пилотных регионах. В качестве интервьюируемых выступали заместители главных врачей, руководители отделений медицинских учреждений, врачи, медицинские сестры. Опрос проводился в медицинских организациях следующих типов:

- областных государственных клинических больницах (2);
- городских муниципальных клинических больницах (4);
- городских муниципальных поликлиниках (2);
- центральных районных муниципальных больницах (2);
- районных муниципальных больницах, расположенных в сельском населенном пункте (2);
- частных организациях здравоохранения (2).

Опрос населения по анкете, разработанной участниками проекта, был проведен ВЦИОМом в декабре 2002 г. Размеры выборки по региону А — 1600 домохозяйств, по региону Б — 1699 домохозяйств. Выборка репрезентирует распределение домохозяйств в каждом из регионов по основным социально-демографическим признакам.

Распространенность формальных и неформальных платежей

Расходы населения на здравоохранение складываются из оплаты лекарств, приобретаемых в розничной сети, затрат на медицинские услуги, легально предоставляемые медицинскими организациями на платной основе, взносов по добровольному медицинскому страхованию и неформальных платежей за медицинскую помощь, которая формально должна предоставляться бесплатно.

Наше исследование показало, что в исследуемых регионах практика добровольного медицинского страхования развита слабо. Врачи и даже заведующие отделениями плохо информированы о договорах, заключаемых больницей со страховыми компаниями, и затруднялись ответить, сколько пациентов лечилось у них по добровольному медицинскому страхованию.

Распространенность оплаты населением медицинской помощи, осуществляемой в легальных и теневых формах, анализировалась в последние годы в ряде социологических исследований. Сводные результаты этих исследований и данные нашего исследования о доле пациентов, которые несли расходы по лечению в медицинских учреждениях, представлены в табл. 2. По нашим данным, 30 % домохозяйств платили в различных формах при обращении их членов за амбулаторно-поликлинической помощью, 65 % — стоматологической, 50 % — стационарной. Эти показатели совместимы с результатами, полученными другими исследователями. В целом имеющиеся данные свидетельствуют о том, что оплата населением медицинской помощи, бесплатное предоставление которой гарантируется законом, стала массовым явлением.

Опрос населения в двух регионах, существенно различающихся по уровню государственного финансирования здравоохранения, выявил чрезвычайно интересные сравнительные данные о доле домохозяйств, оплачивающих в тех или иных формах получение медицинской помощи (табл. 3). Доля пациентов, плативших за медицинские услуги и приобретавших медикаменты при обследовании, лечении непосредственно в медицинских учреждениях, вдвое выше в регионе А, где размеры государственного подушевого финансирования в 1,5 раза меньше. Но при этом средние размеры оплаты медицинских услуг оказались выше в регионе В, где выше доходы населения.

Доля пациентов, которые платили за медицинскую помощь неформально, непосредственно медицинским работникам, существенно ниже, чем доля плативших легально (табл. 4). Но она весьма значима, особенно в регионе А. В этой связи важно указать на различия в государственной политике, проводимой в регионах по отношению к развитию платных услуг. В регионе А не поощряется развитие платных услуг, легально предоставляемых населению в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Официальная установка руководства области и областного здравоохранения состоит в том, что медицинская помощь должна предоставляться населению в подведомственных медицинских учреждениях бесплатно. В сочетании с более низким размером государственного финансирования здравоохранения это оборачивается существенно более высокой распространенностью теневой оплаты медицинской помощи.

Легальная оплата медицинской помощи

Правила предоставления платных медицинских услуг

Медицинские услуги, которые легально оплачиваются населением через кассу медицинского учреждения, именуются в нашей стране платными медицинскими услугами. Эта практика регулируется «Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», которые утверждены постановлением правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27. Согласно

Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи

Исследование (организация)	Место и год проведения	Амбулаторно-поликлиническая помощь	Стоматологическая помощь	Стационарная помощь
ИСЭПН РАН	Таганрог, 1998	22		60
Кемеровский госуниверситет	Кемерово, 1998	18-38	84	51
ВЦИОМ	Общероссийская выборка, 1999	4-20	80	34-37
Фонд «Российское здравоохранение»	Новгородская обл., 2000	24		46
Фонд «Индем»	Общероссийская выборка, 1999-2001	34		
РМЭЗ	Общероссийская выборка, 2001	10		15
НИСП	Две области, 2002	30	65	50

Источники: [Морозова, Ибрагимов, Красилъникова, Овчарова 2000, с. 38; Кулибакин 1998; Сатаров 2002; Сидорина, Сергеев 2001; www.cpc.unc.edu/rfms/].

Таблица 3 Доля домохозяйств, плативших за медицинскую помощь, в числе домохозяйств, обратившихся за ней, %

Вид помощи	Регион А	Регион В
Амбулаторно-поликлиническая	46	23
Стоматологическая	75	58
Стационарная	69	35

Таблица 4 Доля домохозяйств, плативших официально и неофициально за медицинскую помощь, в числе домохозяйств, обратившихся за ней, %

Вид помощи	Регион А			Регион В		
	Официально	Неофициально	Официально и неофициально	Официально	Неофициально	Официально и неофициально
Амбулаторно-поликлиническая	20,2	5,8	10,2	19,3	2,1	2,0
Стоматологическая	57,8	12,1	4,7	43,0	12,7	2,2
Стационарная	41,0	10,6	17,6	28,5	3,4	2,7

им платные медицинские услуги населению предоставляются медицинскими учреждениями в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи. Государственные и муниципальные медицинские учреждения вправе оказывать платные медицинские услуги населению только по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением. Органами власти субъектов

Российской Федерации и органами местного самоуправления принимаются нормативные акты, определяющие перечень, порядок и условия предоставления платных медицинских услуг в государственных и муниципальных медицинских учреждениях.

Что составляет предмет легальной оплаты медицинской помощи, оказываемой в государственных и муниципальных медицинских учреждениях? В обследованных регионах предметом легальной оплаты являются:

во-первых, услуги, дополнительные к «обычным» бесплатным услугам (врачебные осмотры для получения водительских прав, справок о состоянии здоровья, помещение в палату повышенной комфортности, диагностика с помощью новых медицинских технологий и др.);

во-вторых, предоставление медицинской помощи в порядке, отличающемся от установленного порядка получения таких же видов помощи, но бесплатно. Типичный пример ситуации получения платных медицинских услуг: жители села или малого города едут в областной центр для проведения диагностического исследования, консультации специалиста. Если это делается по их собственной инициативе, без направления, выдаваемого врачом по месту жительства, то такие услуги предоставляются им за плату;

в-третьих, за плату предоставляются услуги, имеющие более высокое качество по сравнению с формально или неформально принятыми стандартами качества бесплатной медицинской помощи. На практике сформировались разные стандарты качества услуг одного вида, предоставляемых бесплатно и за деньги пациентов. Различия в качестве состоят главным образом в применении лекарств разной стоимости и соответственно разной клинической эффективности. Более высокого качества считаются услуги, оказываемые врачами более высокой профессиональной категории. Фактические стандарты бесплатного лечения снизились с точки зрения клинической эффективности в сравнении со стандартами лечения, которые существовали в советской системе здравоохранения. Теперь же при лечении больных по многим нозологическим формам часто используется очень ограниченный перечень устаревших лекарств. В некоторых стационарах фактические стандарты оказания бесплатных услуг таковы, что помощь больному сужается только до лечения одной, в данный момент обострившейся, болезни. Но подавляющее большинство больных имеют несколько хронических заболеваний одновременно, и они также дают о себе знать в этот момент. Если раньше лечение проводилось с учетом и остальных заболеваний, помимо того, с которым больной был госпитализирован, то теперь ему предлагается заплатить за консультации у других специалистов и соответствующие диагностические исследования сопутствующих заболеваний.

Цены на платные медицинские услуги устанавливаются, как правило, государственными и муниципальными медицинскими учреждениями, реже — органами власти, являющимися их учредителями. При этом субъекты ценообразования используют в качестве основы два нормативно-методических документа Минздрава России — «Методические рекомендации по расчету себестоимости медицинских услуг в учреждениях здравоохранения», утвержденные Минздравом РФ 26.11.1992 г. (№ 190—15/5) и «Инструкцию по расчету стоимости медицинских услуг», утвержденную Минздравом РФ и Российской академией медицинских наук 10.11.1999 г. (№ 01—23/4—10, № 01—02/41).

Выгодно ли медицинским работникам развитие платных услуг?

В развитии платных медицинских услуг заинтересованы прежде всего руководители медицинских учреждений. Для них — это источник дополнительных средств, которые можно использовать для разных нужд больницы, а также источник легального увеличения собственных доходов. Администрация медицинского учреждения получает в качестве добавки к окладу определенный процент от стоимости каждой платной медицинской услуги.

В то же время исследование выявило слабую заинтересованность врачей и медицинских сестер в росте объемов услуг, легально оплачиваемых населением. Это обусловлено особенностями существующих схем распределения доходов, поступающих от платных услуг.

Уже упоминавшиеся выше нормативно-методические документы Минздрава России по расчету стоимости медицинских услуг, которыми пользуются медицинские учреждения, предусматривают низкий уровень оплаты труда медицинских работников, непосредственно оказывающих эти услуги, и соответственно очень маленькую долю, приходящуюся на оплату труда конкретных отделений и работников, занятых в предоставлении платных услуг. Эта доля может быть повышена самим учреждением. Решение о распределении средств от платных услуг принимает экономический совет медицинского учреждения. В него обычно входят главный врач, его заместители, экономист и некоторые заведующие отделениями. Рядовые врачи, средний и младший персонал в экономическом совете не представлены. Решения совета должны обсуждаться на общем собрании коллектива учреждения, но такие обсуждения происходят не везде. В некоторых больницах даже заведующие отделениями плохо представляют себе, как распределяются доходы от платных услуг. В результате эти доходы направляются на нужды всего учреждения, а непосредственным исполнителям достается, как правило, не более 20 % от стоимости услуги.

Врачи понимают, что средства от платных услуг должны распределяться на нужды всего учреждения и оплату труда тех, кто эти услуги непосредственно оказывал. Но порядок оплаты труда врачей кажется им несправедливым и не соответствующим их вкладу в лечебный процесс.

Оплата пациентами медикаментов при лечении в медицинских учреждениях

Распространенность практики оплаты медикаментов пациентами

При проведении диагностических исследований и лечении в стационарах и в амбулаторно-поликлинических учреждениях (государственных и муниципальных) пациенты должны бесплатно обеспечиваться необходимыми лекарственными препаратами, материалами и изделиями медицинского назначения. Дефицит финансирования государством здравоохранения приводит к недостатку в медицинских учреждениях средств для приобретения лекарств и других мате-

риалов, необходимых для лечения больных. Имеющиеся лекарства чаще всего не соответствуют современным требованиям. Больные или их родственники, стремясь ускорить сроки выздоровления, избежать негативных побочных последствий, а в случае оказания реанимационных услуг просто сохранить жизнь, вынуждены за свой счет покупать новейшие лекарства.

Данные о доле домохозяйств, имевших расходы на медикаменты при лечении в медицинских учреждениях, приведены в табл. 5. Различия между регионами по этим показателям менее выражены. Две трети домохозяйств, члены которых были госпитализированы в течение прошедшего года, покупали медикаменты сами.

Главная причина вышеуказанных платежей за лекарства вполне очевидна — это недостаточность государственного финансирования медицинских организаций в обеспечении пациентов необходимыми для их лечения лекарствами и прочими материалами. Вместе с тем к дефициту лекарственных средств могут приводить действия руководителей медицинских учреждений и самих врачей. Так, руководство одной из больниц предпочитало тратить деньги на развитие больницы, на покупку дорогостоящего современного медицинского оборудования, не закупая в достаточном количестве простые и недорогие препараты. Больные были вынуждены покупать не только лекарства, но даже физиологический раствор и перевязочные материалы. При этом больничная аптека финансово контролируется ее руководством.

Ситуация дефицита лекарственных средств может использоваться отдельными медицинскими работниками для утаивания препаратов, закупленных на государственные средства, и последующей их продажи пациентам под видом оказания содействия в поиске дефицитных лекарств.

Механизмы оплаты медикаментов

Интервью с медицинскими работниками позволили выявить разные механизмы оплаты пациентами медикаментов при лечении в медицинских учреждениях. Иногда сами лечащие врачи предлагают пациентам свои услуги в приобретении лекарств. В других случаях пациенты или их близкие приобретали необходимые лекарства или медицинские изделия в аптечной сети. Покупка производилась в легальной форме. Но по сути пациенты оплачивают то, что государство должно было бы предоставить им бесплатно. Поэтому такие платежи можно назвать квазиформальными.

Наконец, возможна ситуация, когда пациенты платят посреднику, который берет на себя обязательство обеспечить их нужными препаратами. В роли такого посредника может, например, выступать страховая медицинская организация. Ниже мы еще вернемся к описанию механизма такой оплаты. Здесь же ограничимся констатацией того, что подобная оплата также является квазиформальной. Пациент легально платит организации-посреднику, но сам факт оплаты медикаментов для лечения вступает в противоречие с государственными гарантиями оказания бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных медицинских учреждениях.

Рекомендуя больным приобрести лекарственные препараты, имеющиеся в свободной продаже, врачи зачастую делают это небескорыстно. Можно выделить несколько механизмов оплаты пациентами лекарств и медицинских изделий, которые обеспечивают заинтересованность врачей в такой оплате:

Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи

Таблица 5 Доля домохозяйств, приобретавших лекарства и медикаменты, среди плативших за медицинскую помощь, %

Вид медицинского учреждения	Регион А	Регион В
Амбулаторно-поликлинические	50	40
Стационары для операции	32	18
Стационары помимо операции	67	66

1. Врач имеет договоренность с фирмами — производителями или дистрибьютерами лекарственных средств и изделий медицинского назначения о комиссионных за продажу соответствующих товаров. Врач выписывает пациенту рецепт на дорогостоящее лекарство, поскольку получает за это вознаграждение от фармацевтической фирмы. При этом для полноценного лечения пациента во многих случаях можно было бы обойтись более дешевыми препаратами. Причем порой такой препарат является и более эффективным.

Комиссионные врачам могут быть теневыми, а могут выплачиваться вполне легально. Но в любом случае их конечным источником являются средства пациентов этих врачей.

2. Врач просит больного приобрести рекомендованные лекарства в конкретной аптеке, обычно при больнице. Нередко такая аптека принадлежит руководству больницы или их родственникам.

3. Врач предлагает больному приобрести лекарство лично у него, объясняя это тем, что он имеет возможность купить его по оптовой цене. В этом случае врач сам выступает в роли розничного дистрибьютера лекарственных средств. Бывает так, что и больной при этом выигрывает — цена препарата у врача меньше аптечной. Но чаще всего цена, заплаченная врачу, приближается к розничным ценам в аптеке.

4. Пациенту предлагают заключить договор со страховой медицинской организацией на добровольное медицинское страхование лекарственного обеспечения во время его лечения в данной больнице. Такая схема была разработана руководителями одной из крупных клинических больниц региона А совместно с одной из страховых компаний и применялась в течение сентября—ноября 2001 г., но затем была отменена по приказу областного органа управления здравоохранением из-за жалоб больных. Эта система заслуживает более детального рассмотрения.

Руководители больницы предлагали больным внести определенную сумму в качестве страхового взноса через добровольное медицинское страхование, гарантируя больному получение необходимых для его лечения медикаментов. Были разработаны несколько вариантов такой оплаты, различающихся по размеру взноса. Страховая компания оформляла соответствующие договоры, после чего переводила средства на счет больницы, оставляя себе оговоренный процент за посредничество. Больница самостоятельно закупала медикаменты и обеспечивала ими больных. Часть средств, поступивших от застрахованных, направлялась на материальное поощрение работников больницы. Во время функционирования этой схемы надбавка к зарплате врачей составляла до 50 %.

Аргументы, которые руководители больницы и страховой компании привели в пользу такой схемы, состояли в следующем:

больница закупает лекарства по оптовым ценам, поэтому их стоимость для пациентов ниже, чем при индивидуальном приобретении;

больной получает препарат немедленно, как только в этом возникает необходимость. Он или его родственники не тратят время на поиск лекарства в аптеках;

наряду с уменьшением стоимости лечения для больного данная схема позволяет увеличить зарплату врачам.

Однако работники органов управления здравоохранением, врачи других больниц, а также и некоторые врачи этой больницы, указывали на иные обстоятельства:

для многих пациентов затраты оказались выше, чем если бы они самостоятельно покупали нужные лекарства в аптеке. Ряд пациентов жаловались, что стоимость предоставленных им медикаментов намного меньше, чем величина внесенного ими взноса. Следует, правда, отметить, что страховая компания по согласованию с больницей по первому требованию возвращала пациентам незрасходованную часть их взноса;

больные нередко не получали вовремя и в полном объеме необходимые лекарства, так как они не всегда оказывались в наличии (на заказ и получение лекарства через больничную аптеку обычно уходило больше времени, чем на приобретение их пациентом или его родственниками в аптеке);

часть лекарств больным все равно приходилось приобретать за свой счет по вышеуказанной причине.

Противники данного нововведения приводили в качестве аргумента и то, что данная схема неправомерно названа страховой. Здесь нет страхования риска наступления страхового случая, поскольку договор заключается с лицом, уже попавшим в больницу.

Разумеется, эта схема не соответствует классическим принципам страхования. Но важно отметить другое. Указанное нововведение является попыткой легализовать платежи населения за оказываемую медицинскую помощь. Однако такая легализация вошла в противоречие с действующим законодательством о государственных гарантиях медицинской помощи и о медицинском страховании. Схема была отменена, а больные продолжают тратить свои средства на лечение в больнице, самостоятельно приобретая нужные медикаменты. Неформальная или квазиформальная оплата предоставления лекарственной помощи не влечет за собой каких-либо административных санкций по отношению к субъектам управления и финансирования здравоохранения. А вот попытка их легализовать такие действия провоцирует.

Неформальная оплата медицинских услуг

Предмет неформальных платежей

Анализ ответов респондентов на вопросы, где больше концентрируются неформальные платежи (НП), где пациенты чаще платят деньги непосредственно медицинским работникам, позволяет говорить о том, что распространенность

Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи

неформальных платежей в медицинских учреждениях неравномерна, а их объемы значительно дифференцированы не только по типам медицинских учреждений, но и по отделениям внутри стационаров и поликлиник, будучи также зависимыми от видов врачебной деятельности и уровня квалификации врачей.

В стационарных медицинских учреждениях в качестве предмета НП могут выступать следующие виды услуг:

проведение обследования и госпитализация больных в обход установленного порядка направления в данное медицинское учреждение — обследование и госпитализация больных, не имеющих направления в данное медицинское учреждение, выданного в установленном порядке другим медицинским учреждением или органом здравоохранения; проведение обследования вне установленной очереди; ускорение сроков госпитализации по сравнению с установленной очередью;

лечение в целом;

диагностические исследования;

консультации;

операции — работа хирургов, услуги анестезиологов;

услуги лечащего врача, не связанные с операцией (врачебные услуги по ведению больного);

сервисные услуги — помещение в палату с лучшими условиями, с меньшим количеством больных или в палату повышенной комфортности (одно- или двух-местную с телевизором, холодильником), предоставление какого-либо инвентаря, улучшенной кровати, нового одеяла и т. п., внеочередная смена белья;

выполнение процедур, инъекций, установка капельниц, массаж;

услуги по уходу за лежачими больными.

В стационарах предметом НП чаще всего выступают операции, консультации, уход за лежачими больными. Встречаются случаи, когда пациенты должны оплачивать все услуги и посещение всех специалистов, с которыми они сталкиваются по всей технологической цепочке предоставления медицинской помощи (приемное отделение— хирург—анестезиолог—реаниматолог—медсестра или санитарка). При этом предметом НП для врачей чаще всего выступают операции и консультации, а для медицинских сестер и санитарок — уход. В некоторых случаях, когда руководители отделений осуществляют предоставление конкретному пациенту услуг, оплачиваемых неформально, предметом НП может выступать курс лечения в целом, включающий в себя все технологические звенья, начиная от диагностических исследований и консультаций, заканчивая уходом и последующим после выписки наблюдением.

В городских больницах высокий уровень НП чаще встречается в определенных видах отделений стационаров. По оценкам респондентов, ядрами кристаллизации НП в стационарах являются:

хирургические отделения, прежде всего осуществляющие плановые операции и располагающие новейшими медицинскими технологиями;

нейрохирургические отделения и отделения сосудистой хирургии;

гинекологические отделения, включая родовспоможение;

отделения проктологии, урологии;

венерологические отделения.

Наименьший уровень концентрации НП наблюдается в экстренной хирургии, за исключением новейших технологий, в терапевтических отделениях, исключая некоторые направления кардиологии, в педиатрических отделениях, в лабораториях по взятию крови и др.

Отдельного упоминания заслуживают платежи предприятий больницам за сокрытие фактов производственного травматизма. Эти средства перечисляются больницам в легальной форме — в порядке оплаты лечения работников предприятий, но фактически часть этих сумм служит оплатой неформальной сделки с руководителями больницы.

В поликлиниках, согласно данным нашего исследования, НП встречаются реже, чем в стационарах (см. табл. 4). В амбулаторно-поликлинических учреждениях НП могут поступать за следующие услуги:

- проведение диагностического исследования вне очереди;
- прием врачом в удобное для пациента время или после официального окончания его работы;
- услуги врача-специалиста на дому (иглорефлексотерапия и т. д.);
- направление на консультацию в другое медицинское учреждение;
- предоставление места в дневном стационаре;
- хирургическое вмешательство;
- стоматологические услуги;
- массаж;
- физиотерапевтические услуги;
- выдача больничного листа при отсутствии медицинских показаний;
- выдача медицинских книжек и шоферских справок;
- ускоренное оформление санаторно-курортной карты.

В поликлиниках, как и в стационарах, почти не получают НП в лабораториях по анализу крови и т. д. Не оплачиваются в денежной форме услуги участковых врачей, терапевтов, окулистов, отоларингологов и др.

Причины неформальных платежей

Основные причины неформальной оплаты услуг медицинских работников следующие:

Низкая заработная плата медицинских работников.

Прямая экономическая выгода получения денег в руки в сравнении с доходами, получаемыми от оказания услуг, легально оплачиваемых пациентами через кассу медицинской организации.

Несоответствие легальной цены, установленной за оказание услуг, представлениям самих врачей об их реальной стоимости.

Почему пациенты платят лично медицинским работникам, а не в кассу лечебного учреждения? По мнению медицинских работников, это происходит по следующим причинам:

Из-за желания получить медицинскую помощь более высокого качества или в большем объеме в сравнении с тем, на что можно рассчитывать при бесплатном лечении.

Вследствие стремления лечиться в тех медицинских учреждениях и у тех врачей, которые вызывают у них большее доверие.

Из-за необходимости получения услуг, которые не предоставляются ни бесплатно, ни за официальную плату.

Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи

Для сокращения сроков ожидания обследования или госпитализации.

Для уменьшения расходов на лечение по сравнению с оплатой через кассу медицинского учреждения.

Вследствие желания отблагодарить за успешно проведенное лечение.

Распределение мнений населения о причинах неформальных платежей представлено в табл. 6. В качестве наиболее распространенных выступают две группы причин. Одна из них — невозможность получить необходимые услуги, не заплатив врачу. Такие платежи носят, очевидно, вынужденный для пациентов характер. Другая группа причин — желание получить большее внимание со стороны персонала и соответственно более качественное лечение и желание отблагодарить медицинских работников уже после оказания услуг.

Модели неформальных платежей

Исследования свидетельствуют, что используются разные правила неформальных платежей. Можно выделить четыре основных типа таких правил, которые мы будем называть моделями неформальных платежей.

1. Плата по тарифу.
2. Плата по договоренности.
3. Плата по просьбе.
4. Плата-благодарность.

Основанием для их выделения служат два признака: кто определяет размер неформальной оплаты и когда он определяется — до или после оказания услуг. Эти модели различаются по уровню развитости экономических институтов.

Плата по тарифу. Пациент неформально платит за медицинскую помощь по сложившимся теневым ценам. Пациенту сообщается цена услуги, и он решает, согласен ли получить услугу на таких условиях или нет. Торг между продавцом и покупателем услуги почти отсутствует. При этом передача денег может происходить как до оказания услуги, так и после.

Плата по договоренности. Размер теневой оплаты за услуги устанавливается в ходе переговоров медицинского работника и пациента (или его родственников). Цены являются индивидуальными договорными. Они дифференцируются для разных категорий пациентов за одни и те же услуги. При этом в некоторых случаях за основу берется базовая цена, принятая в данном отделении или у данного врача (такая цена формируется по модели платы по тарифу). Она корректируется в большую или меньшую сторону в зависимости от финансовых возможностей пациента или его родственников. В большинстве случаев определенных тарифов нет. Врач назначает цену за услуги, ориентируясь исключительно на оценку финансовых возможностей пациента. По разговору с пациентом, по его внешнему виду, по наличию и марке автомобиля врач оценивает платежеспособность клиента и называет ему ту или иную цену. При этом врачи считают справедливой дифференциацию платы, взимаемой с разных категорий пациентов.

В регионе В в отличие от региона А именно эта модель чаще упоминалась респондентами — врачами хирургических отделений городских больниц.

Плата по просьбе. Размеры неформальной оплаты не оговариваются до начала лечения. В отдельных случаях больному могут сказать про необходимость последующей оплаты, но ее размер не указывается. Чаще уже после проведения

Таблица 6 **Распределение мотивов неформальной оплаты медицинских услуг, % плативших ***

Мотив	Амбулаторно-поликлиническая помощь	Стационарная помощь
Иначе было трудно или невозможно попасть в это медицинское учреждение	1,4	8,1
Иначе было трудно или невозможно попасть к тому врачу, которого вам рекомендовали	1,4	4,1
Иначе вообще нельзя было получить необходимые услуги	28,1	26,8
Иначе нужно было долго ждать необходимые услуги	39,6	
Вы рассчитывали на более внимательное отношение и более качественное лечение	34,5	67,5
Вы хотели отблагодарить медицинского работника за успешно проведенное лечение и оказанное внимание	16,5	38,2
По иной причине	2,2	2,4

* Формулировка вопросов допускала указание респондентами одновременно нескольких мотивов.

операции или в процессе лечения без оперативного вмешательства врач либо заведующий отделением, руководители больницы намекают пациенту или прямо просят его об оплате предоставленной ему помощи. При этом ее размер может не называться, а может быть указана вполне определенная сумма или предложено что-либо купить или сделать для больницы.

Особенностью данной модели НП является то, что у пациента есть возможность уклониться от предложения оплатить предоставленные ему услуги. Главным фактором, стимулирующим оплату в такой ситуации, является стремление сохранить хорошие отношения с врачами в расчете на возможность в будущем вновь обратиться к их помощи.

Применение модели платы по просьбе отмечено нами в хирургических отделениях крупных больниц.

Плата-благодарность. Осуществляется по инициативе пациента, и ее размеры определяются им самим. Плата-благодарность имеет две разновидности: а) пациент платит медицинскому работнику до оказания нужной ему помощи в надежде на более внимательное отношение к себе врача или медсестры; б) оплата производится апостериори. Подарок в натуральной форме либо деньги пациент вручает лечащему врачу (оперировавшему хирургу) после завершения лечения. Эта неформальная плата — вознаграждение за успешно проведенное лечение (за хорошо сделанную операцию), за проявленное внимание.

Такая плата отражает возможности самого пациента, но в отличие от модели платы по договоренности здесь отсутствуют переговоры о ее размере между врачом и пациентом. Плата-благодарность может производиться и в виде спонсорской помощи, последующего оказания услуг. Наиболее ценят врачи и руководители медицинских учреждений услуги, оказываемые пациентом за счет той организации, которой он руководит. Обычно это — проведение ремонта, покупка

Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи

медицинского оборудования и инструментов. Все современно оборудованные палаты, кабинеты заведующих отделений, которые нам удалось увидеть, были отремонтированы за счет спонсоров.

Плата-благодарность встречается во всех типах медицинских учреждений. При этом для сельской местности более характерны платежи в натуральной форме. Деньгами здесь платят редко. В городских больницах плата-благодарность в денежной форме является достаточно распространенной. Данная модель оплаты преобладает в терапевтических и педиатрических отделениях стационаров и в поликлиниках.

Отдельного рассмотрения требует *вымогательство*. Это понятие часто использовалось респондентами для характеристики такой практики НП, которую они считали неоправданной. Если проанализировать контексты, в которых респонденты использовали это понятие, то можно заметить, что под вымогательством понимается не какая-то определенная модель неформальной оплаты, а разные ситуации, которые объединяет следующее: врач активно требует от пациента оплатить свои услуги в качестве обязательного условия их предоставления, но используемая врачом модель неформальной оплаты не является санкционированной большинством других его коллег. Например, вымогателем в глазах коллег может быть врач, требующий от больного оплатить операцию и называющий фиксированную сумму, в то время как его коллеги по отделению применяют модели платы по возможности или платы по просьбе. Либо если в отделении большинство или значительная часть врачей практикуют модель оплаты по тарифу, и такие теневые тарифы сформировались, то вымогателями их уже не считают или их так называют сотрудники других отделений или ЛПУ, где практика НП развита меньше.

По данным опроса населения удалось получить ориентировочные количественные оценки распространенности вышеуказанных моделей неформальной оплаты медицинской помощи в стационарах (табл. 7). Они менее достоверны для региона В вследствие малого числа респондентов, плативших неформально за стационарную помощь. Тем не менее сопоставление этих показателей для двух регионов позволяет сделать следующие обоснованные выводы.

Наиболее распространенной является модель платы-благодарности, наименее — платы по просьбе. Модели, предусматривающие определение размера оплаты до оказания услуг (плата по тарифу и плата по договоренности), и модели, предполагающие определение размера оплаты уже после оказания услуг (плата по просьбе и плата-благодарность), одинаково распространены. Таким образом, рынок теневой оплаты медицинских услуг является весьма неоднородным по степени развитости неформальных экономических институтов.

Модель платы по договоренности в регионе В применяется чаще, чем в регионе А, и даже чаще, чем модель платы по тарифу. Аналогичные качественные оценки получены нами на основе интервью с медицинскими работниками. Можно сделать вывод о том, что институты теневой оплаты медицинской помощи более развиты в регионе А, в котором теневая оплата распространена шире.

Таблица 7 **Распространенность моделей неформальной оплаты, %**

Модель оплаты	Регион А	Регион Б
По тарифу	40	20
По договоренности	9	35
По просьбе	4	10
Плата-благодарность	43	30

Доплачивают ли неформально пациенты, заплатившие в кассу?

Одной из задач исследования было определение зависимости распространенности и размеров НП от формальных условий предоставления пациентам медицинской помощи. По мнению большинства респондентов-врачей, пациенты, легально оплатившие лечение через кассу медицинского учреждения или имеющие полис добровольного медицинского страхования, не осуществляют никаких неформальных платежей. В лучшем случае в знак благодарности они могут сделать небольшие подарки в виде коробки конфет, бутылки коньяка, букета цветов и т. д. Иными словами, плата-благодарность может дополнять оплату медицинской помощи, произведенную путем оплаты в кассу медицинского учреждения или приобретения полиса добровольного медицинского страхования.

Вместе с тем респонденты отмечали, что больные платят сверх оплаты услуг, произведенной в кассу, в следующих случаях:

деньги за операцию, уплачиваемые в кассу, не обеспечивают адекватного вознаграждения врачей и возмещения расходных материалов;

существуют отделения, в которых есть официальная плата, но обязательна и неофициальная доплата за операцию. При этом используются модели платы по тарифу и платы по договоренности;

больные отдают себе отчет в том, что их лечащий врач не получит почти ничего из суммы, заплаченной ими в кассу, и предлагают врачу дополнительное вознаграждение. При этом оплата в кассу дополняется неформальной платой-благодарностью;

условия оказания медицинской помощи не различаются для тех, кто заплатил в кассу, и для тех, кто получает ее бесплатно. Например, можно *«заплатить за платные роды, а она лежит на тех же койках, где бесплатные роды, и как не было лекарств, так их и нет; если не дай бог какое-то осложнение, с нее требуют все равно лекарство»*⁴. В такой ситуации НП производятся в форме приобретения лекарств и могут применяться все модели неформальной оплаты медицинских услуг, приведенные выше;

предметом НП становятся дополнительные услуги (например массаж), не предусмотренные в договоре между пациентом и медицинским учреждением.

⁴ Здесь и далее курсивом выделены выдержки из интервью с медицинскими работниками.

Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи

Таким образом, легальная оплата медицинской помощи не является гарантией отсутствия последующих неформальных платежей. Как сказал заведующий хирургическим отделением городской больницы, пациенты, которые лечатся за счет добровольного медицинского страхования, *«дополнительно уже ничего не платят. Пока. Но если зарплата врачей останется на прежнем уровне, то они начнут заставлять пациентов платить»*.

Врачи указывают на то, что практика НП сверх оплаты услуг через кассу очень распространена в Москве: *«Многие, кто едет в Москву, все равно доплачивают врачам, так или иначе. Даже если это платная услуга. Причем приличную сумму. Мой приятель ездил. Довольно сложная сосудистая операция. Он доплатил за нее 2,5 тыс. долларов. "Лежу после операции, — рассказывает он, — Идет анестезиолог, я ему еще 150 долларов дал, потом идет хирург, с таким же мотивом. И ему дал. И санитарке той же, которая все время забывает мне поменять полотенце"»*.

Можно было бы ожидать, что НП нет в частных медицинских организациях, так как здесь врачи получают гораздо большую зарплату, а их руководители заинтересованы в недопущении такой практики и стараются жестко пресекать попытки неформальной оплаты. Тем не менее во всех исследованных нами частных медицинских организациях неформальные платежи существуют: *«Массаж, это неконтролируемое место. Иглорефлексотерапия. Стоматология неконтролируемо»*.

Что получит больной, который не может или не хочет платить?

Как показывают проведенные интервью, неформально платят за медицинские услуги в исследуемых регионах лишь часть пациентов. Эта доля колеблется в зависимости от типа медицинского учреждения и специализации отделений, но нигде не составляет 100 %. Возникает естественный вопрос, существует ли разница в объеме и качестве услуг, предоставляемых пациентам, которые не платят медицинским работникам, по сравнению с пациентами, которые доплачивают неформально?

Если больной не платит, когда ему об этом прямо сказали или намекнули, то он рискует:

- вообще не попасть в больницу;
- быть помещенным в самую густонаселенную палату;
- не получить необходимых современных лекарственных препаратов;
- лечиться теми дешевыми препаратами, которые больница смогла приобрести;
- быть прооперированным по устаревшей технологии, требующей больше времени на выздоровление и имеющей больший риск осложнений;
- быть прооперированным наименее квалифицированным хирургом или практикантом;
- получить не самый современный наркоз, после которого пациент будет чувствовать себя хуже по сравнению с последствием новых препаратов;
- не получать достаточного внимания врача, медсестер и санитарок.

Отношение работников здравоохранения к неформальным платежам

Группы врачей с разным отношением к неформальным платежам

Отношение врачей к НП весьма неоднозначное. Среди них выделяются последовательные сторонники НП, а также их непримиримые противники. Между этими группами находятся «вынужденные сторонники», а также «сожалеющие», которые могли бы быть в группе сторонников, но не имеют подобных выплат.

Группу *последовательных сторонников* образуют врачи, которые хорошо вписались в рынок и убеждены, что профессионализм должен иметь свою цену. Они не испытывают моральных угрызений по поводу своих взглядов и достаточно открыто излагают их, видя, как и все остальные, причину развития практики НП в плохой заботе государства о таком высокообразованном слое, как врачи. К числу последовательных сторонников НП можно отнести примерно 20—25 % респондентов.

Моральная позиция *вынужденных сторонников* отличается как бы одновременным присутствием в ней и советских этических ценностей, и новых ценностей индивидуализма, благодаря чему структура их сознания чрезвычайно противоречива: казалось бы, противоположные установки вполне мирно уживаются друг с другом. Как правило, врачи из этой группы отмечают наличие особых внутренних переживаний, связанных с необходимостью платить, но отказаться от платы не могут, так как считают, что она вполне справедлива. Подавляющее большинство врачей из этой когорты рассматривают НП прежде всего как способ выживания, чем оправдывают для себя возможность брать деньги у пациентов. Именно среди этих врачей наибольшее число лиц, взимающих НП по модели плата-благодарность, которую они воспринимают как наиболее приемлемую.

К числу вынужденных сторонников НП можно отнести примерно 45—50 % респондентов. Таких врачей больше всего в городских больницах. Меньшее их число — в амбулаторно-поликлинических учреждениях, ЦРБ, районных больницах.

Группу *«сожалеющих»* составляют врачи, которые хотели бы получать неформальные платежи, но не имеют их: *«Мы бы брали с удовольствием, но нам просто никто не дает».*

К этой категории относятся:

врачи участковых больниц, пациенты которых не могут заплатить по причине бедности;

молодые, недостаточно опытные врачи;

врачи, не умеющие строить отношения с больными и/или их родственниками;

врачи в поликлиниках;

врачи в терапевтических и педиатрических отделениях городских больниц.

Среди респондентов таких врачей было 10—15 %.

Группа *противников неформальных платежей* весьма неоднородна. Она представлена врачами, которые не согласны получать НП по весьма разным мотивам. Это те, кто:

Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи

не рискует получать НП из-за страха потерять работу (избегающие риска санкций);

не хочет потерять лицо и уважение коллег, общественное уважение («мягкие» противники);

не хочет под давлением денег изменять определенным личностным установкам и этическим стандартам (последовательные противники);

не хочет зависеть от больного и его «подачек», избегает неопределенности (избегающие неопределенности и зависимости).

Доля этой группы составляет 10—15 %.

Коллективные нормы, регулирующие практику неформальных платежей

Анализ индивидуальных и коллективных норм, действующих по отношению к НП, позволяет убедиться в том, что коллектив врачей, если и влияет на практику НП, то только в том случае, если поведение врачей и медперсонала выходит за рамки дозволенного и сопровождается конфликтом. В остальном действует принцип «каждый имеет право жить, как хочет». Единственное ограничение не разрушать авторитета отделения и медучреждения в целом, так как именно он, в конечном итоге, вместе с профессионализмом врачей, определяет, сколько состоятельных пациентов, способных платить, и пациентов вообще, в том числе и статусных, будут желать у них лечиться. Поэтому существует особый *запрет на огласку*. Кроме того, любой конфликт предполагает вмешательство вышестоящих организаций, а это является нежелательным.

Материалы исследования позволяют говорить о том, что, по мере того как врачи привыкают к практике НП и научаются в ней жить по определенным схемам, они все в меньшей степени согласны влиять на нее посредством коллективных санкций, занимая все более «разрешительную» и либеральную позицию по отношению к тем, кто принимает НП.

Запрет на огласку является достаточно распространенной нормой, которая регулирует поведение почти всех врачей и медперсонала, включая заведующих отделениями. Лица, нарушающие эту норму, как правило, осуждаются коллективом, потому что авторитет отделения остается весьма значимым фактором не только для руководства, но и для рядовых врачей. Благодаря сформированному авторитету отделения им удается привлекать больше пациентов, нежели только собственными усилиями или индивидуальным именем. Это заставляет с особым вниманием относиться к складывающемуся общественному мнению по отношению к тому или иному отделению.

Весьма распространенной декларируемой нормой является запрет на вымогательство. Врачи признают неформальные платежи неоправданными в следующих случаях:

взимание денег с больного, нуждающегося в экстренной помощи, в первые сутки поступления;

взимание денег до операции, повлекшей впоследствии непредвиденные осложнения или летальный исход;

взимание денег с тяжелобольных одиноких пенсионеров;

получение денег с коллег, с родственников врачей;

взимание денег с больных, поступающих по рекомендации администрации.

Отношение субъектов управления здравоохранением к неформальным платежам

Анализ материалов интервью позволяет убедиться в том, что субъекты управления здравоохранением располагают достаточным уровнем знаний относительно того, насколько распространены НП и по какой схеме они функционируют. Почти все респонденты, принявшие участие в обследовании, убеждены в том, что НП существуют во всех государственных и муниципальных медицинских учреждениях своего региона.

Субъекты управления здравоохранением убеждены в том, что контроль за неформальными платежами необходим, но на другом уровне. Некоторые отмечают отсутствие должных рычагов для осуществления контроля, боятся потерять квалифицированный персонал.

Отношение медицинских работников к легализации платы за медицинскую помощь

Основной инструментальной задачей анализа НП в данном исследовании являлось определение возможных последствий легализации теневой оплаты медицинской помощи.

Отношение медицинских работников к легализации платы за медицинскую помощь можно суммировать следующим образом:

те, кому платят эпизодически и мало, поддерживают без оговорок;

те, кому платят систематически и много, поддерживают при условии несущественного сокращения своих доходов.

Подавляющее большинство опрошенных поддерживают эту идею или готовы ее поддержать при определенных условиях. Негативное отношение к пересмотру существующих гарантий бесплатного медицинского обслуживания продемонстрировали в основном субъекты социальной политики.

Разделяют идею легализации платежей населения за медицинские услуги, не обговаривая это дополнительными условиями, те медицинские работники, кому платят неформально лишь эпизодически или в небольших объемах по сравнению с зарплатой. Для таких лиц введение обязательности оплаты пациентами предоставляемых им услуг — это реальный способ повысить свои доходы, сняв с себя груз риска и моральных неудобств, связанных с получением денег от пациентов.

Медицинские работники, которые систематически имеют неформальные доходы в значительных размерах, заинтересованы в их сохранении, так как это дает им значительно большую прибавку к заработной плате, чем оказание платных услуг. Поэтому они поддерживают возможную легализацию оплаты медицинской помощи, если это значительно не снизит их доходы. Врачи готовы пожертвовать частью своих доходов за уменьшение риска быть пойманными, за моральные неудобства, за то «унижение», которое испытывают большинство из них при взимании денег с пациентов. Однако цена вопроса для них не слишком высока. Медики готовы на легализацию неформальных платежей, если будут получать не менее 70—80 % от них. Абсолютное большинство медицинских работников отмечают, что главным условием исчезновения неформальных платежей является высокая заработная плата, соответствующая их потребностям.

Отношение населения к неформальным платежам и их легализации

Около половины респондентов, неформально плативших за медицинскую помощь, расценивают такие платежи, как вынужденные (табл. 8). Менее десятой части опрошенных считают, что это — вымогательство со стороны медицинских работников. Вместе с тем более четверти опрошенных рассматривают произведенную неформальную оплату как благодарность за более внимательное отношение и более качественное лечение.

Интересно, что структура оценок населением НП в двух обследованных регионах мало различается. Но различия возникают в отношении к возможности легализации НП (табл. 9). Наименьшее количество сторонников имеет схема введения соплатежей пациентов за предоставляемые медицинские услуги — доплат за каждое посещение врача и за каждый день пребывания в стационаре. Примерно столь же незначительна доля лиц, склонных оставить без изменения существующие правила предоставления и оплаты медицинской помощи. В регионе А большинство респондентов полагают, что необходимо продолжать бесплатно предоставлять медицинские услуги бедным, а остальные должны оплачивать их полностью. В регионе В число сторонников схемы примерно совпадает с числом сторонников другой схемы: бесплатно предоставлять гражданам лишь отдельные виды медицинских услуг, а остальные — на платной основе.

Всего лишь 28 % респондентов согласны с тем, что в случае госпитализации пациенты должны сами оплачивать более качественные лекарства и медицинские материалы; 62 % были не согласны и 10 % затруднились ответить на вопрос. Эти показатели почти одинаковы для обоих регионов.

Таким образом, среди населения пока не сложилось доминирующего представления о том, как можно разрешить проблему декларативности существующих государственных гарантий бесплатного лечения.

Заключение

Данные исследования позволяют сделать следующие выводы.

Медицинская помощь, которая по закону должна предоставляться бесплатно, для значительной части населения является платной. Доля пациентов, оплачивающих лечение, прямо зависит от размеров дефицита государственного финансирования здравоохранения. В структуре расходов населения на лечение в медицинских учреждениях преобладают легальные формы оплаты и затраты на приобретение медикаментов.

Неформальная оплата медицинской помощи обусловливается не только недостатком государственного финансирования здравоохранения, но и интересами части врачей и пациентов. Параметры теневого рынка медицинских услуг зависят от региональных различий в государственном финансировании здравоохранения и уровне доходов населения.

Если правила предоставления медицинской помощи не изменятся, то, несмотря на рост расходов государства на здравоохранение, неформальная оплата медицинской помощи останется существенным компонентом финансирования здравоохранения.

Таблица 8 **Отношение населения к неформальной оплате медицинской помощи, % плативших неформально**

Оценка населения НП	Помощь	
	Амбулаторно-поликлиническая	Стационарная
Вымогательство со стороны медицинских работников	9,7	8,5
Компенсация низкой заработной платы медицинских работников	15,1	14,1
Благодарность за более внимательное отношение и более качественное лечение	24,3	33,1
Единственный способ получить необходимые медицинские услуги	49,2	43,7
Иная оценка	1,1	—

Таблица 9 **Отношение населения к легализации оплаты медицинских услуг, % плативших неформально**

Оценка	Регион А	Регион В
Все должны доплачивать небольшие суммы за медицинские услуги	6	11
Бесплатно оказывать всем гражданам лишь отдельные виды медицинских услуг	25	42
Бесплатно оказывать все виды медицинских услуг только бедным	57	39
Оставить все, как есть	12	9

Большая часть населения воспринимает расходы на медицинскую помощь как вынужденные, но некоторые готовы к ограничению государственных гарантий и легализации соучастия пациентов в оплате медицинской помощи. Вводить какую-либо универсальную схему легализации соучастия населения в оплате медицинской помощи нецелесообразно.

Данные исследования позволяют также сделать вывод о том, что при сохранении существующих правил, регулирующих условия получения населением медицинской помощи и условия оплаты труда медицинских работников, практика неформальных платежей за медицинские услуги будет развиваться. Если государственное финансирование здравоохранения будет постепенно увеличиваться, но формальные институты, регулирующие условия предоставления населению медицинской помощи, не претерпят существенных изменений, то можно ожидать незначительного сужения предмета неформальных платежей (например, необходимости оплаты лекарств, медицинских материалов, операций по старым медицинским технологиям) для части населения. Но размеры неформальных платежей все равно будет увеличиваться по мере роста доходов населения.

В случае легализации платежей населения за медицинскую помощь (в той или иной форме) можно ожидать следующих результатов. Цены на медицинские услуги будут неизбежно выше, чем прежние теневые цены, поэтому ухуд-

Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи

шится экономическая доступность соответствующих медицинских услуг для низко- и среднедоходных слоев населения.

Масштабы замещения неформальных платежей формальными и сохранения теневой платы медицинскому персоналу будут определяться тем, какая часть доходов от платных услуг достанется непосредственно тому, кто эти услуги оказывает. Легальные доходы врачей и медсестер увеличатся, и необходимость в неформальных платежах может ослабнуть для значительной части тех медицинских работников, кто их получает мало и эпизодически. Но ситуация мало изменится для тех, кто получает неформальные платежи систематически и в больших размерах. Любые формы их легализации без принципиальных изменений в налоговом законодательстве не позволят существенно увеличить заработную плату таких врачей и приблизить ее к нынешним размерам их фактических доходов. Большинство врачей данной группы сумеют преодолеть возникшие препятствия к взиманию денег с пациентов. К тому же не исчезнут социально-психологические причины неформальных платежей у пациентов: желание заручиться большим вниманием и уменьшить субъективную оценку риска. Легализация оплаты медицинской помощи и усиление контроля за взиманием неформальных платежей не смогут их упразднить. Учитывая российский менталитет, следует ожидать изобретения новых способов неформального получения денег с больных.

В случае установления минимума бесплатных услуг для всего населения, определения категории, которая сохранит право на бесплатное медицинское обслуживание в полном объеме, а остальные граждане должны будут оплачивать полностью или частично оказание медицинской помощи сверх установленного минимума, следует ожидать сокращения, но не исчезновения неформальных платежей со стороны второй группы. Сочетание в рамках одного и того же медицинского учреждения предоставления платных и бесплатных услуг породит стремление медицинских работников снижать качество бесплатных медицинских услуг и подталкивать их получателей к неформальной оплате лечения.

Если предоставление бесплатных и платных услуг будет разделено между разными медицинскими организациями, т. е. государственным (муниципальным) медицинским учреждениям, предоставляющим бесплатную медицинскую помощь, будет запрещено оказывать платные услуги, то произойдет поляризация системы медицинского обслуживания. Медицинские учреждения разделятся на организации для бедных и богатых. Будет увеличиваться разрыв в качестве осуществляемого лечения. Цены на медицинские услуги в больницах для богатых будут включать все виды затрат, налоги, и поэтому лечение в них окажется для пациентов дороже. Институты неформальной оплаты медицинской помощи в больницах для богатых будут в значительной мере замещены институтами формальной оплаты, но произойдет это за счет удорожания доступа к медицинской помощи для средне- и высокодоходных слоев населения.

Анализ возможных вариантов легализации платежей населения за медицинскую помощь показывает, что реализация любого из них чревата серьезными негативными социально-экономическими и политическими последствиями. Однако сохранение существующих условий предоставления медицинской помощи без изменений также неизбежно приведет к росту социальной напряжен-

ности. По очень точному замечанию вице-губернатора одной из пилотных областей: *«В этой ситуации пока не просматривается ни одного приемлемого решения»*. Результаты проведенного исследования позволяют сформулировать следующие рекомендации для государственной политики:

1. Легализация неформальных платежей не даст удовлетворительного решения существующей проблемы финансовой необеспеченности государственных гарантий медицинского обслуживания населения и замещения недостатка государственного финансирования неформальными платежами. Приемлемого решения этой проблемы пока не существует, и нужно выбирать то, которое минимизирует негативные последствия.

Таким решением представляется: обеспечение сбалансированности с размерами государственного финансирования не всей программы государственных гарантий, а ее части — программы обязательного медицинского страхования (ОМС); уточнение существующих гарантий в системе ОМС, не претендующее на масштабную легализацию платежей населения за медицинскую помощь.

2. Следует более четко определить обязательства государства по оказанию бесплатной медицинской помощи в системе ОМС. Нужно установить объемы медицинской помощи не только в целом по стране и субъектам федерации (что сделано в существующей программе ОМС), но и определить конкретный состав, объемы медицинских услуг и лекарственного обеспечения, бесплатное предоставление которых государство гарантирует гражданам в случае разных видов заболеваний. Это должны быть медико-экономические стандарты, конкретные по каждой нозологии и отражающие не желаемый уровень оказания медицинской помощи, а экономически возможный для государства при реальных размерах финансирования здравоохранения.

Нужно четко определить состав медицинской помощи, который государство может действительно бесплатно предоставить сейчас всему населению в рамках системы ОМС. Этот пакет услуг должен быть сбалансирован с выделяемыми государством на его выполнение средствами.

При этих условиях и при усилении контроля за оказанием бесплатных и платных медицинских услуг может быть обеспечена доступность гарантируемого в системе ОМС пакета медицинских услуг и лекарственной помощи для всех граждан.

3. Целесообразно легализовать и развивать механизмы альтернативного выбора условий получения медицинской помощи: гарантии медицинской помощи сверх программы ОМС не менять, но легализовать правило, что помощь предоставляется в порядке очереди либо оплачивается самими гражданами. Разрешить добровольный выход из системы ОМС с частью взносов при условии заключения договоров ДМС.

4. Неформальные платежи неизбежно сохраняются. Необходимо и возможно противодействовать их использованию по отношению к услугам, которые войдут в пересмотренную программу ОМС, сбалансированную с государственным финансированием.

5. Нецелесообразно бороться с неформальными платежами за услуги сверх пересмотренной вышеуказанным образом программы ОМС, уповая исключительно на административные и уголовные меры. Реалистичнее пытаться косвенно регулировать этот теневой рынок: поддерживать развитие легального плат-

Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи

ного сектора здравоохранения и регулировать в нем цены на монопольно предоставляемые медицинские услуги, использующие новые и эксклюзивные технологии с тем, чтобы легальные цены служили ограничителем для цен теневого рынка. Для этого необходимо внести изменения в установленные государством правила ценообразования на платные медицинские услуги.

Литература

- Богатова Т.В., Потапчик Е.Г., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С., Шишкин С.В.* Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы / Независимый институт социальной политики. М.: ООО «Пробел—2000», 2002.
- Демографический ежегодник России. М.: Госкомстат России, 2000.
- Кулибакин И.Б.* Отчет по результатам социологического исследования «Городское здравоохранение». Кемеровский государственный университет. Социологический центр. Кемерово, 1998.
- Морозова Е.А., Ибрагимова Д., Красильникова М., Овчарова Л.* Участие населения в оплате медицинских и образовательных услуг // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2000. № 2 (46).
- Неформальные платежи за медицинскую помощь в России // Серия «Научные доклады: независимый экономический анализ». М: Московский общественный научный фонд, Независимый институт социальной политики, 2003. № 142.
- Всероссийский статистический ежегодник. М.: Госкомстат России, 2000.
- Сатаров Г.* Диагностика российской коррупции: социологический анализ (Краткое резюме доклада). М.: Фонд ИНДЕМ, 2002.
- Сидорина Т.Ю., Сергеев Н.В.* Государственная социальная политика и здоровье россиян. К анализу затрат домохозяйств на здравоохранение // Мир России. 2001. № 2.
- www.cpc.unc.edu/flms