Ирина Козина

УСИЛЕНИЕ ВЛИЯНИЯ НЕФОРМАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ РЕСУРСОВ КАК ПОСЛЕДСТВИЕ ТРАНСФОРМАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Трансформация системы здравоохранения характеризуется переходом к рынку медицинских услуг. Цели проводимой реформы скорее экономические, чем социальные, а мероприятия, предусмотренные реформой, в значительной степени обусловлены необходимостью сокращения государственных расходов на здравоохранение-. Основные перемены в организации отрасли - децентрализация системы управления и изменение системы финансирования, которая с введением обязательного медицинского страхования (ОМС) стала двухканальной, - не привели к существенным положительным результатам. Нынешний этап трансформации отрасли характеризуется многими экспертами как кризисный, реформирование сопровождается массой как экономических, так и социальных проблем, в том числе ослаблением контроля над использованием средств и резким увеличением платежей населения в открытых и скрытых формах. В первую очередь это обусловлено несоответствием потребностей отрасли в финансировании и фактически выделяемых финансовых ресурсов2. Бесплатные медицинские учреждения, работающие в условиях хронического недофинансирования, не обеспечивают всего спектра необходимых медицинских услуг, востребованных населением. Как следствие - нагрузка по финансированию здравоохранения в значительной мере легла на бюджеты домохозяйств. Население вынуждено компенсировать за счет лич-

[1] Основные направления оптимизации структуры оказания медицинской помощи: сокращение услуг стационарного лечения и внедрение стационарзамещающих технологий и введение технологий общей врачебной практики (ОВП).

[2] К примеру. Программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью на 2001г. утверждалась в исследованных регионах с дефицитом к расчётной стоимости 40%.

ньгх средств сокращение расходов государства на здравоохранение, что происходит как в легальной форме (формальные платежи), так и в нелегальной (неформальные или скрытые платежи).

Характеристика данных и методология

Статья базируется на материалах исследования социальных и институциональных проблем реформирования системы здравоохранения[1]. При разработке дизайна исследования сочетались два подхода: социологический (изучались стереотипы поведения населения) и институциональный (вертикальные и горизонтальные взаимодействия участников реформы здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях). Данные представлены результатами обсуждения в фокус-группах и материалами экспертных интервью (глубинное интервью с путеводителем).

Целевые группы экспертов (общее количество экспертов - 89):

- организаторы здравоохранения: республиканский, областной, муниципальный уровень;
- производители медицинских услуг:
- главные врачи областных, городских, районных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ);
- руководители функциональных подразделений городских ЛПУ;
- лечащие врачи, которые были классифицированы по категориям: врачи, работающие в государст венной системе и ведущие частную практику, вра чи - «узкие специалисты» и врачи общей практики (ВОП) или участковые терапевты;
- средний медицинский персонал центральных рес публиканских и областных больниц, городских поликлиник, сельских амбулаторий;

' Проведено сотрудниками Института сравнительных исследований трудовых отношений (ИСИТО) по заказу Всемирного банка реконструкции и развития в рамках социальной оценки как составной части проекта «Техническое содействие реформе системы здравоохранения». Научный руководитель - В. Кабалима. Исследование проводилось в ноябре 2001 - марте 2002 гг. в Чувашской Республике. Новгородской и Калужской областях.

- представители общественности: руководители общественных организаций, в том числе профсоюзные лидеры, журналисты.

Методом фокус-групп изучались проблемы доступа к медицинской помощи, позитивные и негативные последствия изменения системы здравоохранения для населения. Основным критерием привлечения людей для работы в фокус-группах являлась их принадлежность к категории активных (активизированных) потребителей медицинских услуг, показателем которой стало обращение за медицинской помощью в поликлинику, в офис или амбулаторию врача общей практики, пребывание в стационаре на момент исследования или в последнюю неделю перед проведением исследования. При формировании групп предпочтение отдавалось представителям социально уязвимых слоев населения: пенсионерам, инвалидам, малоимущим. Всего было проведено 16 фокус-групп, общее число их участников - 165 чел.

Место проведения	***Характеристика участников***
г. Боровичи	Пациенты древнего стационара, смешанная группа.
г. Новгород	Ветераны – инвалиды ВОВ, смешанная группа.
г. Боровичи	Получатели услуг социальной гостиницы, смешанная группа.
г. Новгород	Хронически больные астмой, смешанная группа.
г. Новгород	Хронически больные ревматическими заболеваниями, смешанная группа.
г. Валдай	Пациенты древнего стационара, смешанная группа.
г. Чебоксары	Пациенты центра планирования семьи, проходящие лечение в стационаре, однородная группа (женщины).
г. Чебоксары	Пациенты древнего стационара поликлиники, смешанная группа.
с. Советское	Пациенты сельской поликлиники, смешанная группа.
г. Чебоксары	Пациенты студенческой поликлиники, имеющие хронические заболевания, смешанная группа.
г. Чебоксары	Врачи, обучающиеся в институте усовершенствования врачей по курсу ВОП, однородная группа (женщины).
г. Калуга	Пациенты участкового врача-терапевта городской поликлиники, смешанная группа.
г. Калуга	Пациенты врача общей практики, смешанная группа.
г. Бровский	Пациентки родильного отделения ЦРБ.
г. Жуковск	Пациентки родильного отделения ЦРБ.
с. Недельное	Пациенты сельского врача общей практики, смешанная группа.

Система оказания платных медицинских услуг

Развитие платной медицины было спонтанным ответом на сокращение государственного финансирования здравоохранения. Оплата медицинских услуг осуществляется в настоящее время в трех основных формах: оплата ряда услуг государственных и муниципальных ЛПу, оплата услуг частных ЛПу, добровольное медицинское страхование. Согласно статистике, доля средств за счет оказания платных услуг в общем объеме средств на здравоохранение в исследованных регионах невелика: платные услуги, оказываемые государственными и муниципальными ЛПУ, составляют 4-5 "о, дополнительное медицинское страхование - от 0,8 до 1 %. По частному сектору медицины статистики нет, но число частных ЛПУ крайне невелико. Неразвитость этого сектора медицинских услуг все эксперты связывают с отсутствием условий для частных инвестиций в данную сферу и с низкой платежеспособностью населения. Несмотря на статистически небольшую долю платных услуг, оказываемых различными субъектами системы здравоохранения, практически все участники фокус-групп имеют опыт пользования медицинскими услугами на платной основе, в основном в государственных учреждениях здравоохранения. Спектр услуг представлен, по большой мере, функциональной и лабораторной диагностикой, стоматологией. Менее развита практика использования платных консультации узких специалистов и платных хирургических операций, в основном несложных. В целом эксперты отмечают, что в настоящее время для пациентов уровень оплаты диагностики на порядок выше, чем сам процесс лечения:
<'Фактически, большинство дольных, заплатив за свою диагностику, приходят со своим диагнозом и лечатся бесплатно; У нас намного легче и выгоднее диагностировать, намного тяжелее лечить'>. Отношение населения к платным услугам в большинстве случаен отрицательное. Распространено мнение, что качество платной услуги в настоящее время по отличается от качества бесплатной:
<Если врач хороший, то разницы нет, она и платно принимает, и ,бес-платно так же. А вот в другой поликлинике, если «узист» плохой, то хоть платно, хоть бесплатно, все равно делает плохо, его диагноз всегда от отличается, все время приходится дополнительно что-то проходить>.

Тем не менее часть городского населения (но практически никто из сельских жителей) высказывает готовность оплачивать ряд медицинских услуг при условии повышения их качества, по сравнению с бесплатными, либо допускает такую возможность для других. Респонденты не видят противоречия в оказании платных услуг государственной медициной. Наиболее значимый аргумент, выдвигавшийся в оправдание существования платной государственной медицины, - плачевное состояние учреждений здравоохранения и, в первую очередь, низкий уровень оплаты труда медработников. Готовность к оплате услуг в государственных ЛПУ - это скорее проявление лояльности к врачам, понимание ситуации, в которой оказалось бюджетное здравоохранение. Подобный аргумент «не работает» в отношении частных медицинских учреждений. Их существование воспринимается, по большей мере, как деятельность по получению дохода, соответственно не одобряется. В то же время для большинства опрошенных постановка вопроса о выборе между платной и бесплатной медициной не отражает адекватно состояния проблемы. В действительности в критических случаях люди вынуждены делать выбор между платным обслуживанием и наличием какого-либо обслуживания вообще.

Скрытые формы оплаты населением медицинских услуг

Несмотря на существование различных вариантов вполне легальной оплаты «через кассу», практика скрытых платежей за медицинские услуги имеет широкое распространение. Большинство участников фокус-групп за последние пять лет имели подобный опыт общения с системой здравоохранения. Эксперты разных уровней - от врачей до работников областных комитетов здравоохранения -также не отрицали существования такой формы оплаты, как «на руки» в виде денег. «Черный нал» в медицинском обслуживании, как правило, означает нелегальную коммерциализацию торговли услугами, уже оплаченными из бюджета Эксперты отнесли подобную практику к скрытому софинансированию населением системы здравоохранения.

Неформальные платежи существуют в денежной и натуральной формах. Натуральные формы оплаты медицинских услуг чаще всего выступают в качестве сервисного «самообслуживания» паци-

ентов при прохождении лечения в бесплатных государственных учреждениях здравоохранения:

1. В связи с хронической нехваткой денег на поддержание материальной базы учреждений здравоохранения пациенты вынуждены сами оплачивать сервисные услуги. Прежде всего это относится к лечению в стационаре, где больные практически полностью перешли на самообеспечение материалами, лекарствами и определенными средствами лечения: мягкий инвентарь, белье, кружки, ложки, лекарственные препараты и необходимые материалы: шприцы, капельницы, перчатки и пр., вплоть до хирургических скальпелей. Подобные материальные компенсации бедствующей больнице, как правило, воспринимаются населением как неизбежность в сложившихся условиях и не вызывают явного возмущения.

2. Привлечение бесплатного труда родственников для хода за стационарными больными. В условиях крайне низкого уровня оплаты труда среднего и низшего звена медицинского персонала подобная практика имеет в настоящее время широкое распространение, что признается всеми опрошенными работниками стационаров:

> *«Да, мы эксплуатируем родственников. Помыть полы, накормить, перестелить постель, принести судно всем больным в палате. В отделении нет ни одной санитарки и одна медсестра на 35 больных».*

Наконец, традиционной формой натуральной оплаты являются презенты врачам и медицинскому персоналу. И населением, и большинством экспертов эти неформальные платежи воспринимаются нормально в том случае, если это личный посыл пациента в форме «цветы-конфеты», который, по сути, является выражением благодарности. Однако несмотря на то, что подарки по-прежнему являются распространенным явлением, их значение уменьшается. На первый план выходят скрытые платежи в денежной форме. Участники групповых обсуждений достаточно четко определяли отличие между взяткой и подарком как выражением благодарности в денежной форме. По их мнению, отсутствие предварительной договоренности о сумме вознаграждения, во-первых, и оплата после, а не до оказания услуги, во-вторых, являются показателем того, что это не взятка. В данном случае факт передачи денежного вознаграждения врачу приобретает даже некий сакральный смысл - как плата за исцеление, спасение жизни и здоровья.

В ином случае передача денег «из рук в руки» является либо фактом вымогательства со стороны медперсонала, либо выражением желания пациентов и членов их семей путем непосредственного материального стимулирования получить своеобразную «страховку» при прохождении лечения, некие гарантии качества предоставляемой медицинской услуги. Чаще всего ситуации коррупционных отношений возникают при наличии серьезной угрозы жизни и здоровью, то есть при прохождении сложного лечения в условиях стационара. По мнению респондентов, в настоящее время качество лечения, обслуживания, внимание врача в большинстве стационаров можно только купить. В большинстве больниц процветает вымогательство, вплоть до существования собственных негласных расценок на разные виды услуг, которые передаются пациентами из уст в уста:

> *«Роды с гарантией без порывов, даже на камеру могут снять - 100$... Официально - дороже. Но, независимо с полисом человек приходит или без полиса, он может договориться непосредственно с врачом. За 100$ долларов люди согласны, за здоровье готовы отдать все. Я считаю, что полис в таких случаях фикция. Чтобы попасть к терапевту или получить простейшее лечение, да, он имеет значение Когда речь идет о серьезном лечении, получить помощь качественную можно только в том случае, если есть живые деньги».*
>
> «В *одно время лежали в больнице мама, сестра и подруга правда в разных отделениях (гинекология, хирургии). Лечение начиналось только после того, как дашь круглую сумму. Сразу находятся лекарства и капельницы, уважительное отношение к родным и близким. Пока по направлению пришли, и лечения почти никакого не было. Лежали люди себе и лежали. И только после того, как мы подсуетились, поговорили с врачами...Это были неформальные деньги, из рук в руки. Я считаю, что у нас в N это перешло все границы».*

Ситуация с низким уровнем зарплаты медперсонала известил всем, и это несомненно, является одной из основных причин коррупции в сфере государственной медицины. Однако было высказано мнение, что провоцируется это не только низкой зарплатой, но и неэффективной практикой платных услуг в государственной медицине. Существующий легальный механизм оказания платных медицинских услуг государственными и муниципальными медучреждениями не создаёт материальных стимулов стимулов для самих специалистов, врачам, особенно высококвалифицированным, экономически невыгодно заниматься платным консультированием и лечением,

поскольку этот труд оценивается крайне низко. Например, стоимость платной консультации специалиста для населения составляет от 30 до 100 руб., а врач получает за визит в среднем 7-8 руб. В месяц это составляет 100-200 руб. Большинство врачей воспринимают платные услуги как навязанную руководством обязанность. Таким образом, для медиков отсутствие легальных возможностей заработать создает предпосылки для возникновения скрытых форм оплаты, ухода в сферу теневых доходов.

> «Я, *кандидат наук, получал 8 руб., мне проще тяжелому дольному дать 8 руд., чтобы с ним не связываться, с ипохондриком, неврастеником». «Для врача в платных услугах никакого смысла нет. Если бы оставили на зарплату хотя бы 50 % - это и то не так унизительно бы было».*

Наиболее заинтересованной в развитии платных услуг группой являются руководители ЛПУ, поскольку доходы от них позволяют частично «латать дыры» - оплачивать ремонт помещений и другие хозяйственные нужды. Кроме того, доходы от платных услуг -практически единственная возможность материального стимулирования персонала, поскольку жесткие рамки единой тарифной сетки не позволяют обеспечить дифференцированный подход к оплате труда медиков:

> <Я и *врач, и маленький предприниматель. За счет платных услуг по 100-200 руб.* могу *доплачивать. Медсестра знает, что если она не сделает того - этого, она не получит даже маленькой прибавки. За счет этого возникает управляемость. Если бы не было у меня даже такого маленького рычага, вообще нельзя работать».*

Ограничения доступа населения к бесплатному медицинскому обслуживанию

В целом при наличии времени, терпения и полиса обязательного медицинского страхования любой гражданин может реализовать свое право на бесплатное амбулаторное и стационарное медицинское обслуживание в соответствии с п. 1. ст. 41 Конституции России. В то же время проблема обеспечения равного доступа к услугам здравоохранения в исследованных регионах существует, несмотря на усилия по сохранению социальной направленности политики и сдерживание развития сектора частной медицины.

В условиях дефицита финансовых средств на обеспечение ЛПУ возникает дефицит качественного медицинского обслуживания,

что влечет за собой развитие неформальных механизмов распределения и усиление неравенства доступа к бесплатным медицинским услугам. При этом говорить о каком-то целенаправленном создании препятствий, исключении отдельных категорий потребителей неправомерно. Речь идет не столько о возникновении новых ограничений доступа, сколько об обострении ограничений, изначально существовавших.

Согласно мнению большинства практикующих медиков, доступ к бесплатному медицинскому обслуживанию поныне регулируется активно функционирующим механизмом блата. В частности, именно статус пациента во многом определяет возможности бесплатного медицинского обслуживания. В результате те немногие категории граждан, которые в состоянии оплатить медицинские услуги, чаще получают этот набор бесплатно:

> *«Знаете, кто меньше всех платит? Ко мне бесплатно приходят на прием кто? Министры, начальники, директора заводов, а платно -бабушки-пенсионерки, учительницы. Самая большая проблема у меня как у заведующего отделением - это обслужить начальника. У них и создается впечатление, что у нас хорошая медицина».*

В настоящее время большинству пациентов в той или иной мере приходится нести финансовые затраты. Как показывают результаты исследования, размер этих затрат в большей мере зависит от заболевания, чем от уровня доходов. Об этом свидетельствуют низкий уровень дифференциации семей, пользующихся платными услугами в зависимости от уровня благосостояния. В то же время многие участники обсуждения в фокус - группах не имеют возможности оплачивать дорогостоящие лекарства и медицинские услуги, а врачи отмечают в связи с этим ухудшение состояния больных по причине недообследования. Конечно, качество обслуживания данных категорий граждан будет существенно ниже. В связи с хроническим отсутствием необходимых материалов в некоторых больницах признавались в том, что для неплатежеспособных больных используются многоразовые шприцы и системы (конечно, при условии стерилизации).

Эксперты разных уровней разошлись в оценках перспектив, возможностей развития платных медицинских услуг. Руководители Минздрава стоят на той точке зрения, что население неплатежеспособно и, если «отпустить тормоза», пострадает большая часть насе-

ления, а качество медицинского обслуживания не улучшится, поскольку специфика работы врача - *«работать не столько за деньги, сколько за совесть».* Часть рядовых работников здравоохранения, в основном люди старшего поколения, столь же категорически не воспринимают идеи развития рыночных отношений в сфере медицины. В то же время другая часть экспертов из числа руководителей ЛПУ и врачей-специалистов считает, что бесплатная медицина сейчас не более чем популистский лозунг, который не отражает истинного положения дел. Согласно такому мнению, официальная пропаганда, ориентирующая больных на социальное иждивенчество в условиях нехватки средств на медицину, провоцирует конфликты и уход в сферу теневых доходов.

> *«У нас нет частной практики, поскольку у нас бесплатная медицина. Мы своей демагогией создаем ненормальный климат. Мы всех научили врать, а не создали нормальной цивилизованной прозрачной системы зарабатывания денег - это самый большой вред, когда человек вынужден брать взятки».*

Эта часть экспертов склоняется к мысли о необходимости максимально легализовать платежи, дать возможность развиваться частной медицине, сохраняя гарантированный минимум услуг и систему льгот для неплатежеспособных слоев населения. К неплатежеспособным группам эксперты относят бюджетников, студентов, безработных, жителей сельской местности. Последних - не только в силу низкой платежеспособности, но и в связи со сложившимися стереотипами поведения.