

С.В.Шишкин

**Формальные и неформальные правила
оплаты медицинской помощи**

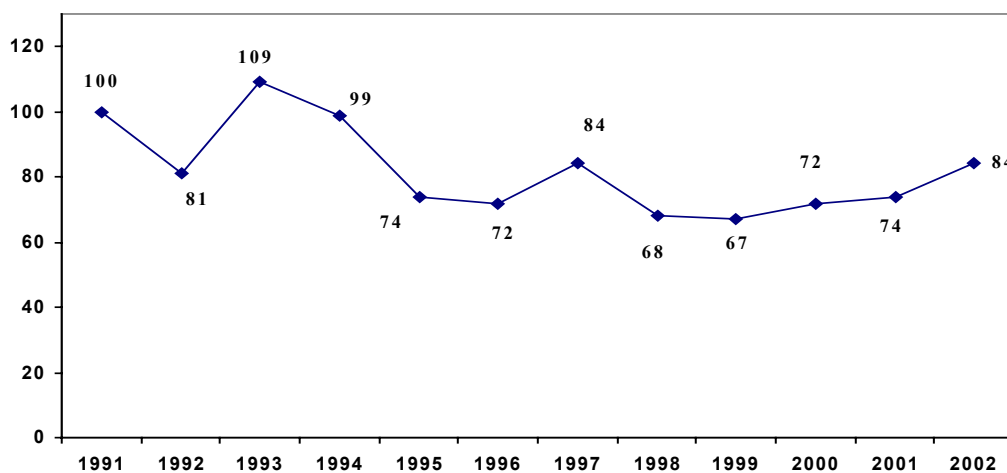
**Доклад для обсуждения на заседании
Ученого Совета Института экономики переходного
периода 18 марта 2003 г.**

1. 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 90-х годов на треть (см. рис. 1). Его рост, начавшийся с 2000 г., пока недостаточен для компенсации произошедшего снижения. Между тем гарантии бесплатного медицинского обслуживания населения, установленные в советское время, остались практически неизменными, а затраты, необходимые для их обеспечения, увеличились вследствие появления новых фондоемких медицинских технологий и новых дорогостоящих лекарственных препаратов. Финансовая необеспеченность государственных гарантий обусловила рост легальных и неформальных расходов пациентов на приобретение лекарств и оплату медицинских услуг и ухудшение доступности качественной медицинской помощи для широких слоев населения.

Рис. 1

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



* Сумма расходов на здравоохранение и физическую культуру из государственного бюджета и взносов работодателей на обязательное медицинское страхование

Источник: рассчитано по данным Госкомстата России с использованием индексов-дефляторов ВВП, публиковавшихся по истечении соответствующего года (1992 – 17,2; 1993 – 10,2; 1994 – 4,1; 1995 – 2,8; 1996 – 1,4; 1997 – 1,2; 1998 – 1,1; 1999 – 1,6; 2000 – 1,4; 2001 – 1,2; 2002 – 1,2).

Как показывают данные социологических исследований, оплата медицинской помощи, производимая неформально, в руки медицинским работникам, получила широкое распространение в российском здравоохранении¹. Но достоверные знания о формах и правилах теневой оплаты медицинских услуг пока минимальны. До сих пор не исследовались взаимосвязи между распространенностью и типами неформальных институтов оплаты медицинской помощи, с одной стороны, и экономическими условиями и формальными правилами ее предоставления – с другой. Не изучались неформальные отношения и социально-психологические установки среди сотрудников организаций здравоохранения, связанные с теневыми платежами населения за лечение, а также отношение населения, поставщиков медицинских услуг и субъектов социальной политики к перспективам трансформации таких неформальных институтов.

Настоящий доклад основывается на результатах исследования правил оплаты населением медицинской помощи, выполненного под руководством автора в Независимом институте социальной политики (НИСП) в 2002-2003 гг. в рамках двух исследовательских проектов:

«Анализ последствий различных стратегий финансового обеспечения государственных гарантий в здравоохранении»; 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. Шилова²;

«Анализ взаимосвязи формальных и неформальных правил предоставления социальных услуг населению на примере оплаты медицинской помощи»; проект осуществляется при финансовой поддержке Фонда Форда; участники исследования: С.В. Шишкин (руководитель проекта), Г.Е. Бесстремянная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова, М.В. Савельева³.

Целями исследования правил оплаты медицинской помощи населением выступали:

- 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;

¹ См. табл. 2.

² Основные результаты данного исследования представлены в следующих публикациях: Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. WP1/2002/07/ Авт. коллектив: Т.В. Богатова, Е.Г. Потапчик, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова, С.В. Шишкин; Независимый институт социальной политики. – М.: ООО «Пробел-2000», 2002; Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. Серия «Научные доклады: независимый экономический анализ», № 142, М.: Московский общественный научный фонд, независимый институт социальной политики, 2003.

³ Приводимые ниже результаты этого исследования являются предварительными.

- выявить индивидуальные установки и коллективные нормы, регулирующие поведение сотрудников организаций здравоохранения в связи с теневыми платежами населения;
- провести анализ уровня информированности и отношения субъектов управления и финансирования здравоохранения и руководителей медицинских учреждений к практике неформальной оплаты медицинской помощи;
- оценить перспективы трансформации неформальных институтов и возможные последствия легализации оплаты населением медицинских услуг.

Информационную базу исследования составили данные, полученные следующими *методами*:

- интервьюирования медицинских работников (врачей и медицинских сестер) и субъектов управления и финансирования здравоохранения (руководителей органов исполнительной и представительной власти, работников фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, главных врачей медицинских учреждений);
- анкетного опроса населения.

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

- регион А - регион-реципиент трансфертов из федерального бюджета с относительно невысоким уровнем среднедушевых доходов и среднероссийским показателем доли городского населения;
- регион В - регион-донор федерального бюджета с относительно высоким уровнем среднедушевых доходов и высоким удельным весом городского населения.

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

Согласно расчетам, сделанным по данным за 2000 г.⁴, стоимость фактически предоставленных объемов медицинской помощи в расчете на одного жителя оказалась несколько выше в регионе В - в 1,1 раза (см. Табл. 1). Фактические же размеры государственного финансирования здравоохранения в расчете на одного жителя были в регионе В гораздо выше (в 1,5 раза), чем в регионе А. Соответственно уровень финансовой обеспеченности фактически выполненных объемов медицинской помощи составил, по данным за 2000 г., в регионе А – 48%, а в регионе В – 64%.

⁴ 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. Москва, 2000.

Таблица 1.

Характеристики пилотных регионов в 2000 г.

	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. М., Госкомстат России, 2000; Демографический ежегодник России. М.: Госкомстат России, 2000, расчеты по данным региональной статистики.

В феврале-апреле 2002 г. были проведены 35 интервью с субъектами управления и финансирования здравоохранения (руководителями региональных исполнительных 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. были проведены 136 интервью с медицинскими работниками в двух пилотных регионах. В качестве интервьюируемых выступали заместители главных врачей, руководители отделений медицинских учреждений, врачи, медицинские сестры. Интервьюирование проводилось в медицинских организациях следующих типов:

- 1) областные государственные клинические больницы - 2;
- 2) городские муниципальные клинические больницы - 4
- 3) городские муниципальные поликлиники - 2;
- 4) центральные районные муниципальные больницы - 2;
- 5) районные муниципальные больницы, расположенные в сельском населенном пункте - 2;
- 6) частные организации здравоохранения - 2.

Опрос населения по анкете, разработанной участниками проекта, был проведен ВЦИОМ в декабре 2002 г.. Размеры выборки составили:

- регион А – 1600 домохозяйств;

- регион Б – 1699 домохозяйств.

Выборка репрезентирует распределение домохозяйств в каждом из регионов по основным социально-демографическим признакам.

2. 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 практика добровольного медицинского страхования слабо развита в исследуемых регионах. Врачи и даже заведующие отделениями плохо информированы о договорах, заключаемых больницей со страховыми компаниями, и затруднились ответить, лечились ли у них и сколько пациентов по добровольному медицинскому страхованию.

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

Опрос населения в двух регионах, существенно различающихся по уровню государственного финансирования здравоохранения, дал чрезвычайно интересные сравнительные данные о доле домохозяйств, которые 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.

Таблица 2.

**Доля пациентов, плативших за получение медицинской помощи, по
данным социологических исследований, в %**

Название исследования или организации	Место и год проведения	Амбулаторно-поликлиническая помощь	Стоматологическая помощь	Стационарная помощь
ИСЭПН РАН	Таганрог, 1998	22		60
Кемеровский гос. университет	Кемерово, 1998	18-38	84	51
ВЦИОМ	Общероссийская выборка, 1999	4-20	80	34-37
Фонд Российское здравоохранение	Новгородская область, 2000	24		46
Фонд «Индем»	Общероссийская выборка, 1999-2001	34		
РМЭЗ	Общероссийская выборка, 2001	10		15
<i>НИСП</i>	<i>Две области, 2002</i>	<i>30</i>	<i>65</i>	<i>50</i>

Источники: 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), с. 38; Кулибакин И.Б. Отчет по результатам социологического исследования "Городское здравоохранение". Кемеровский государственный университет. Социологический центр. Кемерово, 1998; Сатаров Г. Диагностика российской коррупции: социологический анализ. (Краткое резюме доклада). М.: Фонд ИНДЕМ. 2002; Т.Ю. Сидорина, Н.В. Сергеев. Государственная социальная политика и здоровье россиян. К анализу затрат домохозяйств на здравоохранение.// «Мир России», №2, 2001; www.cpc.unc.edu/rfms/

Таблица 3.

Доля домохозяйств, плативших за медицинскую помощь, в числе домохозяйств, обратившихся за ней (в %)

Платили за:	Регион А	Регион В
Амбулаторно-поликлиническую помощь	46	23
Стоматологическую помощь	75	58
Стационарную помощь	69	35

Доля пациентов, которые платили за медицинскую помощь неформально, в руки 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 практика развития 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.

Таблица 4.

Доля домохозяйств, плативших официально и неофициально за медицинскую помощь, в числе домохозяйств, обратившихся за ней, (в %)

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

3. Легальная оплата медицинской помощи

3.1. 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. N 27. Согласно данным правилам, 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 на практике предмет легальной оплаты медицинской помощи, оказываемой в государственных и муниципальных медицинских учреждениях? В обследованных регионах предметом легальной оплаты выступают:

Во-первых, услуги, дополнительные к «обычным» бесплатным услугам. Это проведение врачебных осмотров для получения водительских прав, справок о состоянии здоровья для работы и т.п., 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 малых городов едут в областной центр для проведения диагностического исследования, консультации специалиста. Если это делается по их собственной инициативе, без направления, выдаваемого им 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. Услугами более высокого качества считаются услуги, оказываемые врачами более высокой профессиональной категории. Фактические стандарты бесплатного лечения снизились с точки зрения клинической эффективности в сравнении с теми 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 нозологической патологии. 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 больному предлагается отдельно заплатить за консультации у других специалистов и соответствующие диагностические исследования сопутствующих заболеваний.

Цены на платные медицинские услуги устанавливаются, как правило, самими 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 № 190-15/5; «Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг», утвержденные Минздравом РФ и Российской Академией медицинских наук 10.11.1999 № 01-23/4-10, № 01-02/41.

3.2. 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, в принципе, может быть повышена самим учреждением. Решения 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 доходы от платных услуг направляются на нужды всего учреждения, а непосредственным исполнителям этих услуг достается, как правило, не более 20% от стоимости услуги.

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

4. Оплата пациентами медикаментов при лечении в медицинских учреждениях

4.1. 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 у медицинских учреждений средств для приобретения лекарств и других материалов, необходимых для лечения больных. Имеющиеся в больнице лекарства чаще всего не соответствуют современным требованиям из-за отсутствия необходимых средств для закупки современных препаратов. 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 современные лекарственные препараты.

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

Таблица 5.

Доля домохозяйств, приобретавших лекарства и медикаменты, среди плативших за медицинскую помощь, (в %)

	Регион А	Регион В
В амбулаторно-поликлинических учреждениях	50	40
В стационарах для операции	32	18
В стационарах помимо операции	67	66

Главная причина вышеуказанных платежей за лекарства вполне очевидна – это недостаточность государственного финансирования медицинских организаций для обеспечения пациентов необходимыми для их лечения лекарствами и прочими материалами. Вместе с тем ситуация дефицита лекарственных средств может усиливаться действиями 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 необходимых объемах достаточно простые и недорогие препараты. Больные были вынуждены покупать не только лекарства, но даже физиологический раствор и перевязочные материалы. При этом аптека при больнице финансово контролируется ее руководством.

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

4.2. Механизмы оплаты медикаментов

Данные интервью с медицинскими работниками позволили выявить разные механизмы оплаты пациентами медикаментов при лечении в медицинских учреждениях. В одних случаях сами лечащие врачи предлагают пациентам свои услуги в приобретении лекарств.

В других случаях пациенты или их близкие приобретают необходимые лекарства или медицинские изделия в аптечной сети. Покупка производится 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, 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:

1) Врачи имеют договоренности 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. А иногда дешевый препарат является и более эффективным.

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

2) Врачи просят больного приобрести рекомендованные лекарства в конкретной аптеке, обычно при больнице. Такая аптека, как правило, принадлежит руководству больницы, или их родственникам, и в этом случае практически всех пациентов направляют в эту аптеку.

3) Врач предлагает больному приобрести лекарство лично у него, объясняя это тем, что он имеет возможность купить его по оптовой цене. Врач в этом случае сам выступает в роли розничного дистрибьютора лекарственных средств. Бывает так, что и больной при этом выигрывает - цена врача меньше аптечной, и врач имеет свою прибыль. 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 вместе с одной из страховых компаний и применялась в течение сентября-ноября 2001 года, но была затем 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 договора, 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 приводили 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, работающие в этой больнице, указывали на следующие обстоятельства:

- для многих пациентов затраты оказались выше, чем если бы они самостоятельно покупали нужные лекарства в аптеке; ряд пациентов жаловался, 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 неизрасходованную часть их взноса;
- больные нередко не получали во время и в полном объеме необходимых лекарств, 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 непосредственно за деньги в аптеке);
- часть лекарств больным все равно приходилось приобретать за свой счет по вышеуказанной причине.

Противники данного нововведения приводили также в качестве аргумента 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 представляло собой попытку 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 тратят 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.

5. Неформальная оплата медицинских услуг

5.1. 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 неформальных платежей в медицинских учреждениях неравномерна, а их объем серьезно дифференцируется не только по типам медицинских учреждений, но и по отделениям внутри стационаров и поликлиник, будучи также зависимым 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 капельницы;
- массаж;
- услуги по уходу за лежащими больными.

В стационарах предметом НП чаще всего выступают: операции, консультации, уход за лежащими больными. Встречаются случаи, когда пациенты должны оплачивать все услуги и всех специалистов, с которыми они сталкиваются по всей технологической цепочке предоставления медицинской помощи (приемное отделение – хирург – анестезиолог – реаниматолог – сестра или санитарка). При этом предметом НП у врачей чаще всего выступают операции и консультации, у медицинских сестер и санитарок – уход. В некоторых случаях, когда руководители отделений руководят предоставлением 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, практически не получают НП в лабораториях по анализу крови и т.д.. Не оплачиваются в денежной форме услуги участковых врачей, терапевтов, окулистов, отоларингологов и др.

5.2. Причины неформальных платежей

Причины, почему медицинские работники берут деньги от пациентов за свою работу, выглядят следующим образом:

1. Низкая заработная плата медицинских работников.
2. Прямая экономическая выгода получения денег в руки в сравнении с доходами, получаемыми от оказания услуг, легально оплачиваемых пациентами через кассу медицинской организации.
3. Несоответствие легальной цены, установленной на предоставляемые услуги, представлениям самих врачей об их реальной стоимости.

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

1. Желание получить медицинскую помощь более высокого качества или в большем объеме в сравнении с тем, на что можно рассчитывать при бесплатном лечении;
2. Стремление лечиться в тех медицинских учреждениях и у тех врачей, которые вызывают у них большее доверие;
3. Необходимость получения услуг, которые не предоставляются ни бесплатно, ни за официальную плату;
4. Возможность сократить сроки ожидания обследования или госпитализации;
5. Возможность уменьшить расходы на лечение в сравнении с оплатой через кассу медицинского учреждения;
6. Желание 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 – невозможность

получить необходимые услуги, не заплатив деньги в руки. Обусловленные этим платежи носят, очевидно, вынужденный для пациентов характер. Другая группа причин – желание получить большее внимание со стороны персонала, и соответственно, более качественное лечение и желание соответственно отблагодарить медицинских работников уже после оказания услуг.

Таблица 6.

**Почему пациенты платят неформально?
(мотивы, в % от числа плативших неформально*)**

	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

5.3. Модели неформальных платежей

Данные исследования свидетельствуют, что на практике используются разные правила осуществления неформальных платежей. Можно выделить четыре основных типа таких правил, которые мы будем называть разными 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 практически отсутствует. При этом собственно 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 ценами. Они дифференцируются для разных категорий пациентов за одни и те же услуги. При этом в некоторых случаях за основу берется базовая цена, существующая в данном отделении, или у данного врача (которая формируется по модели платы по тарифу), и 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 сумма не указывается. Чаще уже после проведения операции, или в процессе лечения без оперативного вмешательства врач, либо заведующий отделением или руководители больницы намекают или прямо просят пациента об оплате предоставленной ему помощи. При этом размер оплаты может не называться, а может быть указана и вполне определенная сумма, или предложено что-либо купить или сделать для больницы.

Особенностью данной модели неформальной оплаты 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. Плата производится по инициативе пациента, и ее размеры определяются самим пациентом. Плата-благодарность имеет две разновидности. Первая, когда пациент платит медицинскому работнику до оказания нужной ему помощи в надежде на более внимательное отношение к себе врача или медсестры. Вторая разновидность – когда оплата производится апостериори. Подарок в натуральной форме либо деньги вручаются пациентом лечащему врачу (оперировавшему хирургу) после завершения лечения. Это неформальная плата - вознаграждение за успешно проведенное лечение (за хорошо сделанную операцию), за проявленное внимание.

Плата-благодарность 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 ценимы врачами и

руководителями медицинских учреждений услуги, оказываемые пациентом за счет той организации, которой он руководит. Обычно это проведение ремонта, покупка медицинского оборудования и инструментов. Все по-современному 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. Эта модель оплаты является преобладающей в терапевтических и педиатрических отделениях стационаров и в поликлиниках.

Отдельного рассмотрения требует *вымогательство*. Это понятие часто использовалось респондентами для характеристики тех практик НП, которые они считали неоправданными. Если проанализировать контексты, в которых респонденты применяли это понятие, то можно заметить, что под вымогательством фактически понимается не какая-то определенная модель неформальной оплаты, а разные ситуации, которые объединяет следующее: врач активно требует от пациента оплатить его 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. Если же 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 практики НП развиты 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.

Таблица 7.

Распространенность моделей неформальной оплаты стационарной помощи, (в %)

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

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, предусматривающие 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.

В регионе В модель платы по договоренности применяется чаще, чем в регионе А, и даже чаще, чем модель платы по тарифу. Аналогичные качественные оценки были получены нами на основе интервью с медицинскими работниками. Можно сделать вывод о том, институты теневой оплаты медицинской помощи являются более развитыми в регионе А, в котором распространённость практик теневой оплаты выше.

5.4. Доплачивают ли неформально пациенты, заплатившие в кассу?

Одной из задач исследования было определение зависимости распространённости и размеров НП от формальных условий предоставления пациентам медицинской помощи. По мнению большинства респондентов - врачей, пациент, легально оплативший свое лечение в кассу медицинского учреждения, или имеющий полис добровольного медицинского страхования, не осуществляет никаких неформальных платежей. В лучшем случае, в знак благодарности, могут делаться небольшие подарки в виде конфет, коньяка, цветов и т.д. То есть, 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:

- цена за операцию, уплачиваемая в кассу, не обеспечивает адекватного вознаграждения врачей и возмещения расходных материалов; существуют отделения, в которых есть официальная плата, но еще обязательно идет 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 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 их и нет; если не дай бог какое-то осложнение, с нее требуют все равно лекарство⁵*; в такой ситуации НП производятся в форме приобретения лекарств, и могут также применяться все модели неформальной оплаты медицинских услуг, представленные выше;

⁵ Здесь и далее курсивом выделены выдержки из интервью с медицинскими работниками.

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

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, 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 тысячи 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, - в них 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 – неконтролируема»*.

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

Как показывают проведенные интервью, неформально платит 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 в руки, 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; пациента будут лечить теми дешевыми препаратами, которые больница смогла приобрести;
- быть прооперированным по устаревшей технологии, требующей больше времени на выздоровление и имеющий больший риск осложнений;

- быть прооперированным наименее квалифицированным хирургом или практикантом;
- получить не самый современный наркоз, после которого пациент будет чувствовать себя хуже в сравнении с последствием новых препаратов;
- не получать достаточного внимания врача, медсестер и нянечек.

6. Отношение работников здравоохранения к неформальным платежам

6.1. Группы врачей с разным отношением к неформальным платежам

Отношение, складывающееся у врачей относительно НП, весьма неоднозначное. Среди опрошенных врачей выделяются те, кто является последовательными сторонниками НП, а также те, кто является их непримиримыми противниками. Между этими группами находится группа «вынужденных сторонников», а также группа «сожалеющих», которая могла бы быть в группе сторонников, но не имеет подобных выплат.

Последовательные сторонники. Эту группу образуют врачи, которые хорошо вписались в рынок и убеждены, что профессионализм должен иметь свою цену. Они не испытывают морального напряжения по поводу своих взглядов и достаточно открыто излагают их, видя как и все остальные, причину развития практики НП в плохой заботе государства такого высокообразованного слоя, как врачи.

К числу последовательных сторонников НП можно отнести примерно 20-25% респондентов.

Вынужденные сторонники. Ценностная сфера этих врачей отличается как бы одновременным присутствием в ней и советских этических ценностей, и новых ценностей индивидуализма, благодаря чему структура их сознания отличается большой противоречивостью, где, 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 платежи у пациентов. Именно среди этих врачей наибольшее число лиц, взимающих НП по модели плата-благодарность, которая большинством врачей воспринимается как наиболее приемлемая.

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

«Сожалеющие». 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, в которых пациенты не могут заплатить по причине собственной 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.

Размер этой группы врачей среди респондентов можно оценить равной примерно 10-15%.

Противники неформальных платежей. Эта группа весьма неоднородна. Она представлена врачами, которые не согласны получать НП по весьма разным мотивам. Это те, кто:

- не рискует получать НП из-за страха потерять работу (избегающие риска санкций);
- не хочет потерять лицо и уважение коллег, потерять общественное уважение (мягкие противники);
- не хочет изменять определенным личностным установкам и этическим стандартам под давлением денег (последовательные противники);
- не хочет зависеть от больного и его «подачек», избегает неопределенности (избегающие неопределенности и зависимости).

Доля этой группы составляет 10-15%.

6.2. 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 - каждый имеет *право «жить, как хочет»*. Единственное ограничение - не разрушать авторитет отделения и медучреждения в целом, так как именно он, в конечном итоге, вместе с профессионализмом врачей, определяют, сколько состоятельных пациентов, способных платить, и пациентов вообще, в том числе и статусных, будут хотеть у них лечиться. Поэтому особый запрет - *запрет на огласку*. Кроме того, любой конфликт предполагает вмешательство вышестоящих организаций, а это является нежелательным.

Полученные материалы исследования позволяют говорить о том, что по мере того, как врачи привыкают к практике НП и учатся 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 участвует в практике НП.

Запрет на огласку является достаточно распространенной нормой, которая регулирует поведение практически всех врачей и медперсонала, включая заведующих отделений. 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 целого отделения им удается привлечь больше пациентов, нежели только собственными усилиями или индивидуальным именем, что заставляет с особым вниманием относиться к тому, какое общественное мнение складывается 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, идущих по рекомендации администрации.

6.3. Отношение субъектов управления здравоохранением к неформальным платежам

Анализ материалов интервью позволяет убедиться в том, что субъекты управления здравоохранением располагают достаточным уровнем знания относительно того, какой размах имеют НП, и по какой схеме они функционируют. Практически все респонденты, принявшие участие в обследовании, убеждены в том, что практика НП существует во всех государственных и муниципальных медицинских учреждениях своего региона.

Субъекты управления здравоохранением:

- достаточно хорошо осведомлены о неформальных платежах;
- убеждены в том, что контроль за неформальными платежами необходим, но на другом уровне;
- отмечают отсутствие необходимых рычагов для осуществления контроля;
- боятся потерять квалифицированный персонал.

6.4. Отношение медицинских работников к легализации платы за медицинскую помощь

Основной инструментальной задачей анализа неформальных платежей 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 поддерживает эту идею, или готово ее поддержать при определенных условиях. Негативное отношение к пересмотру существующих гарантий бесплатного медицинского обслуживания демонстрировали в основном субъекты социальной политики.

Поддерживают идею легализации платежей населения за медицинские услуги, не обговаривая это дополнительными условиями, те медицинские работники, кому платят неформально лишь эпизодически или в небольших объемах в сравнении 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 в руки.

Те медицинские работники, которые систематически получают неформальные доходы в значительных объемах, заинтересованы в их сохранении, так как это дает им на сегодняшний день значительно бóльшую прибавку к заработной плате, чем оказание платных услуг. Поэтому они поддерживают возможную легализацию оплаты медицинской помощи, только если это значительно не снизит их доходы. Врачи готовы пожертвовать частью своих доходов за уменьшение риска быть пойманным, за моральные неудобства, за то «унижение», которое испытывает большинство из них при беседах с пациентами. Однако цена вопроса для них не слишком велика. Медики готовы на легализацию неформальных платежей, если они будут получать не менее 70-80% от сумм неформальных платежей. Абсолютное большинство медицинских работников отмечает, что главным условием исчезновения неформальных платежей является высокая заработная плата, соответствующая их потребностям.

7. Отношение населения к неформальным платежам и их легализации

Около половины респондентов, неформально плативших за медицинскую помощь, расценивает такие платежи как вынужденные (см. табл. 8). Менее десятой части опрошенных считает, что это вымогательство медицинских работников. Вместе с тем более четверти опрошенных рассматривает 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, а также схема. Примерно столь же незначительна доля сторонников оставить без изменений существующие правила предоставления и оплаты медицинской помощи. В регионе А большинство респондентов за то, чтобы продолжать бесплатно предоставлять медицинские услуги бедным, а остальные должны полностью их оплачивать. 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.

Таблица 8.

Отношение населения к неформальной оплате медицинской помощи (в % от плативших неформально)

	амбулаторно-поликлиническая	Стационарная
Это вымогательство со стороны медицинских работников	9,7	8,5
Это компенсация низкой заработной платы медицинских работников	15,1	14,1
Это благодарность за более внимательное отношение и более качественное лечение	24,3	33,1
Это единственный способ получить необходимые медицинские услуги	49,2	43,7
Иная оценка	1,1	-

Таблица 9.

Отношение населения к легализации оплаты медицинских услуг (в % к числу плативших за медицинскую помощь)

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

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

Таким образом, среди населения пока не сложилось доминирующего представления о наиболее приемлемом способе разрешения проблемы

декларативности существующих государственных гарантий бесплатного лечения.

8. Заключение

Данные исследования позволяют сделать следующие выводы:

- Медицинская помощь, которая по закону должна предоставляться бесплатно, является платной для значительной части населения.
- 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 обуславливается не только недостатком государственного финансирования здравоохранения, но и интересами части врачей и части 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.
- Большая часть населения воспринимает расходы на медицинскую помощь как вынужденные, но часть населения готова к ограничению государственных гарантий и легализации соучастия пациентов в оплате медицинской помощи.
- Введение какой-либо универсальной схемы легализации соучастия населения в оплате медицинской помощи нецелесообразно.

Данные исследования позволяют сделать вывод, 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 будет происходить постепенное увеличение государственного финансирования здравоохранения, но формальные институты, регулирующие условия предоставления населению медицинской помощи, не претерпят существенных изменений, то можно ожидать незначительного сужения предмета неформальных платежей для части населения (в частности, ослабления необходимости оплаты лекарств, медицинских материалов, операций по старым медицинским технологиям). Но размеры неформальных платежей все равно будет увеличиваться по мере роста доходов населения.

В случае легализации в той или иной форме платежей населения за медицинскую помощь, можно ожидать следующих результатов. Цены на медицинские услуги будут неизбежно выше, чем прежние теневые цены, поэтому ухудшится 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 будет доставаться непосредственно тому, кто эти услуги оказывает. Легальные доходы врачей и медсестер увеличатся, и необходимость получения неформальных платежей может ослабнуть для значительной части тех медицинских работников, кто их получал 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 данной группы врачей сумеет 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 практикой взимания неформальных платежей не смогут их упразднить. Учитывая менталитет отечественных врачей и населения, следует ожидать изобретения новых способов неформального получения денег с больных.

Если будет установлен минимум бесплатных услуг для всего населения, определены категории населения, которые сохраняют право на бесплатное медицинское обслуживание в полном объеме, а остальные граждане должны будут оплачивать полностью или частично получение медицинской помощи сверх установленного минимума, то 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, то есть государственным (муниципальным) медицинским учреждением, предоставляющим бесплатную медицинскую помощь, будет запрещено оказание платных услуг, то произойдет поляризация системы медицинского обслуживания. Медицинские учреждения разделятся на организации для бедных и богатых. Будет увеличиваться разрыв в качестве предоставляемого в них 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 напряженности. 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, определенные 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 сохранятся. Необходимо и возможно противодействовать их использованию по отношению к услугам, которые войдут в пересмотренную программу ОМС, сбалансированную с государственным финансированием.

5. Нецелесообразно пытаться 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 платного 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 необходимы изменения в установленных государством правилах ценообразования на платные медицинские услуги.