



Том 1(1)

БЕСПЛАТНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ¹

С.В. Шишкин

В статье представлены результаты анализа возможных последствий реализации трех основных стратегий достижения финансовой обеспеченности государственных гарантий оказания населению медицинской помощи: 1) роста государственного финансирования здравоохранения при ограниченных изменениях в его организации; 2) реструктуризации системы медицинского обслуживания населения; 3) легализации оплаты населением медицинской помощи. В ряду таких последствий особое внимание уделено изменениям в системе неформальных платежей за медицинскую помощь. Представлены полученные методом интервьюирования работников здравоохранения данные о распространенности неформальных платежей, причинах и способах их осуществления, возможностях регулирования.

Ключевые слова: здравоохранение, макроэкономический анализ, медицинское обслуживание, социальные гарантии, государственный сектор медицинских услуг, финансовая обеспеченность, реформа здравоохранения в России, потребление медицинской помощи, неформальные платежи.

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) уменьшился за последнее десятилетие на

¹ Настоящая статья содержит краткое описание основных результатов исследования «Анализ последствий различных стратегий финансового обеспечения государственных гарантий в здравоохранении», выполненного Независимым институтом социальной политики (НИСП) в период с января по июль 2002 г. при финансовой поддержке Московского общественного научного фонда (грант №002/4–02). Исследовательская группа проекта в составе: Т.В. Богатова, Е.Г. Потапчик, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова, руководитель проекта — С.В. Шишкин.

треть в реальном выражении. Между тем гарантии бесплатного медицинского обслуживания населения остались неизменными.

Статья 41 Конституции России определяет, что «медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно». С 1998 г. Правительство Российской Федерации ежегодно утверждает Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. В ней сохранен неизменным тот перечень видов медицинской помощи, который сложился в советское время, но установлены показатели объемов медицинской помощи в расчете на 1000 населения, которые должны быть финансово обеспечены государством. Эти показатели отличаются от фактических объемов медицинской помощи. Программа ориентирует на замещение части стационарной помощи менее затратным лечением больных в амбулаторных условиях. Тем не менее ее стоимость выше размеров государственного финансирования здравоохранения. Финансовая необеспеченность государственных гарантий обусловила рост неформальных платежей пациентов и ухудшение доступности качественной медицинской помощи для широких слоев населения.

Существуют три основные стратегии достижения финансовой обеспеченности государственных гарантий. Первая стратегия предусматривает рост государственного финансирования здравоохранения при сохранении существующей структуры медицинского обслуживания населения и реализации ограниченных мер по повышению эффективности функционирования этой системы. Вторая стратегия ориентирует на существенное повышение эффективности использования имеющихся ресурсов, достигаемое за счет реструктуризации сложившейся сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), перепрофилирования и закрытия части из них, а также реформирования механизмов государственного финансирования здравоохранения. Третья стратегия предполагает сочетание мер по повышению эффективности системы здравоохранения с частичным пересмотром государственных гарантий и легализацией части неформальных платежей населения за медицинские и сопутствующие услуги.

«Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу», одобренные Правительством РФ в июне 2000 г., ориентируют на реализацию второй из вышеназванных стратегий. Но до последнего времени не предпринимались реальных действий по реструктуризации сложившейся сети ЛПУ и реформированию системы финансирования здравоохранения. Способы решения проблемы финансовой необеспеченности государственных гарантий по-прежнему являются предметом дискуссий между субъектами социальной политики в центре и в регионах. Это обуславливает высокую актуальность и практическую значимость научного анализа возможных последствий реализации разных стратегий достижения финансовой обеспеченности государственных гарантий медицинского обслуживания населения.

В рамках проекта, результаты которого представлены в настоящей статье, предполагалось проанализировать влияния различных способов решения проблемы финансовой необеспеченности государственных гарантий медицинского обслуживания населения на доступность медицинской помощи и развитие легальных и теневых форм оплаты медицинских услуг.

Исследование проводилось в двух субъектах Российской Федерации. 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.

Макроэкономический анализ стратегий финансового обеспечения государственных гарантий

Прогнозные расчеты реализации всех трех рассматриваемых стратегий достижения финансовой обеспеченности государственных гарантий охватывали период 2002–2010 гг. основывались на оценке таких индикаторов, как динамика стоимости выполнения государственных гарантий медицинского обслуживания населения, расходы государства на финансирование здравоохранения и расходы населения на медицинскую помощь, обусловленные дефицитом государственного финансирования. Мы предполагали проверить три основные гипотезы в отношении динамики подушевого потребления медицинской помощи, соответствующие разным рассматриваемым стратегиям. Первая гипотеза, соответствующая реализации стратегии I, допускает сохранение существующей структуры и уровня подушевого потребления медицинской помощи, фактически сложившегося в 2000 г. Вторая гипотеза, исходящая из стратегии II, описывает возможность достижения в 2002 г. уровня подушевого потребления медицинской помощи, предусмотренного в программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи¹ и его сохранение в последующие годы. И, наконец, третья гипотеза предполагает достижение в 2002 г. уровня подушевого потребления медицинской помощи среднего значения между фактически сложившимся и предусмотренным в программе государственных гарантий уровнем и его сохранение в последующие годы (стратегия III).

Информационной базой для проведения расчетов объемов медицинской помощи стали отчетные данные Министерства здравоохранения России о фактическом уровне подушевого потребления медицинской помощи² и утвержденные в Программе государственных гарантий на 2002 г. виды и объемы медицинской помощи, а также прогнозные данные Министерства экономического развития и торговли России по численности населения³.

При расчетах стоимости Программы государственных гарантий использовались нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, утвержденные в «Методических рекомендациях по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бес-

¹ Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Утверждена Постановлением Правительства РФ №550. 24 июля 2001 г.

² Данные формы федерального государственного статистического наблюдения №47, численность населения — данные Госкомстата

³ Данные прогноза, разработанного в марте 2002 г.

платной медицинской помощи» (далее Методических рекомендациях)¹ примерная структура финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи [Примерная..., 2000, с.35]; отчетные данные Госкомстата России и прогнозные данные Министерства экономического развития и торговли России по индексу-дефлятору ВВП, дефлятору фонда заработной платы и индексу потребительских цен.

При определении возможных доходов за счет общественных источников, направляемых на финансирование Программы государственных гарантий, использовались прогнозные данные Министерства экономического развития и торговли России по объему валового внутреннего продукта (ВВП) и уровню поступлений средств в систему обязательного медицинского страхования (ОМС) за счет части единого социального налога и части налога на вмененный доход, предназначенных для осуществления медицинского страхования.

Объем возможных поступлений бюджетных средств рассчитывался исходя из предположения сохранения уровня бюджетного финансирования, направляемого на выполнение Программы государственных гарантий, исчисленного в процентах от ВВП². Бюджетные средства были зафиксированы на фактически сложившемся в 2000 г. уровне (1,72% от ВВП). Прогнозируемые объемы поступлений общественных средств, направляемых на финансирование Программы государственных гарантий, представлены в Таблице 1.

В первоначальных расчетах стоимость Программы государственных гарантий на прогнозируемый период определялась исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, рекомендуемых для использования Минздравом РФ, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Минфином РФ в 2002 г. [Нормативы..., 2001, с.28]. Первоначальные расчеты показали, что при использовании рекомендуемых нормативов затрат финансовая обеспеченность Программы государственных гарантий, реализуемой по всем трем стратегиям, достигается уже в 2002 г. Подобный результат вступает в очевидное противоречие с эмпирическими оценками уровня покрытия расходов государственных и муниципальных учреждений здравоохранения за счет общественных источников.

Ретроспективный анализ методов расчета нормативов финансовых затрат показал, что их значения занижены вследствие учета не фактических, а прогнозируемых на каждый год в период 1997–2001 гг. индексов-дефляторов ВВП. Кроме того, практика стран с рыночной экономикой свидетельствует, что индексы-дефляторы на медицинские услуги, как правило, выше, чем индексы-дефляторы ВВП. В связи с тем, что в России не рассчитываются индексы цен на медицинские услуги, оказываемые в общественном

¹ «Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» впервые были утверждены Минздравом РФ, ФФОМС и согласованы с Минфином РФ в 1998 г. В дальнейшем Методические рекомендации утверждались ежегодно.

² По экспертной оценке объем бюджетных средств, направляемых на финансирование Программы государственных гарантий, составляет 80% расходов консолидированного бюджета на здравоохранение. Оставшиеся бюджетные средства идут на финансирование служб санитарно-эпидемиологического надзора, федеральных и региональных программ в сфере здравоохранения и других централизованных мероприятий.

секторе, в данном исследовании использовался метод индексации стоимости медицинских услуг, предусматривающий применение двух видов официально публикуемых индексов-дефляторов: дефлятора по фонду заработной платы и индекса потребительских цен. Такой подход обеспечивает более адекватную оценку изменений стоимости медицинских услуг за определенный период времени.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи индексировались с учетом дефлятора по фонду заработной платы (по расходам, связанным с оплатой труда) и индекса потребительских цен (по расходам, связанным с остальной частью затрат)¹. Величины прогнозных показателей нормативов затрат определялись как сумма произведений расходов, связанных с оплатой труда (оплата труда и начисления на оплату труда), на индекс-дефлятор фонда заработной платы и расходов по остальным статьям бюджетной сметы (приобретение медикаментов, оплата коммунальных услуг и др.) на индекс потребительских цен.

Количественная оценка последствий реализации всех трех стратегий показывает увеличение уровня финансовой обеспеченности Программы государственных гарантий к концу прогнозируемого периода. Это объясняется различными тенденциями изменения основных параметров демографического и социально-экономического развития страны в течение прогнозируемого периода. По прогнозам Министерства экономического развития и торговли численность населения будет сокращаться, темпы роста валового внутреннего продукта будут достаточно высокими. Это приведет, с одной стороны, к снижению объемов оказываемых услуг, и увеличению средств, выделяемых на финансирование Программы государственных гарантий, с другой стороны.

Вместе с тем разные стратегии предполагают различные темпы достижения финансовой сбалансированности Программы государственных гарантий. Реализация первой стратегии, предполагающей сохранение в течение 2002–2010 гг. фактически сложившегося в 2000 г. уровня и структуры подушевого потребления медицинской помощи и не предусматривающей проведения мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи, позволит повысить финансовую обеспеченность гарантируемых объемов медицинской помощи с 74,3% в начале периода до 96,0% в его конце. Расчеты свидетельствуют о том, что без существенного увеличения доли расходов государства на здравоохранение в ВВП рассматриваемая стратегия обрекает на сохранение в обозримой перспективе значительного разрыва между государственными гарантиями и их финансовым обеспечением. Данные по количественной оценке результатов реализации первой стратегии приведены в Таблице 2.

В случае реализации второй стратегии, предусматривающей изменения структуры оказываемой медицинской помощи, направленные на снижение объемов стационарной помощи и перенесение их в амбулаторный сектор, финансовая сбалансированность государственных гарантий в сфере здравоохранения может быть достигнута в 2007 г. Динамика изменения уровня

¹ Прогнозные значения дефляторов на 2002–2010 гг. — данные Министерства экономического развития и торговли

финансовой сбалансированности при реализации второй стратегии приведена в Таблице 3. Результаты расчетов свидетельствуют, что для достижения финансовой сбалансированности в ближайшие годы необходимо либо увеличение доли в ВВП общественных расходов на здравоохранение, либо проведение реструктуризации системы медицинского обслуживания более быстрыми темпами.

Третья стратегия предусматривает проведение реструктуризации системы оказания медицинской помощи более медленными темпами, чем во второй стратегии. Расчеты уровня финансовой обеспеченности государственных гарантий за счет общественных источников финансирования в случае реализации третьей стратегии представлены в Таблице 4.

Таблица 1

Возможные поступления финансовых средств на выполнение Программы государственных гарантий

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Взносы работодателей (млрд руб.)	67,8	81,2	97,9	104,8	122,1	140,4	159,2	178,9	199,0
Поступления бюджетных средств (млрд руб.)	188,8	220,0	252,6	288,4	327,3	371,0	417,4	467,4	521,2
Поступления общественных средств на выполнение ППТ (млрд руб.)	256,6	301,2	350,4	393,2	449,4	511,3	576,6	646,3	720,2
Поступления общественных средств на выполнение ППТ (в % от ВВП)	2,34	2,36	2,39	2,35	2,37	2,38	2,38	2,38	2,38

Таблица 2

I стартегия**Объемы и структура медицинской помощи, оказываемой на 1000 населения, зафиксированы на уровне 2000 г.***Объемы медицинской помощи на все население*

Виды медицинской помощи	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Скорая помощь (тыс. вызовов)	47594,6	47362,7	47097,8	46869,2	46643,4	46418,5	46193,6	45966,7	45734,9
Стационарная помощь (тыс. к-дн.)	507036,4	504566,5	501743,7	499309,1	496902,7	494506,9	492111,1	489694,1	487224,2
Дневные стационары (тыс. дн.)	34858,4	34688,6	34494,5	34327,2	34161,7	33997,0	33832,3	33666,1	33496,3
Амбулаторно-поликлиническая помощь (тыс. пос.)	1302241,5	1295898,0	1288648,2	1282395,3	1276214,8	1270061,6	1263908,3	1257700,7	1251357,1

Финансовая обеспеченность выполнения Программы государственных гарантий

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Стоимость ППТ (млрд руб.)	343,5	394,9	444,4	482,2	535,3	589,6	642,7	696,6	750,5
Стоимость ППТ (в % от ВВП)	3,14	3,09	3,03	2,88	2,82	2,74	2,65	2,57	2,48
Уровень финансовой обеспеченности выполнения ППТ (в %)	74,7	76,3	78,9	81,6	84,0	86,7	89,7	92,8	96,0

II стратегия

Объемы медицинской помощи зафиксированы на уровне утвержденных в Программе государственных гарантий на 2002 г.
Объемы медицинской помощи на все население

Виды медицинской помощи	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Скорая помощь (тыс. вызовов)	45696,6	45474,0	45219,6	45000,2	44783,3	44567,4	44351,5	44133,6	43911,0
Стационарная помощь (тыс. к-дн.)	404156,3	402187,5	399937,5	397996,9	396078,8	394169,1	392259,4	390332,8	388364,1
Дневные стационары (тыс. дн.)	107631,3	107107,0	106507,8	105991,0	105480,2	104971,6	104463,0	103950,0	103425,7
Амбулаторно-поликлини- ческая помощь (тыс. пос.)	1321752,6	1315314,0	1307955,6	1301609,0	1295335,9	1289090,5	1282845,1	1276544,4	1270105,8

Финансовая обеспеченность выполнения Программы государственных гарантий

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Стоимость ППГ (млрд руб.)	294,9	339,3	382,4	414,8	461,3	508,7	555,3	602,6	649,9
Стоимость ППГ (в % от ВВП)	2,69	2,66	2,61	2,48	2,43	2,36	2,29	2,22	2,15
Уровень финансовой обеспеченности выполнения ППГ (в %%)	87,0	88,8	91,6	94,8	97,4	100,5	103,8	107,3	110,8

Таблица 4

III стратегия

Объемы подушевого потребления медицинской помощи зафиксированы на среднем между фактически сложившимся

и предусмотренном в Программе государственных гарантий уровне

Объемы медицинской помощи на все население

Виды медицинской помощи	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Скорая помощь (тыс. вызовов)	46645,6	46418,4	46158,7	45934,7	45713,3	45492,9	45272,5	45050,2	44822,9
Стационарная помощь (тыс. к-дн.)	455596,3	453377,0	450840,6	448653,0	446490,7	444338,0	442185,2	440013,5	437794,1
Дневные стационары (тыс. дн.)	5615,5	6529,4	7470,5	8045,1	9103,3	10185,6	11249,0	12338,1	13436,1
Амбулаторно-поликлиническая помощь (тыс. пос.)	1311997,1	1305606,0	1298301,9	1292002,1	1285775,4	1279576,0	1273376,7	1267122,6	1260731,5

Финансовая обеспеченность выполнения Программы государственных гарантий

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Стоимость ППТ (млрд руб.)	317,3	364,9	411,0	445,7	495,2	545,9	595,4	645,7	696,0
Стоимость ППТ (в % от ВВП)	2,90	2,86	2,81	2,66	2,61	2,54	2,46	2,38	2,30
Уровень финансовой обеспеченности вы- полнения ППТ (в %%)	80,9	82,5	85,3	88,2	90,7	93,7	96,8	100,1	103,5

Для каждой из трех анализируемых стратегий были проведены также расчеты динамики распределения расходов между государством и населением, в том числе по децильным группам, различающимся по уровню дохода. Размеры вынужденных расходов населения на медицинскую помощь определялись как разница между оценкой необходимых затрат на выполнение Программы государственных гарантий и прогнозируемых размеров государственного финансирования, выделяемых на эти цели. Распределение расходов по децильным группам рассчитывалось на основе данных исследования «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (RLMS) за 2000 г.¹

Для определения прогнозных данных о частных расходах населения делалось предположение, что структура распределения среднедушевых расходов на медицинскую помощь по группам не изменится в течение всего прогнозируемого периода. При реализации первой и второй стратегий гражданам с относительно низкими уровнями дохода (1–5 децильные группы) придется покрывать около четверти дефицита финансирования Программы государственных гарантий. При этом реализация первой стратегии предусматривает участие граждан в финансировании медицинской помощи, гарантируемой государством, в течение всего прогнозируемого периода. Вместе с тем будет наблюдаться тенденция снижения вынужденных частных расходов на оплату медицинских услуг. Реализация второй стратегии позволит постепенно сокращать расходы граждан на медицинскую помощь, обусловленные недостатком ее государственного финансирования, и предусматривает возможность предоставления бесплатной медицинской помощи для всех слоев населения, начиная с 2007 г. Для третьей стратегии расчеты проводились исходя из предположения, что для граждан с относительно высокими уровнями доходов (децильные группы 6–10) будут введены механизмы соплатежей за получаемую медицинскую помощь, а для граждан с низкими уровнями дохода (децильные группы 1–5) вся медицинская помощь, включаемая в Программу государственных гарантий, будет оказываться бесплатно. Подобное предположение приведет к увеличению расходов на оплату медицинской помощи относительно обеспеченных граждан на 36%.

Возможности и последствия реструктуризации территориальных систем медицинского обслуживания (на примере двух пилотных регионов)

Для оценки последствий проведения реструктуризации сети медицинских учреждений были выбраны два субъекта РФ, существенно отличающиеся таким основным критерием, как уровень финансовой обеспеченности бюджетов, показатели среднедушевых уровней доходов и соотношение сельского и городского населения. В соответствии с целями исследования оба региона, отобранные для исследования, должны были иметь полный набор субъектов финансирования здравоохранения, в частности, страховые

¹ См. www.cpc.unc.edu/rlms/

медицинские организации, участвующие в системе обязательного медицинского страхования. Вместе с этим производилась оценка субъективных факторов — готовности регионов для проведения реформ региональных систем здравоохранения. В соответствии с этими критериями были выбраны два региона, отличающиеся друг от друга по основным критериям отбора: Были выбраны две области в европейской части России — регион А и регион В. Регион А характеризуется тем, что он является реципиентом трансфертов из федерального бюджета, относительно невысоким уровнем среднедушевых доходов и среднероссийским показателем доли городского населения. Регион В — донор федерального бюджета с относительно высоким уровнем среднедушевых доходов и высоким удельным весом городского населения.

В рамках исследования были проведены расчеты территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2000 г.¹ В основу расчетов были положены «Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи». Расчет территориальных нормативов объемов медицинской помощи осуществлялся путем корректировки федеральных нормативов с учетом демографических особенностей, а также уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации. Для этого использовались поправочные коэффициенты, учитывающие отклонения территориальных показателей от общероссийских показателей по возрастной структуре населения и по уровню распространенности заболеваний среди взрослого и детского населения.

В соответствии с территориальной программой, рассчитанной для условий 2000 г., в регионе А должны быть сокращены объемы стационарной помощи (количество койко-дней должно быть сокращено на 14%) и объемы скорой помощи (количество вызовов должно сократиться на 2%). Наряду с этим должны увеличиться объемы внебольничной помощи, оказываемой в стационарах дневного пребывания и дневных стационарах. Количество дней лечения в этих учреждениях должно вырасти по сравнению с фактическим уровнем на 22%. Вместе с тем фактическое количество врачебных посещений превышает нормативный показатель территориальной программы на 14%.

Уровень финансовой обеспеченности выполнения территориальной программы государственных гарантий в регионе А составил в 2000 г. 54,1%. Проведение реструктуризации системы медицинской помощи в соответствии со структурой и объемами помощи, предусмотренными в территориальной программе, позволило бы получить условную экономию средств на финансирование медицинской помощи в размере 11% от стоимости фактически выполненных объемов медицинской помощи в 2000 г.

Выполнение территориальной программы в регионе В предусматривает проведение существенной переориентации медицинской помощи: перенесе-

¹ К моменту начала работ по данной теме опубликованные данные по распространенности заболеваний как на федеральном, так и на региональном уровне были доступны лишь для условий 2000 г.

ние достаточно большого объема стационарной помощи в амбулаторно-поликлинический и внебольничный сектор, сокращение объемов скорой помощи. В соответствии с территориальной программой в регионе В объемы стационарной помощи должны быть сокращены на 16%, объемы скорой помощи должны быть снижены на 14%. Вместе с тем объемы амбулаторно-поликлинической помощи должны быть увеличены. Количество посещений должно возрасти на 22%, количество дней лечения в дневных стационарах и стационарах дневного пребывания должно увеличиться на 2%.

Уровень финансовой обеспеченности выполнения территориальной программы государственных гарантий в регионе В составил в 2000 г. 66,3%. Проведение реструктуризации системы медицинской помощи в соответствии со структурой и объемами помощи, предусмотренными в территориальной программе, позволило бы получить условную экономию средств на финансирование медицинской помощи в размере всего лишь 4% от стоимости фактически выполненных объемов медицинской помощи. Такая небольшая условная экономия объясняется необходимостью гораздо большего увеличения объемов амбулаторно-поликлинической помощи, чем требовалось лишь для компенсации сокращения объемов стационарной помощи.

Анализ показал, что проведение реструктуризации в соответствии с показателями программы государственных гарантий не намного сократит в этих регионах потребность в финансировании системы здравоохранения — на 4–11%. Таким образом, для достижения более весомой условной экономии государственных средств нужно проводить более масштабную реструктуризацию по сравнению с теми показателями, на которые ориентирует существующая федеральная программа государственных гарантий.

Вместе с тем выявлены существенные территориальные различия в возможностях реструктуризации системы медицинского обслуживания внутри регионов. В качестве объектов более детального анализа были выбраны по два района в каждой области. В этих районах объем фактически оказанных стационарных услуг в 2–3 раза превосходит нормативный объем. Это обусловлено наличием большого числа терапевтических коек круглосуточного пребывания в участковых больницах. При этом эти койки используются в основном для оказания больше социальной помощи (в основном уход за престарелыми людьми), нежели медицинской. Для каждого из изучаемых районов был рассчитан демонстрационный вариант реструктуризации сети лечебно-профилактических учреждений. В случае реализации этих вариантов потребность в финансировании здравоохранения в анализируемых муниципальных образованиях сократится от 8 до 59%. Предлагаемые сокращения коечного фонда приведут к некоторому сокращению транспортной доступности стационарной помощи для той части населения, которая нуждается в госпитализации в стационары круглосуточного пребывания.

Предложенные схемы реструктуризации стационарного звена приведут к сокращению общего количества штатных должностей медицинских работников. Но в стационарном звене достаточно высок уровень совместительства медицинского персонала. Коэффициент совместительства составляет в указанных районах от 1,1 до 1,5. Поэтому необходимое сокращение числа штатных должностей медицинских учреждений может быть осуществлено без увольнения работников, а лишь путем сокращения масштабов

внутреннего совместительства. Соответственно затрат на трудоустройство не потребуется. Экономические последствия для работников будут иными — при сохранении численности фактически занятых лиц их заработная плата в среднем сократится на 10–20% за счет сокращения возможностей совместительства. Более масштабная реструктуризация систем медицинского обслуживания потребует реального высвобождения медицинского персонала и осуществления затрат на их трудоустройство.

Количественный анализ возможностей реструктуризации территориальных систем медицинского обслуживания был бы неполон без качественного анализа позиций субъектов управления и финансирования здравоохранения по отношению к реструктуризации и другим способам обеспечения более эффективного использования ресурсов. В качестве указанных субъектов выступали работники органов исполнительной и представительной власти, руководители территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций, главные врачи лечебно-профилактических учреждений.

Большинство опрошенных субъектов управления и финансирования в сфере здравоохранения видят значительные возможности повышения эффективности функционирования системы здравоохранения. Так, оценки доли неоправданных госпитализаций колебались в основном в интервале 40–50%. Приведем наиболее впечатляющий ответ, который дал главный врач крупной больницы в регионе А: «Если мы сейчас пойдем в любую больницу и посмотрим, кто там лежит, то 50% больных мы выпишем сразу. Еще 30% — на следующий день, если не будем принимать во внимание социальный фактор, по чисто медицинским основаниям».

Часть респондентов считает, что имеются значительные возможности сокращения средней длительности пребывания больных в стационарах, что сделает ненужной часть коечного фонда. В то же время эти респонденты видят ряд препятствий повышению интенсивности работы стационаров. Это, прежде всего, принятый в обоих пилотных регионах метод финансирования деятельности стационаров из средств ОМС: это оплата за количество фактически проведенных пациентами койко-дней. При таком методе финансирования для больниц становится выгодным удлинение сроков госпитализации, так как экономической особенностью стационарного лечения являются большие затраты на пациента в первые дни его госпитализации (проведение диагностических исследований, операции или интенсивного терапевтического лечения, послеоперационная интенсивная реабилитация) и меньшие расходы на этапе реабилитации. Главным же препятствием является проблема трудоустройства высвобождаемых медицинских работников. «Можно резко сократить пребывание, но тогда встанет вопрос о сокращении врачей. У нас врачей очень много, их столько не нужно. Это все понимают, но выгнать их нельзя. Куда они пойдут?».

Большинство респондентов признает, что сохранение сложившейся сети больниц в сельской местности и существующих размеров коечного фонда не оправдано с медицинской точки зрения. Выполнение сельскими больницами функций социального обслуживания малоимущего населения не означает неизбежности сохранения этих учреждений как учреждений больничных. Они могут быть преобразованными в учреждения других типов. И уже есть успешные примеры реализации такого подхода. По мнению многих

респондентов, дифференцированная продуманная политика реструктуризации сельской сети может быть результативной. Но она должна быть последовательной и комплексной. На практике ситуация обстоит иначе.

Оплата медицинской помощи населением

В ряду последствий разных стратегий финансового обеспечения государственных гарантий медицинского обслуживания населения особую значимость имеют возможные изменения в системе платежей населения за медицинскую помощь. Для проведения анализа перспектив трансформации этой системы необходимо понимание причин и правил неформальной оплаты медицинской помощи.

В настоящее время существуют четыре канала оплаты населением медицинской помощи, предоставление которой включено в государственные гарантии. Первый из них предполагает оплату медицинских услуг, легально предоставляемых государственными и муниципальными медицинскими учреждениями на платной основе (платные медицинские услуги). Второй — добровольное медицинское страхование (ДМС). Третий канал включает в себя оплату лекарств и медицинских материалов при получении медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. И, наконец, четвертый объединяет разнообразные виды неформальной оплаты медицинских услуг.

С целью анализа распространенности различных форм платежей населения, причин и способов их осуществления, возможностей регулирования было проведено интервьюирование работников здравоохранения (руководителей органов управления здравоохранением и медицинских учреждений, врачей, медицинских сестер и др.) в двух пилотных регионах в феврале и апреле 2002 г. Массив данных составили полуформализованные интервью, общим количеством 171, собранные в медицинских учреждениях различных типов: областных государственных клинических больницах, городских муниципальных клинических больницах, городских муниципальных поликлиниках, центральных районных больницах, районных муниципальных больницах, расположенных в сельском населенном пункте, и частных организациях здравоохранения. Дополнительно к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи государственные и муниципальные медицинские учреждения могут оказывать населению платные медицинские услуги. Согласно полученным из интервью данным, распространенность платных услуг в амбулаторно-поликлиническом звене крайне низка. Доля пациентов, заплативших в кассу, составляет в обследованных нами поликлиниках около одного процента. При этом платными услугами выступают проведение осмотров и исследований, необходимых при получении различного рода справок, а также проведение диагностических исследований вне очереди.

В стационарах распространенными платными услугами являются как правило те, что не требуют от учреждения специальных затрат на их развитие: это выбор лечащего врача, диагностические исследования, проводимые вне очереди или «по желанию» пациентов. В целом, по оценкам рес-

пондентов, объем платных услуг несопоставимо мал по сравнению с общим объемом медицинской помощи, оказываемой в стационарных учреждениях. Количество «платных пациентов» сильно варьирует внутри стационарного учреждения и в большой степени зависит от профиля отделения. В терапевтических, кардиологических, ревматологических, нефрологических, гастроэнтерологических отделениях городских больниц — это несколько процентов. В пульмонологическом отделении — 15%. В ортопедическом отделении — 50%. В сельских больницах платных услуг почти нет. Практика добровольного медицинского страхования очень слабо развита в исследуемых регионах.

При проведении диагностических исследований и лечении в стационарах и в амбулаторно-поликлинических учреждениях 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 реанимации — просто сохранить жизнь, вынуждены за свой счет покупать современные лекарственные препараты.

При этом могут использоваться разные механизмы оплаты. В одних случаях сами лечащие врачи предлагают пациентам свои услуги в приобретении лекарств. Здесь неформальный характер оплаты выражен вполне ясно. 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.

Данные интервью показывают, что доля пациентов, приобретающих за свой счет медикаменты для формально бесплатного лечения в стационарах, существенно различается в двух рассматриваемых регионах. В первом регионе наиболее этот показатель, по оценкам, достигал 70–80%, во втором доля таких пациентов составляла 20–50%. Безусловно, на высказанные оценки могут влиять особенности субъективного видения респондентов, однако выявленное различие между регионами можно напрямую связать с размерами государственного финансирования здравоохранения. В первом регионе уровень финансовой обеспеченности программы государственных гарантий составляет 54%, во втором — 66%.

Исследование показало, что главными причинами неформальных платежей (НП), в интерпретации медицинских работников, являются, с одной стороны, низкая заработная плата медицинских работников, а с другой — желание пациентов получить медицинскую помощь более высокого качества или в большем объеме в сравнении с тем, на что можно рассчитывать при бесплатном лечении, и заручиться большим вниманием к себе того, кто их лечит. Неформальные платежи выступают вынужденным способом адаптации врачей и пациентов к условиям переходного периода. Разумеется, эта

практика не способствует реализации принципов социальной справедливости в доступности медицинской помощи, создает условия для вымогательства. Но теневая оплата является механизмом обеспечения для населения возможности получения медицинской помощи высокого качества в условиях дефицита государственного финансирования ее предоставления. Неформальные платежи позволяют сохранить квалифицированных врачей в системе общественного здравоохранения.

По оценкам респондентов, ядрами кристаллизации НП в стационарах являются хирургические отделения, прежде всего осуществляющие плановые операции и располагающие технологиями «мирового уровня», 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 забору крови и др.

Практика неформальных платежей за медицинские услуги более распространена в городских больницах. Оценки доли пациентов, неформальным образом оплачивающих медицинские услуги, различаются в зависимости от региона и специализации отделений. В первом регионе эта доля среди пациентов хирургических отделений оценивалась преимущественно в интервале 20–40%. Для пациентов терапевтических отделений этот показатель оценивался существенно ниже — не более 10%. Во втором регионе разброс оценок этой величины для пациентов хирургических отделений оказался очень значительным: от 10–20% до 70%. При этом в некоторых отделениях прооперироваться бесплатно для обычного пациента практически невозможно, нужно платить в кассу или в руки. Наименьшая концентрация неформальных платежей среди больничных учреждений наблюдается в сельских больницах. В них неформальная оплата происходит реже, и, как правило, осуществляется в натуральном виде. В поликлиниках теневые платежи также достаточно случайны и редки.

Данные исследования свидетельствуют, что на практике используют разные правила осуществления неформальных платежей. Можно выделить пять типов таких правил, которые мы будем называть разными моделями неформальных платежей: (а) плата по тарифу, (б) плата по возможности, (в) поборы, (г) плата по просьбе, (д) плата-благодарность.

Плата по тарифу. Пациент неформально платит за медицинскую помощь по сложившимся теневым ценам. Пациенту сообщается цена услуги, и он решает, согласен он получить услугу на таких условиях или нет. Торг между продавцом и покупателем услуги практически отсутствует. При этом передача денег может происходить как до оказания услуги, так и после. Модель оплаты по тарифу встречается при теневой оплате любых видов услуг, но чаще всего — в хирургии и гинекологии.

Плата по возможности. Размер теневой оплаты за услуги устанавли-

ворными ценами. Они разные для разных пациентов за одну и ту же услугу. В большинстве случаев определенных тарифов нет; врач назначает цену за услугу, ориентируясь исключительно на оценку финансовых возможностей пациента. При этом врачи считают справедливой дифференциацию платы, взимаемой с разных категорий пациентов. Модель платы по возможности используется преимущественно для оплаты оперативного вмешательства, но применяется также и для оплаты услуг сестер и нянечек. Модель платы по возможности чаще используется в специализированных хирургических отделениях, но была отмечена и в кардиологическом отделении одной из городских больниц.

Поборы. Пациенты или их родственники платят по настоянию медицинских работников безотносительно к фактическому объему и качеству предоставляемых услуг или за предоставление псевдоуслуг. К поборам прежде всего следует отнести случаи вымогательства денег с пациентов за то, что и так должно быть им предоставлено бесплатно. Примерами таких поборов являются требование денег при госпитализации за предоставление места в отделении, хотя свободные места там имеются, или за то, что больного положат не в коридоре, хотя имеются свободные места в палатах, и т.п. Поборами являются предложения больным «сброситься на лампочки, на швабры» и т.д. К поборам может быть отнесена практика принуждения больных вносить денежные пожертвования в благотворительный фонд, мотивируя это слабой обеспеченностью больницы.

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 же 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. 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. Плата-благодарность является самой распространенной моделью неформальной оплаты медицинской помощи. Она встречается во всех типах медицинских учреждений. Эта модель оплаты является преобладающей в терапевтических и педиатрических отделениях стационаров и в поликлиниках.

Результаты исследования подтвердили гипотезу, что теневые формы оплаты существенно реже производятся при лечении пациентов, получаю-

щих медицинскую помощь по программам добровольного страхования или легально оплатившим фактически оказанные им услуги. Но доля таких пациентов в обследованных медицинских учреждениях не превышает нескольких процентов, и все равно в целом ряде случаев больные платят поверх официально внесенных денег. Исследование выявило слабую заинтересованность медицинских работников в предоставлении платных услуг в существующих легальных формах. Поэтому легальная оплата медицинской помощи сама по себе не является гарантией отсутствия последующих неформальных платежей.

В среде врачей формируются весьма различные установки относительно практики неформальных платежей, иногда прямо противоположные. Среди медицинских работников много сторонников платежей пациентов как формы «благодарности» и противников вымогательства денег у больных, что свидетельствует о существовании в среде врачей норм и стандартов, значительно уменьшающих возможный объем неформальных платежей и их получения с учетом возможностей пациентов. Но одновременно нельзя не признать, что среди врачей и медицинского персонала уже сформирована прослойка тех, кто сделал неформальные платежи стабильным средством улучшения своей жизни.

Анализ индивидуальных и коллективных норм, действующих по отношению к неформальным платежам, позволяет убедиться в том, что коллектив врачей, если и влияет на практику неформальных платежей, то только в том случае, если поведение коллег выходит за рамки дозволенного и сопровождается конфликтом. Особый запрет в коллективе существует также на «огласку» этой практики за пределами медицинского коллектива. Это приводит к тому, что поведение врачей относительно практики неформальных платежей все более индивидуализируется и частично уходит из под коллективного контроля.

Частично контроль за практикой неформальных платежей осуществляется заведующими отделениями, однако далеко не все из них воспринимают этот контроль как необходимый, оправдывая эту практику нищенским уровнем заработной платы врачей и страхом потерять наиболее квалифицированных работников. Одновременно подавляющая часть управленцев признает правомерность санкций против врачей только в том случае, если эта практика выходит за границы разумного и угрожает имиджу отделения и учреждения в целом. Результаты исследования позволяют говорить о том, что управленцы всех уровней оказались не готовы к борьбе с данным явлением в том масштабе, которое оно приняло, и фактически санкционируют эту практику, реагируя лишь на экстремальные случаи поборов. Практически ни у кого из них нет уверенности в том, что борьба с неформальными платежами может в существующих условиях принести какие-либо позитивные результаты.

Полученные данные позволяют сделать вполне определенный вывод: при сохранении существующих правил, регулирующих условия получения населением медицинской помощи и условия оплаты труда медицинских работников, практика неформальных платежей за медицинские услуги и дальше будет развиваться по мере того, как будут расти финансовые ресурсы населения. Никакой реалистичный рост государственного финансирования здравоохранения не будет достаточным, чтобы предотвратить увеличение

их размеров. Сценарий развития событий, при котором врач получает деньги в свой карман, устраивает практически всех.

Рекомендации для государственной политики

В долгосрочной перспективе необходимо реализовывать стратегию масштабной реструктуризации системы здравоохранения с обязательным учетом региональной специфики. Это необходимый путь достижения существенной экономии финансовых ресурсов, требуемых для обеспечения государственных гарантий медицинского обслуживания населения. В противном случае воспроизводящаяся система затратного здравоохранения будет все сильнее давить на государство и население, отвлекая все большую часть общественного продукта в сферу неэффективного использования и обрекая часть населения на ухудшение сравнительных возможностей получения современной медицинской помощи.

Результативное проведение реструктуризации требует прежде всего изменений в механизме финансирования здравоохранения, последовательной реализации принципов разделения покупателей и производителей медицинских услуг и финансирования производителей услуг на контрактной основе за согласованные с покупателем объемы оказываемых населению услуг.

Решающим условием преодоления социальных и политических барьеров реструктуризации является выход на качественно иной уровень координации политики органов государственной власти по горизонтали (прежде всего органов здравоохранения, социальной защиты и финансов, фондов обязательного медицинского страхования) и по вертикали и обеспечение ее комплексности и последовательности. Необходимо создание системы комплексного планирования здравоохранения.

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, как представляется, может стать обеспечение сбалансированности с размерами государственного финансирования не всей программы государственных гарантий, но лишь ее части в виде программы ОМС. Кроме того, можно было бы уточнить существующие гарантии в системе ОМС, не претендуя на масштабную легализацию платежей населения за медицинскую помощь.

Предлагается 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 для каждой нозологической группы, 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.

Гарантии бесплатного получения медицинской помощи сверх пересмотренной программы ОМС менять в обозримой перспективе нецелесообразно. Они длительное время неизбежно будут оставаться несбалансированными с размерами их государственного финансирования. Получение соответствующих видов медицинских услуг должно предоставляться в порядке очереди либо оплачиваться самими гражданами.

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

Список литературы

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи / Приложение №2 // Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденные МЗ РФ, ФФОМС и согласованные с МФ РФ. Москва, 2001.

Примерная структура затрат на единицу объема медицинской помощи по Программе на 2000 г. / Приложение №2, Таблица 2.4 // Методические рекомендации, утвержденные МЗ РФ, ФФОМС и согласованные с МФ РФ. М.: 2000.

Шишкин Сергей Владимирович, д.э.н., директор
научных программ Независимого института
социальной политики (Москва); электронная
почта: shishkin@socpol.ru
