



# Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет

Москва, 2004

Авторский коллектив:

***С.В.Шишкин (руководитель коллектива), Г.Е.Бесстремянная,  
М.Д.Красильникова, Л.Н.Овчарова, В.А.Чернец, А.Е.Чирикова, Л.С.Шилова.***

Рецензент: ***В.И.Гришанов***

***Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет.***

Авт. коллектив: С.В.Шишкин (руководитель коллектива), Г.Е.Бесстремянная, М.Д.Красильникова, Л.Н.Овчарова, В.А.Чернец, А.Е.Чирикова, Л.С.Шилова, Независимый институт социальной политики. — М., 2004.

В монографии представлены результаты исследования форм оплаты медицинской помощи населением, проведенного Независимым институтом социальной политики в 2002-2003 гг.. На основе данных опросов работников здравоохранения и домохозяйств в двух типичных регионах России получены ответы на следующие вопросы: Кто, как, сколько и почему платит медицинскому персоналу в обычных больницах и поликлиниках? Существуют ли правила теневой оплаты? Готовы ли пациенты и дальше платить в руки медикам? Довольны ли происходящим врачи? Какие возможны перемены? Имеет ли смысл легализовать часть этих платежей, и как к этому отнесутся обе стороны?

Издание осуществляется при финансовой поддержке Фонда Форда.

*Полная или частичная перепечатка данной публикации возможна только с письменного согласия Независимого института социальной политики. При цитировании ссылка на издание обязательна.*

© Независимый институт социальной политики, 2004

# Содержание

<b>ОБ АВТОРАХ.....</b>	<b>5</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>6</b>
<b>ГЛАВА 1. РАСХОДЫ НАСЕЛЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ .....</b>	<b>10</b>
1.1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЙ РАСХОДОВ НАСЕЛЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ....	10
1.1.1. Предмет исследований .....	10
1.1.2. Что понимают под неформальными платежами? .....	11
1.1.3. Задачи исследований .....	12
1.2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ .....	15
1.3. ЧТО МЫ ЗНАЕМ ОБ УЧАСТИИ НАСЕЛЕНИЯ В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	19
1.3.1. Распространенность неформальной оплаты населением медицинской помощи.....	19
1.3.2. Распространенность неформальных платежей в здравоохранении по сравнению с другими секторами экономики.....	24
1.3.3. Масштабы расходов населения на оплату медицинской помощи .....	25
1.3.4. Дифференциация расходов на медицинскую помощь по социальным группам .....	28
1.3.5. Причины неформальных платежей .....	30
1.3.6. Экономическое содержание неформальных платежей .....	32
1.3.7. Вклад неформальных платежей населения в доходы медицинских работников.....	34
1.3.8. Существование «правил игры» на теневом рынке медицинских услуг .....	34
1.3.9. Социально-экономические последствия развития практик неформальных платежей .....	36
1.3.10. Отношение населения к оплате медицинских услуг .....	38
1.3.11. Возможности замещения неформальных платежей формальными .....	39
<b>ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ПРОВЕДЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ .....</b>	<b>41</b>
2.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДМЕТА ИССЛЕДОВАНИЯ.....	41
2.2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЛОТНЫХ РЕГИОНОВ .....	42
2.3. ВЫБОР МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	44
2.4. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРВЬЮ С РАБОТНИКАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	44
2.5. ОПИСАНИЕ ВЫБОРКИ ДЛЯ АНКЕТНОГО ОПРОСА ДОМОХОЗЯЙСТВ .....	47
2.6. СТРУКТУРА АНКЕТЫ ДЛЯ ОПРОСА ДОМОХОЗЯЙСТВ .....	48
<b>ГЛАВА 3. ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: КТО БОЛЬШЕ, ГДЕ ЧАЩЕ? .....</b>	<b>51</b>
3.1. ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УЧАСТИЯ ДОМОХОЗЯЙСТВ В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ....	51
3.2. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРАКТИК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СРЕДИ РАЗНЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ .....	56
3.2.1. Зависимость практик оплаты от места жительства .....	56
3.2.2. Распространенность по доходным группам .....	60
3.2.3. Распространенность практик оплаты по социально-демографическим типам домохозяйств.....	69
3.2.4. Распространенность практик оплаты среди пациентов с разным уровнем образования .....	71
3.2.5. Кластерный анализ участия домохозяйств в оплате медицинской помощи .....	73
3.3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРАКТИК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАЗНЫХ ВИДАХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ .....	77
3.3.1. Распространенность разных форм оплаты по видам медицинской помощи .....	77
3.3.2. Денежные и неденежные формы оплаты в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.....	79
3.3.3. Распространенность практик оплаты медицинской помощи в стационарных медицинских учреждениях разных видов .....	82
3.3.4. Распространенность практик оплаты медицинской помощи в разных отделениях стационаров.....	85
<b>ГЛАВА 4. ЗА ЧТО ПАЦИЕНТЫ ПЛАТЯТ В КАССУ И В РУКИ? .....</b>	<b>87</b>

4.1. ЛЕГАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ .....	87
4.2. ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ .....	89
4.3. ОПЛАТА УСЛУГ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ .....	91
4.4. ОПЛАТА ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРАХ .....	95
4.4.1. Предмет платежей при стационарном лечении .....	95
4.4.2. Соотношение формальных и неформальных платежей .....	101
4.4.3. Длительность лечения и размеры платежей .....	103
4.4.4. Кто получает неформальные платежи в стационарах .....	105
4.5. ПРИОБРЕТЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ .....	106
4.5.1. Порядок бесплатного предоставления медикаментов .....	106
4.5.2. Реальные условия лекарственного обеспечения .....	108
<b>ГЛАВА 5. ПРАВИЛА ОПЛАТЫ В РУКИ.....</b>	<b>113</b>
5.1. Типология моделей неформальной оплаты .....	113
5.2. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАЗНЫХ МОДЕЛЕЙ НЕФОРМАЛЬНОЙ ОПЛАТЫ .....	117
5.3. СОЧЕТАНИЕ ОПЛАТЫ В КАССУ И В РУКИ .....	120
5.4. МЕХАНИЗМЫ ОПЛАТЫ ПАЦИЕНТАМИ МЕДИКАМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ .....	122
<b>ГЛАВА 6. НЕФОРМАЛЬНАЯ ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПЛАТИЛИ И БУДЕМ ПЛАТИТЬ? .....</b>	<b>125</b>
6.1. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВОСПРОИЗВОДСТВА ИНСТИТУТОВ НЕФОРМАЛЬНОЙ ОПЛАТЫ ....	125
6.2. МОТИВАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ НЕФОРМАЛЬНОЙ ОПЛАТЫ .....	132
6.3. ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К ПОЛУЧЕНИЮ НЕФОРМАЛЬНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ .....	135
6.3.1. Дифференциация социально-психологических установок медицинских работников по отношению к неформальным платежам .....	135
6.3.2. Роль корпоративных норм в воспроизводстве неформальных платежей.....	141
6.3.3. Ограничения возможностей административного контроля за практикой неформальных платежей .....	149
6.4. ВОЗМОЖНОСТИ ЗАМЕЩЕНИЯ НЕФОРМАЛЬНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ ЛЕГАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	154
6.5. ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ЛЕГАЛИЗАЦИИ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ .....	156
6.6. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ .....	160
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>163</b>
<b>ЛИТЕРАТУРА .....</b>	<b>168</b>
Приложение 1. Результаты кластерного анализа участия домохозяйств в оплате медицинской помощи .....	173
Приложение 2. Анализ факторов, определяющих отношение населения к легализации оплаты медицинской помощи .....	184
<b>О НЕЗАВИСИМОМ ИНСТИТУТЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ .....</b>	<b>196</b>

## Об авторах

**Бесстремьянная Галина Евгеньевна** - научный сотрудник Независимого института социальной политики

**Красильникова Марина Дмитриевна** - кандидат экономических наук, руководитель отдела изучения доходов и потребления Аналитической службы «ВЦИОМ» (ВЦИОМ-А)»

**Овчарова Лилия Николаевна** – кандидат экономических наук, директор научных программ Независимого института социальной политики

**Чернец Владимир Алексеевич** – руководитель отдела управленческого консультирования Агентства коммуникационного менеджмента «Принцип PR».

**Чирикова Алла Евгеньевна** – доктор социологических наук, ведущий научный сотрудник Института социологии РАН

**Шилова Людмила Сергеевна** – старший научный сотрудник Института социологии РАН

**Шишкин Сергей Владимирович** – доктор экономических наук, директор научных программ Независимого института социальной политики

## Используемые сокращения.

**ЛПУ** – лечебно-профилактические учреждения.

**НП** – неформальные платежи.

**ОМС** – обязательное медицинское страхование.

**ЦРБ** – центральная районная больница.

## Введение

Советская Россия была первой страной мира, провозгласившей в 1918 году право граждан на бесплатное получение медицинской помощи, которое затем стало одним из конституционных прав советских людей. В реальности система здравоохранения никогда не была полностью бесплатной для населения. Лекарства для лечения дома приобретались за счет домохозяйств, некоторые виды медицинской помощи, как, например, косметологические услуги, гомеопатическое лечение, акупунктура, предоставлялись за плату. Зубопротезирование было бесплатным лишь для определенных категорий населения (ветеранов войны и т.д.). Зарплата медицинских работников устанавливалась государством на уровне ниже работников промышленности, транспорта. Изначально советские руководители предполагали, что врачи смогут рассчитывать помимо официальной заработной платы на подношения со стороны пациентов. Первому министру здравоохранения Н.А.Семашко, создателю советской системы здравоохранения, которая на Западе стала называться системой Семашко, приписывают слова, что врачам много платить не надо, так как народ их прокормит. Практика благодарения пациентами медицинских работников конфетами, алкогольными изделиями, другими продуктами питания, а также и деньгами возникла и развивалась вместе со становлением советского здравоохранения. Деньги выступали средством не только благодарности медицинским работникам за их труд, мало оплачиваемый государством, но и средством получения доступа к медицинским услугам более высокого качества или ускорения времени ожидания нужного обследования, операции и т.п.

После крушения советского строя, в переходный период к рыночной экономике участие населения в оплате медицинской помощи значительно увеличилось. В нашей стране 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. Взносы физических и юридических лиц на добровольное медицинское страхование и объемы предоставления населению платных медицинских услуг растут в последние годы очень высокими темпами (см. табл. 1). Согласно данным государственной статистики, соотношение расходов государства на здравоохранение и расходов населения на приобретение лекарств и оплату медицинских услуг составляло в 1995 г. в текущих ценах 83 к 17, а в 2002 г. – 63 к 37.. Доля платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг населению в период с 1993 г. по 2002 г. увеличилась с 1,7% до 4,8%, а их стоимостной объем в неизменных ценах вырос за период с 1993 г. по 2002 г. в 8,2 раза. Эта впечатляющая динамика вряд ли может быть объяснена лишь растущим спросом на медицинские услуги со стороны высокодоходных слоев населения.

Данные социологических исследований свидетельствуют, что помимо оплаты медицинских услуг, производимой пациентами в кассу медицинских

учреждений, широкое распространение в российском здравоохранении получили практики неформальной оплаты (в руки медицинским работникам)<sup>1</sup>.

*Таблица 1.*

**Государственные и частные расходы на здравоохранение, млрд. руб., в ценах 2000 г.**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Расходы государства на здравоохранение	302,1	277,0	204,5	206,7	235,1	189,1	190,7	203,0	207,3	234,5
Взносы на добровольное личное медицинское страхование	2,1	3,7	4,2	5,6	7,2	6,3	8,8	12,8	19,4	16,7
Объем платных медицинских услуг населению	3,9	5,5	10,2	14,3	19,7	18,9	24,2	27,5	30,9	33,2
Расходы населения на лекарственные средства	н.д.	28,4	40,6	45,8	68,2	43,5	60,2	70,1	92,3	102,2

Источник: рассчитано по данным из: Российский статистический ежегодник, 2000. М.: Госкомстат России, 2001; Российский статистический ежегодник, 2002. М.: Госкомстат России, 2002.

Эти процессы были в решающей степени обусловлены значительным сокращением государственных расходов на здравоохранение. За период с 1993 г. по 1998 г. бюджетные ассигнования на здравоохранение и средства обязательного медицинского страхования уменьшились не менее чем на 38% в реальном выражении. Правда, с 1999 г. размеры государственного финансирования стали увеличиваться и выросли за четыре года на 24%. В то же время объем платных медицинских услуг населению вырос на 70%.

Масштабы и условия участия населения в оплате медицинской помощи обладают высокой социальной значимостью, поскольку Конституция Российской Федерации гарантирует гражданам право на бесплатное получение медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Пока в нашем распоряжении очень мало достоверных знаний об участии населения в оплате медицинской помощи и в особенности о размерах, формах и правилах неформальной оплаты медицинских услуг. До сих пор не исследовались взаимосвязи между формальными и неформальными правилами предоставления медицинской помощи. 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

<sup>1</sup> См.: Бойков и др., 1998, 2000; Кулибакин, 1998; Морозова и др., 2000; Сатаров, 2002; Сидорина, Сергеев, 2001; Shapiro, Besstremyannaya, 2002.

социальной политики к перспективам трансформации таких неформальных институтов.

На восполнение этих пробелов было направлено исследование форм оплаты медицинской помощи населением, проведенное Независимым институтом социальной политики (НИСП) в 2002-2003 гг. Это исследование включало две части, организованные как самостоятельные научные проекты.

Первый проект - «Анализ последствий различных стратегий финансового обеспечения государственных гарантий в здравоохранении» - был реализован в 2002 г. при финансовой поддержке Московского общественного научного фонда и Агентства по международному развитию США. Участниками исследования были: Т.В.Богатова, Е.Г.Потапчик, В.А.Чернец, А.Е.Чирикова, Л.С.Шилова, С.В.Шишкин (руководитель проекта).

Для получения информации о практиках оплаты медицинской помощи населением использовался метод интервьюирования субъектов управления и финансирования здравоохранения (руководителей органов исполнительной и представительной власти, работников фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, главных врачей медицинских учреждений) и медицинских работников (врачей и медицинских сестер). Исследование проводилось в двух субъектах Российской Федерации.

Данные проведенных интервью позволили качественно оценить распространенность платных услуг и неформальных платежей в разных видах медицинских учреждений, среди врачей разных специальностей, выявить разные типы правил осуществления неформальной оплаты (модели неформальных платежей), а также правил перераспределения неформальных платежей среди медицинского персонала, определить группы медицинских работников, различающиеся по их отношению к неформальным платежам, проанализировать коллективные ценности, регулирующие эту практику, изучить возможности контроля за условиями оплаты медицинских услуг пациентами. Основные результаты, полученные в этом проекте, были опубликованы в ряде изданий<sup>2</sup>.

Второй проект - «Анализ взаимосвязи формальных и неформальных правил предоставления социальных услуг населению на примере оплаты медицинской помощи» - выполнен в 2002-2003 гг. при финансовой поддержке Фонда Форда. Основными участниками этого исследования были: Г.Е.Бесстремьяная, М.Д.Красильникова, Л.Н.Овчарова, М.В.Савельева, С.В.Шишкин (руководитель проекта). В анализе полученных результатов участвовали также В.А.Чернец, А.Е.Чирикова, Л.С.Шилова. Координатором проекта на заключительной его стадии была Н.Б.Канатова.

Этот проект был нацелен на получение количественных данных о распространенности различных форм и моделей оплаты, размерах и структуре платежей, отношении населения к существующей практике и к перспективам ее

---

<sup>2</sup> Результаты данного исследования представлены в следующих публикациях:

Богатова и др. , 2002;  
Шишкин и др., 2003;  
Shishkin et al., 2003.



изменения. Исследование проводилось методом анкетного опроса населения в тех же двух регионах, которые были пилотными в первом проекте.

В настоящей публикации подробно представлены данные, полученные в этой второй части исследования, а также содержатся обобщенные результаты исследования в целом. В главе 1 работы анализируется уже имеющийся опыт изучения расходов населения на здравоохранение в странах с переходной экономикой. В главе 2 рассматриваются особенности методов проведенного нами исследования. В последующих главах излагаются его основные результаты. В главе 3 представлены характеристики распространенности практик формальной и неформальной оплаты медицинской помощи среди разных типов домохозяйств и разных видов медицинских учреждений. Эти данные позволяют понять, какие социально-демографические группы населения платят за медицинскую помощь чаще и больше, какие виды медицинских учреждений притягивают больше средств населения. Материал четвертой главы отвечает на вопрос о том, за что именно платят пациенты, за какие виды медицинских услуг. Пятая глава посвящена анализу правил, по которым производится неформальная оплата медицинской помощи. В шестой главе рассматриваются причины существования неформальной оплаты, обсуждаются перспективы ее сохранения, возможности легализации, отношение к этому медицинских работников и населения. В заключении сформулированы ключевые выводы проведенного исследования и вытекающие из его результатов рекомендации для социальной политики.

Авторы очень благодарны Московскому общественному научному фонду, Агентству по международному развитию США и Фонду Форда за финансовую поддержку данного исследования и содействие в распространении его результатов.

Хотим выразить особую признательность А.И.Донцову за помощь в разработке схемы интервьюирования медицинских работников, а также нашим коллегам по институту Т.М.Малевой и С.В.Суркову за помощь в обсуждении задач, методов исследования и анализе его результатов. Особая благодарность – Т.В.Богатовой, Н.Б.Канатовой, М.В.Савельевой за ту большую организационную работу, которую потребовало выполнение этого исследования.

Мы глубоко благодарны сотрудникам Министерства здравоохранения РФ Р.А.Хальфину, О.Г.Соловьевой, руководителям органов здравоохранения и медицинских учреждений тех регионов, в которых проводилось исследование, за помощь, а также всем медицинским работникам, принявшим в нем участие, за откровенность.

Масштабная работа по анкетному опросу населения была выполнена с помощью ВЦИОМ. Мы хотим поблагодарить Л.А.Хахулину и сотрудников ВЦИОМ за заинтересованное отношение к участию в этом исследовании.

Мы признательны В.И.Гришанову за ценные замечания по тексту работы.

## **Глава 1. Расходы населения на медицинскую помощь в России и за рубежом**

### ***1.1. Предмет и задачи исследований расходов населения на медицинскую помощь***

#### ***1.1.1. Предмет исследований***

В Советском Союзе и в европейских социалистических странах существовали широкие гарантии бесплатного предоставления медицинской помощи населению. В ряде постсоциалистических стран прежние гарантии были радикально сокращены. Это произошло в Азербайджане, Армении, Грузии, Молдавии, Таджикистане, - странах, переживших вооруженные конфликты, сильный экономический спад и большое сокращение государственных бюджетов. Однако в большинстве стран с переходной экономикой гарантии бесплатного получения медицинской помощи либо не менялись, либо были лишь незначительно модифицированы. В Албании, Болгарии, Киргизии, Македонии, Словении, Хорватии, Чехии, Эстонии были введены фиксированные соплатежи пациентов за предоставляемые им медицинские услуги, но размеры этих соплатежей незначительны по сравнению со стоимостью предоставляемых услуг<sup>3</sup>. Основной целью введения соплатежей было уменьшение так называемого морального риска в потреблении бесплатной медицинской помощи, то есть противодействие стремлению отдельных граждан к перепотреблению медицинских услуг сверх их реальных нужд. За исключением этих нововведений, государственные гарантии предоставления медицинской помощи населению не менялись.

В результате характерной особенностью стран с переходной экономикой стал значительный разрыв между гарантируемыми правами граждан на получение бесплатной медицинской помощи и их реальным финансированием. Этот разрыв был обусловлен, с одной стороны, сокращением государственного финансирования здравоохранения в кризисный начальный этап переходного периода, а с другой стороны, ростом потребностей в медицинской помощи вследствие развития новых медицинских и фармакологических технологий, повышения требований к условиям медицинского обслуживания (комфортности медицинских учреждений и т.п.), а также старения населения.

С началом экономических преобразований во всех постсоциалистических странах происходил экономический спад и сокращение государственных расходов, в том числе и на здравоохранение. Это повлекло увеличение расходов населения на медицинскую помощь, осуществляемых и в легальных и в теневых формах. С последующим экономическим ростом и увеличением расходов государства на здравоохранение, практики теневой оплаты медицинской помощи не исчезли, хотя и имеют разную степень развитости в различных странах.

Данные государственной статистики, как в России, так и в других странах, дают весьма неполную картину распространенности платежей

---

<sup>3</sup> *Robinson, 2001.*

населения за медицинскую помощь, фиксируя лишь общие объемы расходов населения на медицинские услуги и медикаменты, производимые в легальных формах. Выявление размеров и структуры теневых платежей, формальных и неформальных правил оплаты населением медицинской помощи требуют проведения специальных исследований, и такие исследования проводились почти во всех постсоциалистических странах<sup>4</sup>. Проанализируем выполненные работы с точки зрения определения их предмета, постановки задач и используемой методологии, а затем дадим обобщенную характеристику результатов этих исследований.

В работах, опубликованных в зарубежной и российской научной литературе, которые посвящены расходам населения на финансирование медицинских услуг в странах с переходной экономикой, предметом рассмотрения выступают:

- количественные характеристики расходов населения на получение медицинской помощи: общие размеры расходов, масштабы неформальной оплаты, доли этих платежей в расходах домохозяйств и т.п.;
- предмет формальных (легальных) и неформальных платежей (виды услуг, оплачиваемых формально и неформально);
- распространенность формальных и неформальных платежей за разные виды медицинских услуг;
- социально-экономические предпосылки и последствия участия населения в оплате медицинских услуг, предоставление которых финансируется государством;
- мотивы обращения к неформальной оплате медицинской помощи, которыми руководствуются медицинские работники и пациенты;
- доли неформальных платежей в доходах медицинских работников;
- правила осуществления неформальных платежей, способы поведения медицинских работников и потребителей на рынке медицинских услуг, их отношение к неформальным платежам.

### ***1.1.2. Что понимают под неформальными платежами?***

Часто исследования специально фокусируются на неформальных платежах населения за медицинскую помощь, что вполне понятно, так как государственная статистика их обычно не учитывает. Именно термин «неформальные платежи (informal payments)» употребляется чаще других в научных публикациях, посвященных экономическим условиям получения медицинской помощи населением в европейских странах. Реже, и в основном в публикациях авторов из СНГ, используются понятие «теневые платежи» (Клямкин, Тимофеев, 2000) или «коррупционные практики» (Mirzoev, 1999).

---

<sup>4</sup> См. обзор таких исследований, содержащийся в работах: Lewis, 2000,2002; Thompson, Xavier, 2002.

Я.Корнаи предложил понятие «благодарственные платежи (gratitude payments)» (Kornai, 2000).

Остановимся на содержании понятия «неформальные платежи» (далее – НП). Разные исследователи за рубежом определяют его схожим образом. Приведем в качестве примера определение М. Льюиса: это платежи медицинским институтам или индивидам деньгами или услугами вне официальных каналов или приобретение того, что должно быть гарантировано бесплатно (Lewis, 2001).

Понятие неформальные платежи не отождествляется с понятием незаконные платежи. Состав НП понимается достаточно широко. Зарубежные исследователи относят к числу НП не только деньги, непосредственно передаваемые медицинскому работнику пациентом или другими лицами от его имени или в его пользу, что выступает незаконными платежами, но и подарки, услуги, оказываемые медицинским работникам и медицинским организациям, что законом обычно не запрещается. К НП относят и расходы пациентов на приобретение лекарств и медицинских материалов для проведения амбулаторного или стационарного лечения, а также и расходы на питание, если действующее законодательство предусматривает, что такие расходы должно нести государство и бесплатно обеспечивать пациентов лекарствами и едой.

Важно подчеркнуть, что в нашей стране НП обычно понимают гораздо уже - как оплату деньгами, производимую «в руки» медицинским работникам. То есть, у нас НП обычно отождествляется с незаконными платежами. Отсюда и использование в качестве синонимов: теневые платежи, взятки.

### ***1.1.3. Задачи исследований***

Проведенные исследования расходов населения на медицинскую помощь неоднородны по решаемым задачам. Обобщая имеющиеся публикации, можно выделить следующий спектр задач, которые ставятся в таких исследованиях.

1. *Изучение распространенности и размеров формальных и неформальных платежей населения за медицинские услуги*. В качестве исследовательских задач выступают: определение доли населения/пациентов, прибегающих к легальной и неформальной оплате различных видов медицинских услуг; оценка средних размеров выплат разного вида, включая приобретение медикаментов, «деньги в конверте», подарки, оказание услуг медицинским работникам и т.п.<sup>5</sup>. Среди имеющихся исследований есть работы, как охватывающие одновременно разные возможные виды неформальных платежей, так и фокусирующиеся на отдельных их составляющих<sup>6</sup>.

2. *Оценка совокупных размеров частных расходов на здравоохранение*. Решаемые задачи состоят в построении макроэкономических оценок объемов

---

<sup>5</sup> Виды неформальных платежей в различных странах с переходной экономикой рассматриваются в работе Lewis, 2001.

<sup>6</sup> Например, в работе Thompson, Xavier, 2002 изучаются разные виды неформальных платежей в больницах в Казахстане. А предмет исследования Ensor, Savelyeva, 1998 в этой же стране ограничен только неофициальными платежами за медикаменты для лечения в больницах.

всех видов платежей населения за медицинскую помощь<sup>7</sup>, и их сравнении с размерами государственного (бюджетного и страхового) финансирования здравоохранения. Такие оценки очень важны для правильного понимания общей ситуации с распределением ответственности за охрану здоровья между государством и гражданами, и для разработки рекомендаций для социально-экономической политики. Источниками данных для расчетов служат как материалы государственной статистики<sup>8</sup>, так и результаты социологических исследований<sup>9</sup>.

3. *Анализ дифференциации расходов на медицинскую помощь для разных доходных групп населения.* Задачами анализа выступают абсолютные размеры и доли расходов на медицинские услуги в общих расходах домохозяйства, которые сравниваются друг с другом для групп, различающихся по уровню доходов. Такой анализ нередко проводится в рамках более общих по задачам исследований влияния переходной экономики на уровень жизни, бедность и социальную стратификацию<sup>10</sup>. В качестве источников данных используются результаты как масштабных обследований бюджетов домохозяйств<sup>11</sup>, так и специальных социологических опросов расходов населения на медицинскую помощь<sup>12 13</sup>.

4. *Оценка вклада неформальных платежей в доходы медицинских работников.* В отдельных исследованиях в число решаемых задач включается определение примерного соотношения размеров официальной заработной платы медицинских работников и доходов, получаемых ими непосредственно в руки от пациентов.

5. *Выявление причин использования практик неформальной оплаты медицинской помощи.* В ряде исследований проводится анализ мнений населения и медицинских работников о причинах обращения к неформальной

---

<sup>7</sup> Детальную классификацию источников финансирования в системе здравоохранения можно найти в рекомендациях *OECD, 2002*. Наиболее полная классификация источников финансирования здравоохранения в России представлена в работе *Беляева, 2001b*.

<sup>8</sup> Официальные данные о государственных и частных расходах на здравоохранение в европейских странах можно найти в *WHO, 2002*. Оценка совокупных расходов государства, юридических лиц, населения на здравоохранение в России по данным государственной статистики проводилась в рамках проекта построения национальной системы счетов здравоохранения (*Беляева, 2001b*).

<sup>9</sup> Например, оценка общего размера легальных и теневых расходов населения на медицинские услуги и лекарственные средства производилась *Шишкиным, 2000* на основе данных мониторинга расходов населения на медицинские нужды в 1997-1998 гг., проведенного Бостонским университетом и Институтом социальных исследований, Москва (см. *Бойков и др., 2000*). Оценка общего объема теневых выплат в российском здравоохранении производилась также по данным исследования Фонда ИНДЕМ в 1999-2000 гг. (Сатаров, 2002).

<sup>10</sup> См. например, *World Bank, 1998*.

<sup>11</sup> Данные бюджетных обследований Госкомстата России позволяют оценивать дифференциацию расходов на медицинские услуги и приобретение медикаментов по децильным доходным группам (*Госкомстат России, 2001a, 2002a*). Данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (*RLMS*) позволяют анализировать дифференциацию более широкого набора показателей по доходным группам.

<sup>12</sup> В качестве примера можно привести данные исследований, опубликованные в работах: *Беляева, 2001b; Бойков и др., 2000*.

<sup>13</sup> Обзор имеющихся публикаций о дифференциации расходов населения на медицинскую помощь в России содержится в работе *Shapiro, Besstremyannaya, 2002*.

оплате медицинской помощи<sup>14</sup>. Помимо эмпирических исследований, имеются также работы, содержащие теоретический анализ экономических факторов, определяющих практики неформальных платежей<sup>15</sup> и даже предлагающие теоретические экономико-математические модели таких платежей<sup>16</sup>.

6. *Исследование влияния неформальных платежей на доступность качество медицинской помощи.* Предметом анализа выступает взаимосвязь между размерами неформальных платежей и показателями, характеризующими результативность оказания медицинской помощи<sup>17</sup>.

7. *Анализ правил оплаты медицинской помощи.* В некоторых исследованиях уделяется внимание тому, что знают пациенты об экономических условиях получения медицинской помощи, как производится неформальная оплата услуг медицинских работников: до или после оказания услуг, каким образом устанавливается размер оплаты, и т.п.<sup>18</sup>.

8. *Изучение отношения медицинских работников и населения к существующим экономическим условиям получения медицинской помощи и перспективам их трансформации.* Исследовательскими задачами выступают выявление мнения населения об отношении к сложившейся практике оплаты медицинских услуг, бесплатное предоставление которых декларируется государством, и к развитию легальных форм такой оплаты. При этом проводятся опросы по выборке, репрезентирующей все население<sup>19</sup>, отдельные его категории (получателей определенных видов льгот)<sup>20</sup>, а также опросы пациентов отдельных медицинских учреждений<sup>21</sup> или застрахованных в отдельных страховых организациях<sup>22</sup>.

---

<sup>14</sup> Так, мнение работодателей, работников и членов домохозяйств Таджикистана о причинах, по которым медицинский персонал принимает деньги и подарки, анализируется в работе *Mirzoev, 1999*. В работе *СЕЕНН, 2002* рассматривается отношение населения Венгрии Польши, Румынии и Чехии к неформальным платежам за медицинскую помощь.

<sup>15</sup> Развернутый анализ причин неформальной оплаты медицинской помощи содержится, например, в работах: *Kornai, 2000; Shahriari et al., 2001*.

<sup>16</sup> *Ensor, Killingsworth, 1999*.

<sup>17</sup> Так, в исследовании неформальных платежей за стационарную помощь в Казахстане (*Thompson, Xavier, 2002*) изучалась взаимосвязь между их размерами и субъективными оценками и объективными индикаторами качества лечения в стационарах.

<sup>18</sup> Например, *Клямкин, Тимофеев, 2000* изучают вопросы существования правил игры на теневом рынке медицинских услуг в России. *Kutzin, et al., 2003* задавали пациентам, выписанным из больниц в различных регионах Киргизстана, вопросы о том, было ли пациентам заранее известно о необходимости оплаты, были ли им известны размеры официальной и неофициальной оплаты медицинской помощи, и в какой степени заплаченные суммы соответствовали первоначальным ожиданиям пациентов.

<sup>19</sup> Например, общенациональный опрос населения России, проведенные Центром социального прогнозирования и маркетинга в июле-августе 2000 года; его данные представлены в *Едином архиве социологических данных*.

<sup>20</sup> Возможность расширения участия в сооплате лекарств ряда категорий населения Москвы, получающих их бесплатно для амбулаторного лечения, была предметом исследования *Вассерман, 2001*.

<sup>21</sup> Примером может служить анкетный опрос врачей и пациентов в двух многопрофильных больницах Санкт-Петербурга о том, какие виды медицинской помощи должны предоставляться бесплатно, а какие должны быть платными (*Котова и др., 2001*)

<sup>22</sup> Так, ОАО «Росно» провело в 2000 г. в Москве, Санкт-Петербурге и Саратове опрос среди своих застрахованных об их готовности платить за медицинские услуги и об отношении к добровольному медицинскому страхованию.

## 1.2. Методы исследований

Для получения данных, необходимых для решения вышеуказанных задач, используются данные:

- собираемые государственной статистикой;
- фиксируемые в первичных документах медицинских и страховых организаций;
- получаемые в результате проведения:
  - анкетных социологических опросов;
  - глубинного интервьюирования;
  - фокус-групп;
  - и др.

Данные государственной статистики, в особенности в странах с переходной экономикой, содержат слишком мало информации об участии населения в оплате медицинской помощи, и эти данные носят весьма агрегированный характер<sup>23</sup>. Задачи оценивания общих размеров неформальных платежей населения за медицинскую помощь решаются методом экстраполяции на все население данных о размерах расходов на медицинскую помощь в подушевом выражении или в расчете на одно домохозяйство, которые выявляются с помощью социологических опросов домохозяйств. При этом принципиальное значение для достоверности получаемых оценок имеет корректный учет отличий социально-демографических и экономических характеристик респондентов в выборке от всего населения и соответствующая корректировка экстраполируемых данных. К сожалению, в отдельных работах, содержащих подобные оценки, не указываются методы выполненной экстраполяции.

Изучение документов организаций, предоставляющих и оплачивающих медицинскую помощь, позволяет получить информацию о фактической структуре и стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств добровольного медицинского страхования или предоставляемой пациентам за деньги, вносимые ими в кассу организации.

Объектами социологических опросов выступают:

- члены домохозяйств;
- пациенты или бывшие пациенты;
- медицинские работники;
- предприниматели;
- лица, работающие по найму.

Наиболее распространенным, традиционным методом исследования платежей населения является опрос членов домохозяйств, которым по формализованной анкете задаются вопросы о расходах, которые имели сами респонденты и/или все члены их домохозяйств на медицинскую помощь разных видов за определенные периоды времени. Такие опросы могут проводиться либо в рамках более широких по задачам исследований доходов и расходов

---

<sup>23</sup> Так, Госкомстат России публикует данные об объеме реализации в розничной торговле медикаментов и изделий медицинского назначения, а также об объеме платных медицинских услуг, оказанных населению.

населения<sup>24</sup>, либо посредством проведения специальных исследований, сфокусированных на тех или иных упоминавшихся выше задачах. При этом могут добавляться вопросы об оценке собственного здоровья<sup>25</sup>. Опросы проводятся по выборкам, репрезентирующим население всей страны, либо отдельных регионов, типов поселений, социально-демографических групп.

Часто используется метод анкетного опроса пациентов, уже пролеченных в определенных видах медицинских организаций<sup>26</sup>. Напротив, изучение мнений пациентов непосредственно во время лечения/пребывания в медицинском учреждении используются очень редко<sup>27</sup>, так как считается, что пациенты будут стремиться избегать правдивых ответов на вопросы, могущие ухудшить отношение к ним лечащих их медицинских работников.

При проведении анкетных опросов домохозяйств и пациентов в зависимости от исследовательских задач используется разная детализация видов формальных и неформальных платежей. Так, могут изучаться платежи разных видов за медицинские услуги в различных типах медицинских учреждений (см. табл. 1.1).

При изучении неформальных платежей в больницах в их составе чаще всего выделяют платежи в хирургических отделениях, оплату диагностических исследований, приобретение медикаментов. Может проводиться различие между платежами медицинским работникам и медицинским организациям. При этом рассматриваются как денежные платежи, так и неденежные формы благодарности медицинским работникам, в том числе подарки и услуги (см. табл. 1.2).

В исследованиях оплаты медицинских услуг в России, выполненных с помощью анкетных опросов населения, выделяются, как минимум четыре обобщенные группы расходов:

1. в больницах;
2. в поликлиниках;
3. за стоматологическое лечение;
4. на лекарства и медикаменты.

При этом разделяются официальная и неофициальная оплата медицинских услуг.

В некоторых исследованиях платежи за медицинскую помощь структурируются по форме собственности оказывающих ее организаций, а также выделяются платежи врачам, ведущим частную практику<sup>28</sup>. В отдельных работах рассматриваются расходы на лекарства, купленные по рецепту и без рецепта врача.

При анализе предмета платежей в медицинских учреждениях выделяют плату:

- врачам;

---

<sup>24</sup> См., например, *RLMS*.

<sup>25</sup> См., например, *Chawla et al., 1999*.

<sup>26</sup> См., например, *Ensor, Savelyeva, 1998; Kutzin et al., 2003; Thompson, Xavier, 2002*.

<sup>27</sup> *Ensor, Savelyeva, 1998* в исследовании неформальных платежей за медикаменты в Казахстане проводили опрос пациентов, как уже выписанных из больницы, так и тех, кто находился в больнице на лечении.

<sup>28</sup> См.: *Беляева, 2001a,b; Бойков и др. 1998, 2000*.



- медсестрам;
- за анализы;
- за обследование;
- за медикаменты;
- за белье и питание.

Пока всего лишь в одном российском исследовании выделены расходы на оплату визитов медицинских работников на дом<sup>29</sup>.

Таблица 1.1.

**Виды платежей за медицинские услуги, анализируемые в различных исследованиях**

Авторы исследований	Виды платежей
<i>Chawla, et al., 1999</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. в больнице</li> <li>2. за консультации врачей</li> <li>3. за визиты к стоматологам</li> <li>4. за тесты и анализы</li> <li>5. за реабилитационную терапию</li> </ol>
<i>Mirzoev, 1999</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. за то, чтобы положили в больницу или перевели в лучшую палату</li> <li>2. за операцию или другую медицинскую услугу</li> <li>3. за лекарства</li> <li>4. за лечение у более квалифицированного специалиста</li> <li>5. для ускорения приема у врача</li> </ol>
<i>Kornai, 2000</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. за рентген</li> <li>2. за измерение кровяного давления</li> <li>3. за инъекции</li> <li>4. за радиотерапевтическое лечение</li> <li>5. за курс физиотерапии</li> <li>6. за гинекологическое обследование в специализированной клинике</li> <li>7. за терапевтический массаж</li> <li>8. за обязательную профилактическую прививку ребенку на дому</li> <li>9. за регулярные посещения педиатра или семейного врача на дому</li> <li>10. за вызов дежурного врача на дом ночью</li> <li>11. за хирургическую операцию</li> <li>12. за прием родов</li> </ol>
<i>Lewis, 2001</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. в больнице</li> <li>2. врачам</li> <li>3. медсестрам и медперсоналу</li> <li>4. за тесты и анализы</li> </ol>
<i>CEEHN, 2002</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. за первичную помощь</li> <li>2. в стационарах</li> <li>3. в клиниках</li> <li>4. за скорую помощь</li> <li>5. за лабораторные исследования и анализы</li> <li>6. за стоматологические услуги</li> <li>7. за другое</li> </ol>

<sup>29</sup> RLMS.

Таблица 1.2.

**Классификации легальных и неформальных видов платежей в стационарах, используемые в различных исследованиях**

Авторы исследований	Виды платежей
<i>Ensor, Savelyeva, 1998</i>	Врачам А. Денежные Подарок Благодарность за качество Благодарность за скорость Требуемая сумма Б. Неденежные Подарок Бартер Медицинским организациям А. Денежные Требуемая сумма, тариф Для ускорения лечения Б. Неденежные Самостоятельно приобретенные лекарства Питание за свой счет Предоставление сестринских услуг Приобретение других материалов
<i>Thompson, Xavier, 2002</i>	Денежные и неденежные платежи 1. в приемном отделении 2. в хирургическом отделении 3. за медикаменты 4. за анализы
<i>СЕЕНН, 2002</i>	1. за то, чтобы положили в больницу 2. за консультации 3. за лечение 4. за лекарства 5. прочие услуги (официальные платежи за перевозку, питание; неофициальные платежи за осмотр, протезирование, медикаменты и медицинские материалы).
<i>Falkingham, 2001</i>	1. за питание 2. за лекарства 3. за другие материалы 4. официальные платежи в больнице 5. за лабораторные анализы
<i>Kutzin et al., 2003</i>	1. за лекарства, материалы 2. за белье, питание 3. подарки – благодарность 4. платежи медицинским работникам

Нередко объектом опросов на основе формализованных анкет выступают сами медицинские работники<sup>30</sup>. В этом случае вопросы касаются распространенности неформальных платежей, факторов, влияющих на размеры получаемой ими благодарности от пациентов, и др.

<sup>30</sup> Так, *Kornai, 2000* использовал детализированное устное интервью с врачами, проводимое интервьюерами на основе подготовленной анкеты.

Относительно реже анкетных опросов используются методы качественного глубинного интервьюирования медицинских работников<sup>31</sup>, пациентов, работников предприятий других отраслей<sup>32</sup>, иных категорий населения<sup>33</sup>. Однако именно эти методы в наибольшей мере пригодны для анализа институциональных компонентов проблематики оплаты медицинской помощи населением.

В последнее время получают распространение применение метода фокус-групп и сочетание в рамках одного исследования сразу нескольких методов получения информации, дополняющих друг друга<sup>34</sup>.

### **1.3. Что мы знаем об участии населения в оплате медицинской помощи**

#### **1.3.1. Распространенность неформальной оплаты населением медицинской помощи**

Доля потребителей медицинской помощи, прибегающих к оплате услуг и лекарств, которые должны предоставляться бесплатно, достаточно высока и в России, и в других странах с переходной экономикой. Наиболее полный обзор результатов исследований о распространенности неформальных платежей за медицинскую помощь в постсоциалистических странах содержится в работе *Lewis, 2000*. Развернутый обзор исследований на эту тему дается также в работе *Thompson, Xavier, 2002*. Согласно приводимым данным (см. табл. 1.3), неформальные платежи присутствуют во всех этих странах. В Закавказье и Средней Азии доля пациентов, платящих за свое лечение подарками или деньгами непосредственно врачам, превышает 50% и достигает в отдельных странах 91%. В центральноевропейских странах, за исключением Словакии<sup>35</sup>, эта доля составляет в последнее время не более 20%. Наименьшее значение данного показателя зафиксировано для Чехии – 5%. Это напрямую связывается с высоким по сравнению с другими рассматриваемыми странами уровнем государственного финансирования здравоохранения<sup>36</sup>.

<sup>31</sup> См, например, *Shahriari et al., 2001*.

<sup>32</sup> См, например, *Mirzoev, 1999*.

<sup>33</sup> Можно указать на исследование теневого рынка медицинских услуг в России, проведенное методом качественных углубленных интервью об опыте неформальной оплаты медицинской помощи с отдельными предпринимателями, лицами, желающими заняться собственным бизнесом, и лицами, не желающими иметь собственный бизнес (*Клямкин, Тимофеев, 2000*).

<sup>34</sup> См., например, исследование неформальных платежей за медицинскую помощь в Польше, осуществленное с помощью глубинных интервью с медицинскими работниками и пациентами, а также проведения фокус-группы с пациентами, не участвовавшими в интервьюировании (*Shahriari et al., 2001*). *Kornai, 2000* наряду с опросом индивидов опрашивает также и медицинских работников. Для анализа мнений врачей и пациентов об этих платежах используются симметричные вопросы. Такой же метод применяется и в работе *Котовой, и др., 2001* при анализе отношения населения и врачей к возможному переходу к платным услугам в здравоохранении.

<sup>35</sup> В Словакии 30% пациентов стационаров в 1999 г. прибегали к НП (*Murthy, Mossialos, 2003*.)

<sup>36</sup> В 1997 г. государственное финансирование здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы и СНГ составляло в среднем 4,2% ВВП, а в Чехии - 6,6% ВВП (*Preker et al., 2001*).

Таблица 1.3.

**Доля случаев неформальной оплаты среди обращений за  
медицинской помощью, в %**

Страна	Год проведения исследования	Лечение амбулаторно или в стационарах	Лечение амбулаторно	Лечение в стационарах
Албания	1996 2000	22	-	87
Армения	1999	-	-	91
Болгария	1997	21	-	-
Венгрия	2001	11	-	-
Киргизия	1994 1996	75	69	86
Латвия	2000	31	-	-
Молдавия	1999	70	-	-
Польша	1997 1998 2001	46 18		78
Румыния	1998	-	62	-
Словакия	1999	60	-	-
Таджикистан	1999	-	66	-
Туркменистан	1998	50	-	-
Чехия	2001	5	-	-

Источники: Lewis, 2000, pp. 17-18; Thompson, Xavier, 2002; CEEHN, 2002; WHO, 2002a.

В странах со средним и низким уровнем экономического развития доля пациентов, оплачивающих получение медицинской помощи, высока, поскольку государственные гарантии в них гораздо меньше, чем в странах с переходной и развитой экономикой. При этом практики неформальных платежей в одних странах весьма незначительны (Парагвай – 9% пациентов, Перу – 3%, Таиланд – 2%), а в других – весьма распространены (Боливия – 38%, Гана – 26% Индонезия – 42%)<sup>37</sup>. Интересно, что, например, в соседних странах, но с разными по типу культурами – Индии и Пакистане показатели распространенности неформальных платежей среди пациентов стационаров диаметрально противоположны: 25 и 96 % соответственно<sup>38</sup>. В большинстве стран с развитой рыночной экономикой неформальная оплата медицинских услуг отсутствует<sup>39</sup>.

В России проведен уже целый ряд исследований, позволяющих оценить масштабы распространенности практик оплаты медицинской помощи населением. Долю населения, прибегающего к оплате (легальной и неформальной) медицинских услуг, можно представить по данным опроса ВЦИОМ 2000 г.: она превышает 50%<sup>40</sup> (см. таблицу 1.4).

<sup>37</sup> Lewis, 2002.

<sup>38</sup> Там же.

<sup>39</sup> Lewis, 2001.

<sup>40</sup> Рассчитано по данным опроса ВЦИОМ, проведенного в январе 2000 года; исходные данные предоставлены из Единого архива социологических данных.

Таблица 1.4.

**Распределение ответов на вопрос о расходах семьи на платные медицинские услуги за последние 12 месяцев, по данным опроса ВЦИОМ в 2000 г.**

<b>Варианты ответов</b>	<b>Доля ответивших респондентов, в % от общего числа</b>
Ни у кого нет потребности в медицинских услугах	5,9
Да, расходовали	50,9
Нет, не расходовали	41,2
Затрудняюсь ответить	2,1

Источник: *Единый архив социологических данных.*

Таблица 1.5.

**Распределение ответов на вопрос о частоте оплаты услуг врачей и медицинского персонала в государственной больнице или поликлинике, в % от числа респондентов**

<b>Варианты ответов</b>	<b>Население в целом</b>	<b>Предприниматели</b>
Каждый раз	8	14
В большей части случаев	15	16
Иногда	27	32
Никогда	42	30
Отказ от ответа	3	6
Затрудняюсь ответить	6	3

Источник: *Клямкин, Тимофеев, 2000, с. 219*

Таблица 1.6.

## Доля пациентов, плативших за получение медицинской помощи, в %

Название исследования или организации	Место и год проведения	Размер выборки	Амбулаторно-поликлиническая помощь	Диагностические исследования	Стоматологическая помощь	Стационарная помощь
Институт социальных исследований (Москва) и Центр международного здравоохранения Бостонского университета	Общероссийская выборка, 1997	3000 домохозяйств	30	-	-	71
ИСЭПН РАН	Таганрог, 1998		22	-	-	60
Кемеровский государственный университет	Кемерово, 1998		18-38	45	84	51
ВЦИОМ	Общероссийская выборка, 1999	1600 человек	4-20	44	80	34-37
Фонд «Российское здравоохранение»	Новгородская область, 2000	1061 человек, 450 домохозяйств	24	-	59	46
Фонд Российское здравоохранение»	Новгородская область, 2001	1061 человек, 450 домохозяйств	18	-	-	94
Фонд «ИНДЕМ»	Общероссийская выборка, 1999-2001	2017 человек	34	-	-	-
РМЭЗ, 2001	Общероссийская выборка, 2001 (9 раунд)	4006 домохозяйств, 10976 человек	10	21	-	15
Центр экономико-социальных исследований	Белгородская, Вологодская, Самарская, Челябинская области, Хабаровский край, Республика Чувашия, 2000-2001	562 человека	41	36	-	48
ОАО «РОСНО»	Москва, Санкт-Петербург, Саратов, 2000	10000 человек	81	-	-	-
СПбГУ Центр исследования проблем	Санкт-Петербург, октябрь 2002	1502 человека	12*	34	29	18*

государственного и муниципального управления						
--	--	--	--	--	--	--

\* -только услуги врачей

Источники: Баранов, Скляр, 2003; Климкин, Зайцева, 2001; Кулибакин, 1998; Морозова и др. 2000; Сатаров, 2002; Сидорина, Сергеев, 2001; [www.cpc.unc.edu/rfms/](http://www.cpc.unc.edu/rfms/); расчеты авторов по данным Института социальных исследований (Москва), ИСЭПН РАН.

Более детальные данные о частоте использования населением в целом и отдельно предпринимателями практик оплаты медицинской помощи при лечении в государственных медицинских учреждениях получены в исследовании, проведенном И.Клямкиным и Л.Тимофеевым<sup>41</sup> по всероссийской выборке (см. таблицу 1.5).

Сопоставимые друг с другом данные других исследований приведены в таблице 1.6. Сравнивая эти показатели с другими странами (табл. 1.3), можно видеть, что Россия занимает промежуточное положение между странами Центральной Европы, с одной стороны, и странами Закавказья и Средней Азии – с другой, по распространенности практик оплаты медицинской помощи населением.

Интересно отметить существенное расхождение оценок, получаемых в специальных исследованиях, посвященных этой проблематике, и оценок, полученных в рамках Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ)<sup>42</sup>. В специализированных исследованиях респондентов спрашивают только о расходах на здравоохранение, а в РМЭЗ – о всех видах расходов домохозяйств. Вышеуказанные результаты всех специализированных исследований в целом неплохо согласуются друг с другом и намного превышают результаты РМЭЗ. Можно выдвинуть ряд гипотез для объяснения наблюдаемого расхождения.

Первая гипотеза состоит в том, что в лонгитюдных исследованиях бюджетов домохозяйств (к этому типу относится РМЭЗ), в панельной выборке происходит вымывание домохозяйств с более высокими доходами и их замещение домохозяйствами с более низкими доходами, которых легче удержать в качестве респондентов в течение ряда лет. В таких исследованиях приоритет отдается сохранению социально-демографической и образовательной структур респондентов. Соответственно выборка смещается в пользу более бедных домохозяйств, что и находит отражение в более низких фиксируемых показателях их участия в оплате медицинской помощи.

Вторая гипотеза заключается в том, что, наоборот, в специализированных исследованиях систематически происходит смещение выборки в пользу респондентов, имеющих опыт оплаты медицинской помощи.

Третья гипотеза: при проведении обследования всего бюджета домохозяйств респонденты систематически занижают свои реальные доходы и соответственно не показывают, «забывают» часть своих расходов, поскольку при заполнении анкеты доходы должны совпасть с расходами и сбережениями.

К сожалению, мы не располагаем какими либо фактами, позволяющими проверить эти гипотезы. Поэтому ограничимся констатацией систематических

<sup>41</sup> Клямкин, Тимофеев, 2000, с. 219

<sup>42</sup> См.: RLMS.

различий результатов, получаемых в разных по типу исследованиях. В целом же, несмотря на эти различия, правомерен вывод, что оплата населением медицинской помощи, бесплатное предоставление которой декларируется государством, приобрела в нашей стране значительные масштабы, хотя еще и не стала повсеместным условием получения нужной медицинской помощи.

Данные исследований показывают, что степень участия пациентов в оплате медицинской помощи существенно различается в зависимости от типа помощи (она наиболее распространена при оказании стоматологических услуг и наименее – при амбулаторном лечении – см. табл. 1.6). Наблюдаются и существенные различия в оплате разных видов медицинских услуг. Наиболее часто из кармана пациентов оплачиваются услуги гинекологов, наименее – педиатров (*Kornai, 2000*).

### **1.3.2. Распространенность неформальных платежей в здравоохранении по сравнению с другими секторами экономики**

В некоторых исследованиях проводилось сравнение распространенности практик неформальной оплаты в различных сегментах общества. Так, в Киргизии, по мнению предпринимателей, здравоохранение занимает четвертое место в ряду сфер, где наиболее развиты теневые платежи, после таможни, образования и автоинспекции (*Mirzoev, 1999*). Домохозяйства же ставят неформальные платежи в здравоохранении на второе место, сразу после образования. В Турции домохозяйства оценивают коррупцию в государственных больницах в 5,6 баллов по десятибалльной шкале, помещая выше таможню – 7,6 и полицию – 6,1 (*WHO, 2002c*). Предприниматели располагают эти сферы в том же порядке, но с несколько меньшими баллами: уровень коррупции в университетах – 2,5, в государственных больницах 4,9, в полиции – 5,7, на таможне – 7,7.

Для России подобные результаты были получены в ряде исследований. *Клямкин, Тимофеев, 2000* приводят косвенные данные о частоте неформальных практик в различных общественных институтах. При ответе на вопрос о работниках различных общественных учреждений, с которыми ассоциируются такие проявления теневой экономики, как вымогательство, поборы, уклонение от налогов, респонденты из выборки, репрезентирующей все население, ставят работников здравоохранения на 7 место; на 1-ом и 2-ом месте стоят работники милиции и владельцы крупных предприятий, банкиры. Предприниматели же ставят работников здравоохранения на 10 место.

Согласно опросу населения, проведенному Фондом ИНДЕМ в 1999-2001 гг. по выборке, репрезентирующей население страны (*Сатаров, 2002*), респонденты поставили на 7 рейтинговую позицию попадание и обслуживание в больницах, как проблему, которую они решают с помощью неформальных выплат, вслед за такими практиками как: урегулирование ситуации с автоинспекцией (1 позиция), поступление в вуз (2 позиция), призыв на военную службу (3 позиция), ремонт жилья, получение жилплощади и помощь в милиции (4,5, 6, - соответственно). Лечение в поликлиниках в этом ряду занимало 11 позицию, а возможность сделать серьезную операцию - 9 позицию. В то же время доля взяток, выплачиваемых за лечение в поликлинике и за



попадание в больницу, занимает 2 и 3 места в общей структуре всех взяток, когда речь идет о бытовой коррупции, уступая только возможности поступления в вуз.

### **1.3.3. Масштабы расходов населения на оплату медицинской помощи**

Данные государственной статистики и социологических опросов населения используются для построения оценок расходов населения на оплату медицинской помощи. Межстрановой анализ данных государственной статистики показывает наличие тенденции к уменьшению доли частных расходов в совокупных расходах на здравоохранение с ростом подушевого ВВП (см. табл. 1.7).

На основе данных социологических опросов населения предпринимаются отдельные попытки построения оценок совокупных, легальных и неформальных, расходов населения на оплату медицинской помощи. При всей естественной уязвимости методологии таких экстраполяционных расчетов, получаемые оценки могут служить индикаторами весомости доли расходов на здравоохранение, которая приходится на бюджеты домохозяйств.

*Таблица 1.7.*

#### **Расходы на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы в 1997 г.**

<b>Страна</b>	<b>ВВП на душу населения в тыс. долл. США по паритету покупательной способности</b>	<b>Общие расходы на здравоохранение в % ВВП</b>	<b>Доля частных расходов на здравоохранение в общих расходах</b>
Словения	14,0	7,6	10,5
Чехия	12,9	7,2	8,3
Венгрия	9,9	7,1	18,3
Эстония	7,5	5,7	32,1
Польша	7,4	5,5	23,8
Россия	7,0	5,2	23,1
Румыния	6,2	4,2	30,0
Латвия	5,6	4,5	22,6
Казахстан	4,5	4,1	32,5

Источник: *Preker et al., 2001.*

Так, по оценке, рассчитанной на основе данных мониторингового исследования расходов населения России на медицинскую помощь в 1997-1998 гг., соотношение расходов населения и государства составило в 1997 г. 35 к 65 и в 1998 г. - 45 к 55 (*Шмикин, 2000*). При этом неформальная оплата услуг медицинских работников, производимая «в руки», оценивалась в размере 24% от расходов населения на медицинские услуги в 1997 г. и 21% в 1998 г..

Данные имеющихся исследований дают представление о том, какое место расходы на медицинскую помощь занимают в бюджетах домохозяйств в разных странах (см. табл. 1.8). Обращает на себя внимание, что в странах Закавказья и Средней Азии затраты пациентов, в особенности на стационарное лечение, становятся очень тяжелым бременем для семейных бюджетов.

Таблица 1.8.

**Доля расходов на медицинские услуги и лекарства в среднемесячных доходах людей, обратившихся за медицинской помощью в странах с переходной экономикой, в %**

Страна	Год проведения исследования	Всего	В том числе		
			Больничные услуги	Амбулаторно-поликлинические услуги	Лекарства
Албания	1996	9,1	29,5	4,5	4,8
Армения	1999	-	266,6	7,6	-
Болгария	1997	4,4	11,0	2,9	5,8
Греция	1990	6,0	-	-	-
Грузия	1997	20,4	44,3	10,3	12,3
Казахстан	1996	-	52,4	5,9	11,2
Киргизия	1997	53,7	-	-	28,6
Польша	1994	-	24,0	1,0	9,7
Румыния	1997	4,1	11,7	3,6	*
Таджикистан	1999	-	534,5	60,6	-

Источник: Lewis, 2000; WHO, 1996.

Для России соответствующие показатели, полученные в разных исследованиях, приведены в таблице 1.9. Данные об абсолютных размерах затрат домохозяйств на медицинскую помощь даны в таблице 1.10. Здесь, как и выше, следует обратить внимание на существенные расхождения результатов специализированных исследований и бюджетных обследований, проводимых Госкомстатом России и РМЭЗ. Согласно бюджетным обследованиям, российские домохозяйства тратят на здравоохранение примерно такую же долю своих доходов, как и домохозяйства Болгарии и Румынии – немногим более 4%. В специализированных исследованиях этот показатель получается существенно выше – 8-16%, что однако меньше, чем в закавказских и среднеазиатских странах.

Таблица 1.9.

**Доля расходов на медицинские услуги и лекарства в среднемесячных доходах домохозяйств в России, в %**

Исследования	Всего	В том числе				
		Лекарства	Стоматологические услуги	Больничные услуги	Амбулаторно-поликлинические услуги	Услуги частнопрактикующих врачей
Институт социальных исследований (Москва) и Центр международного здравоохранения Бостонского университета, 1997	13,9	7,4	2,4	2,6	1,3	0,2
Институт социальных исследований (Москва) и Центр международного здравоохранения Бостонского университета, 1998	16,2	8,6	3,2	2,6	1,5	0,3
РМЭЗ, раунд 8, 1998-1999	4,8	3,5	-	-	-	-
РМЭЗ, раунд 9, 2000	4,4	3,0	0,6	0,5	0,3	-
Госкомстат РФ, 2000	4,2	3,4	-	-	-	-
Фонд «Российское Здравоохранение» 2001, Новгородская область	8,7	6,1	1,2	0,2	0,5	0,7

Источник: *Shapiro, Besstremyannaya, 2002.*

Таблица 1.10.

**Номинальные расходы на медицинские услуги в России, рублей в месяц**

Исследования	Всего	В том числе				
		Лекарства	Стоматологические услуги	Больничные услуги	Амбулаторно-поликлинические услуги	Услуги частнопрактикующих врачей
Институт социальных исследований (Москва) и Центр международного здравоохранения Бостонского университета, 1997*	232,9	123,5	40,6	43,6	21,7	3,5

Институт социальных исследований (Москва) и Центр международного здравоохранения Бостонского университета, 1998	300,0	160,1	59,4	48,8	27,0	4,7
РМЭЗ, раунд 8, 1998-1999	74,1	55,2	-	-	-	-
РМЭЗ, раунд 9, 2000	148,9	103,3	20,5	15,3	9,7	-
Госкомстат РФ, 2000	151,2	122,7	-	-	-	-
Фонд «Российское здравоохранение» 2001, Новгородская область	215,8	151,2	41,6	5,3	12,5	18,1

\* тысяч неденоминированных руб.

Источник: *Shapiro, Besstremyannaya, 2002.*

#### **1.3.4. Дифференциация расходов на медицинскую помощь по социальным группам**

Исследования показывают наличие существенных различий между группами населения с низкими и высокими уровнями дохода по показателю доли расходов на медицинскую помощь в бюджетах домохозяйств. Если сравнить крайние квинтильные группы (самых бедных и самых богатых), то по данным Госкомстата России за 2002 г., бедные (первая квинтильная группа) вынуждены тратить на медикаменты 4,1% своих расходов против 3,2% у богатых (пятая квинтильная группа)<sup>43</sup>. В то же время доля расходов на медицинские услуги у самой богатой части населения (1,0%) в пять раз превышает аналогичный показатель у беднейшей группы населения (0,2%). Более подробная информация о дифференциации доходов домохозяйств и их расходов на здравоохранение представлена в таблицах 1.11 и 1.12.

Как следует из вышеприведенных данных, дифференциация домохозяйств по доходам выше, чем дифференциация по расходам на медицинскую помощь, что свидетельствует о более высокой доле расходов на лечение в бюджете низкодоходных групп по сравнению с высокодоходными. Соответствующие показатели представлены в таблице 1.13.

Если сравнить выводы разных исследований о корреляции частоты неформальных платежей и дохода домохозяйств, то они неоднозначны. *Kornai, 2000* не обнаруживает статистической зависимости между доходом домохозяйств в Венгрии и частотой благодарности «в конверте», тогда как *Mirzoev, 1999* отмечает обратную корреляцию дохода домохозяйств в Таджикистане и частоты всех видов неформальных платежей.

<sup>43</sup> *Госкомстат РФ, 2003а.*

Таблица 1.11.

**Распределение доходов населения по квинтильным доходным группам в выборках разных исследований, в %**

Доходные группы	Институт социальных исследований (Москва) и Центр международного здравоохранения Бостонского университета, 1998	Фонд «Российское здравоохранение», 2000, Новгородская область	РМЭЗ, 1998	РМЭЗ, 2000	Госкомстат РФ, 2000
Всего доходов, в том числе	100	100	100	100	100
Группа 1 (с самым низким доходом)	4,9	8,2	3,9	3,9	8,3
Группа 2	8,9	14,0	8,0	7,7	12,3
Группа 3	13,7	17,5	12,7	12,7	17,6
Группа 4	21,6	20,4	20,7	21,3	26,3
Группа 5 (с самым высоким доходом)	50,9	40,0	54,7	54,3	35,5

Источник: Shapiro, Besstremyannaya, 2002.

Таблица 1.12.

**Распределение расходов населения на медицинскую помощь по квинтильным доходным группам, полученные в разных исследованиях, в %**

Доходные группы	Институт социальных исследований (Москва) и Центр международного здравоохранения Бостонского университета, 1998	Фонд «Российское здравоохранение», 2000, Новгородская область	РМЭЗ, 1998	РМЭЗ, 2000	Госкомстат РФ, 2000
Всего расходов, в том числе	100	100	100	100	100
Группа 1 (с самым низким доходом)	9,3	10,1	9,9	10,4	9,1
Группа 2	12,4	8,9	13,9	15,7	12,8
Группа 3	17,1	8,8	17,1	18,7	18,6
Группа 4	23,4	27,1	24,8	22,3	24,3
Группа 5 (с самым высоким доходом)	37,8	45,1	34,3	32,9	35,2

Источник: Shapiro, Besstremyannaya, 2002.

Таблица 1.13.

**Доля расходов на медицинскую помощь  
в общих доходах домохозяйств, в %**

Доходные группы	Институт социальных исследований (Москва) и Центр международного здравоохранения Бостонского университета, 1997	Институт социальных исследований (Москва) и Центр международного здравоохранения Бостонского университета, 1998	Фонд «Российское здравоохранение», 2000, Новгородская область	РМЭЗ, 1998	РМЭЗ, 2000	Госкомстат РФ, 2000
Всего расходов, в том числе	100	100	100	100	100	100
Группа 1 (с самым низким доходом)	27,3	31,7	7,0	12,0	11,6	4,6
Группа 2	20,0	22,1	3,6	8,3	8,9	4,4
Группа 3	18,0	20,0	2,9	6,4	6,5	4,4
Группа 4	15,1	17,3	7,5	5,7	4,6	3,8
Группа 5 (с самым высоким доходом)	9,3	11,9	6,4	3,0	2,7	4,1

Источник: *Shapiro, Besstremyannaya, 2002.*

Связи между показателями распространенности НП, а также их размерами и характеристиками социально-экономического положения членов домохозяйств (уровнем образования, местом жительства) выявлены для одних стран и не выявлены для других<sup>44</sup>. Аналогично обстоит дело с корреляцией между размерами формальных и неформальных платежей домохозяйств за медицинскую помощь. В Чехии такая корреляция выявлена (*СЕЕНН, 2002*); в исследованиях в других странах ее наличия не отмечалось.

### 1.3.5. Причины неформальных платежей

В исследованиях расходов населения на медицинскую помощь большое внимание уделяется анализу причин, порождающих оплату услуг, которые согласно государственным гарантиям должны предоставляться гражданам бесплатно. Анализ, проводимый многими авторами, свидетельствует о

<sup>44</sup> В работе *СЕЕНН, 2002* найдены следующие зависимости общих платежей домохозяйств, отдельно неофициальных платежей и социально-экономических характеристик домохозяйств: В Чехии общие платежи за медицинские услуги не связаны с уровнем образования домохозяйств. В Венгрии отсутствует корреляция между обращаемостью за медицинскими услугами, социально-экономическими характеристиками домохозяйства и общими платежами за медицинские услуги. В Польше наблюдается статистически значимая зависимость между общими платежами за медицинские услуги и уровнем образования и социально-экономическим статусом пациентов. Однако в другом исследовании не выявлено зависимости размеров НП от социального статуса (*Shahriari, et al., 2001*).

многообразии этих причин. К их числу относят прежде всего социально-экономические и культурные факторы функционирования систем здравоохранения<sup>45</sup>:

- низкую заработную плату медицинских работников<sup>46</sup>;
- дисбалансы в системе здравоохранения между государственными гарантиями оказания медицинской помощи и имеющимися ресурсами для их выполнения, между врачебной этикой и реальными экономическими интересами медицинских работников, порожденные недостаточным государственным финансированием здравоохранения и неэффективным использованием имеющихся средств;
- недостаток информации о финансировании деятельности медицинских организаций; незнание пациентами своих прав на получение конкретных видов медицинской помощи;
- недостаток предложения медицинских услуг в частном секторе, сужающий выбор состоятельных людей пределами государственного сектора<sup>47</sup>;
- распространенность представлений о необходимости для пациентов платить медицинским работникам за качественное лечение; восприятие получения качественного медицинского обслуживания не как права каждого гражданина, платящего налоги, из которых финансируется здравоохранение, а как блага, предоставляемого благодаря личным связям или оплате; в публикациях о НП в странах Центральной и Восточной Европы отмечается, что они стали составной частью традиций получения медицинской помощи, сложившихся в период социализма.

В числе причин НП отмечается и использование этих институтов по инициативе самих пациентов. При этом мотивами обращения к НП являются:

- стремление гарантировать получение желаемых медицинских услуг или лечение в желаемом медицинском учреждении;
- стремление получить качественное лечение; НП рассматривается как гарантия получения специального или просто лучшего по качеству лечения чем то, на которое можно рассчитывать, ничего не платя медицинским работникам;
- предоплата возможного лечения в будущем; желание инвестировать в будущие отношения с медицинским работником, персонализировать их,

---

<sup>45</sup> *CEEHN, 2002; Murthy, Mossialos, 2003; Shahriari et al., 2001.*

<sup>46</sup> Согласно *Kornai, 2000*, 54,4% венгерских врачей полностью (27,5% частично) согласны, что до тех пор, пока правительство не будет платить врачам соответствующую зарплату, практика материального поощрения будет сохраняться (среди пациентов доли полностью и частично согласных составляют соответственно 39,1% и 28,4%). На утверждение о том, что существование института благодарения врачей свидетельствует о сложившемся в обществе мнении о недостаточной оплате работы врачей, полностью или частично согласны 72,6 % и 17,5% врачей и 41,6% и 28,1% пациентов.

<sup>47</sup> Исследования, проведенные в Литве, показывают, что масштабы НП сокращаются с ростом числа частных медицинских практик (*EC, 2002*).

сделать доверительными, и тем самым гарантировать его внимание при обращении к нему в будущем;

- желание получить дополнительные услуги;
- желание избежать очереди на получение нужных услуг, сократить время ожидания их получения;
- выражение благодарности, признательности медицинским работникам за их усилия.

Например, в Казахстане респонденты социологического опроса указали следующие причины НП: ожидание более качественного лечения - 47%, получение хороших данных о медосмотре для предоставления на работу – 30%, получение больничного листа без медицинских показаний – 12% (*Ensor, Savelyeva, 1998*). По данным обследования в Албании в 2000 г., в качестве причин неформальной оплаты услуг врачей и медицинских сестер в больницах респонденты указывают, что они необходимы как гарантия должного лечения, а в некоторых случаях без них вообще невозможно получить лечение.

При обсуждении причин НП отмечается отсутствие серьезной заинтересованности субъектов системы здравоохранения в приостановлении практик НП, поскольку большинство из этих субъектов имеют те или иные выгоды от этих практик (*Kornai, 2000; Shahriari, et al., 2001*). А пациенты, которые могут себе это позволить, предпочитают платить за более быстрое и качественное лечение, за лучшее оборудование и условия госпитализации, чем получать стандартное бесплатное лечение. Страдает от НП по преимуществу лишь беднейшая часть общества, которая не имеет средств для оплаты своего лечения.

### ***1.3.6. Экономическое содержание неформальных платежей***

Наличие многих причин существования НП объясняет множественность характеристик экономического содержания НП. Три типа таких характеристик обсуждаются в работе *Kornai, 2000*: дополнительная часть заработной платы, рента, взятка.

НП могут рассматриваться, как *дополнительная часть заработной платы*, аналогичная чаевым, которые даются официантам, таксистам, и т.п. Клиенты, платя в руки тем, кто их обслуживает, делают это потому, что так принято, и рассматривают чаевые как необходимый элемент оплаты получаемых услуг. Работодатели, устанавливая размер оплаты нанимаемым ими работникам таких профессий, заранее учитывают, что те будут регулярно получать чаевые от клиентов в дополнение к основной заработной плате. В этом смысле, государство, устанавливающее низкую заработную плату медицинским работникам, является таким работодателем, рассчитывающим на неизбежную благодарность им со стороны больных в форме денег или продуктов. А неформальные платежи выступают компенсацией медицинским работникам того, что им недоплачивает государство.

НП могут квалифицироваться как *взятки*, даваемые пациентами медицинским работникам, чтобы получить нужные услуги, являющиеся



дефицитными: быть принятым врачом, пройти диагностическое исследование или быть госпитализированным, избежав долгого ожидания в очереди, занять лучшее место в переполненной больнице, или попасть к желаемому, а не назначенному лечащему врачу, и т.п.

НП предстают как *рента*, если рассматривать их как обусловленные поведением самих медицинских работников, которые используют свои возможности распоряжаться ограниченными благами (направление на исследование, госпитализация в больницу, где проводят лечение по уникальной технологии, помещение в лучшую палату и т.д.) и предоставлять их конкретным потребителям, при условии, что они за это платят.

В работе *Ensor, 2004* предложена несколько иная типология НП:

1. НП в качестве *дополнения к стоимости лечения*; это платежи, обусловленные недостаточным финансированием гарантируемого государством медицинского обслуживания;
2. НП как *результат использования* производителем медицинских услуг *своей власти и особого положения на рынке* по отношению к пациенту; это платежи, обусловленные монопольным или близким к монопольному положением производителя медицинских услуг по отношению к пациенту и информационной асимметрией между ними;
3. НП как *оплата дополнительных услуг*; это платежи за медицинские и другие услуги (например, более комфортные условия пребывания в больнице) более высокого качества по сравнению с тем, что гарантируется государством.

При анализе НП в России *Клямкин, Тимофеев, 2000* настаивают на том, что такие платежи неправильно считать формой незаконных поборов, коррупцией. Это специфическая «форма кооперации между нищей медициной и нищим населением в попытках сохранить хоть какие-то возможности лечиться и лечить больных». Но эти высказывания авторов было бы неправильно рассматривать как полное отрицание существования НП как ренты и взятки. Противопоставляя указанные трактовки НП, авторы привлекали внимание к обстоятельству, что в России в 90-е годы НП следовало прежде всего рассматривать как необходимую форму возмещения пациентами, вместо государства, затрат труда медицинских работников.

Разумеется, представленные типологии НП являются теоретическими абстракциями. В реальной практике и в прикладных исследованиях чрезвычайно сложно разграничить в производимой неформальной оплате компоненты, выступающие софинансированием заработной платы медицинских работников и являющиеся извлечением ренты и получением взятки. Косвенно о соотношении этих компонент можно судить, задавая пациентам вопрос о мотивах, по которым они прибегли к НП: рассматривают ли они НП как благодарность, подарок (эти НП можно трактовать как дополнение к оплате труда врачей), как вымогательство (извлечение ренты), или как средство получить услуги более высокого качества (взятка).

Представленные типологии акцентируют внимание на наличии разных, не сводимых друг к другу причин существования НП. Рассмотрение той или иной экономической категории в качестве характеристики экономического

содержания НП вычленяет разные причины существования НП. Учет многообразия причин НП и порождаемых ими различий в содержании этих отношений приобретает особое значение при разработке политики по отношению к НП. Устранение одной из причин, например, дефицита государственного финансирования отрасли, может не привести к адекватному сокращению НП постольку, поскольку не затронет других причин и сторон этого явления.

### ***1.3.7. Вклад неформальных платежей населения в доходы медицинских работников***

Отмечая, что НП являются дополнением к заработной плате медицинских работников и способом извлечения ими рентного дохода, естественно задаться вопросом, какие категории медицинского персонала имеют больше возможностей для получения НП, и сколько НП добавляют к их доходам?

По мнению исследователей НП в Польше, врачи, которым платят неформально, состоят из трех категорий (*Shahriari, 2001*):

- 1) осуществляющие госпитализацию больных (распределяющие больничные койки);
- 2) отвечающие за проведение хирургических операций;
- 3) имеющие доступ к дорогостоящему диагностическому оборудованию.

Как показывают опросы и пациентов, и самих медицинских работников, врачи разных специальностей в разной мере получают доходы непосредственно от пациентов. Гинекологам, главным хирургам, ларингологам, невропатологам и ортопедам платят чаще, чем педиатрам и врачам общей практики. Например, в Венгрии, по оценкам самих врачей, НП получают 94% гинекологов, 90% хирургов, 79% фтизиатров (*Kornai, 2000*).

Очевидно, что и доля НП в доходах врачей колеблется в зависимости от их специальности. В среднем, неформальные платежи составляли 18,5% прибавку к официальной зарплате в Эстонии у тех врачей, которые получали такие платежи (*Barr, 1996*); 100% прибавку к зарплате врачей в Польше (*Chawla, et al, 1998*); 160% - в Венгрии (*Kornai, 2000*); 500% - в Албании (*Healy, McKee, 1998*).

### ***1.3.8. Существование «правил игры» на теневом рынке медицинских услуг***

В публикациях, посвященных НП, отмечается наличие двух типов НП, различающихся с точки зрения их вынужденности: одни платятся добровольно, как выражение благодарности, другие – по принуждению медицинских

работников<sup>48</sup>. Вместе с тем оценки сравнительной распространенности этих двух типов НП и описания правил соответствующей оплаты делались редко. В Польше в 1996 г. примерно 1/7 неформальных платежей производилась пациентами по принуждению врачей (*Shahriari et al., 2001*). Более половины знали заранее сумму оплаты, которую от них ожидали врачи. Неформальная оплата операций осуществляется двояким образом. Либо пациент платит врачу во время визита в его частную медицинскую амбулаторию до или после проведения операции. Либо пациент, уже будучи госпитализированным, платит за будущую операцию после неоднократных предложений со стороны медицинского персонала. Добровольная оплата производится обычно после визита к врачу, после выписки из госпиталя или окончания курса лечения.

Сравнительный анализ НП в Венгрии, Польше, Румынии, Чехии показал, что НП, как выражение благодарности, преобладают в тех странах, где они менее распространены, и представляют собой по преимуществу не деньги, а подарки (*CEEHN, 2002*). В свою очередь, там, где НП более распространены, они производятся в обмен на лучшее лечение или по принуждению медицинских работников.

Согласно данным, приведенным *Kornai, 2000*, треть пациентов обладали предварительной информацией о том, сколько принято платить «в конверте». Указывая на существование заранее известных пациентам сумм оплаты, Я.Корнаи одновременно подчеркивает, что механизм Вальрасовского равновесия на скрытом теневом рынке медицинских услуг не действует, поскольку там отсутствует всякая прозрачность. На таком теневом рынке цены могут только расти. Кроме того, пациенты не могут адекватно оценить (и следовательно отблагодарить) вклад различных медицинских работников в их лечение. Поэтому одним из главных факторов определения размера НП, получаемых врачами различных специальностей, является, наряду со специальностью, должностью и репутацией, также и «уверенность в себе».

В случаях, когда размер НП называется самим врачом, эти суммы могут быть разными для лиц с разным уровнем дохода, то есть врачи могут проводить ценовую дискриминацию, назначая для более состоятельных большую цену за свои услуги. Существование такой практики отмечалось в исследованиях НП в Болгарии (*Balabanova, 1999*), Казахстане (*Ensor, Savelieva, 1998*), Польше (*CEEHN, 2002*).

Неформальные платежи за медицинские услуги могут производиться с использованием внешне вполне легальных форм. Например, в Польше при больницах создаются негосударственные фонды, использующие оборудование и помещения соответствующей больницы для оказания платных медицинских услуг (*Shahriari et al., 2001*). Пациенты оплачивают лечение в больнице, перечисляя за это деньги в данный фонд. Часто «пожертвования» направляются в созданные при больницах специальные благотворительные фонды. В Польше есть еще и такая интересная форма НП, как «плата за кирпич (brick payments)» - покупка кирпича, символизирующая добровольное пожертвование в пользу больницы.

Постановка вопроса о наличии правил теневого рынка медицинских услуг влечет за собой вопрос о нормах самого профессионального сообщества,

---

<sup>48</sup> См., например, *Kornai, 2000; Shahriari et al., 2001*.

регулирующих практику НП, и о существовании правил их последующего распределения. В отдельных исследованиях отмечается, что в среде врачей и медицинских сестер отсутствует осуждение практики НП, и те, кто их получает, не считает нужным это скрывать (*Shahriary et al., 2001*). При этом НП, по-видимому, перераспределяются врачами в пользу вышестоящих руководителей. Но более подробно коллективные нормы в отношении НП и правила их перераспределения не изучались.

Вопрос о существовании каких либо правил на теневом рынке медицинских услуг в нашей стране поднимался лишь в исследовании теневых экономических отношений, выполненном в 1999 г. И.Клямкиным и Л.Тимофеевым<sup>49</sup>. Авторы основываясь на данных качественных углубленных интервью с разными группами населения, включая медицинских работников, пришли к выводу, что определенных тарифов на медицинские услуги, скорее всего, не существует. По их мнению, главной особенностью этого рынка является то, что взаимоотношения врача и пациента не опираются на сколько-нибудь четкие и взаимопонятные нормы и принципы.

### ***1.3.9. Социально-экономические последствия развития практик неформальных платежей***

Неформальные платежи отражают наличие серьезных дисбалансов в системе здравоохранения (*Shahriari, et al., 2001*): между государственными гарантиями и их финансовым обеспечением, между распределением общественных средств на возмещение расходов по оказанию различных видов медицинских услуг и спросом на эти услуги и др. НП не являются причинами этих дисбалансов, но содействуют их воспроизводству и углублению.

Практики НП обесценивают любые государственные усилия по совершенствованию управления оказанием медицинской помощи. С экономической точки зрения наличие НП означает, что эти финансовые потоки не могут быть учтены при определении приоритетов государственной политики финансирования здравоохранения. Наличие развитых практик НП препятствует пониманию реального распределения финансовых средств в здравоохранении. Соответственно общественные ресурсы не направляются туда, где предельная эффективность их использования выше. Система здравоохранения не получает эффективного финансирования. Ведь в ситуации классического рынка именно структура платежеспособного спроса потребителей (то есть возможности и желание пациентов платить за конкретные виды медицинских услуг) должна определять направления перераспределения ресурсных потоков между видами деятельности и производителями. При теневых сделках такого эффективного перераспределения ресурсов происходить не будет.

Вместе с тем практики НП позволили сохранить медицинский персонал в государственной системе здравоохранения, предотвратить ее развал в условиях сокращения государственного финансирования, обеспечить выравнивание доходов работников здравоохранения с доходами в других отраслях и

---

<sup>49</sup> Клямкин, Тимофеев, 2000.

дифференциацию реальных доходов в зависимости от квалификации и спроса на услуги (Клямкин, Тимофеев, 2000; Накатис, Кадыров, 2002).

Практики НП препятствуют не только улучшению дел внутри государственной системы здравоохранения, но и развитию частной системы как конкурентной альтернативы государственной системе (Kornai, 2000; Shahriari, et al., 2001). В условиях существования развитых практик НП медицинские работники предпочитают продолжать использовать помещения и оборудование государственных медицинских учреждений для извлечения личных доходов, нежели предпринимать усилия по открытию и развитию легальных частных медицинских практик.

Практика неформальной оплаты медицинских услуг препятствует развитию частного медицинского страхования, поскольку пациенты считают более надежным заплатить лично врачу, чем какому-то третьему лицу (Murthy, Mossialos, 2003).

Вместе с тем НП являются механизмом, обеспечивающим для потребителей медицинских услуг возможность влиять на их производителей и обеспечивать учет ими своих запросов (Lewis, 2001). Анализ практик НП естественным образом ставит вопрос о том, какое влияние они оказывают на качество лечения тех, кто платит, и тех, кто не платит. На теоретическом уровне этот вопрос рассматривается в работах: Ensor, Killingsworth, 1999; Kornai, 2000; Thompson, Xavier, 2002 предприняли первую попытку эконометрического тестирования модели влияния неформальных платежей на качество медицинского обслуживания в Казахстане. В работе моделируется поведение врачей как монополистов, которые адаптируют уровень качества оказываемых ими медицинских услуг в соответствии с объемом неформальных платежей пациентов. Предсказания модели тестируются эмпирически на данных опроса пациентов больниц. Согласно эконометрическому анализу, с возрастанием НП увеличивается вероятность получения более качественного лечения (качество измеряется по субъективным оценкам пациентов, а также по длительности лечения в стационаре). Авторы отмечают также, что неформальные платежи в приемном отделении ускоряют процесс госпитализации и увеличивают длительность пребывания в больнице, что в условиях Казахстана означает получение пациентами более качественного лечения.

Если анализировать НП с точки зрения их влияния на доступность, то исследования показывают, что в восточноевропейских странах НП не выступают императивным условием получения медицинских услуг, когда пациент госпитализируется в порядке неотложной помощи. Неспособность пациента заплатить не лишает его доступа к медицинской помощи в большинстве неотложных и наиболее тяжелых случаях. Другими словами, некоторый минимальный стандарт бесплатного оказания медицинской помощи соблюдается. Другое дело, что этот стандарт существенно уже по объему услуг, чем декларируемые государственные гарантии и, возможно, различается в разных странах.

Вместе с тем спрос на НП со стороны и врачей и части пациентов имеет следствием исключение из числа потребителей качественных медицинских услуг тех, кто не способен заплатить, то есть бедных и хронически больных (Murthy, Mossialos, 2003).

### 1.3.10. Отношение населения к оплате медицинских услуг

В исследовании *СЕЕН, 2002* отмечается резко отрицательное отношение населения центральноевропейских стран к необходимости платить за медицинские услуги, и особенно к неформальным платежам.

Согласно опросам общественного мнения, состояние медицинской системы, доступность медицинской помощи является одной из приоритетных проблем для населения России. Так, по данным мониторинга общественного мнения, проводимого ВЦИОМ<sup>50</sup>, в июле 2001 года недоступность многих видов медицинского обслуживания являлась 9-ой по значимости проблемой, которая тревожит население (всего перечислено 20 проблем). В январе 2002 года эта проблема перемещается на 5 место (из 20), в июле 2002 – на 7 (из 20), а в январе 2003 – на 5 (из 24). При ответах на похожий вопрос, задаваемый в рамках мониторинга РНИИиСП<sup>51</sup>, состояние медицинского обслуживания ставится респондентами на второе место (из 20) по значимости волнующих их проблем.

В работе *Баранов, Скляр, 2003* анализируется готовность населения оплачивать медицинские услуги или приобрести полис добровольного медицинского страхования в зависимости от уровня их дохода и от возраста. При увеличении дохода в 2 раза 65% респондентов выражают готовность тратить больше средств на медицинские услуги; 29,1% приобрели бы страховой полис, 23,7% возможно приобрели бы, возможно нет.

В работе *Вассерман, 2001* изучается возможность лиц, имеющих право на бесплатные лекарства, участвовать в сооплате лекарственных средств более высокого качества по сравнению с предоставляемыми ранее. По данным опроса, 67,7% льготников готовы выделять некоторые суммы на оплату лекарств.

Мнение врачей и пациентов о том, какие виды медицинской помощи должны предоставляться бесплатно, выявлено в исследовании *Котовой и др., 2001*, проведенном в двух многопрофильных больницах Санкт-Петербурга (см. табл. 1.14). В одной и в другой больнице соответственно 15,5% и 19,7% пациентов и 27,4% и 17% врачей положительно относятся к платным медицинским услугам, существующим в настоящее время. К добровольному медицинскому страхованию положительно относятся 28,2% пациентов; 45% врачей в одной больнице и 22% врачей в другой.

---

<sup>50</sup> Опросы проводились ВЦИОМ в июле 2001, январе 2002, июле 2002, январе 2003 года, исходные данные предоставлены из «Единого архива социологических данных»; расчеты автора.

<sup>51</sup> Опрос проведен Центром социального прогнозирования и маркетинга в июле-августе 2000 года, основные исследователи – Горшков М.К., Шереги Ф.Э., Андреев А.Л., Петухов В.В.; исходные данные предоставлены из *Единого архива социологических данных*.

Таблица 1.14.

**Мнение пациентов о том, какие медицинские услуги должны быть бесплатными, а какие – платными**

Бесплатные услуги	Платные услуги
<p><i>Пациенты:</i></p> <p>Лекарственное обеспечение Транспортная доставка в стационар Гинекологическая помощь Педиатрическая помощь Стоматологическая помощь Лечение послеоперационных осложнений Лабораторные исследования</p>	<p>Консультации крупных специалистов Услуги нарколога Стоматологические операции Пластические (косметические) операции Диагностические исследования на дорогостоящей аппаратуре Дополнительные услуги по содержанию и уходу</p>
<p><i>Врачи:</i></p> <p>Скорая и неотложная помощь Педиатрическая служба Оказание помощи при родах Медицинская помощь при острых заболеваниях Медицинская помощь при травмах Медицинская помощь при некоторых социально значимых заболеваниях</p>	<p>Консультации крупных специалистов Пластические операции Лечение алиментарных заболеваний Обследование с использованием дорогостоящей аппаратуры Лечение в дневных стационарах, выходящее за рамки экстренной помощи.</p>

Источник: Котова и др., 2001.

В России проводятся и общенациональные опросы об отношении населения к переходу к платной системе образования и здравоохранения. Так, по данным мониторинга РНИИиСП<sup>52</sup>, 91,3% респондентов относятся к этому отрицательно.

**1.3.11. Возможности замещения неформальных платежей формальными**

Изучение расходов населения на медицинскую помощь, и в особенности неформальных платежей, естественным образом ставит вопрос о том, какое влияние на распространенность и размеры НП может оказать изменение государственных гарантий в части бесплатного предоставления медицинской помощи. Сохранятся ли НП, если перечень бесплатно предоставляемых услуг будет официально уменьшен, и часть услуг станет платной? Как изменятся НП, если будут введены легальные соплатежи населения за получаемую медицинскую помощь, то есть оплата части стоимости получаемого лечения?

Теоретический анализ этого вопроса дается в работах Шейман, 1998; Ensor, Killingsworth, 1999, Шишкин, 2000. Преимущества легализации платежей населения состоят, во-первых, в том, что легально установленные размеры соплатежей могут учитывать реальные возможности населения оплачивать

<sup>52</sup> См. предыдущую сноску.

медицинские услуги. Они станут своеобразной новой формой солидарного участия в оплате медицинской помощи и снятия бремени катастрофических расходов на лечение с домохозяйств с низкими и средними доходами. Во-вторых, пациенты будут оплачивать медицинскую помощь в формах, которые будут содействовать развитию материальной базы учреждений здравоохранения, а не только повышать доходы медицинских работников.

Но формализация платежей таит и определенные угрозы. Оплата в кассу медицинского учреждения вместо оплаты в руки врачу может лишить пациента возможности выбирать врача, которому он хочет доверить свое лечение. Легализация части платежей может узаконить в общественном сознании правомерность взимания врачами неформальной оплаты с пациентов за услуги, более высокое качество которых не отражено во вновь утвержденных тарифах. Порядок предоставления льгот по соплатежам для определенных категорий населения будет неизбежно громоздким в практическом применении.

Чрезвычайно интересное эмпирическое исследование этих вопросов было проведено в Киргизии (*Kutzin et al., 2003*). В двух районах республики (вокруг столицы и на периферии) в экспериментальном порядке с марта 2001 г. были введены официальные соплатежи пациентов за госпитализацию. Размеры соплатежей были дифференцированы для разных категорий населения. Исследование расходов пациентов до этой реформы (февраль 2001 г.) и после нее (июль 2001 г. и март 2002 г.) показали, что совокупные, легальные и неформальные платежи населения практически не изменились, но сократились расходы пациентов на приобретение лекарств и медикаментов. Что же касается НП медицинским работникам, то они не исчезли. Но доля пациентов, платящих врачам, уменьшилась с 60% до 38% за период между первым и вторым опросами, в то время как в остальных районах она увеличилась в этот период до 70%. Особое внимание привлекает тот факт, что сокращение доли плативших произошло в значительно больших масштабах в периферийном экспериментальном районе, чем в центральном районе. Общий объем НП врачам в периферийном районе сократился более чем втрое, а в центральном – увеличился. В период между вторым и третьим опросами НП выросли в первом и немного уменьшились во втором районах. Эти результаты убедительно свидетельствуют, что распространенность и размеры НП зависят от сложного комплекса факторов. Дефицит государственного финансирования медицинских организаций лишь один из этих факторов, и его устранение путем легализации оплаты медицинской помощи населением превращенным образом сказывается на динамике НП.



## Глава 2. Особенности методов проведенного исследования

### 2.1. Определение предмета исследования

Анализ проведенных исследований расходов населения на медицинскую помощь показывает, что наименее изученными в нашей стране выступают правила, прежде всего неформальные, оплаты медицинской помощи. Поэтому цель данного исследования была сформулирована следующим образом: выявление таких правил, оценка распространенности разных форм и видов формальных и неформальных платежей и анализ отношения разных заинтересованных сторон к этим правилам и возможным способам их изменения.

Предметом исследования выступают формальные и неформальные платежи населения за медицинскую помощь и правила их осуществления. В понятие *медицинская помощь* мы включаем оказание медицинских услуг и лекарственное обеспечение. *Медицинские услуги* используются как обобщающий термин для всех видов услуг, предоставляемых пациентам в медицинских учреждениях (включая услуги, связанные с проживанием в стационарах), а также частнопрактикующими медицинскими работниками

Под *формальными (официальными, легальными) платежами* населения за медицинскую помощь в данном исследовании понимаются все виды платежей за лекарства, изделия медицинского назначения, медицинские услуги, которые пациенты или члены их домохозяйств производят в кассу медицинского учреждения, аптеки и т.п.

В качестве *неформальных (неофициальных, теневых) платежей* рассматриваются все виды оплаты лечения, лекарств, изделий медицинского назначения, производимые пациентами или членами их домохозяйств в руки медицинским работникам.

Такое понимание неформальных платежей уже, а формальных соответственно шире, чем обычно используется в зарубежных публикациях. С точки зрения западного подхода, покупку в аптеке пациентами медикаментов для лечения в стационаре, а также оплату медицинской помощи, произведенную в кассу государственного медицинского учреждения, следовало бы отнести к неформальным платежам, поскольку закон требует, чтобы медикаменты, необходимые для стационарного лечения пациента, предоставлялись ему бесплатно, и чтобы медицинская помощь в государственных медицинских учреждениях была бесплатной. Но у нас одновременно существуют региональные нормативные акты, разрешающие медицинским учреждениям предоставлять часть своих основных услуг за плату пациентам. Очевидный конфликт законодательных норм усложняет корректное расширительное использование понятия неформальные платежи. Узкое, представленное выше, понимание отвечает распространенному в российском общественном сознании разграничению двух форм платежей за лечение (в кассу и в руки), оно понятно респондентам: и медицинским работникам и пациентам.

Расходы домохозяйств на питание своих госпитализированных членов не включались нами в общие неформальные платежи населения, хотя это делается в западных исследованиях. Это исключение обусловлено тем, что необходимый минимум питания больных в той или иной степени обеспечивается во всех типах стационаров, а традиционная практика дополнительного питания, приносимого родственниками не воспринимается населением как неформальные платежи. В большинстве исследований неформальных платежей в России расходы на питание также не рассматриваются<sup>53</sup>.

Перед данным исследованием были поставлены следующие задачи:

- проанализировать формальные правила и экономические условия предоставления медицинской помощи населению;
- выявить распространенность легальных и неформальных платежей в зависимости от типов медицинских учреждений, видов медицинских услуг, условий финансирования предоставления медицинской помощи населению;
- описать правила неформальной оплаты медицинской помощи и правила распределения неформальных платежей среди медицинских работников;
- выявить индивидуальные установки и коллективные нормы, регулирующие поведение сотрудников организаций здравоохранения в связи с неформальными 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.

## **2.2. Характеристика пилотных регионов**

Исследование проводилось в двух регионах (субъектах Российской Федерации), значительно отличающихся друг от друга по экономическим и социально-демографическим характеристикам (см. табл. 2.1.):

регион А – реципиент дотаций из федерального бюджета, бюджетная обеспеченность ниже среднероссийской, относительно невысокий уровень среднедушевых доходов населения, среднероссийский показатель доли городского населения;

регион В – донор федерального бюджета, бюджетная обеспеченность выше среднероссийской, относительно высокий уровень среднедушевых доходов, высокий удельный вес городского населения.

---

<sup>53</sup> Исключение составляет, например, исследование в Новгородской области в 2000 и 2001 годах, проводимое фондом «Российское Здравоохранение».

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.

По экономическому потенциалу регион А – относительно беднее, регион В – богаче. В первом из них среднедушевые денежные доходы в 1,3 раза меньше, чем во втором. В то же время в регионе В, промышленно более развитом, выше уровень заболеваемости населения. Объемы же фактически оказанной медицинской помощи в стоимостном выражении в расчете на одного жителя оказались почти одинаковыми<sup>54</sup>. Однако регионы существенно различаются по уровню государственного финансирования здравоохранения. Фактические размеры бюджетных ассигнований на здравоохранение вместе с расходами территориальных фондов обязательного медицинского страхования в расчете на одного жителя были в регионе А в 1,4 раза меньше, чем в регионе В. Соответственно уровень финансовой обеспеченности фактически выполненных объемов медицинской помощи составил в регионе А – 53%, а в регионе В – 72%.

Таблица 2.1.

**Социально-экономические показатели пилотных регионов в 2001 г.**

	<b>Регион А</b>	<b>Регион В</b>
Среднедушевые денежные доходы, руб.	1950	2500
Доля городского населения в общей численности населения, %	73,0	80,4
Общая заболеваемость в расчете на 1000 жителей	670	925
Стоимость фактически выполненных объемов медицинской помощи на одного жителя в год, руб.	1616,5	1653,3
Фактический объем общественного финансирования здравоохранения на одного жителя в год, руб.	851,8	1195,8
Уровень финансовой обеспеченности фактически выполненных объемов медицинской помощи, %	52,7%	72,3%
Объем платных медицинских услуг на одного жителя в год, руб.	106,4	181,5
Объем товарооборота по медикаментам и лекарственным средствам на одного жителя в год, руб.	474,2	932,7

Источники: «Российский статистический ежегодник». М.: Госкомстат России, 2002; «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения». М., Министерство Здравоохранения, 2002; Госкомстат России.

<sup>54</sup> Стоимость фактически выполненных объемов медицинской помощи рассчитана авторами 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, 2001.

Существенные различия между регионами наблюдаются и по объемам расходов населения на здравоохранение, фиксируемых государственной статистикой. Объем платных медицинских услуг на одного жителя в год в регионе А был в 1,7 раза меньше, чем в регионе В, а объем реализации лекарственных средств и медикаментов в розничной сети – в 2 раза меньше. Эти различия объясняются, вероятнее всего, существенными различиями в уровнях общей заболеваемости и среднедушевых денежных доходов.

### **2.3. Выбор методов исследования**

Для целей данного исследования важно было получить информацию о практиках оплаты медицинской помощи у двух сторон: потребителей медицинских услуг и тех, кто их предоставляет. Решение этих задач обеспечивалось использованием двух методов: 1) качественного, углубленного интервьюирования работников здравоохранения (руководителей органов здравоохранения, медицинских учреждений, страховых компаний и фондов ОМС, врачей, медицинских сестер медицинских работников и субъектов государственного финансирования здравоохранения; 2) анкетного опроса населения.

При изучении действующих практик оплаты медицинской помощи среди медицинского персонала, страховщиков и управленцев нами был избран метод интервью, как наиболее адекватный при изучении данного сложного явления. Он позволял не просто получать однозначные ответы «да-нет», но исследовать с помощью самих респондентов механизмы, мотивы, отношения к процессам реформирования в здравоохранении, к практике развития платных услуг в медицине и неформальным платежам.

Особенностью данного исследования является последовательность применения указанных методов получения данных: сначала проводились качественные интервью, а затем – анкетный опрос. Обычно же исследования этой проблематики используют другую схему сочетания методов получения количественных и качественных данных: сначала проводится анкетный опрос, а затем отдельные вопросы прорабатываются с помощью качественных интервью и проведения фокус-групп. Выбор нами иной логики был обусловлен фокусировкой исследования на правилах осуществления неформальных платежей. Поэтому сначала нужно было выявить и типологизировать такие правила, используя для этого данные качественных интервью, а затем уже попытаться количественно оценить распространенность соответствующих практик, используя данные анкетного опроса населения.

### **2.4. Особенности проведения интервью с работниками здравоохранения**

Для интервьюирования были разработаны 2 схемы проведения интервью, одна из которых была сориентирована на врачей и медицинских сестер, а вторая

– на руководителей органов здравоохранения, медицинских учреждений, страховых компаний и фондов ОМС.

*Схема интервью для врачей и медицинского персонала* содержала в себе следующие основные блоки:

- Реформа и возможности изменения условий оплаты труда медицинских работников.
- Возможности роста заработной платы за счет повышения эффективности работы.
- Развитие платных услуг.
- Развитие добровольного медицинского страхования.
- Распространенность неформальных платежей.
- Оценка правомерности неформальных платежей.
- Коллективные нормы по отношению к неформальным платежам.
- Правила неформальной оплаты.
- Распределение получаемых неформальных платежей.
- Целесообразность легализации неформальных платежей.

*Схема интервью для субъектов управления и финансирования здравоохранения* имела как повторяющиеся, так и отличные от предыдущей схемы блоки:

- Предпочитаемые стратегии преобразований в системе здравоохранения регионов.
- Стратегии перехода на платные услуги и система неформальных платежей.
- Типы формальных институтов в здравоохранении и неформальные практики.
- Возможности противодействовать практике неформальной оплаты и обеспечивать соблюдение формальных правил предоставления медицинской помощи.
- Неформальные платежи и внутренние правила деятельности медицинских учреждений.
- Целесообразность легализации неформальных платежей.

Метод интервью, используемый в исследовании, позволял строить беседу с респондентами, максимально учитывая не только цели проводимого исследования, но и интересы и возможности самого человека, давшего согласие на интервью. По речевой стилистике, целевой направленности и нежесткой структуре интервью позволяло максимально приблизиться к системе смыслов тех лиц, с которыми оно проводилось. Мы были максимально ориентированы не просто на получение информации от респондента, а на выстраивание взаимного диалога при котором собеседнику отводилась активная позиция. В данном исследовании это было особенно важно, так как сама тема исследования провоцировала закрытость позиции, актуализировала потребность выстроить

собственную систему психологической защиты, прибегать к стереотипным конструкциям или недомолвкам. Подобная методика хотя и являлась трудоемкой для последующего анализа, но была эффективной для выявления «пространства смыслов» изучаемых лиц.

В ходе интервью не ставилась задача придерживаться единообразной схемы, но делалась попытка максимально актуализировать «пространство доверия респондента», рассматривая его не только как человека информированного, но и способного выступить экспертом по отношению к изучаемой проблеме.

Учитывая специфику обсуждаемых тем, особенно когда речь шла о неформальных платежах, в ходе интервью использовались различные технологии раскрытия позиций респондентов. Однако основным оставалось умение вывести данные темы из контекста «осуждения» в контекст «осмысления». Одним из главных условий этого было преимущественное использование техники «поддерживающей коммуникации». Эффективность ее применения во многом определялась способностью интервьюера и зависела от общего умения интервьюера расположить к себе респондента, держаться с ним естественно и заинтересованно. Не менее важное условие - такое построение содержания беседы, при котором респондент в ходе интервью не терял «собственного лица». Также повсеместно использовались образные картинки, аллегории, позволяющие респонденту описывать действующие практики косвенным образом.

Техника интервью могла носить как мягкий, так и наступательный или даже провоцирующий характер, что зависело от индивидуальных особенностей респондентов. Переход от обсуждения «открытых» тем к закрытым происходил мягко и воспринимался респондентом как вполне естественный и целесообразный. В ходе интервью подчеркивалось, какой большой интерес представляет собой информация, даваемая интервьюером именно для экспертных и научных целей, специально оценивалась позитивно оригинальность и новизна видения проблем, представленного респондентом.

Всего в ходе исследования были опрошены свыше 170 человек в двух пилотных регионах. 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 (заместителями главных врачей, руководителями отделений медицинских учреждений, врачами, медицинскими сестрами). Интервьюирование проводилось в медицинских организациях следующих типов:

- областные государственные клинические больницы;
- городские муниципальные клинические больницы;
- городские муниципальные поликлиники;

- центральные районные муниципальные больницы;
- районные муниципальные больницы, расположенные в сельском населенном пункте;
- частные организации здравоохранения.

Все проведенные интервью с согласия респондентов записывались на диктофон. В некоторых случаях, по просьбе респондента диктофон отключался, и интервью впоследствии реконструировалось по памяти интервьюером. Полученные записи интервью дословно расшифровывались. Общий объем расшифрованных интервью составил около 2000 страниц машинописного текста.

При анализе материалов интервью использовался не только метод типизации позиций респондентов по повторяемости оценок, но и была сделана попытка анализировать прежде всего разнообразие высказываемых суждений. В этом смысле материалы интервью давали возможность видеть широкую палитру оценок, от вариативности которых мы стремились не избавиться, а наоборот, ее обеспечить. Это давало возможность видеть исследуемые проблемы с разных сторон. В тех случаях, когда высказанные респондентом оценки оказывались противоречивыми, мы возвращались к заданной теме вновь «с другой стороны», чтобы оценить, являлась эта противоречивость случайной, или она отвечала внутренней позиции респондента.

При описании полученных результатов цитируются наиболее распространенные или отличающиеся друг от друга высказывания респондентов, чтобы максимально иллюстрировать, на основе каких позиций делаются те или иные аналитические выводы.

## **2.5. Описание выборки для анкетного опроса домохозяйств**

Опрос домохозяйств был направлен на изучение потребления домохозяйствами медицинских услуг и методов оплаты этих медицинских услуг. Для проведения полевых работ была спроектирована трехступенчатая территориальная репрезентативная выборка домохозяйств региона А и региона В общим объемом 3299 домохозяйств. При проектировании выборки общий объем 3299 домохозяйств был разделен между регионами – 1600 домохозяйств в регионе А, и 1699 домохозяйств в регионе В. В дальнейшем выборки проектировались для каждой области независимо друг от друга.

*На первой ступени выборки* в качестве первичных единиц отбора использовались городские районы областных центров, городские населенные пункты и сельские районы. На подготовительной стадии проектирования выборки были проанализированы структуры расселения в обследуемых областях и принято решение об обязательном включении в выборку всех крупных городских населенных пунктов, а также густонаселенных сельских районов.

Все остальные первичные единицы отбора (ПЕО) каждой области были разделены на две страты: городские населенные пункты и сельские

административные районы . Для каждой образованной страты было определено количество домохозяйств в страте и ее доля в общем количестве домохозяйств данной области. Общий объем выборки в каждом из регионов распределялся между крупными городами и двумя образованными стратами пропорционально их долям в общем количестве домохозяйств данной области. Затем, прежде чем приступить к отбору ПЕО, было определено число ПЕО, которое нужно отобрать в каждой страте. Чтобы определить эти числа, была использована следующая процедура. При проектировании выборки в проект было заложено ограничение на среднее число домохозяйств в одной ПЕО. Исходя из этого ограничения определялось число отбираемых ПЕО в каждой страте. Для этого количество респондентов в ней делится на установленное количество респондентов в одной ПЕО. При получении дробного результата последний округляется в меньшую сторону. Таким образом, на первой ступени выборки в каждой страте были отобраны от 7 до 15 ПЕО в зависимости от числа домохозяйств, пришедшегося на страту. Отбор ПЕО проводился с вероятностью пропорциональной размеру. Количество домохозяйств, приходящееся на страту, делится поровну между отобранными ПЕО.

*На второй ступени выборки* производился отбор опросных участков: избирательных участков – в городских населенных пунктах и сел/деревень – в сельских районах.

*На третьей ступени выборки* интервьюеры отбирали домохозяйства маршрутным методом с обязательным трехкратным посещением отобранных адресов. Внутри домохозяйства опрашивался наиболее информированный член семьи.

Построение выборки и опрос производились сотрудниками Всероссийского Центра Изучения Общественного Мнения (ВЦИОМ) в ноябре - декабре 2002 г.

## **2.6. Структура анкеты для опроса домохозяйств**

Анкета, разработанная нами для данного исследования, состояла из двух частей. *Первая, установочная часть анкеты*, включала 10 вопросов, которые задавалась во всех домохозяйствах, вошедших в выборку. Задача опроса по первой части анкеты состояла в получении данных о распространенности практик формальной и неформальной оплаты медицинской помощи в двух регионах и выделение целевой группы респондентов для более детального изучения предмета и правил оплаты лечения в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.

В качестве респондента выбирался член семьи, который лучше всех информирован о расходах на медицинские услуги. Первая часть анкеты содержала вопросы о том, обращались ли члены домохозяйств за медицинской помощью разных видов (скорой, амбулаторно-поликлинической, стоматологической, стационарной), и имели ли место в этих случаях платежи в кассу или в руки медицинским работникам. Спрашивалось также о численности домохозяйства и о том, к какой из групп по уровню дохода они себя относят.



О платежах в амбулаторно-поликлинических учреждениях спрашивалось за период в течение 3 месяцев, предшествующих опросу; о платежах в стационарах – в течение более длительного периода - 12 месяцев, предшествующих опросу. Такой выбор временных интервалов имел целью обеспечить сбор наиболее достоверной информации (способность вспомнить все случаи обращаемости за помощью и ее оплаты). Для стоматологической помощи, как реже используемой, чем амбулаторно-поликлиническая, был также выбран промежуток 12 месяцев, чтобы не путать респондентов обилием временных интервалов.

Вопросы из первой части анкеты задавались во всех домохозяйствах, попавших в выборку, репрезентирующую каждый из двух пилотных регионов. То есть, на первую часть анкеты отвечали 1600 респондентов в регионе А и 1699 – в регионе В. Эта первая часть анкетного опроса являлась скрининговой. По ее результатам формировалась целевая группа домохозяйств, имевших опыт платежей за медицинские услуги.

По *второй части анкеты* опрос продолжался только в тех домохозяйствах, где был опыт каких-либо платежей (формальных или неформальных) за медицинские услуги в амбулаторно-поликлиническом учреждении (кроме оплаты стоматологического лечения или зубопротезирования) или в больнице. Были опрошены 536 домохозяйств в регионе А и 357 в регионе В.

Вопросы из второй части анкеты задавались тому члену домохозяйства, который лично имел опыт платежей за амбулаторно-поликлинические и/или стационарные услуги. Это мог быть либо респондент, отвечавший на установочную часть анкеты, либо кто-либо из других членов домохозяйства. Если таких членов домохозяйства было несколько, то опрашивался наиболее информированный из них.

Далее, для удобства изложения мы будем использовать понятия ***репрезентативной выборки*** и ***целевой группы респондентов***. Первое будет обозначать построенную территориальную репрезентативную выборку домохозяйств региона А и региона В общим объемом 3299 домохозяйств, которым задавались вопросы по первой, установочной части анкеты. Второе понятие будет обозначать совокупность респондентов, которые имели опыт платежей за лечение в амбулаторно-поликлинических учреждениях или в стационарах, были отобраны после опроса по первой части анкеты и опрошены по второй ее части (общий объем - 893 домохозяйства).

Вторая часть анкеты включала детальные вопросы о составе, возрасте, уровне образования членов домохозяйств, об обращаемости за различными видами медицинской помощи и о размерах официальной и неформальной оплаты этих медицинских услуг. Задавались вопросы о причинах неофициальных платежей, о времени оплаты (до или после лечения), о способах определения ее размеров, о покупке лекарственных средств для лечения, о затратах в других формах, об отношении к возможным реформам в области оплаты медицинских услуг и лекарств.

Платежи в амбулаторно-поликлинических, стационарных учреждениях и за стоматологические услуги рассматривались за те же промежутки времени, что и в первой части анкеты. Оплата услуг врачей, медсестер, фельдшеров,

оказываемых пациентам на дому, а также оплата услуг бригад скорой помощи рассматривалась в течение 3 месяцев, предшествующих опросу.

Вопросы во второй части анкеты были разделены на три блока. В первом блоке задавались вопросы об обращаемости за медицинскими услугами и об их оплате, произведенной респондентом и другими членами домохозяйства в течение всего соответствующего временного промежутка. Кроме того задавались вопросы о денежном доходе домохозяйства и об отношении к возможной легализации участия населения в оплате медицинских услуг и лекарств. Второй блок содержал вопросы о последнем случае, когда респондент платил за лечение в амбулаторно-поликлиническом учреждении. Спрашивалось, платил ли респондент в руки и/или в кассу, кому и как он платил, каковы были причины этих платежей, их размеры, и каково отношение респондента к этим платежам. В третьем блоке аналогичные вопросы задавались о последнем случае оплаты услуг в стационаре.

Данные проведенного опроса помещены в *Единый архив социологических данных*.

Перейдем теперь к рассмотрению результатов, полученных в исследовании. Логика их изложения в настоящей публикации не совпадает с последовательностью этапов проведения этого исследования. Это обусловлено тем уже упоминавшимся обстоятельством, что результаты первого этапа, включавшего качественное интервьюирование медицинских работников, были опубликованы ранее в достаточно подробном виде. В данной публикации мы стремились не повторять уже опубликованные материалы, а представить результаты второго этапа и обобщающие выводы по материалам исследования в целом.

## Глава 3. Оплата медицинской помощи: кто больше, где чаще?

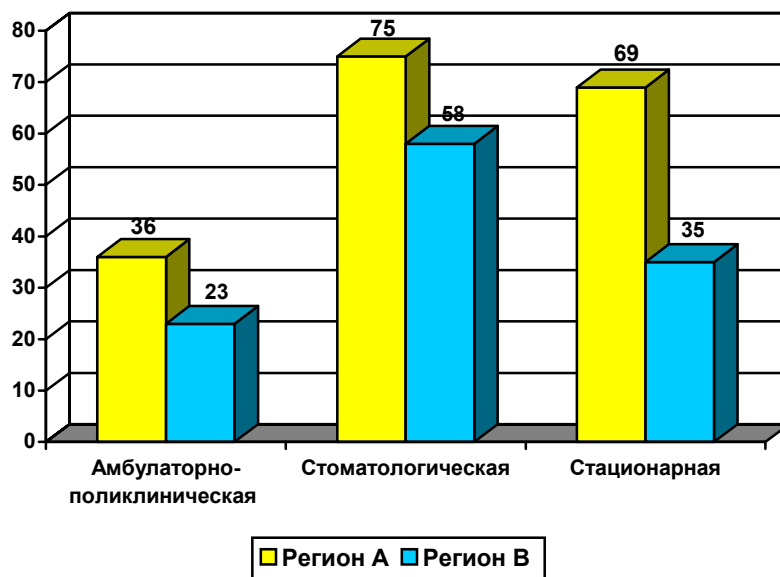
### 3.1. Общие характеристики участия домохозяйств в оплате медицинской помощи

По данным нашего исследования в среднем в двух регионах 30% домохозяйств платили в различных формах при обращении их членов за амбулаторно-поликлинической помощью, 65 % - стоматологической, 53% - стационарной. Прежде чем перейти к рассмотрению данных по каждому из регионов, обратим внимание на то, что эти средние значения не расходятся с аналогичными показателями, полученными в других исследованиях расходов населения России на медицинскую помощь (см. главу 1, табл.1.6).

За приведенными суммарными данными о распространенности случаев оплаты медицинской помощи скрываются существенные различия этих показателей в исследуемых регионах. Напомним, что исследование проводилось в двух регионах, один из которых (регион А) относительно победнее, а второй – (регион В) – побогаче. Первый регион обладает среднедушевым денежным доходом в 1,3 раза меньше, чем второй и уровнем финансовой обеспеченности государством фактически выполненных объемов медицинской помощи в 1,4 раза ниже.

Рис. 3.1

Доля домохозяйств, плативших за разные виды медицинской помощи, в числе домохозяйств\*, обратившихся за ними, в %



\* - в репрезентативной выборке.

На рис. 3.1 и в табл. 3.1 представлены показатели распространенности практик оплаты медицинской помощи в двух регионах, полученные по ответам всех респондентов из репрезентативной выборки на первую, установочную часть анкеты. Полученные данные позволяют обоснованно говорить о большей распространенности практик и формальной, и неформальной оплаты медицинской помощи в регионе А в сравнении с регионом В. Это правомерно связать с меньшей финансовой обеспеченностью государственных гарантий медицинского обслуживания в первом регионе.

Таблица 3.1.

**Доля домохозяйств, плативших в кассу и в руки за различные виды медицинской помощи, в числе домохозяйств\*, обратившихся за ними, в %**

*Регион А*

Виды помощи	В кассу	В руки	В кассу и в руки	Всего платили
Амбулаторно-поликлиническая	20,2	5,8	10,2	36,2
Стоматологическая	57,8	12,1	4,7	74,6
Стационарная	41,0	10,6	17,6	69,2

*Регион В*

Виды помощи	В кассу	В руки	В кассу и в руки	Всего платили
Амбулаторно-поликлиническая	19,3	2,1	2,0	23,3
Стоматологическая	43,0	12,7	2,2	57,9
Стационарная	28,5	3,4	2,7	34,5

\* - в репрезентативной выборке

По распространенности участия пациентов в оплате медицинской помощи разные ее виды выстраиваются в обоих регионах в одинаковом порядке: на первом месте - стоматологическая помощь, на втором – стационарная, на третьем – амбулаторно-поликлиническая. Доля домохозяйств, плативших за перечисленные виды медицинской помощи, в числе домохозяйств, обратившихся за ними, достигает соответственно 74,6%, 69,2% и 36,2% в регионе А и 57,9%, 34,5% и 23,3% в регионе В.

Доля пациентов, которые платили за медицинскую помощь в руки медицинским работникам, существенно ниже, чем доля плативших в кассу. 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.

Если теперь посмотреть на соотношение распространенности практик оплаты в кассу и оплаты в руки в рамках каждого из видов медицинской помощи (табл. 3.1.), то в обоих регионах доля домохозяйств, плативших в кассу, больше всего при обращении за стоматологической помощью. Она составляет 57,8% от числа тех, кто ее получал в регионе А, и 43,0% - в регионе В. Неофициальная оплата наиболее распространена при оказании стационарной помощи, и особенно в регионе А: там доля домохозяйств, плативших в руки медицинским работникам, достигает 28,2%, в том числе 17,6% платили только в руки, а 10,6% - и в руки и в кассу.

При анализе полученных результатов обращает на себя внимание значительное расхождение между показателями распространенности оплаты медицинской помощи в двух пилотных регионах. Разумеется, мы не можем полностью исключить возможность некоторого смещения интервьюерами выборки в регионе А в пользу домохозяйств, плативших за медицинскую помощь, и поэтому проанализировали с учетом такой возможности устойчивость выводов о большей распространенности практик оплаты медицинской помощи в регионе В. При любых реалистичных предположениях о масштабах возможного смещения, эти выводы не меняются.

Рассмотрим теперь результаты исследования, касающиеся размеров платежей домохозяйств за медицинскую помощь. Эти величины можно оценить по данным ответов целевой группы респондентов на вопросы второй части анкеты. Напомним, что это 893 респондента, в том числе 536 в регионе А и 357 - в регионе В, имевших опыт оплаты лечения в амбулаторно-поликлинических или стационарных учреждениях.

Объемы разных видов расходов на медицинскую помощь в среднем на одно домохозяйство из целевой группы представлены на рис. 3.2. Большую часть расходов составляют затраты на лекарства для лечения дома: 55% в первом регионе и 69% - во втором. В расходах на лечение в амбулаторно-поликлинических учреждениях затраты на медикаменты достигают 15% в обоих регионах. При лечении в стационарах покупка медикаментов составляет 38% расходов в регионе А и 45% в регионе В.

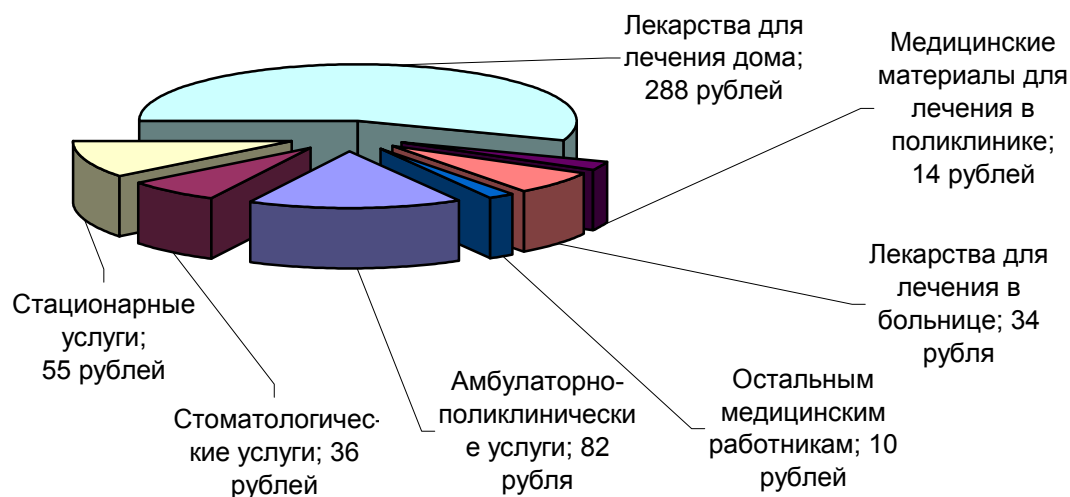
Средние расходы в месяц одного домохозяйства из целевой группы на оплату медицинских услуг (то есть, без учета расходов на приобретение медикаментов при лечении в медицинских учреждениях) оказались равными 182 руб. в регионе А и 162 руб. в регионе В. Расходы на приобретение медикаментов для лечения в медицинских учреждениях составили 48 руб. в регионе А и 39 руб. в регионе В. Эти различия правомерно связать с меньшим уровнем государственного финансирования медицинских учреждений. Существенными оказались различия в расходах на медикаменты для лечения дома: в регионе В они выше в 1,6 раза. Последние различия, очевидно, объясняются различиями в уровне заболеваемости и в уровне подушевых

доходов в этих регионах. Жители более богатого региона имеют бóльшие необходимость и возможность тратить на медикаменты больше средств.

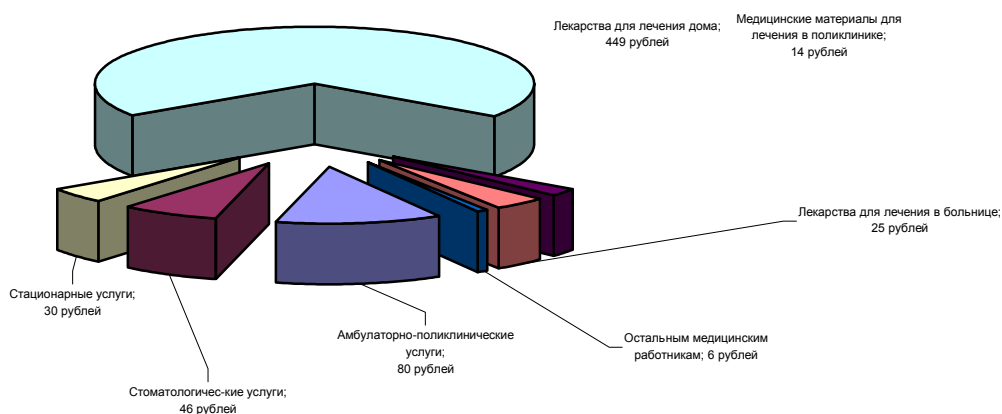
Рис. 3.2.

**Средние расходы домохозяйства\* на медицинские услуги и медикаменты, руб. в месяц.**

Регион А – 519 руб.



Регион В – 650 руб.



\* - в целевой группе домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

Рассмотрим теперь данные о распределении указанных средних затрат между оплатой в кассу и оплатой в руки (табл. 3.2). В обоих регионах оплата в

кассу в среднем на одно платившее домохозяйство в абсолютном выражении выше, чем оплата в руки.

Таблица 3.2.

**Средние расходы домохозяйства\* на официальную и неофициальную оплату медицинских услуг и медикаментов, руб. в месяц**

	Регион А		Регион В	
	В кассу	В руки	В кассу	В руки
Амбулаторно-поликлинические услуги	54,6	27,8	55,3	24,9
Стоматологические услуги	31,5	4,5	30,8	14,8
Стационарные услуги	33,3	21,2	16,4	14,0
Остальным медицинским работникам	-	9,6	-	5,9
Лекарства для лечения дома	288,4	-	448,8	-
Медицинские материалы для лечения в поликлинике	11,7	2,4	13,4	0,4
Лекарства для лечения в больнице	30,4	3,6	22,8	2,0
Всего	449,9	69,1	587,5	62,0

\* - в целевой группе домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

Таблица 3.3.

**Структура расходов домохозяйств\*, плативших за медицинскую помощь, в %**

Виды помощи	Оплата услуг в кассу	Оплата услуг в руки	Приобретение медикаментов
Амбулаторно-поликлиническая			
Регион А	56	29	15
Регион В	59	26	15
Стационарная			
Регион А	38	24	38
Регион В	30	25	45
Стоматологическая			
Регион А	88	12	-
Регион В	68	32	-

\* - в целевой группе домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

Чрезвычайно интересный результат получается при сравнении структур расходов домохозяйства на легальную оплату медицинских услуг, неформальные платежи и покупку медикаментов для лечения в медицинских учреждениях (табл. 3.3). В случаях амбулаторно-поликлинической помощи эти структуры оказались почти одинаковыми в исследуемых регионах, а в случае стационарной помощи – очень близкими, несмотря на различия между регионами в распространенности и масштабах участия населения в оплате медицинской помощи. Это заставляет предположить наличие неких общих для обоих регионов факторов, определяющих устойчивость распределения затрат

домохозяйств между разными видами оплаты при лечении в медицинских учреждениях: медикаментами, услугами, оплачиваемыми в кассу медицинского учреждения и потому деперсонализированно, и услугами, оплачиваемыми в руки, персонализированно.

В то же время при оплате стоматологических услуг соотношения размеров платежей в кассу и в руки заметно различаются в исследуемых регионах. В более богатом регионе величина платежей в руки за стоматологические услуги в несколько раз выше, чем в более бедном.

Заключая общую характеристику участия домохозяйств в оплате медицинской помощи, рассмотрим полученные данные о распространенности практик добровольного медицинского страхования. Они свидетельствуют о чрезвычайно низком уровне развития этого института финансирования здравоохранения в сравнении с прямой оплатой пациентами медицинской помощи. Среди респондентов из целевой группы домохозяйств (имевших опыт оплаты медицинских услуг) всего лишь 1,9% в регионе А и 3,6% в регионе В были застрахованы по добровольному медицинскому страхованию. В первом регионе 76,9% из этих застрахованных оплачивали страховки из семейного бюджета, а во втором регионе – 50%. Остальные были полностью или частично застрахованы за счет средств работодателя.

### ***3.2. Распространенность практик оплаты медицинской помощи среди различных категорий населения***

Предметом нашего дальнейшего анализа будут выступать данные о частоте использования различных форм оплаты медицинских услуг (оплата в кассу, оплата в руки, сочетание того и другого) в следующих разрезах:

- по типам населенных пунктов;
- по доходным группам;
- по размеру и социальным типам домохозяйств;
- по уровню образования респондентов.

#### ***3.2.1. Зависимость практик оплаты от места жительства***

Проанализируем распространенность практик оплаты разных видов медицинской помощи среди домохозяйств, проживающих в разных типах населенных пунктов. Для этого выделим три группы населенных пунктов:

1. областной центр;
2. прочие города;
3. села/деревни.

Приводимые ниже показатели получены по данным ответов всех респондентов из репрезентативной выборки.



Сопоставляя данные по регионам А и В, можно отметить, что распространенность оплаты медицинских услуг выше в регионе А по каждому из видов услуг в каждом из соответствующих типов поселений (за исключением амбулаторно-поликлинической помощи в городах). Например, в областном центре региона А за стоматологические услуги платят 86,6%, а в регионе В – 60,6%, за стационарные – 50,9% и 31,1% соответственно, за амбулаторно-поликлинические – 35,4% и 19,3%.

Полученные данные свидетельствуют о наличии следующих тенденций в распространенности практик оплаты медицинской помощи среди жителей разных типов населенных пунктов:

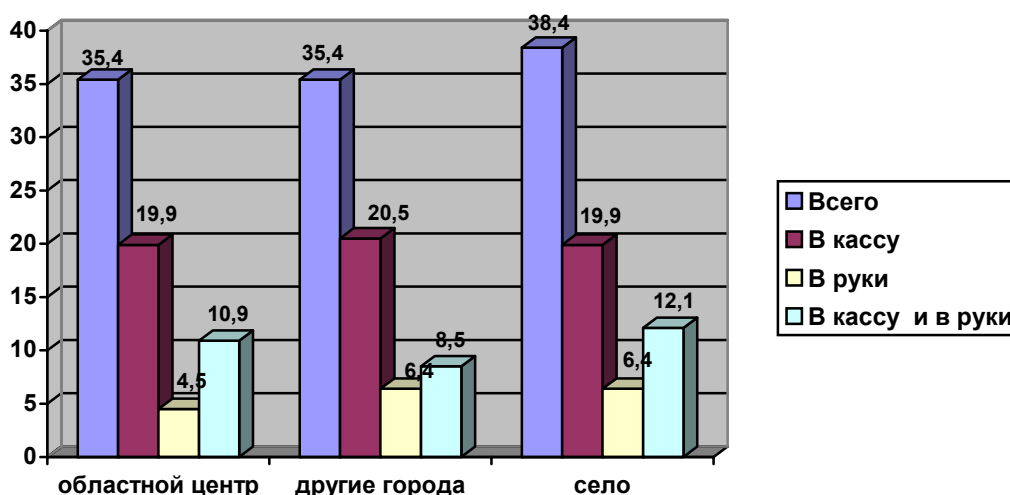
Во-первых, в выделенных типах поселений, как правило, наблюдается одинаковое соотношение видов медицинской помощи по степени распространенности практики их оплаты населением: стоматологическая/стационарная/амбулаторно-поликлиническая.

Во-вторых, по мере уменьшения типа поселения возрастает распространенность оплаты лечения в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях, но снижается распространенность оплаты стоматологического лечения. Эти внутрирегиональные различия свидетельствуют о разной степени доступности бесплатного лечения для жителей разных типов поселений.

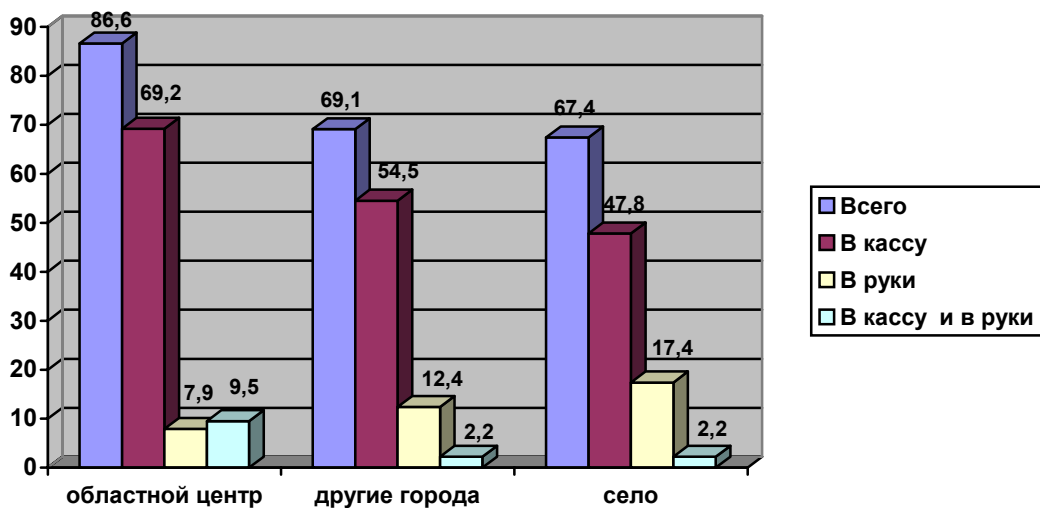
Рис. 3.3.

**Доля домохозяйств\* в разных типах поселений региона А, плативших за медицинскую помощь, в % от числа обратившихся за ней**

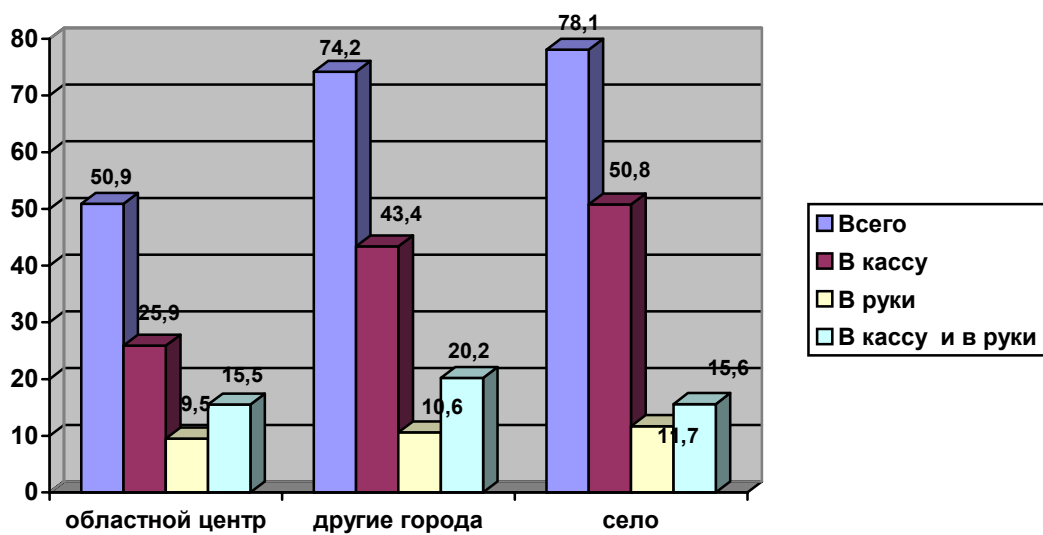
*Амбулаторно-поликлиническая*



*Стоматологическая*



*Стационарная*

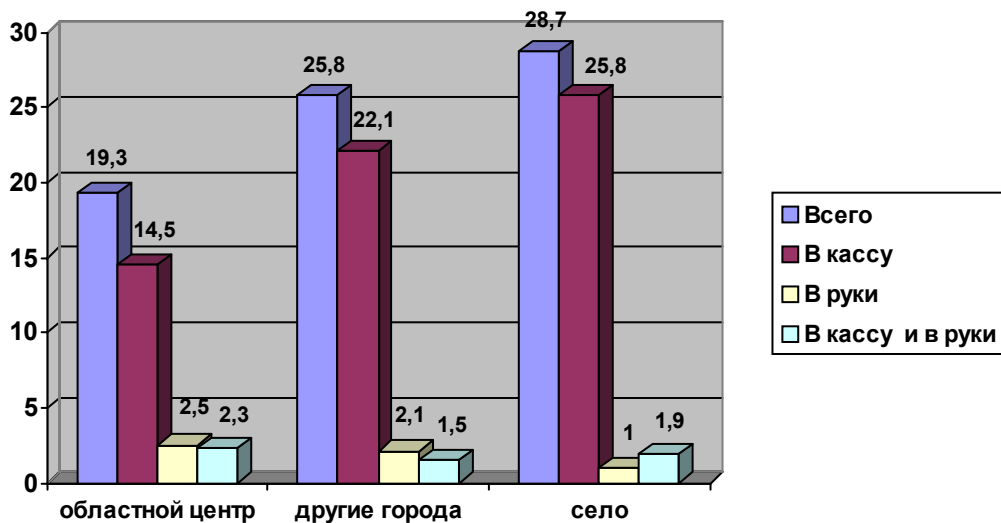


\* - в репрезентативной выборке.

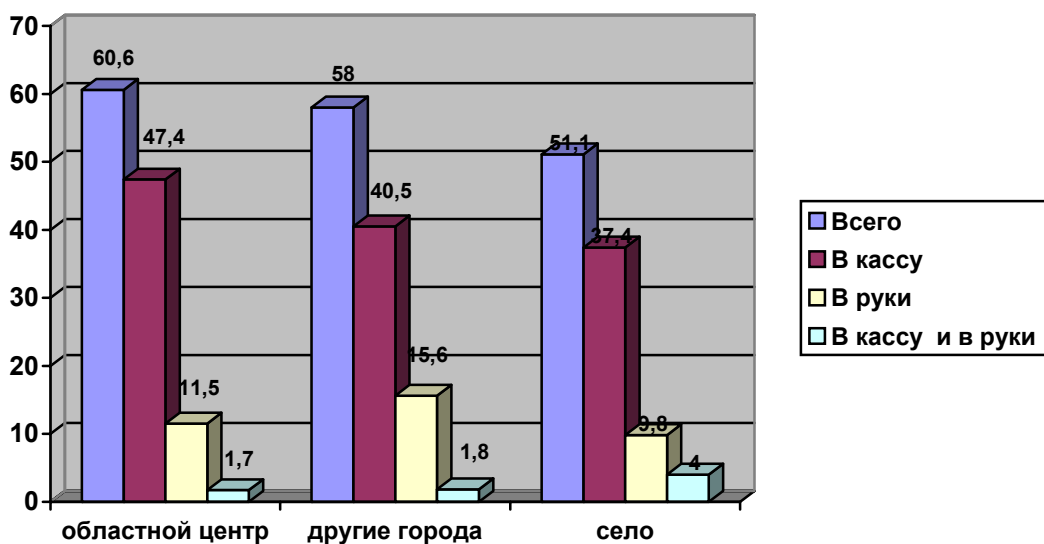
Рис. 3.4.

Доля домохозяйств\* в разных типах поселений региона В, плативших за медицинскую помощь, в % от числа обратившихся за ней

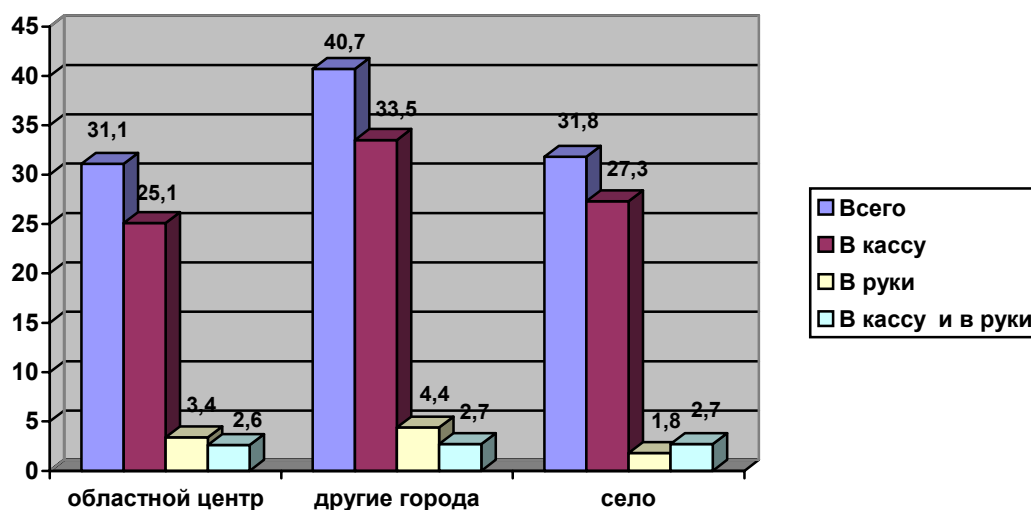
*Амбулаторно-поликлиническая*



*Стоматологическая*



### Стационарная



\* - в репрезентативной выборке

### 3.2.2. Распространенность по доходным группам

Проведенный опрос позволяет анализировать зависимость показателей распространенности оплаты различных видов медицинской помощи от уровня доходов домохозяйств, используя для этого две разные группы данных. Во-первых, это данные ответов всех респондентов из репрезентативной выборки. Напомним, что их спрашивали об обращаемости за медицинской помощью и фактах ее оплаты, а также просили дать оценку уровня доходов домохозяйств, посредством отнесения его к одной из пяти предложенных групп с разным качественно измеряемым уровнем дохода (см. табл. 3.4). Применение такого способа деления домохозяйств на доходные группы в соответствии с качественными самооценками было обусловлено ограничением количества вопросов в первой части анкеты.

Во-вторых, это данные ответов целевой группы респондентов (т.е. имевших опыт оплаты медицинских услуг). Они уже отвечали на вопрос о доходе домохозяйства в денежном выражении.

Обратимся к данным, полученным по репрезентативной выборке (см. табл. 3.4, рис. 3.5, 3.6). Соотношение количества домохозяйств, отнесенных к разным доходным группам путем их самоидентификации, оказалось примерно одинаковым в обоих регионах, хотя среднедушевые доходы в регионах различны. В группу с самым высоким уровнем дохода попадали лишь единичные домохозяйства, соответственно данные об их расходах нерепрезентативны. Поскольку подавляющая часть респондентов оказалась в первых четырех группах, сосредоточимся далее именно на них.

Таблица 3.4.

**Распределение домохозяйств\* по доходным группам согласно их самоидентификации**

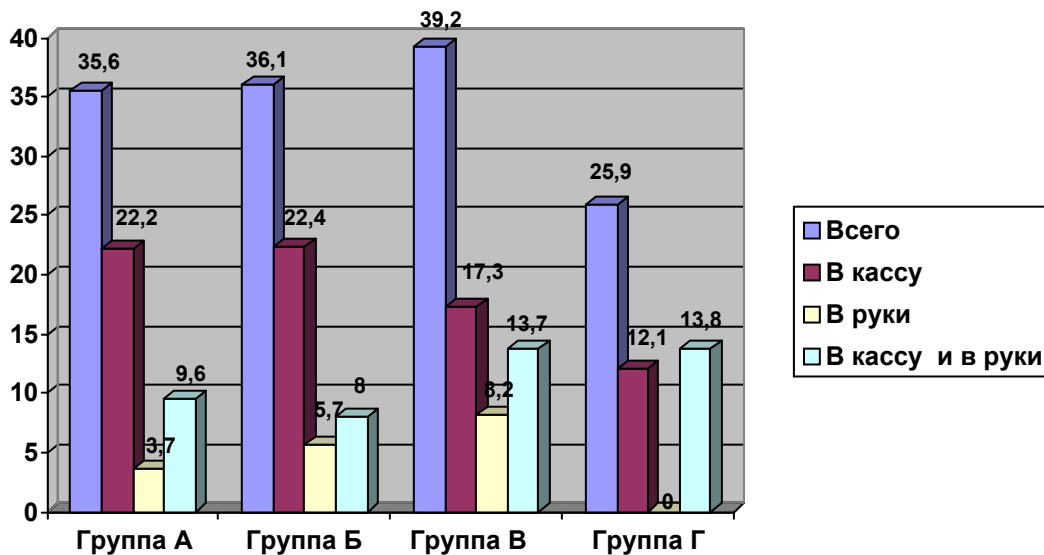
Группа	Критерий самоидентификации (варианты ответа на вопрос о доходах)	Доля домохозяйств в группе, в %,	
		Регион А	Регион В
Группа А	Мы едва сводим концы с концами, денег не хватает даже на продукты	12,9	15,8
Группа Б	На продукты денег хватает, но покупка одежды вызывает серьезные затруднения	48,3	45,6
Группа В	Денег хватает на продукты и одежду, но покупка вещей длительного пользования является проблемой	31,3	30,9
Группа Г	Мы можем без труда приобретать вещи длительного пользования	6,2	6,5
Группа Д	Мы можем позволить себе достаточно дорогие покупки	0,4	0,5

\* - в репрезентативной выборке.

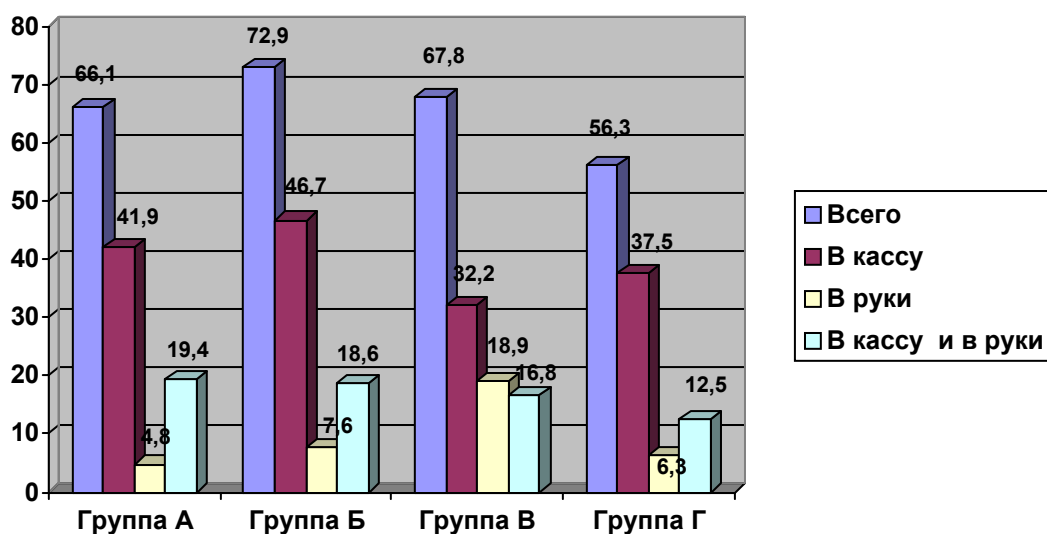
Рис. 3.5.

**Доля домохозяйств\* в разных доходных группах в регионе А, плативших за медицинскую помощь, в % от числа обратившихся за ней**

*Амбулаторно-поликлиническая*



Стационарная

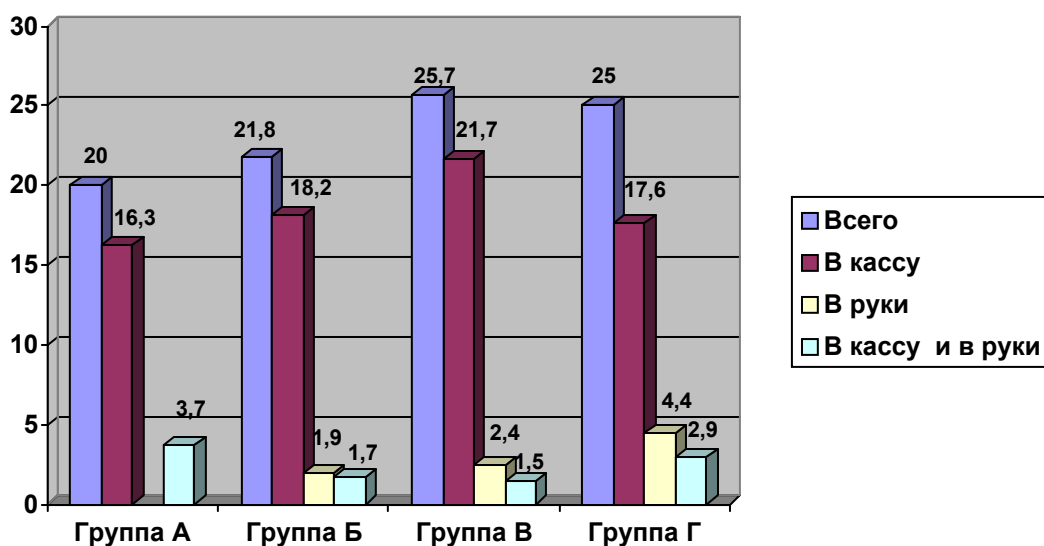


\* - в репрезентативной выборке; по группам, представленным в табл. 3.4.

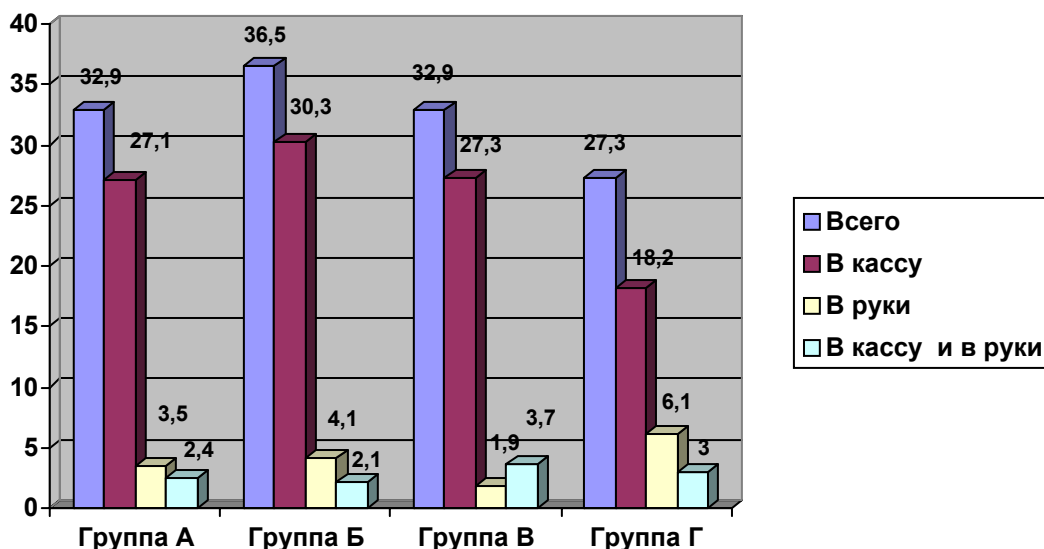
Рис. 3.6.

Доля домохозяйств\* в разных доходных группах в регионе В, плативших за медицинскую помощь, в % от числа обратившихся за ней

Амбулаторно-поликлиническая



### Стационарная



\* - в репрезентативной выборке; по группам, представленным в табл. 3.4.

Для первых трех групп имеет место следующая тенденция: с ростом дохода увеличивается частота оплаты медицинской помощи и в том числе оплаты в руки. В регионе А относительно более обеспеченная третья группа чаще прибегает к оплате медицинской помощи и чаще платит неформально, чем более бедные группы. Это свидетельствует, по нашему мнению, о том, что НП в значительной степени выполняют для этой группы функцию получения услуг более высокого качества, чем бесплатное лечение, или услуги, оплачиваемые легально. В четвертой группе в регионах А и В наблюдается снижение распространенности оплаты медицинской помощи.

Рассмотрим теперь данные ответов респондентов из целевой группы домохозяйств (имевших опыт оплаты медицинских услуг). Проанализируем показатели оплаты медицинской помощи в зависимости от денежного дохода. Для этого домохозяйства из целевой группы в каждом из регионов были поделены на 20% доходные группы в соответствии с доходом домохозяйства в рублях, о котором респонденты были опрошены во второй части анкеты. В нижеприведенных таблицах 3.5-3.7 и рисунке 3.9 группа 1 соответствует группе с наименьшим доходом, группа 5 – с наибольшим.

Прежде всего рассмотрим дифференциацию этих домохозяйств по доходу и по расходам на медицинские услуги в каждом из регионов. Расслоение по доходам по данным нашего обследования в каждом из регионов примерно одинаково, совпадает с данными официальной статистики для этих регионов, и в целом соответствует дифференциации по доходам в России (см. табл. 3.5).

При анализе расходов домохозяйств учитывались официальные и неофициальные расходы в амбулаторно-поликлинических учреждениях, стационарах, а также покупка лекарств для лечения дома. Дифференциация по расходам на медицинские услуги значительно слабее, чем дифференциация по доходам (см. табл. 3.6.). Это означает, что у более бедных домохозяйств на

оплату медицинской помощи тратится бóльшая доля бюджета. Этот вывод аналогичен результатам других исследований расходов населения России на медицинскую помощь (см. табл. 1.12 в главе 1). Следует также отметить, что в более бедном регионе А это явление выражено значительно сильнее, чем в более богатом регионе В.

Таблица 3.5.

**Доля доходов каждой из квинтильных групп\* в общих доходах домохозяйств в регионе, в %**

Квинтильные группы	Регион А		Регион В		В целом в России****
	Целевая группа**	Данные Госкомстата РФ***	Целевая группа**	Данные Госкомстата РФ***	
Группа 1	7,0	7,8	6,3	7,4	5,6
Группа 2	12,9	12,7	11,9	12,3	10,4
Группа 3	17,3	17,1	16,1	16,9	15,4
Группа 4	23,9	23,1	23,5	23,1	22,8
Группа 5	38,9	39,3	42,2	40,3	45,8
Всего доходов	100	100	100	100	100

\* - по 20% группам домохозяйств, расположенным в порядке возрастания доходов.

\*\* - целевая группа домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь

\*\*\* Данные для всего населения региона за 2001 год. Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2002: Стат. сб./Госкомстат России. - М., 2002.

\*\*\*\* Данные за 2002 год. Источник: Россия в цифрах, 2003: Крат. Стат. сб./Госкомстат России. - М., 2003.

Таблица 3.6.

**Доля расходов на медицинские услуги каждой из квинтильных групп\* в общих расходах домохозяйств\*\* на медицинские услуги, в %**

Квинтильные группы	Регион А	Регион В
Группа 1	14,9	9,4
Группа 2	16,7	23,3
Группа 3	17,1	20,8
Группа 4	20,2	21,8
Группа 5	31,1	24,7
Всего расходов	100	100

\*- по 20% группам домохозяйств, расположенным в порядке возрастания доходов.

\*\* - в целевой группе домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.



Интегральной характеристикой соотношения дифференциации расходов домохозяйств на медицинскую помощь и дифференциации их доходов служит индекс Какуани (Kakwani progressivity index)<sup>55</sup>. Он является мерой взаиморасположения кривых доли доходов и доли расходов на медицинские услуги каждой из доходных групп (показатели для квинтилей приведены в таблицах 3.5 и 3.6); его значения находятся в промежутке от -2 до 1. Отрицательное значение означает регрессивную зависимость расходов на медицинские услуги от дохода, положительное – позитивную зависимость.

Для регионов А и В были получены следующие значения индекса Какуани:

регион А: - 0,16;

регион В: - 0,25.

Таким образом, в обоих регионах существует слабая регрессивная зависимость затрат на медицинскую помощь от доходов, причем в регионе В эта зависимость чуть более выражена. Это означает, что бремя таких расходов несколько сильнее для групп с меньшим доходом.

Разделим теперь домохозяйства в каждом из регионов на 20% группы в соответствии с расходами на медицинские услуги. Распределение сумм расходов на медицинскую помощь между этими группами представлено в таблице 3.7. Эти данные свидетельствуют о более значительной дифференциации домохозяйств по расходам на медицинские услуги, чем по доходам. Ниже приводятся графики кривых Лоренца по доходам домохозяйств и по их расходам на медицинские услуги.

*Таблица 3.7.*

**Распределение расходов на медицинские услуги по 20% группам домохозяйств\*, различающимся по уровню расходов на медицинские услуги**

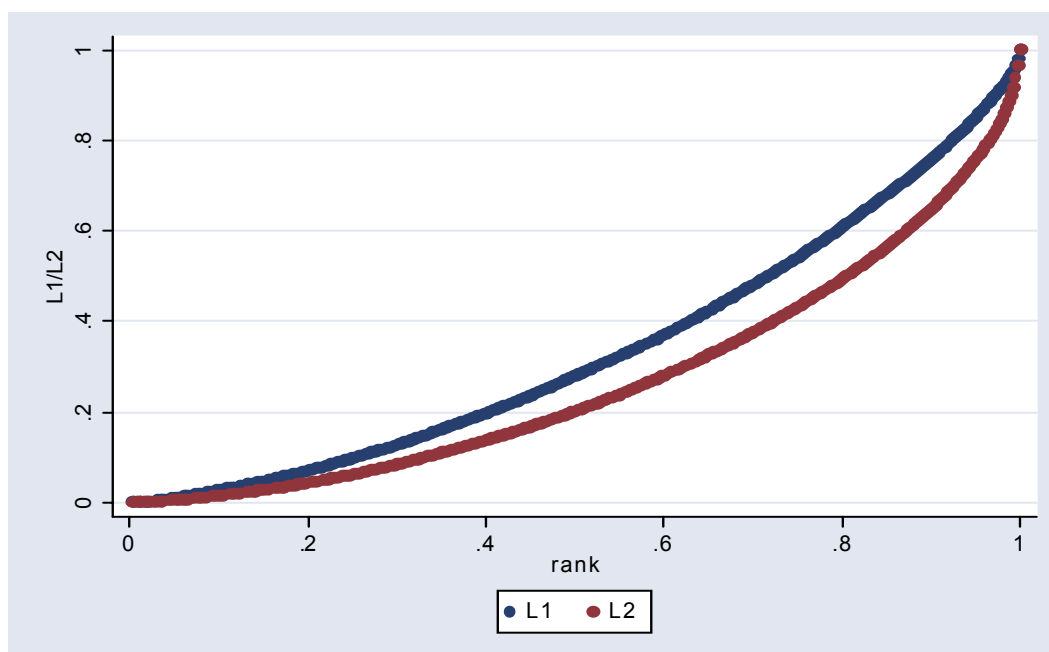
Группа	Регион А	Регион В
Группа 1	4,3	3,0
Группа 2	9,8	8,1
Группа 3	14,0	12,1
Группа 4	21,4	20,3
Группа 5	50,4	56,4
Всего расходов	100	100

\* - в целевой группе домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь; по 20% группам домохозяйств, расположенных в порядке возрастания расходов на медицинские услуги.

<sup>55</sup>Kakwani, N.C., A. Wagstaff, and E. Van Doorslaer, Socioeconomic Inequalities in Health: Measurement, Computation and Statistical Inference. Journal of econometrics, 1997. 77(1): p.87-104; Quantitative Techniques for Health Equity Analysis: Technical Notes. [http://www.worldbank.org/poverty/health/wbact/health\\_eq.htm](http://www.worldbank.org/poverty/health/wbact/health_eq.htm)

Рис 3.7.

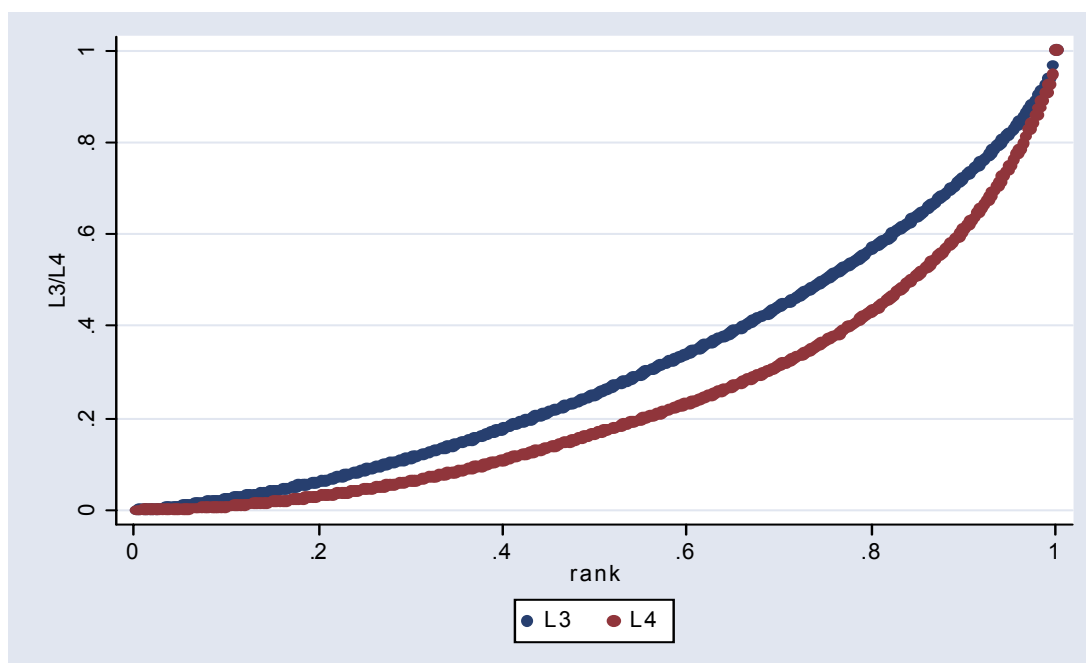
**Кривые Лоренца по доходу (L1) и по расходам на медицинские услуги (L2) в регионе А\***



\* - для целевой группы домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

Рис. 3.8.

**Кривые Лоренца по доходу (L3) и по расходам на медицинские услуги (L4) в регионе В\***



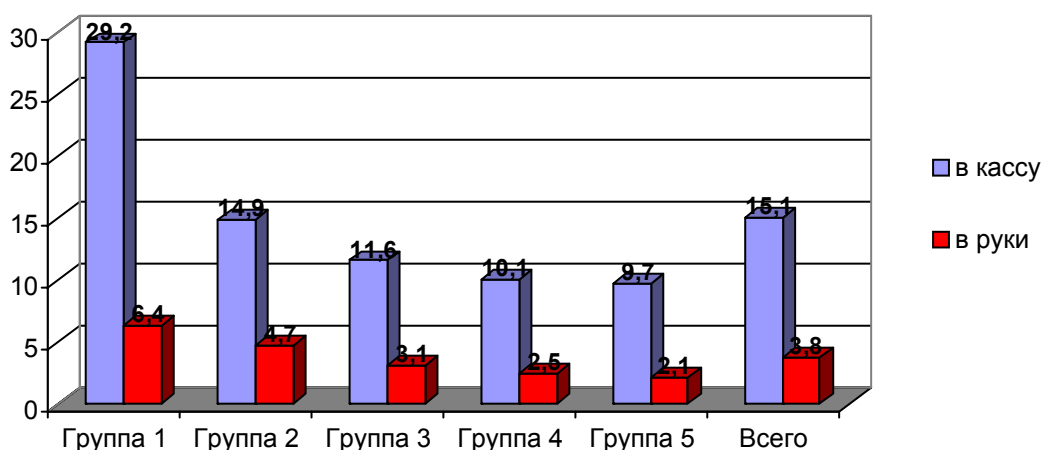
\* - для целевой группы домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

Как следует из представленных данных, неравенство в расходах на медицинские услуги значительно выше, чем неравенство в доходах. В регионе В расхождение между двумя кривыми Лоренца чуть больше, чем в регионе А. То есть, в регионе с более высоким уровнем душевых доходов неравенство в расходах на медицинскую помощь оказалось несколько сильнее. В свою очередь, данные о доли бюджета домохозяйств, идущего на оплату медицинских услуг, представленные на рис. 3.9., ясно показывают, что в более бедных домохозяйствах большая доля бюджета приходится на оплату медицинских услуг. Другими словами, расходы на медицинскую помощь ложатся неравным бременем на домохозяйства с разным уровнем благосостояния. Это свидетельствует о существенном экономическом неравенстве в доступности медицинской помощи.

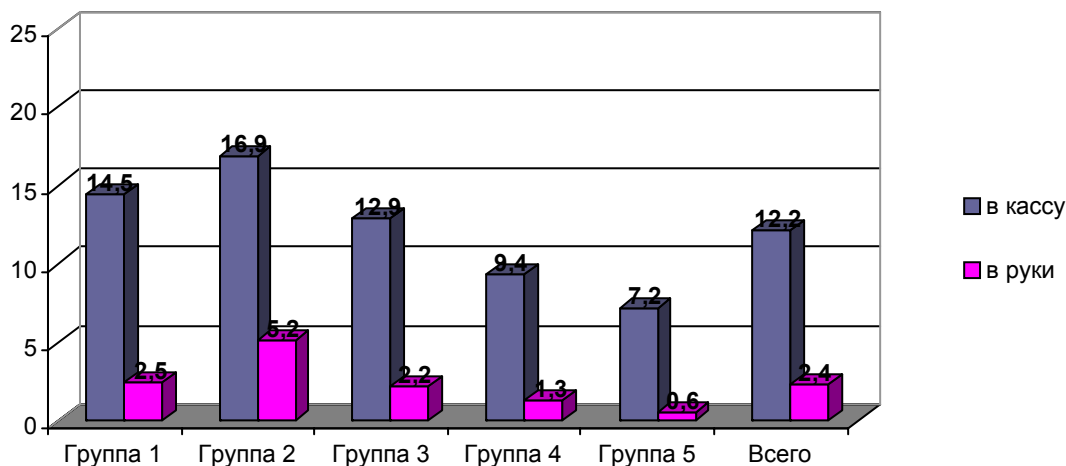
Рис. 3.9.

**Доля расходов на медицинскую помощь в доходах домохозяйств\*, в %**

*Регион А*



*Регион В*

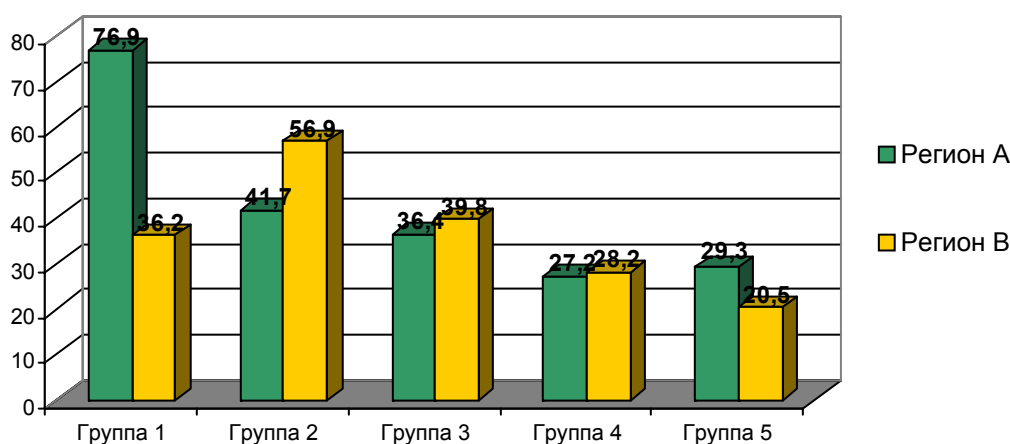


\* - в целевой группе домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь; по 20% группам домохозяйств, расположенным в порядке возрастания доходов.

В регионе А доля расходов на медицинскую помощь в доходах домохозяйств выше, чем в регионе В в группах 1, 4, 5.. И в регионе А, и в регионе В в группах 1, 2 и 3 официальные и неофициальные расходы составляют значительно (за некоторыми исключениями) большую часть дохода, чем в группах 4 и 5. Эти данные также согласуются с результатами других исследований, приведенных в главе 1 (см. табл. 1.13), в особенности с выводами исследования Института социальных исследований и Центра международного здравоохранения Бостонского университета (*Бойков и др., 1998, 2000*) и исследования Фонда «Российское здравоохранение» в Новгородской области (*Климкин, Зайцева, 2001*).

Рис. 3.10.

**Доля расходов на медицинскую помощь в доходах 20% домохозяйств\*, имевших наибольшую величину таких расходов в составе каждой квинтильной доходной группы\*\*, в %**



\* - в целевой группе домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

\*\* по группам домохозяйств, расположенным в порядке возрастания доходов.

Рассмотрим дополнительно домохозяйства с наибольшими платежами за медицинскую помощь в каждой доходной группе – по 20% в составе каждой доходной группы (см. рис. 3.10). В обоих регионах прослеживается тенденция возрастания доли расходов на медицинскую помощь при переходе в более высокую доходную группу. Доля медицинских расходов в доходах таких домохозяйств, в 2-3 раза выше, чем в среднем в домохозяйствах соответствующей доходной группы (ср. рис. 3.9 и 3.10). Для домохозяйств первой группы (с самыми низкими доходами) она составила 77% месячного дохода в регионе А и 36% - в регионе В. Для домохозяйств следующей

доходной группы – 42% и 57% соответственно. Эти данные демонстрируют, что для домохозяйств, вынужденных более других нести расходы на медицинскую помощь, эти расходы становятся очень серьезной проблемой. И наиболее тяжелым бременем они ложатся на бюджеты домохозяйств с низкими и невысокими доходами.

### **3.2.3. Распространенность практик оплаты по социально-демографическим типам домохозяйств**

Для анализа показателей доли домохозяйств, плативших в кассу и в руки за медицинские услуги, в зависимости от типа домохозяйств, целевая группа домохозяйств (имевших опыт платежей за медицинские услуги) была поделена на шесть социально-демографических групп. Как видно из таблицы 3.8, распределения домохозяйств по этим группам в регионах А и В существенно не различаются.

*Таблица 3.8.*

#### **Распределение домохозяйств\*, плативших за медицинские услуги, по социально-демографическим группам, в %**

<b>Описание группы</b>	<b>Регион А</b>	<b>Регион В</b>
Одинокие пенсионеры	10,2	9,4
Одинокие трудоспособные	3,8	1,7
Семейные пары без детей (возможно с другими родственниками)	21,4	17,6
Семейные пары с детьми (возможно с другими родственниками)	44,0	46,3
Неполные семьи с детьми	14,6	17,3
Другое	6,0	7,7

\* - в целевой группе домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

Полученные данные (см. табл. 3.9.-3.10.) свидетельствуют о значительных различиях в распространенности оплаты медицинских услуг в разных социально-демографических группах. Одинокие трудоспособные респонденты прибегают к оплате медицинских услуг чаще, чем респонденты из других демографических групп. Если сравнивать поведение респондентов с детьми и без детей, то можно отметить, что в обоих регионах семейные пары с детьми чаще, чем семейные пары без детей, прибегают к оплате услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

В полных семьях с обоими родителями и детьми несколько чаще, чем в неполных семьях, оплачивают услуги в стационарах (в обоих регионах) и в амбулаторно-поликлинических учреждениях (в регионе А). При оплате услуг в

стационарах в регионе А в неполных семьях выше уровень официальной оплаты, а в полных – неофициальной; в регионе В эта тенденция не так выражена. В регионе А чаще всех других платят неформально одинокие трудоспособные и семейные пары с детьми. В регионе В – одинокие трудоспособные и одинокие пенсионеры. Относительно реже других за лечение платят неполные семьи с детьми и одинокие пенсионеры (за исключением оплаты пенсионерами стационарной помощи в регионе В). Первые, по всей видимости, вследствие больших возможностей получения медицинской помощи за счет государства. Вторые – меньшего уровня семейного дохода.

Таблица 3.9.

**Доля домохозяйств\*, плативших за медицинскую помощь, среди разных типов домохозяйств в регионе А, в %**

Группы домохозяйств	В кассу	В руки	В кассу и в руки	Всего платили
<i>Амбулаторно-поликлиническая</i>				
Одинокие пенсионеры	34.5	10.4	29.2	75,0
Одинокие трудоспособные	29.4	29.4	35.3	94,1
Семейные пары без детей	34.7	12.9	20.8	68,3
Семейные пары с детьми	45.7	12.2	22.2	80,1
Неполные семьи с детьми	47.9	6.8	9.6	64,4
Другое	31.0	17.2	24.1	72,4
<i>Стационарная</i>				
Одинокие пенсионеры	65.6	6.3	15.6	87,5
Одинокие трудоспособные	54.5	9.1	36.4	100,0
Семейные пары без детей	54.9	9.9	29.6	94,4
Семейные пары с детьми	48.6	20.8	26.4	95,8
Неполные семьи с детьми	63.3	10.2	18.4	91,8
Другое	80.0	13.3	6.7	100,0

\* - в целевой группе домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

Таблица 3.10.

**Доля домохозяйств\*, плативших за медицинскую помощь, среди разных типов домохозяйств в регионе В, в %**

Группы домохозяйств	В кассу	В руки	В кассу и в руки	Всего платили
<i>Амбулаторно-поликлиническая</i>				
Одинокие пенсионеры	58,1	3,2	0	61,3
Одинокие трудоспособные	50,0	0	25,0	75,0
Семейные пары без детей	57,1	3,6	3,6	64,3
Семейные пары с детьми	61,0	7,1	7,8	76,0
Неполные семьи с детьми	60,7	12,5	7,1	80,4
Другое	56,0	0	4,0	60,0
<i>Стационарная</i>				
Одинокие пенсионеры	52,6	26,3	10,5	89,5
Одинокие трудоспособные	100,0	0	0	100,0
Семейные пары без детей	77,5	7,5	2,5	87,5
Семейные пары с детьми	66,3	4,8	5,8	76,9

Неполные семьи с детьми	60,5	2,6	10,5	73,7
Другое	73,7	0	21,1	94,7

\* - в целевой группе домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

### **3.2.4. Распространенность практик оплаты среди пациентов с разным уровнем образования**

Зависит ли частота использования платных форм получения медицинской помощи от уровня образования пациентов? Для ответа на этот вопрос вновь обратимся к целевой группе домохозяйств (имевших опыт платежей за медицинские услуги).

Респонденты, представлявшие домохозяйства из целевой группы, были разделены на три группы, различающиеся по уровню образования:

группа 1 – нет начального образования, начальное или неполное среднее общее образование;

группа 2 – полное общее среднее или среднее профессиональное образование;

группа 3 – незаконченное высшее или высшее образование.

Распределение респондентов по этим трем группам оказалось примерно одинаковым в двух пилотных регионах (см. табл. 3.11).

*Таблица 3.11.*

#### **Распределение респондентов, имевших расходы на медицинскую помощь\*, по уровню образования, в %**

	<b>Регион А</b>	<b>Регион В</b>
Группа 1 –нет начального образования, начальное или неполное среднее общее образование	14,9	15,4
Группа 2 – полное общее среднее или среднее профессиональное образование	61,4	63,9
Группа 3 – незаконченное высшее или высшее образование	23,7	20,7
Всего	100	100

\* - в целевой группе домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

Сравним теперь данные о доле респондентов, использовавших разные формы оплаты медицинской помощи, среди групп с разным уровнем образования в каждом из регионов (табл. 3.12 и 3.13). В регионе А распространенность практик оплаты услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах, а также распространенность неофициальной оплаты возрастает с увеличением уровня образования. В свою очередь, распространенность практик оплаты в кассу является наибольшей в группе с низким уровнем образования. То есть, чем выше уровень образования, тем

более респондент склонен прибегать к оплате медицинской помощи и чаще использовать неформальную оплату.

Таблица 3.12.

**Доля респондентов\*, использовавших разные формы оплаты медицинской помощи, среди групп с разным уровнем образования в регионе А, в %**

Группы домохозяйств	В кассу	В руки	В кассу и в руки	Всего платили
Амбулаторно-поликлиническая				
Группа 1	52,8	4,2	13,9	70,8
Группа 2	39,4	14,0	20,8	74,3
Группа 3	41,0	12,0	26,5	79,5
Стационарная				
Группа 1	65,5	3,4	24,1	93,1
Группа 2	54,0	18,3	22,3	94,6
Группа 3	53,1	12,5	29,7	95,3

\* - в целевой группе домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

Таблица 3.13.

**Доля респондентов\*, использовавших разные формы оплаты медицинской помощи, среди групп с разным уровнем образования в регионе В, в %**

Группы домохозяйств	В кассу	В руки	В кассу и в руки	Всего платили
Амбулаторно-поликлиническая				
Группа 1	48,1	3,8	3,8	55,8
Группа 2	65,0	5,8	4,9	75,7
Группа 3	52,8	9,7	11,1	73,6
Стационарная				
Группа 1	76,9	10,3	5,1	92,3
Группа 2	64,5	8,5	4,3	77,3
Группа 3	64,4	4,4	13,3	82,2

\* - в целевой группе домохозяйств.

В регионе В зависимости распространенности официальной и неофициальной оплаты медицинских услуг от уровня образования респондента выражены не столь четко, как в А. Следует тем не менее отметить, что респонденты с низким уровнем образования намного чаще остальных прибегают к официальной оплате при получении стационарной помощи, а респонденты с высшим образованием чаще других сочетают официальную и неофициальную формы оплаты и амбулаторно-поликлинической, и стационарной помощи.

В обоих регионах наблюдается тенденция роста размеров официальной и неофициальной оплаты в стационарных учреждениях в расчете на одно домохозяйство с увеличением уровня образования респондента, представлявшего домохозяйство при опросе. (см. табл. 3.14). Уровень образования положительно скоррелирован с доходом, и таким образом, лица с



более высоким уровнем образования имеют больше возможностей тратить на медицинские нужды (См. Таблицы П.2.2 и П.2.3 в Приложении 2)..

Таблица 3.14.

**Средние размеры официальной и неофициальной оплаты медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах лицами с разным уровнем образования\*, руб.**

Группы домохозяйств	В амбулаторно-поликлинических учреждениях за 3 месяца		В стационарах за 12 месяцев	
	В кассу	В руки	В кассу	В руки
<i>Регион А</i>				
Группа 1	114,3	25,8	576,8	143,3
Группа 2	217,8	103,8	736,6	288,4
Группа 3	202,8	103,6	961,8	422,8
<i>Регион В</i>				
Группа 1	129,2	17,6	246,6	130,6
Группа 2	194,8	79,5	427,0	211,6
Группа 3	296,3	108,1	762,1	180,4

\* - Целевой группе домохозяйств, плативших за амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

### **3.2.5. Кластерный анализ участия домохозяйств в оплате медицинской помощи**

С целью анализа стратификации населения по участию в оплате медицинской помощи был выполнен кластерный анализ по показателям, отражающим расходы домохозяйств на оплату медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях, стационарах и на приобретение медикаментов. Этот анализ проводился по целевой группе домохозяйств, имеющих опыт оплаты амбулаторно-поликлинических или стационарных услуг и указавших размеры своих доходов (474 и 325 домохозяйств в регионах А и В соответственно).

В качестве возможных параметров классификации рассматривались отдельно официальные и неофициальные расходы респондента и отдельно членов его семьи в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в стационарах, а также покупка лекарств для лечения дома. Для анализа использовались также показатели суммарных официальных и неофициальных расходов отдельно респондентов и домохозяйств в целом.

Для проведения кластерного анализа был использован метод к-средних, реализованный в пакете Classmaster. В результате домохозяйства в каждом из регионов были поделены на кластеры в соответствии со следующими параметрами:

- доход домохозяйства в месяц;

- суммарные официальные и неофициальные платежи в амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских учреждениях и расходы на приобретение лекарств для лечения дома, а также неофициальные платежи, связанные с вызовом медицинских работников на дом и скорой помощи.

Методы кластерного анализа не позволили выделить небольшое количество различных кластеров. При делении на кластеры, когда их число не задавалось, а программный пакет производил деление автоматически, количество кластеров возрастало до 12-14; при этом доля объясненной части выборки достигала 88-94%.

После автоматической классификации количество кластеров подбиралось вручную (если задавалось  $n$  кластеров, то программа выбирала  $n-1$  центр кластеров и к ним приписывала точки из выборки, а оставшиеся неклассифицируемые точки составляли «болото»). В качестве критериев для обоснования выбора количества кластеров вручную использовались следующие - доля объясненной части для деления на кластеры всей выборки в целом была не менее 80% и количество элементов в группе «болото» не более 20% от числа всех точек.

Характеристики полученных кластеров в каждом из регионов представлены в таблицах 3.15 и 3.16.

В регионе А, при делении целевой группы на кластеры были исключены 3 экстремальные точки с очень высоким доходом и очень высокими общими платежами за медицинские услуги и лекарства. Было осуществлено деление на 7 кластеров, при этом доля объясненной части составляет 80,8%, а «болото» - 19,1% .

В регионе В при делении на кластеры были исключены 3 экстремальные точки (1 точка с очень высоким доходом и очень высокими общими платежами за медицинские услуги и лекарства и 2 точки с очень высоким доходом и очень низкими общими платежами за медицинские услуги и лекарства). Было осуществлено деление на 7 кластеров, при этом доля объясненной части составляет 86,3%, а «болото» - 13,7% .

Таблица 3.15.

**Характеристики кластеров домохозяйств, участвующих в оплате медицинской помощи\*, в регионе А**

Номер кластера	Количество домохозяйств	Параметры классификации		Доля оплаты в руки в медицинских расходах, %	Место жительства	Тип семьи	Уровень образования
		Доходы, руб.	Медицинские расходы, руб.				
1	23	9657	363	29,1	В основном областной центр и города	В основном семейные пары с детьми	В основном среднее и высшее

2	9	5278	2983	12,9	В основном областной центр и города	В основном семейные пары с детьми	В основном среднее
3	56	1655	670	10,4	В основном города, а также село/деревня	Одинок ие пенсион еры, семейные пары с детьми, семейные пары без детей, одинок ие родители с детьми	В основном среднее
4	36	4358	1255	11,8	В основном города и областной центр	Преоблада ют семейные пары с детьми и семейные пары без детей	В основном среднее и высшее
5	92	5241	295	21,8	В основном областной центр и города	Преоблада ют семейные пары с детьми, а также семейные пары без детей	В основном среднее и высшее
6	165	2031	183	10,6	В основном города и село/деревня	Семейные пары с детьми, одинок ие родители с детьми, одинок ие пенсион еры, семейные пары без детей	В основном среднее
7	90	3510	495	11,5	В основном города, остальные – поровну областной центр и село/деревня	Семейные пары с детьми, семейные пары без детей	В основном среднее

\* в целевой группе домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

Таблица 3.16.

**Характеристики кластеров домохозяйств, участвующих в оплате  
медицинской помощи\*, в регионе В**

Но мер кла сте ра	Количес тво домохо зяйств	Параметры классификации		Доля оплаты в руки в медици нских расхода х, в %	Место жительства	Тип семьи	Уровень образовани я
		Доходы, руб.	Медици нские расходы , руб.				
1	17	14618	539	8,6	В основном областной центр и село/деревня	В основном семейные пары с детьми	В основном среднее
2	17	6018	2708	19,2	В основном областной центр	Преоблада ют одинокие родители с детьми, семейные пары с детьми и семейные пары без детей	В основном среднее и высшее
3	96	2181	232	6,7	Примерно равное распределе ние по всем типам поселений	Преоблада ют одинокие пенсионер ы, семейные пары с детьми и одинокие родители с детьми	Более половины среднее, около трети начальное
4	56	8542	467	11,9	В основном областной центр и города	В основном семейные пары с детьми	Почти две трети среднее, более трети высшее
5	24	5690	1483	8,8	В основном областной центр и города	Преоблада ют семейные пары с детьми, а также семейные пары без детей и одинокие родители с детьми	Почти две трети среднее
6	68	5131	251	7,9	Равномерно представлены все типы поселений	Более половины семейные пары с детьми, а	В основном среднее

						также одинокие родители с детьми и семейные пары без детей	
7	44	3894	762	6,9	В основном города и областной центр	Преоблада ют семейные пары с детьми и семейные пары без детей	Более половины среднее, около трети - высшее

\* в целевой группе домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

Результатом кластерного анализа стало выделение достаточно большого числа кластеров в каждом из регионов. Анализ характеристик этих кластеров показывает, что выявленные различия в размерах оплаты медицинской помощи в целом среди домохозяйств затруднительно объяснить факторами различий в доходах, а также в месте жительства, типе семьи, уровне образования. Таким образом, эти различия обусловлены более сложными сочетаниями социально-географических, экономических и институциональных факторов. Вспомним, что при рассмотрении отдельных видов медицинской помощи, связи между распространенностью практик их оплаты и местом жительства домохозяйств являются более выраженными, но разнонаправленными для амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, с одной стороны, и стоматологической помощи – с другой (см. раздел 3.2.1.).

### **3.3. Распространенность практик оплаты медицинской помощи в разных видах медицинских учреждений**

#### **3.3.1. Распространенность разных форм оплаты по видам медицинской помощи**

Сравним распространенность официальных, неофициальных платежей и их смешанной формы, когда наряду с оплатой в кассу деньги платятся также и в руки, - для разных видов медицинской помощи (см. табл. 3.17).

В оплате всех видов медицинской помощи чаще используются платежи в кассу. Платежи в руки (включая оплату только в руки, плюс смешанную оплату: в кассу и в руки) наиболее распространены в стационарах. Наименьшая распространенность официальных и неофициальных платежей отличает амбулаторно-поликлиническую помощь, но смешанная форма оплаты встречается здесь чаще, чем в стоматологической помощи, где в свою очередь, наиболее высокая доля оплаты только в руки.

Таблица 3.17.

**Доля домохозяйств\*, плативших за различные виды медицинской помощи, среди обратившихся за ними, в %.**

Виды помощи	В кассу	В руки	В кассу и в руки	Всего
амбулаторно- поликлиническая	19,8	4,1	6,1	30,0
стоматологическая	49,7	12,4	3,3	65,4
стационарная	35,8	7,3	10,3	53,5
скорая помощь и помощь на дому	-	-	-	10,5

\* - в репрезентативной выборке.

Таким образом, в стоматологической помощи более четко проявляется альтернативность официальной и неофициальной форм оплаты. В амбулаторно-поликлинической и в особенности в стационарной помощи смешанная форма оплаты встречается чаще, чем оплата только в руки. Таким образом, здесь официальная и неофициальная оплата чаще не замещают друг друга, а дополняют. Следует только отметить, что этот вывод справедлив для всей выборки и для региона А. В регионе В эти соотношения выражены в меньшей степени. Там показатели распространенности оплаты в руки и смешанной оплаты примерно одинаковы в амбулаторно-поликлинической помощи и в стационарной помощи (см. табл. 3.1).

Если сравнить ответы респондентов – врачей, полученные в ходе качественных интервью на первом этапе исследования, и респондентов – членов домохозяйств, полученные в анкетном опросе, о распространенности разных форм платежей по различным медицинским учреждениям, то обнаруживается существенное расхождение в оценке распространенности платежей в поликлиниках. Из высказываний врачей поликлиник обоих регионов следовало, что в их учреждениях, в отличие от стационаров, доля заплативших в кассу пациентов составляет 1-2%. Респонденты объясняли это низкой платежеспособностью пациентов поликлиник, среди которых преобладают пенсионеры, и старым оборудованием в поликлиниках, которое сдерживает развитие платных услуг. Опрос пациентов, однако, показал, что в обоих регионах доля пациентов, плативших в амбулаторно-поликлинических учреждениях, хотя и вдвое меньше, чем в стационарах, но это далеко не 1-2 %.

Такое расхождение полученных оценок можно объяснить двумя обстоятельствами. Во-первых, домохозяйства спрашивали о расходах в любых видах амбулаторно-поликлинических учреждений, включая специализированные диагностические отделения и центры, предоставляющие услуги в основном на платной основе, в то время как респондентами качественного интервьюирования были работники муниципальных поликлиник. В них практики предоставления услуг за плату, действительно, развиты в меньшей мере. Во-вторых, медицинские работники, как показал опрос, зачастую не ощущают заметной прибавки к своей заработной плате за счет лечения пациентов, заплативших за это в кассу, по сравнению с пациентами, получающими помощь бесплатно. Поэтому они не обращают серьезного внимания на соотношение тех и других и могут ошибиться в его оценке.

### 3.3.2. Денежные и неденежные формы оплаты в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях

Неформальные платежи могут быть денежными и неденежными. По ответам респондентов из целевой группы, денежные формы платежей преобладают в обоих регионах во всех видах медицинских учреждений. Традиционные способы вознаграждения врачей, бывшие самыми распространенными и доступными для основной массы пациентов во времена бесплатной медицины (подарки, сувениры, цветы, конфеты, бутылки со спиртным и т.п., или какие-нибудь услуги), другими словами, неденежные формы благодарения не исчезли. К ним прибегают во всех видах медицинских учреждений и как к единственной форме вознаграждения медицинских работников, и как к дополнению денежных платежей. Благодарность посредством подарков «поверх» денежных платежей встречается в одной пятой всех случаев оплаты амбулаторно-поликлинической и в трети случаев оплаты стационарной помощи (табл. 3.18 – 3.19).

Таблица 3.18.

**Доля домохозяйств\*, использующих денежную и неденежную формы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, % .**

Приходилось:	Регион А	Регион В	В целом в двух регионах
только платить деньги	78,0	80,5	79,0
платить деньги и благодарить в иной форме	20,1	16,3	18,7
только благодарить в иной форме	1,9	3,2	2,3
Всего**	100	100	100

\* - В целевой группе домохозяйств, плативших за амбулаторно-поликлиническую помощь в последние 3 месяца.

\*\* - в скобках – число респондентов из целевой группы, плативших деньги или благодаривших в иной форме за амбулаторно-поликлиническую помощь

Таблица 3.19.

**Доля домохозяйств\*, использующих денежную и неденежную формы оплаты стационарной помощи, % .**

Приходилось:	Регион А	Регион В	В целом в двух регионах
--------------	----------	----------	-------------------------

только платить деньги	62,3	57,0	60,5
платить деньги и благодарить в иной форме	35,5	31,6	34,2
только благодарить в иной форме	2,2	11,4	5,3
Всего**	100 (313)	100 (158)	100 (471)

\* - В целевой группе домохозяйств, плативших за стационарную помощь в последние 12 месяцев.

\*\* - в скобках – число респондентов из целевой группы, плативших деньги или благодаривших в иной форме за стационарную помощь.

Эти данные свидетельствуют о высокой степени монетизации вознаграждения пациентами медицинских работников. Впрочем, не следует забывать, что вопрос об использовании неденежных форм оплаты задавался респондентам, имевшим денежные расходы на медицинскую помощь.

Часть врачей – респондентов, в какого бы рода медицинских учреждениях они ни работали, называли неденежные формы благодарности наиболее приемлемыми в качестве неформальной благодарности, указывая на этические соображения и на то, что неденежные формы благодарности отражают реальную платежеспособность пациентов. Приведем наиболее показательное высказывание врача районной больницы: *«Здесь кто может платить – платит, кто не может – не платит. Какой-то наш знакомый не может заплатить, нет у него денег, одна только пенсия, и как? Купит коньяк хирургам, ну, поговорит. Может, какими-то другими бартерными услугами поможет потом, если у вас телевизор сломается, или машина».*

Вместе с тем среди опрошенных врачей немало было тех, кто открыто говорил, что вместо подарков предпочитал бы иметь их денежный эквивалент, пусть даже и небольшой: *«С теми коробками конфет, которыми нас задаривают, можно открывать кондитерские фабрики. В денежном варианте почти не несут.... Хирургам дарят алкоголь. В свое время в областной больнице на дверях у хирурга висела надпись: «Арабские коньяки не принимаем» В виде юмора. Сказать, что нужны деньги, мы не можем, хотя в голове понимаем, что лучше деньги, а не конфеты». «Уже невозможно видеть этот дешевый шоколад, в больничных киосках меняем его на продукты». «Если больные будут платить за услуги, то, конечно, лучше и проще, чем они будут ходить с этими конфетами, которые видеть уже больше невозможно. Коробка хороших конфет стоит 80 рублей. Пусть они заплатят эти 80 рублей. Лучше деньгами, но это не очень удобно». Как видно из результатов опроса домохозяйств, этически «неудобные», по словам врачей, практики денежной оплаты их услуг как раз преобладают над неденежными.*

Опрос медицинских работников выявил, что помимо вознаграждения пациентами врачей или медсестер, непосредственно оказавших им услуги, появилась и такая форма, как подарки для коллектива медиков. В поликлиниках подарки скромнее, в больницах существеннее. Так, по словам заведующей пульмонологическим отделением одной из больниц, *«Вот у меня стиральная машина – это начальник железной дороги, наш пациент. Он полежал, спросил, что он нам должен. Я сказала, что ничего не должен, но нам надо стиральную машину. Они нам оплатили счет. Это считается благодарностью больного».*



Неформальные благодарности в виде услуг в сегодняшней действительности существенно трансформировались. Это уже не только предложения починить машину или телевизор, но и спонсорская помощь для всего коллектива. Это могут быть разовые услуги по коммунальному обслуживанию медицинских учреждений, ремонту палат, а также предоставление транспорта, выделение продуктов питания для пациентов больниц. Особенно часто такого рода услуги упоминают врачи детских отделений больниц. Видя состоятельность своих пациентов, врачи иногда обращаются с конкретными просьбами сами.

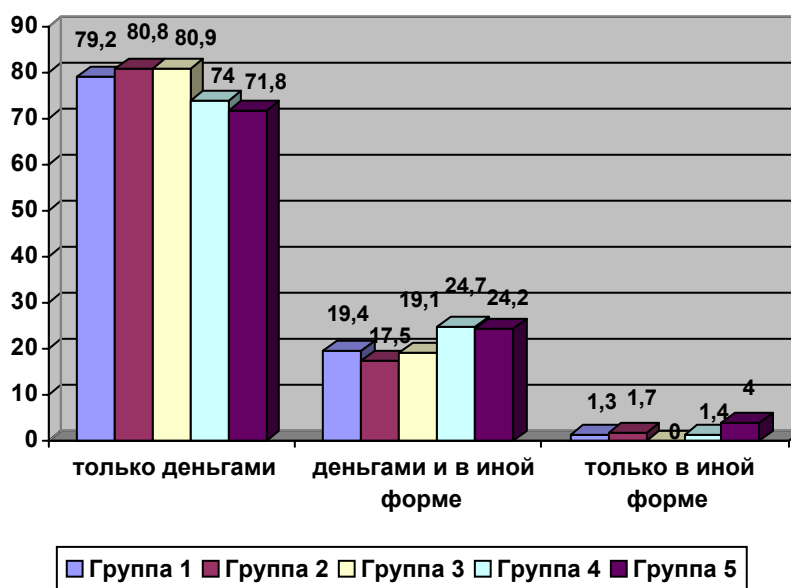
В то же время опрос населения показал, что случаи обращения медицинских работников к пациентам с просьбой заплатить деньги на нужды медицинского учреждения, или оказать услуги, а также случаи выполнения услуг по личной инициативе пациентов имели место, но сравнительно редко: в амбулаторно-поликлинических учреждениях - 5 случаев из 373 в регионе А и 10 из 221 в регионе В; в стационарах – соответственно 7 из 313 и 23 из 158.

На примере поликлиник можно проанализировать распространенность разных форм оплаты в разных доходных группах. Каких-либо определенных тенденций в распространенности денежных форм не просматривается (см. рис. 3.11). Интересно отметить лишь, что в обоих регионах в первой, низкодоходной группе денежные платежи встречаются чаще, чем в пятой, высокодоходной. Что касается практики подарков наряду с денежными платежами, то прослеживается тенденция роста ее частоты с увеличением доходов домохозяйств.

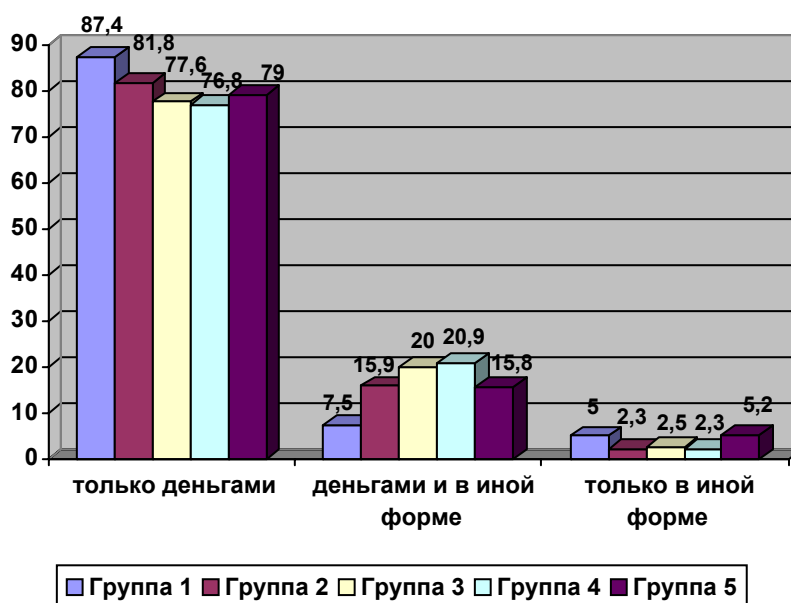
Рис. 3.11.

**Доля домохозяйств, использующих денежную и неденежную формы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, в каждой из квинтильных доходных групп домохозяйств, имевших такие расходы\*, в %**

Регион А



Регион В



\* квинтильные доходные группы выделены в составе домохозяйств из целевой группы, плативших деньги или благодаривших в иной форме за лечение в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

### 3.3.3. Распространенность практик оплаты медицинской помощи в стационарных медицинских учреждениях разных видов

Распределение домохозяйств, плативших за стационарную помощь, по видам больниц, в которых осуществлялись платежи, представлено в таблице 3.20. Легко видеть, что основная часть случаев оплаты приходится на городские больницы, далее следуют районные больницы и областные клиники. К сожалению, данные опроса в силу особенностей его дизайна не позволяют дать количественную оценку доли пациентов больниц разных видов, плативших за лечение в этих больницах. Полученные данные характеризуют распределение по больницам всех пациентов, плативших за стационарное лечение. И поэтому указанные оценки отражают также и различную относительную частоту обращаемости в больницы разных видов. Вместе с тем нельзя не заметить, что совсем редко встречаются платежи в участковых больницах.

Таблица 3.20.

**Доля домохозяйств\*, имевших расходы на стационарную помощь в больницах разных видов, в % от плативших за стационарную помощь**

Виды учреждений	Регион А	Регион В	В целом в двух регионах
Участковая	0,6	5,2	2,3
Районная	25,6	18,9	23,1
Городская	52,7	47,9	51,3

Областная	13,8	17,0	15,1
Ведомственная в области	5,5	8,4	6,6
Частная в области	0,3	-	-
Государственная или Ведомственная вне области	0,3	-	-
Частная вне области	0,3	-	-
Другая	0,9	2,6	1,5
Всего	100	100	100

\* - из целевой группы.

\*\* - в скобках – число домохозяйств из целевой группы, обратившихся за стационарной помощью.

Распределения практик оплаты в каждом из регионов очень близки. Эти данные находятся в соответствии с оценками распространенности практик формальных и неформальных платежей в разных видах медицинских учреждений, полученными из интервью с медицинскими работниками и субъектами системы финансирования здравоохранения.

Абсолютные размеры расходов домохозяйств в больницах разных видов приведены в таблице 3.21. В регионе А самыми большими оказались средние расходы домохозяйств на оплату лечения в частной клинике и в больнице вне региона. Однако такие расходы были лишь в двух домохозяйствах. Если исключить их из рассмотрения, то самым затратным оказалось лечение в областной клинике, затем – в городских больницах. В регионе В ситуация оказалась иной. В выборке не оказалось домохозяйств, имевших расходы вне региона. Наиболее затратными для пациентов здесь оказались ведомственные и городские больницы.

Таблица 3.21.

**Расходы домохозяйств\* на медицинскую помощь в больницах разных видов**

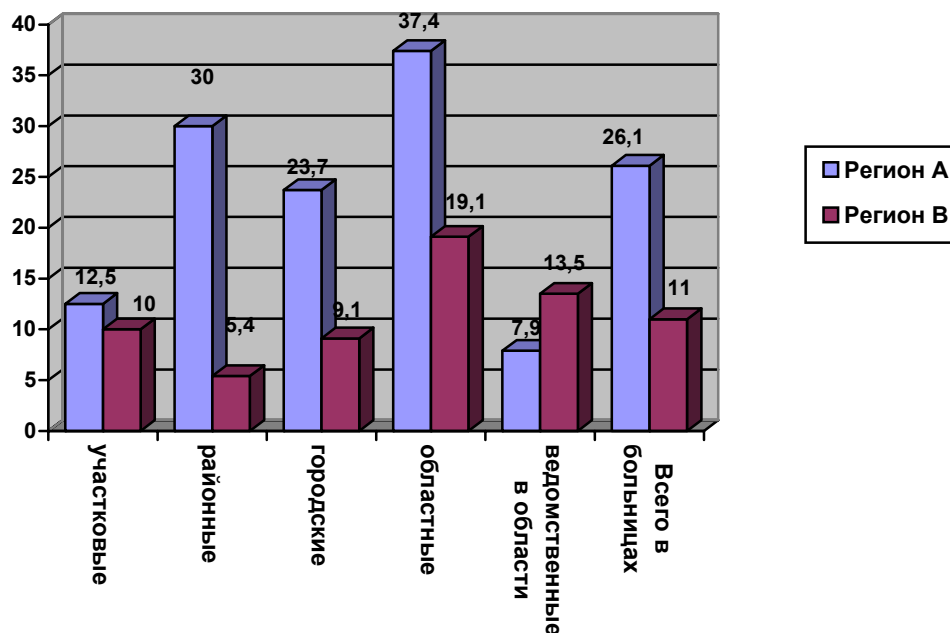
Виды учреждений	Регион А		Регион В	
	Всего	На одно платившее домохозяйство, руб	Всего	На одно платившее домохозяйство, руб.
Участковая	900	450	9348	935
Районная	62249	834	25684	713
Городская	294335	1721	126627	1376
Областная	91322	2029	33647	1051
Ведомственная в области	22158	1231	32846	2053
Частная в области	20000	20000	-	-
Государственная или ведомственная вне области	60000	60000	-	-
Частная вне области	500	500	-	-

Другая	2030	677	2692	538
--------	------	-----	------	-----

\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на стационарную помощь.

Рис. 3.12.

**Доля платежей в руки в расходах домохозяйств\* на лечение в больницах разных видов, в %**



\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на стационарную помощь.

Рассмотрим теперь соотношение размеров официальных и неофициальных расходов домохозяйств на лечение в стационарах (рис. 3.12). В целом неофициальные платежи составляют 28% расходов респондентов из целевой группы на стационарную медицинскую помощь. Величина неофициальных платежей за медицинские услуги в стационарах достигает 69% от размера официальных платежей в кассу стационаров. Этот показатель может служить оценкой размеров теневого рынка в больничном секторе.

В регионе А неофициальные платежи составляют бóльшую долю в расходах, чем в регионе В. В областной больнице этого региона, в которой должны лечиться жители из районов области, то есть самые неплатежеспособные пациенты, неофициальные платежи составляют 37% расходов пациентов. Это в 2 раза превышает соответствующий показатель в регионе В. Такая разница, отражает прежде всего имеющиеся различия в предмете неформальных платежей в областных больницах. В регионе А наибольшие расходы приходятся на оплату операций, услуг лечащего врача и медикаментов для операций. В регионе В больше всего платят неофициально за приобретение медикаментов не для операции и за услуги других врачей, помимо лечащего.

### 3.3.4. Распространенность практик оплаты медицинской помощи в разных отделениях стационаров

Предметом нашего анализа теперь будет выступать распространенность практик формальной и неформальной оплаты медицинских услуг в разных отделениях стационаров. Согласно данным интервью с медицинскими работниками, платежи в руки наиболее распространены в следующих отделениях стационаров:

- хирургических отделениях, прежде всего осуществляющих плановые операции и располагающих новейшими медицинскими технологиями;
- нейрохирургических отделениях и отделениях сосудистой хирургии;
- гинекологических отделениях, включая родовспоможение;
- отделениях проктологии, урологии;
- венерологических отделениях.

Сравним эти качественные оценки с результатами опроса пациентов. Источником данных для такого сравнения послужат ответы респондентов из целевой группы (имевших опыт оплаты медицинских услуг) на вопросы о последнем случае госпитализации, когда им приходилось платить деньги. В целевой группе на эти вопросы ответили 306 респондентов в регионе А и 140 – в регионе В. Из них соответственно 122 и 22 прибегали в этом последнем случае госпитализации к неформальной оплате. Хотя данные о практиках неформальной оплаты в разных отделениях в регионе В являются вследствие небольшой численности ответивших мало репрезентативными, тем не менее их также интересно проанализировать.

Распределение ответов пациентов (точнее говоря, членов домохозяйств, плативших либо за себя, либо за другого члена домохозяйства, находившегося в стационаре) о том, в каких отделениях они производили формальные и неформальные платежи, является интегральным отражением как распределения частоты разных видов заболеваний, требующих стационарного лечения в разных отделениях, так и частоты использования разных форм оплаты в разных отделениях. Тем не менее можно делать определенные выводы об особенностях второго распределения, сравнивая друг с другом данные о распределении между отделениями пациентов, использовавших ту или иную форму оплаты (см. табл. 3.22).

Таблица 3.22.

**Распределение по отделениям стационаров пациентов, плативших формально и неформально, в % от числа пациентов, использовавших каждую форму оплаты\***

Отделения	Все формы оплаты		Только в кассу		Только в руки		В кассу и в руки	
	А	В	А	В	А	В	А	В
Регионы								

Хирургическое	16,7	18,6	13,8	17,8	23,0	15,0	21,6	20,0
Нейрохирургическое	2,9	4,3	3,1	3,3	1,6	0,0	2,7	6,0
Сосудистой хирургии	1,0	2,9	1,5	3,3	0,8	0,0	0,0	2,0
Гинекологическое	19,0	11,4	12,3	7,8	27,6	20,0	30,6	18,0
Проктологии	-	-	-	-	-	-	-	-
Урологии	2,0	1,4	1,5	1,1	1,6	5,0	2,7	2,0
Кардиологическое	8,5	11,4	10,3	13,3	3,3	20,0	5,4	8,0
Терапевтическое	32,7	24,3	35,4	21,1	29,5	30,0	27,9	30,0
Педиатрии	4,9	3,6	6,2	4,4	4,9	0,0	2,7	2,0
Другое	13,7	26,4	17,4	31,1	8,2	15,0	7,2	18,0
Всего <sup>56</sup>	101,4	104,3	101,5	103,3	100,8	105,0	100,9	106,0

\* - по последнему случаю госпитализации.

Такие сравнения позволяют сделать следующие заключения. В регионе А в хирургических и гинекологических отделениях к неформальной оплате прибегают чаще, чем к официальной. В регионе В это явление наблюдается в гинекологических, кардиологических и терапевтических отделениях.

В обоих регионах в хирургических, гинекологических, урологических отделениях комбинация формальной и неформальной оплаты встречается чаще, чем только официальная оплата. В кардиологических и терапевтических отделениях наоборот, официальная оплата более распространена, чем комбинация официальной и неофициальной оплаты.

Таким образом, данные интервью с медицинскими работниками и опроса домохозяйств совместимы в части оценки распространенности неформальных платежей в хирургических, гинекологических и урологических отделений. Различия касаются оценок распространенности неформальных платежей в отделениях нейрохирургии, сосудистой хирургии, проктологии. Но нужно принять во внимание, что в выборке оказалось очень мало пациентов, госпитализированных в отделения нейро- и сосудистой хирургии, и совсем не оказалось госпитализированных в отделения проктологии. Так что данные опроса в части госпитализаций в эти виды отделений не репрезентативны.

<sup>56</sup> Некоторые пациенты переводились из отделения в отделение, поэтому сумма по столбцам больше 100%.

## **Глава 4. За что пациенты платят в кассу и в руки?**

### **4.1. Легальные возможности предоставления платных медицинских услуг**

Медицинские услуги, которые легально оплачиваются населением через кассу медицинского учреждения, именуются в нашей стране «платными медицинскими услугами». Эта практика регулируется на федеральном уровне «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 подведомственных им государственных и муниципальных медицинских учреждениях.

В обоих исследуемых регионах приняты законы «Об охране здоровья жителей», в которых имеются общие формулировки о возможности предоставления платных медицинских услуг. В регионе В территориальная программа государственных гарантий оказания жителям бесплатной медицинской помощи является намного более детальной по сравнению с программой региона А. В нее в качестве приложения входит порядок предоставления платных медицинских услуг, который устанавливает критерии отнесения услуг к категории платных. Это дополнительные медицинские услуги к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи, медицинские услуги сверх предусмотренных стандартами лечения, медицинские услуги при анонимном лечении, дополнительные услуги при улучшенных условиях обслуживания, плановые медицинские услуги вне общей очередности. Программа также включает перечни платных медицинских услуг. Таким образом, в регионе В установлены довольно четкие правовые основы для оказания платных медицинских услуг.

В регионе А не существует подобного документа с перечнем и критериями предоставления платных медицинских услуг. Закон об охране здоровья жителей говорит лишь о возможности создания частной системы здравоохранения для оказания платных услуг и об оказании платных услуг государственными и муниципальными организациями сверх гарантированного объема медицинской помощи. Кроме того, отмечается, что пациенты стационаров могут получать дополнительную лекарственную помощь на основе договора страхования или на платной основе. При этом для отдельных медицинских учреждений утверждены тарифы на дополнительные медицинские услуги. Однако четких критериев отнесения услуг к категории платных региональное законодательство не устанавливает.

Что составляет на практике предмет легальной оплаты медицинской помощи, оказываемой в государственных и муниципальных медицинских учреждениях? В обследованных регионах, согласно данным интервью с медицинскими работниками, 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 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 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. 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 самими государственными и муниципальными медицинскими учреждениями либо 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. Важной особенностью этих методик является то, что затраты на оплату труда в составе цен формируются на основе существующих низких ставок заработной платы медицинских работников в бюджетных учреждениях.



## **4.2. Оплата медицинской помощи на дому**

Особое место среди всех видов медицинской помощи занимает предоставление ее на дому: под этим понимается либо вызов скорой помощи, либо обслуживание медицинскими работниками из поликлиник на дому по медицинским показаниям. Все перечисленные виды помощи на дому должны осуществляться бесплатно. Это подтверждали руководители региональных органов здравоохранения. Некоторые врачи поликлиник говорили, что вызов врача на дом, как правило, осуществляется бесплатно, а вот приход медицинских сестер для уколов и проведения процедур может сопровождаться денежными поощрениями, правда незначительными, так как в основном услуги оплачиваются пенсионерами. Наиболее распространенными видами оплачиваемой помощи на дому являются приход по частной договоренности врача или медсестры из поликлиники.

Согласно данным опроса, услугами медицинских работников на дому и услугами скорой помощи пользовались 29% домохозяйств (29,5% в регионе А и 28,4% в регионе В) в течение последних трех месяцев. В свою очередь, 10% среди них платили за эти услуги. В регионе А оплата медицинской помощи на дому производилась почти в три раза чаще, чем в регионе В: доля плативших среди обратившихся за такой помощью составила 13,8% в регионе А, и лишь 4,3 % в регионе В. Это наименьшие показатели распространенности оплаты медицинской помощи по сравнению с другими видами помощи. Помощь на дому, действительно, пока в основном остается бесплатной. Тем не менее практики оплаты имеют место и здесь. Причем все это неформальные платежи, так как в отличие от услуг в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях, возможность официальной оплаты услуг скорой помощи и помощи на дому не допускается существующими нормативными документами.

При опросе домохозяйств, попавших в целевую группу, задавались вопросы о размерах их расходов, связанных с оказанием скорой медицинской помощи и помощи на дому. Полученные данные приведены в таблицах 4.1 и 4.2. Напомним, что в целевую группу отбирались платившие за амбулаторно-поликлинические или стационарные услуги, поскольку анализ оплаты именно этих видов помощи был для нас приоритетным. Соответственно в целевую группу попали не все домохозяйства, ответившие положительно на вопрос об оплате медицинской помощи на дому. Количество домохозяйств, указавших размеры оплаты за разные виды медицинских услуг на дому, очень мало для каждого региона в отдельности, и поэтому мы приводим сводные данные для обоих регионов.

Чаще других домохозяйства оплачивают услуги медсестер на дому, причем средний размер оплаты за услуги, оказываемые частным образом, в 2 раза больше, чем в случаях оказания услуг по направлению из поликлиники. Случаев оплаты услуг врача по вызову из поликлиники или по частной договоренности оказалось в целевой группе очень немного. Но и здесь оплата в случае вызова частным образом больше - в среднем в 2,6 раза, чем в случае вызова врача на дом по официальному обращению в поликлинику.

Таблица 4.1.

**Расходы домохозяйств\* на оплату услуг, связанных с вызовом на дом медицинских работников из поликлинических учреждений, за три месяца, руб.**

	<b>Число домохозяйств, плативших за эти услуги</b>	<b>Общая сумма платежей</b>	<b>На одно домохозяйство, платившее за эти услуги</b>
Услуги врача по вызову из поликлиники	3	300	100
За услуги медсестры по направлению из поликлиники	13	1495	115
За посещение врача частным образом	4	1060	265
За посещения фельдшера, медсестры частным образом	13	2930	225
Оплата прихода на дом медицинского работника или вызова скорой помощи родственникам, друзьям, знакомым	8	2053	257
Другое**	1	3600	3600

\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

\*\* - в категории «другое» респондентом было указано «сиделка».

Таблица 4.2.

**Расходы домохозяйств\* на оплату услуг, связанных с вызовом скорой помощи, за три месяца, руб.**

	<b>Число домохозяйств, плативших за эти услуги</b>	<b>Общая сумма платежей</b>	<b>На одно домохозяйство, платившее за эти услуги</b>
За госпитализацию в предпочитаемую больницу	2	600	300
В качестве благодарности за оказание медицинских услуг	6	1050	175
За лекарства и медицинские материалы	15	7160	477
Другое**	3	1850	617

\* - по целевой группе.

\*\* - в категории «другое» респондентами были указаны: за вызов платной скорой, за вызов и за медикаменты, за погрузку в машину.

В оплате услуг скорой помощи преобладают платежи за лекарства и медицинские материалы: на них приходится более половины случаев оплаты и наибольшие расходы в среднем на одно платившее домохозяйство.

### 4.3. Оплата услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях

Распределение домохозяйств, плативших при получении помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, по видам расходов дано в таблице 4.3. Наиболее часто предметом оплаты выступают диагностические исследования и анализы (эти расходы имели примерно две трети домохозяйств, плативших за амбулаторно-поликлиническую помощь), а также медицинские материалы, необходимые для их проведения и других процедур (две пятых домохозяйств).

Таблица 4.3.

**Доля домохозяйств\*, имевших формальные (ФП) и неформальные (НП) платежи разных видов, среди плативших за амбулаторно-поликлиническую помощь, в %**

Виды услуг:	Регион А		Регион В		В целом для двух регионов	
	ФП	НП	ФП	НП	ФП	НП
1. За медицинские материалы (рентгеновская пленка, марля и пр.)	40,9	12,0	37,2	2,9	39,5	8,5
2. за диагностические исследования и анализы	71,1	22,5	46,4	9,2	61,5	17,3
3. врачу за направление на дополнительные обследования в этом же учреждении	1,1	2,4	2,9	1,7	1,8	2,1
4. врачу за направление в другие медицинские учреждения	0,3	0,8	0,0	0,8	0,2	0,8
5. врачу за выдачу больничного листа или справки о нетрудоспособности при отсутствии медицинских показаний	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	1,3
6. врачу за выдачу других справок (для получения водительских прав и т.п.)	2,1	2,9	7,5	0,8	4,2	2,1
7. за прием врача, осмотр, консультацию	15,8	5,3	18,8	3,3	17,0	4,6
8. за услуги мануального терапевта, массажиста	3,7	6,4	1,3	2,1	2,8	4,7
9. фельдшеру, медсестре за проведение процедур	7,5	23,3	0,8	2,5	4,9	15,2
10 фельдшеру, медсестре за предоставление дополнительной информации	0,0	0,5	0,0	0,4	0,0	0,5
11. за прием фельдшеру, медсестре	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,3
12. за другое	0,0	0,5	6,3	1,7	2,4	1,0

\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь.

В целом по частоте официальные платежи преобладают над неофициальными лишь при покупке медицинских материалов, оплате

диагностических исследований, приемов у врача и выдаче справок (в регионе В). Среди неофициальных платежей чаще всего встречаются оплата диагностических исследований, оплата за проведение процедур и за медицинские материалы (табл. 4.4). Но порядок расположения видов услуг по распространенности их оплаты не одинаков для двух регионов.

Таблица 4.4.

**Рейтинг амбулаторно-поликлинических услуг по распространенности случаев их формальной и неформальной оплаты домохозяйствами**

Виды услуг, оплачиваемых официально	Доля плативших домохозяйств, %*	Виды услуг, оплачиваемых неформально	Доля плативших домохозяйств, %*
<i>Регион А</i>			
1 диагностические исследования и анализы	71,1	1. фельдшеру , медсестре за процедуры	23,3
2. медицинские материалы	40,9	2. диагностические исследования и анализы	22,5
3. прием врача	15,8	3. медицинские материалы	12,0
4. фельдшеру, медсестре за процедуры	7,5	4. услуги мануального терапевта	6,4
<i>Регион В</i>			
1 диагностические исследования и анализы	46,4	1.диагностические исследования и анализы	9,2
2. медицинские материалы	37,2	2. прием врача	3,3
3. прием врача	18,8	3. медицинские материалы	2,5
4. выдача врачом справок	7,5	4. фельдшеру, медсестре за процедуры	2,9

\* - В целевой группедомохозяйств , плативших за амбулаторно-поликлиническую помощь.

Таблица 4.5.

**Распределение сумм платежей домохозяйств\* по видам амбулаторно-поликлинических услуг, в %**

Виды услуг	Регион А	Регион В	В целом в двух регионах
За медицинские материалы (рентгеновская пленка, марля и пр.)	14,6	14,7	14,7
За диагностические исследования и анализы	44,3	44,9	44,5
Врачу за направление на дополнительные обследования в этом же учреждении	1,3	3,8	2,3
Врачу за направление в другие медицинские учреждения	0,1	0,1	0,1

Врачу за выдачу больничного листа или справки о нетрудоспособности при отсутствии медицинских показаний	0,8	0,0	0,5
Врачу за выдачу других справок (для получения водительских прав и т.п.)	2,6	4,4	3,3
За прием врача, осмотр, консультацию	14,4	10,0	12,7
За услуги мануального терапевта, массажиста	9,8	8,1	9,1
Фельдшеру, медсестре за проведение процедур	10,4	1,2	6,9
Фельдшеру, медсестре за предоставление дополнительной информации	0,1	0,2	0,1
За прием фельдшеру, медсестре	0,0	0,0	0,0
За другое	1,6	12,7	5,8
Всего	100,0	100,0	100,0

\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь.

Основная масса платежей за амбулаторно-поликлиническую помощь приходится на диагностические исследования: 44% в первом регионе и 45% во втором. Доля расходов на оплату медицинских материалов в обоих регионах также практически одинакова – 15%. На третьем месте по величине расходов находится оплата врачам за прием, консультации (табл. 4.5).

Интересными для сравнения являются соотношения размеров формальных и неформальных платежей для разных видов услуг (табл. 4.6). Оплата диагностических исследований и анализов, медицинских материалов, приема и консультаций производится преимущественно в легальной форме. В регионе А неофициальные платежи превышают официальные для следующих видов услуг: направление на дополнительные обследования, выдача справок, проведение процедур, прием фельдшером или медсестрой. Платежи врачу за направление в другие медицинские учреждения, выдачу больничного листа или справки о нетрудоспособности при отсутствии медицинских показаний, платежи среднему медицинскому персоналу за предоставление информации по определению являются неформальными. В то же время в регионе В формальные платежи во всех случаях превышают размер неформальных платежей, кроме тех видов услуг, оплата в кассу за которые не предусмотрена (врачу за направление в другие учреждения, среднему медицинскому персоналу за предоставление информации).

Таблица 4.6.

**Соотношения формальных (ФП) и неформальных (НП) платежей в расходах домохозяйств\* на амбулаторно-поликлинические услуги, в%**

Виды платежей	Регион А		Регион В		В целом в двух регионах	
	ФП	НП	ФП	НП	ФП	НП

За медицинские материалы (рентгеновская пленка, марля и пр.)	83	17	97	3	89	12
За диагностические исследования и анализы	84	16	89	11	86	14
Врачу за направление на дополнительные обследования в этом же учреждении	23	77	58	42	45	55
Врачу за направление в другие медицинские учреждения	0	100	0	100	0	100
Врачу за выдачу больничного листа или справки о нетрудоспособности при отсутствии медицинских показаний	0	100	-	-	0	100
Врачу за выдачу других справок (для получения водительских прав и т.п.)	36	64	86	14	62	38
За прием врача, осмотр, консультацию	93	7	86	14	91	9
За услуги мануального терапевта, массажиста	56	44	53	47	55	45
Фельдшеру, медсестре за проведение процедур	31	69	51	49	32	67
Фельдшеру, медсестре за предоставление дополнительной информации	0	100	0	100	0	100
За прием фельдшеру, медсестре	0	100	-	-	0	100
За другое	0	100	78	22	71	29
Всего	69	31	73	27	70	30

\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь.

Показатели распространенности и распределение общих сумм оплаты по видам услуг свидетельствуют, что население платит в амбулаторно-поликлинических учреждениях для компенсации недостаточного государственного финансирования предоставления диагностических и лечебных услуг и ради желания обеспечить необходимую полноту и качество оказания диагностических и лечебных услуг.

Таблица 4.7.

**Размеры формальных (ФП) и неформальных (НП) платежей за амбулаторно-поликлинические услуги в расчете на одно платившее домохозяйство за 3 месяца, руб.**

Виды платежей	Регион А		Регион В		В целом в двух регионах	
	ФП	НП	ФП	НП	ФП	НП
За медицинские материалы (рентгеновская пленка, марля и пр.)	131	93	178	72	148	91
За диагностические исследования и анализы	215	129	356	246	255	150
Врачу за направление на дополнительные обследования в этом же учреждении	113	185	324	467	239	262
Врачу за направление в другие медицинские учреждения	0	75	0	100	0	83

Врачу за выдачу больничного листа или справки о нетрудоспособности при отсутствии медицинских показаний	0	174	0	0	0	174
Врачу за выдачу других справок (для получения водительских прав и т.п.)	172	223	187	275	183	231
За прием врача, осмотр, консультацию	347	108	217	161	297	128
За услуги мануального терапевта, массажиста	725	280	1267	676	841	354
Фельдшеру, медсестре за проведение процедур	187	124	275	88	194	121
Фельдшеру, медсестре за предоставление дополнительной информации	0	40	0	200	0	93
За прием фельдшеру, медсестре	0	20	0	0	0	20
За другое	0	1000	512	555	512	644

Если судить по размерам официальных платежей по каждому виду услуг в среднем на одно платившее домохозяйство, то самыми затратными были расходы на услуги мануальных терапевтов и получение направлений на дополнительные обследования в этом же учреждении (табл. 4.7). В обоих регионах список наиболее затратных для домохозяйств видов услуг примерно один и тот же с небольшими вариациями. Это услуги мануального терапевта, диагностические исследования, направления к специалистам в том же учреждении, прием врача, выдача справок.

#### **4.4. Оплата лечения в стационарах**

##### **4.4.1. Предмет платежей при стационарном лечении**

Распределение домохозяйств, плативших при получении помощи в медицинских стационарах, по видам расходов дано в таблице 4.8. Перечень видов возможных платежей, приведенный в указанной таблице, был сформулирован на основе данных, полученных в интервью с медицинскими работниками. Он отражает состав тех оплачиваемых в кассу и в руки услуг, которые назывались респондентами. В результате опроса населения была количественно оценена распространенность этих видов платежей среди домохозяйств и размеры соответствующих расходов.

Прежде всего необходимо отметить: все выделенные виды услуг выступают предметом оплаты в регионе А. А вот в регионе В никто из респондентов не указал на случаи оплаты за помещение в палату с меньшим числом больных, за смену белья, одеяла и прочее, за разрешение посетить больного в неустановленное время, то есть того, что обычно всегда ассоциируется с предметом НП. Это свидетельствует о меньшей развитости практик НП в регионе В.

Среди случаев платежей в кассу самыми распространенными в обоих регионах являются приобретение лекарств и медицинских материалов, оплата консультаций и диагностики, а также процедур (табл. 4.9). Среди домохозяйств, имевших расходы на стационарную помощь, 81% указали, что они легально покупали необходимые медикаменты, а 14% делали это неформально. Состав видов платежей в кассу, имеющих наибольшую распространенность, в обоих

регионах почти совпадает. Что же касается платежей в руки, то порядок их расположения по степени распространенности в двух регионах заметно различается.

Разнятся и соотношения частоты встречаемости практик легальной и неформальной оплаты применительно к разным видам услуг (см. табл. 4.8). В регионе В преобладают практики легальной оплаты. Напротив, в регионе А оплата половины из рассматривавшихся видов услуг чаще производилась домохозяйствами неформально. Это помещение в больницу, услуги лечащего врача и проведение операции, прием родов, наркоз, выполнение процедур. Особо следует отметить различия в оплате проведения операций и приема родов. В регионе А это чаще делают неформально, а в В, наоборот, – через кассу. Этот факт хорошо корреспондирует с тем обстоятельством, что уровень правового регулирования платных медицинских услуг в регионе В выше.

Таблица 4.8.

**Доля домохозяйств\*, имевших формальные (ФП) и неформальные (НП) платежи разных видов, среди плативших за стационарную помощь, в %**

Виды платежей	Регион А		Регион В		В целом в двух регионах	
	ФП	НП	ФП	НП	ФП	НП
Разовая оплата всех услуг (госпитализации, операции и пр.)	9,5	7,1	9,3	2,6	9,5	5,4
Отдельно за то, чтобы положили в больницу	0,9	2,8	0,5	0,0	0,8	1,7
За помещение в палату с меньшим числом больных или повышенной комфортности	0,6	0,3	0,5	0,5	0,6	0,4
Приобретение лекарств, протезов, других медицинских материалов для проведения операции	25,2	7,1	16,6	2,1	22,0	5,2
Приобретение других медицинских материалов и лекарств	56,6	12,3	61,7	3,6	58,5	9,1
Отдельно за проведение операции, в т.ч. за прием родов	4,3	9,5	4,1	2,6	4,2	6,9
Отдельно за наркоз анестезиологу	1,2	7,4	1,0	1,6	1,2	5,2
Отдельно за услуги лечащего врача, исключая операцию	2,2	15,4	2,1	3,1	2,1	10,8
Отдельно за консультации, диагностику, дополнительные методы лечения	24,9	9,2	6,7	2,1	18,1	6,6
Отдельно за процедуры, уколы, установку капельницы	17,2	18,2	6,7	1,6	13,3	12,0
За смену белья, одеяла и пр.	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2
За уходняечки за лежачим больным	0,0	4,3	0,0	1,0	0,0	3,1
Отдельно за направление на консультацию, диагностику или лечение в другое медицинское учреждение	1,2	0,3	2,1	0,5	1,5	0,4
Отдельно за разрешение посетить больного в неустановленное время	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	1,0
Другое	0,9	0,0	0,5	1,0	0,8	0,4

\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на стационарную помощь.



Есть услуги, за которые везде платят только неофициально, хотя эти случаи не очень распространены: смена белья, уход нянечки, разрешение на внеурочное посещение больного. В этой связи отметим, что, по утверждению некоторых врачей в регионе В, там легализована оплата услуг нянечек по уходу за лежачими больными: установлен тариф, который сообщается родственникам больного заведующими отделений или врачами. Но при опросе домохозяйств такие случаи не были зафиксированы.

Таблица 4.9.

**Рейтинг стационарных услуг по распространенности случаев их формальной и неформальной оплаты домохозяйствами**

Виды услуг, оплачиваемых официально	Доля плативших домохозяйств, %*	Виды услуг, оплачиваемых неформально	Доля плативших домохозяйств, %*
<i>Регион А</i>			
1. приобретение медицинских материалов и лекарств помимо операции	56,6	1. отдельно за процедуры, уколы, установку капельницы	18,2
2. приобретение лекарств, протезов, других медицинских материалов для проведения операции	25,2	2. отдельно за услуги лечащего врача, исключая операцию	15,4
3. отдельно за консультации, диагностику, дополнительные методы лечения	24,9	3. приобретение медицинских материалов и лекарств помимо операции	12,3
4. отдельно за процедуры, уколы, установку капельницы	17,2	4. отдельно за проведение операции, в т.ч. за прием родов	9,5
<i>Регион В</i>			
1. приобретение медицинских материалов и лекарств помимо операции	61,7	1. приобретение медицинских материалов и лекарств помимо операции	3,6
2. приобретение лекарств, протезов, других медицинских материалов для проведения операции	16,6	2. отдельно за услуги лечащего врача, помимо операции	3,1
3. разовая оплата за все услуги	9,3	3. разовая оплата за все услуги	2,6
4-5. отдельно за консультации, диагностику, дополнительные методы лечения; отдельно за процедуры	6,7	4. отдельно за проведение операции, в т.ч. за прием родов	2,6

\* - среди домохозяйств целевой группы, имевших расходы на стационарную помощь.

Все эти данные подтверждают, что в первом регионе по сравнению со вторым менее развиты институты и практики формальной оплаты, но наоборот – более развиты институты и практики неформальной оплаты.

Основная масса платежей за стационарную помощь приходится в обоих регионах на оплату лекарств и медицинских материалов (см. табл. 4.10). На

втором месте по величине расходов находится разовая оплата всего лечения; на третьем - оплата операций. Расходы на оплату операций в 3,7 раза превышают оплату услуг лечащего врача, не связанных с проведением операций.

Если сгруппировать разные виды расходов в три группы: 1) оплата лечения в целом и врачебных услуг; 2) оплата услуг медсестер и нянечек; 3) оплата медикаментов; то мы увидим (см. рис. 4.1), что формальные и неформальные расходы на врачебные услуги в сумме превышают расходы на медикаменты. А медсестрам и нянечкам достается во много раз меньше чем врачам. Если же мы отдельно рассмотрим размеры оплаты в кассу (рис. 4.2), то больше половины из них часть связаны с покупкой медикаментов. А среди неформальных платежей в стационарах (рис. 4.3.) четыре пятых составляет оплата лечения в целом и врачебных услуг.

Таблица 4.10.

**Распределение сумм платежей домохозяйств\* по видам стационарных услуг, в %**

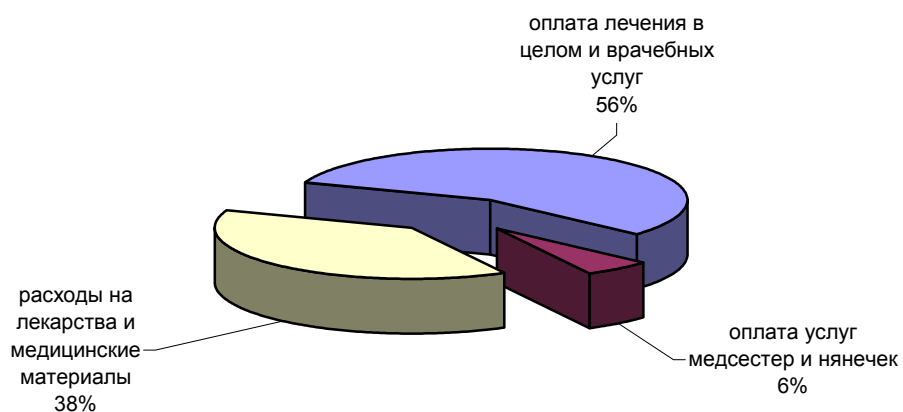
<b>Виды платежей</b>	<b>Регион А</b>	<b>Регион В</b>	<b>В целом в двух регионах</b>
Разовая оплата всех услуг (госпитализации, операции и пр.)	25,9	19,9	24,2
Отдельно за то, чтобы положили в больницу	0,5	0,4	0,5
За помещение в палату с меньшим числом больных или повышенной комфортности	3,9	0,1	2,8
Приобретение медикаментов, протезов для проведения операции	13,8	11,1	13,0
Приобретение других медицинских материалов и лекарств	24,6	33,9	27,3
Отдельно за проведение операции, в т.ч. за прием родов	14,1	15,0	14,4
Отдельно за наркоз анестезиологу	1,9	6,2	3,2
Отдельно за услуги лечащего врача, исключая операцию	4,0	3,9	3,9
Отдельно за консультации, диагностику, дополнительные методы лечения	5,5	5,1	5,4
Отдельно за процедуры, уколы, установку капельницы	5,0	2,0	4,1
За смену белья, одеяла и пр.	0,0	-	0,0
За уход нянечки за лежачим больным	0,4	0,2	0,4
Отдельно за направление в другое медицинское учреждение	0,1	1,4	0,5
Отдельно за разрешение посетить больного в неустановленное время	0,1	-	0,0
Другое	0,1	0,7	0,3
Общая сумма платежей, процентов	100,0	100,0	100,0

\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на стационарную помощь.

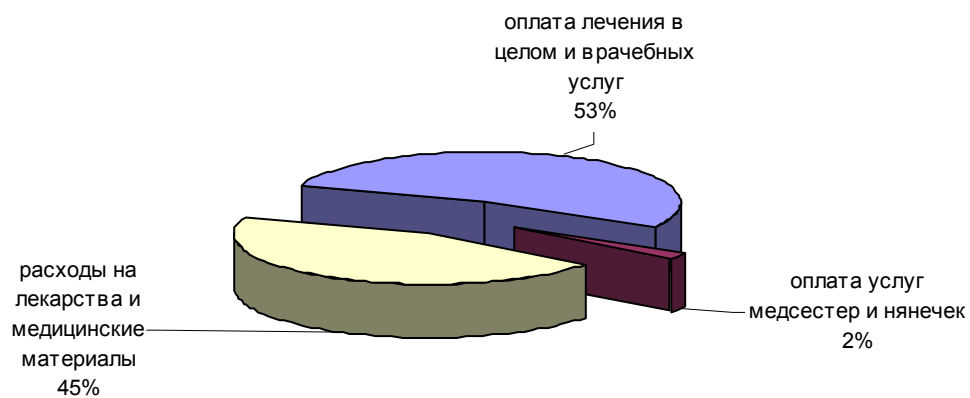
Рис. 4.1.

**Структура расходов домохозяйств\* на медицинскую помощь  
в стационарах, в %.**

**Регион А**



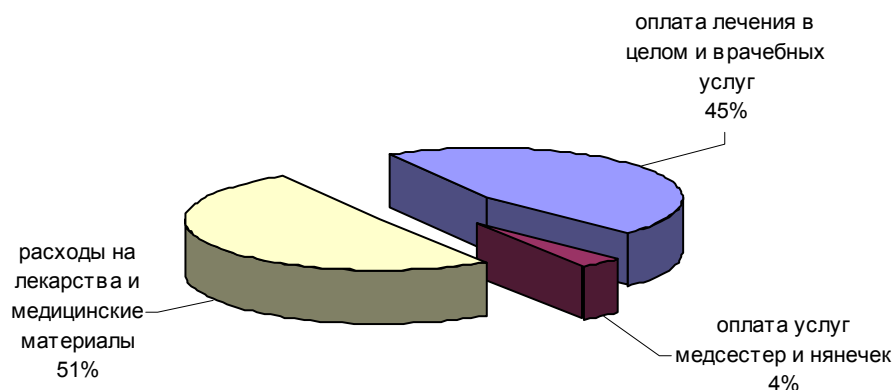
**Регион В**



\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на стационарную помощь.

Рис. 4.2.

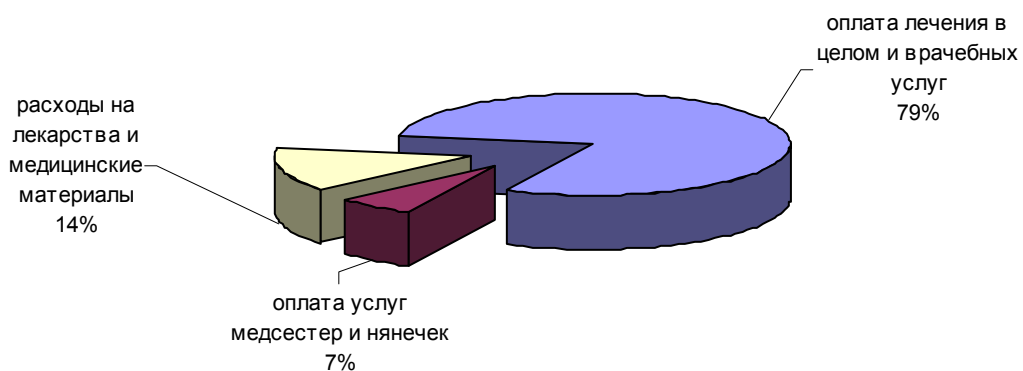
**Структура официальных платежей домохозяйств\* за медицинскую помощь в стационарах, в %.**



\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на стационарную помощь.

Рис. 4.3.

**Структура неформальных платежей домохозяйств\* на медицинскую помощь в стационарах, в %.**



\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на стационарную помощь.

#### 4.4.2. Соотношение формальных и неформальных платежей

В регионе А в восьми выделенных видах расходов домохозяйств на стационарное лечение преобладают формальные платежи, а в семи - неформальные (см. табл. 4.11). В регионе В неформальные платежи преобладают в четырех видах расходов (в том числе за наркоз, за услуги лечащего врача, за уход).

Таблица 4.11.

#### Соотношение формальных (ФП) и неформальных (НП) платежей в расходах домохозяйств\* на лечение в стационарах, в %

Виды платежей	Регион А		Регион В		В целом в двух регионах	
	ФП	НП	ФП	НП	ФП	НП
Разовая оплата всех услуг (госпитализации, операции и пр.)	77	23	66	34	75	25
Отдельно за то, чтобы положили в больницу	32	68	100	0	46	54
За помещение в палату с меньшим числом больных или повышенной комфортности	98	2	100	0	98	2
Приобретение лекарств, протезов, других медицинских материалов для проведения операции	86	14	91	9	87	13
Приобретение других медицинских материалов и лекарств	92	8	92	8	98	8
Отдельно за проведение операции, в т.ч. за прием родов	36	64	53	48	41	59
Отдельно за наркоз анестезиологу	9	91	6	94	7	93
Отдельно за услуги лечащего врача, исключая операцию	12	88	18	82	13	87
Отдельно за консультации, диагностику, дополнительные методы лечения	78	22	91	9	81	19
Отдельно за процедуры, уколы, установку капельницы	67	33	55	45	65	34
За смену белья, одеяла и пр.	0	100	-	-	0	100
За уход нянечки за лежачим больным	0	100	0	100	0	100
Отдельно за направление на консультацию, диагностику или лечение в другое медицинское учреждение	88	12	91	9	90	10
Отдельно за разрешение посетить больного в неустановленное время	0	100	-	-	0	100
Другое	100	0	7	93	30	70
Всего	72	28	71	29	72	28

\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на стационарную помощь.

Неофициальные платежи составляют в регионе А более двух третей расходов на оплату возможности попасть в больницу, тогда как в регионе В

неофициальные платежи по такой услуге не были указаны респондентами. Это правомерно проинтерпретировать как свидетельство меньшей доступности стационарных услуг высокого качества в регионе А.

В первом регионе около двух третей расходов домохозяйств на проведение операций осуществляется неформально; во втором регионе – менее половины. Следует обратить внимание, что оплата за наркоз более чем на 90% производится в руки анестезиологам. Последнее свидетельствует об очень слабой развитости институтов легальной оплаты этого вида услуг. Отметим также, что в обоих регионах более 80% сумм на оплату услуг лечащего врача, не связанных с операцией, осуществляется в руки.

Таблица 4.12.

**Размеры формальных (ФП) и неформальных (НП) платежей за лечение в стационарах в расчете на одно платившее домохозяйство за 12 месяцев, руб.**

Виды платежей	Регион А		Регион В		В целом в двух регионах	
	ФП	НП	ФП	НП	ФП	НП
Разовая оплата всех услуг (госпитализации, операции и пр.)	4161	1505	2164	3160	3479	1811
Отдельно за то, чтобы положили в больницу	320	228	820	-	445	228
За помещение в палату с меньшим числом больных или повышенной комфортности	10750	500	300	-	7267	500
Приобретение лекарств, протезов, других медицинских материалов для проведения операции	896	572	837	750	880	596
Приобретение других медицинских материалов и лекарств	710	317	644	1578	684	440
Отдельно за проведение операции, в т.ч. за прием родов	2043	1627	2606	5500	2231	1969
Отдельно за наркоз анестезиологу	500	408	450	4500	475	863
Отдельно за услуги лечащего врача, исключая операцию	376	425	533	1500	423	530
Отдельно за консультации, диагностику, дополнительные методы лечения	304	257	826	265	378	258
Отдельно за процедуры, уколы, установку капельницы	349	165	205	1025	323	195
За смену белья, одеяла и пр.	-	100	-	-	-	100
За уход Нянечки за лежащим больным	-	240	-	500	-	264
Отдельно за направление на консультацию, диагностику или лечение в другое медицинское учреждение	240	100	753	300	533	200
Отдельно за разрешение посетить больного в неустановленное время	-	74	-	-	-	74
Другое	255	-	100	1400	203	1400

Рассмотрим размеры формальных и неформальных платежей по каждому виду услуг в среднем на одно платившее домохозяйство (табл. 4.12). Наибольшей оказалась официальная оплата за помещение в палату с

повышенной комфортностью. Правда, эти данные относятся лишь к двум случаям в регионе А. Таким образом, указанный вид услуг является в чистом виде эксклюзивными услугами для лиц с высокими доходами. Если исключить этот вид платежей из дальнейшего рассмотрения, то самыми затратными для домохозяйств являются оплата операции или всего лечения в целом.

Обратим внимание, что в регионе А, где практики НП более развиты, размеры неформальной оплаты меньше, чем формальной для всех тех видов расходов, где используются обе эти формы, кроме оплаты услуг лечащего врача, не связанных с операцией. И это свидетельствует о наличии экономических условий для воспроизводства НП: они либо выгоднее для пациентов, чем платежи в кассу, если это альтернативные формы оплаты одних и тех же услуг, либо НП служат в качестве средства оплаты услуг сверх того, на что можно рассчитывать при оплате услуг в кассу. В регионе В средние размеры неформальной оплаты, напротив чаще оказываются выше, чем размеры расходов через кассу. Но и практики НП здесь развиты менее, и соответственно, в отличие от А, количество указанных респондентами случаев неформальной оплаты каждого вида слишком мало. Это заставляет более осторожно подходить к сравнению полученных оценок средних размеров платежей в кассу и в руки.

Отметим, что в регионе В неформальные расходы на приобретение лекарств в расчете на одно домохозяйство почти в три раза выше, чем легальные расходы (то есть, произведенные путем легальной покупки лекарств в аптечных учреждениях). Это говорит о том, что здесь именно через медицинских работников идет продажа редких и дорогостоящих препаратов пациентам.

Напомним, что в приведенных выше таблицах бóльшая часть затрат на медикаменты указана в графе формальных расходов, поскольку приобретаются они вполне легально, в аптеке больницы или в других аптечных учреждениях. Тем не менее следует отдавать себе отчет в том, что такие расходы пациентов формально противоречат гарантиям бесплатного оказания медицинской помощи. И именно поэтому в зарубежных публикациях их относят к неформальным.

#### ***4.4.3. Длительность лечения и размеры платежей***

При анализе размеров оплаты лечения в стационарах вполне естественной является гипотеза о положительной связи между расходами и длительностью госпитализации. Дополнительным стимулом к проверке этой гипотезы по данным нашего исследования послужила публикация с анализом неформальных платежей за стационарную помощь в Казахстане (*Thompson, Xavier, 2002*). Показатель длительности госпитализации рассматривался авторами этой работы как индикатор качества проведенного лечения, и была выявлена положительная корреляция между длительностью пребывания в больнице и фактом неформальной оплаты, производимой в приемном отделении (0,133) и в палате (0,269).

По данным проведенного нами опроса были проанализированы коэффициенты парной корреляции между длительностью госпитализации респондентов из целевой группы и размерами их официальных, неофициальных

и общих платежей за все виды услуг в стационарах. Полученная корреляционная матрица представлена в табл. 4.13.

Таблица 4.13.

**Коэффициенты парной корреляции между показателями длительности госпитализации и размерами платежей респондентов\* и их значимость (р-значение)**

<i>Регион А.</i>				
	r_days_i	totalr1	totalr2	totalr
r_days_i	1.0000			
	211			
totalr1	0.1161	1.0000		
	0.0925			
	211	211		
totalr2	0.0697	0.1410	1.0000	
	0.3136	0.0407		
	211	211	211	
totalr	0.1279	0.8910	0.5751	1.0000
	0.0636	0.0000	0.0000	
	211	211	211	211
<i>Регион В</i>				
	r_days_i	totalr1	totalr2	totalr
r_days_i	1.0000			
	142			
totalr1	0.1254	1.0000		
	0.1370			
	142	142		
totalr2	0.1433	-0.0696	1.0000	
	0.0889	0.4105		
	142	142	142	
totalr	0.1941	0.4850	0.8387	1.0000
	0.0206	0.0000	0.0000	
	142	142	142	142

r\_days\_i - Количество дней, проведенных респондентом в стационаре.

total\_r1 - Официальные платежи респондента в стационаре.

total\_r2 - Неофициальные платежи респондента в стационаре.

total\_r - Общие платежи респондента в стационаре.

В регионе А количество дней госпитализации скоррелировано с суммой официальных и суммой общих платежей респондента в стационаре. В регионе В длительность пребывания в больнице скоррелирована с суммой неофициальных и суммой общих платежей респондента в стационаре. Но в обоих регионах соответствующие коэффициенты корреляции невысоки.



#### 4.4.4. Кто получает неформальные платежи в стационарах

Завершая обсуждение предмета оплаты лечения в стационарах, зададимся вопросом, какие именно категории медицинских работников получают деньги в руки. Для выяснения этого респондентов спрашивали о деталях последнего случая оплаты лечения в стационаре как наиболее памятного и достоверного. Полученные данные (табл. 4.14) показывают, что врачам платят существенно чаще, чем среднему и младшему медицинскому персоналу. Хотя почти половина респондентов платила медицинским сестрам и нянечкам, главными получателями неформальных платежей являются лечащие врачи – почти две трети респондентов заплатили деньги именно им. Пятая часть платила также и другим врачам. Получателями денег от пациентов в руки являются также заведующие отделениями, в которые были госпитализированы респонденты или члены их домохозяйств, и другие руководители больниц.

Таблица 4.14.

#### Кому домохозяйства\* платили неофициально в последний случай госпитализации, в % от числа плативших

	Регион А	Регион В	В целом в двух регионах
Врачу или сестре в приемном отделении	6.6	-	5.6
Заведующему отделением, в которое положили	4.1	20.0	6.3
Другому руководителю больницы	1.6	-	1.4
Лечащему врачу	64.8	60.0	64.1
Другим врачам	23.8	10	21.8
Сестрам и нянечкам	45.9	30.0	43.7
Другим лицам	2.5	5.0	2.8

\* -В целевой группе домохозяйств, плативших за стационарную помощь.

Следует обратить внимание на то, что практика неформальной оплаты непосредственно в приемном отделении при поступлении больного в стационар зафиксирована только в одном из двух регионов, и ее распространенность незначительна по сравнению с оплатой лечащих врачей в тех отделениях, куда были помещены пациенты. В этом плане российская ситуация отличается от например, Казахстана, где распространена практика неформальной оплаты пациентами лечения в стационаре, производимой непосредственно в приемном отделении, в момент госпитализации. Заплаченные пациентом деньги затем перераспределяется между медицинскими работниками. В нашей стране преобладают индивидуализированные формы платежей – конкретному медицинскому работнику за его услуги. И как показали интервью с медицинскими работниками, последующее перераспределение неформальных платежей не является систематической общераспространенной практикой.

#### **4.5. Приобретение медикаментов при лечении в медицинских учреждениях**

Предшествующий анализ показал, что оплата лекарств и медицинских материалов является наиболее распространенным видом расходов домохозяйств при оказании скорой и стационарной помощи и вторым при распространенности видом расходов при оказании помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Среди домохозяйств, имевших расходы на медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях, 49% платили за медицинские материалы (рентгеновскую пленку, марлю и т.д.). В случае стационарной помощи 95% домохозяйств, имевших расходы на лечение в стационарах, платили за медикаменты.

Приоритетность этого направления расходов среди затрат домохозяйств на медицинскую помощь заставляет подробнее проанализировать формальные условия лекарственного обеспечения при лечении в медицинских учреждениях.

##### **4.5.1. Порядок бесплатного предоставления медикаментов**

Принцип бесплатности медицинской помощи, оказываемой в государственных и муниципальных учреждениях, означает, что лекарства и медицинские материалы должны предоставляться пациентам бесплатно во время их лечения в медицинских учреждениях. Исторически сложилась следующая практика: пациенты во время пребывания в стационарах получают лекарства и медицинские материалы бесплатно; при лечении в поликлиниках они не платят за использование медицинских материалов при проведении диагностических и лечебных процедур (рентгеновских пленок, шприцев, перевязочных материалов и т.п.), но все пациенты, получающие амбулаторную помощь, приобретают за свой счет лекарства, рекомендованные врачом. Исключение составляют определенные категории населения, имеющие право на льготное лекарственное обеспечение (бесплатно или с 50% скидкой). Такое право предоставлено законом инвалидам, участникам Великой Отечественной войны, детям в первые три года жизни, больным определенными заболеваниями и др. Если пациенту делают инъекции или другие процедуры, требующие лекарств, в помещении поликлиники или на дому, то он должен сам приобрести необходимые лекарства, если он не относится к категории, имеющей право на льготное лекарственное обеспечение, или если он не пациент стационара («дневного» или «на дому»). Пациентам, получающим неотложную помощь, а также пребывающим в дневных стационарах и стационарах на дому, лекарства должны предоставляться бесплатно.

Указанные принципы бесплатного обеспечения лекарствами и медицинскими материалами при лечении в медицинских учреждениях неявно предполагают, что бесплатно должны предоставляться любые медикаменты, необходимые по медицинским показаниям. Вместе с тем Правительством РФ утверждается «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов,

применяемых при реализации государственных гарантий»<sup>57</sup>. Этот документ разрабатывается Формулярным комитетом, который создается Минздравом России на основании отраслевого стандарта N 91500.05.0004-2002 "Порядок организации работы по формированию перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств". Перечень и в настоящее время содержит 533 наименования медикаментов.

Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации формируют соответствующие перечни субъектов Российской Федерации, которые должны содержать ассортимент лекарственных средств не менее федерального перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. После этого экспертные комитеты региональных и муниципальных органов управления здравоохранения разрабатывают формулярные списки («формуляры») для лечебно-профилактических учреждений разных типов на основе территориального перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, с учетом профильности учреждений и спектра заболеваний, при которых оказывается медицинская помощь.

Чаще всего в субъекте РФ формируется три типа формулярных списков:

- для амбулаторно-поликлинических учреждений;
- для стационаров общего профиля;
- для специализированных отделений стационаров.

Как правило, имеются региональные и муниципальные формуляры. Последние должны содержать список медикаментов не меньше регионального перечня, но он может быть и существенно расширен, если муниципальное образование обладает достаточными бюджетными средствами для финансирования закупок медикаментов по широкому списку. Формуляры создаются исходя из потребностей и финансовых возможностей территории; они достаточно часто корректируются (один раз в несколько месяцев), отражая прежде всего меняющиеся финансовые возможности региональных и муниципальных систем здравоохранения. В их формировании обычно участвуют органы власти, органы управления здравоохранением, руководители ЛПУ.

Формуляры содержат обычно не более 500 позиций, в то время как на российском фармацевтическом рынке зарегистрировано более 14 тысяч наименований лекарственных средств. По оценкам медицинских работников, перечень медикаментов, которые целесообразно использовать для лечения пациентов ЛПУ, превышает 4 тысячи наименований.

Формуляры определяют тот минимум видов медикаментов, которые ЛПУ должны иметь для бесплатного лечения больных. То есть, они служат своеобразными ограничениями снизу. Попытки придать формулярам характер ограничений сверху, сделать их нормативными документами, предписывающими лечебно-профилактическим учреждениям закупать лишь те медикаменты, которые указаны в формуляре, встречают сопротивление прокуратуры. Официальное утверждение документа, ограничивающего перечень медикаментов, которые ЛПУ может закупать для лечения больных,

---

<sup>57</sup> Последний перечень утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации №357-Р от 20 марта 2003 г.

фактически означает, что любое иное лекарство, необходимое пациенту, должно покупаться им самостоятельно. Прокуратура в ряде случаев предписывала отменить указанные ограничительные списки, мотивируя это несоответствием конституционным требованиям бесплатного оказания медицинской помощи.

Не существует каких либо иных официально утвержденных перечней медицинских материалов (изделий медицинского назначения и расходных материалов) которые предоставляются пациенту бесплатно при проведении обследований, диагностических и лечебных процедур в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Отсутствуют также официально утвержденные перечни медикаментов, которые амбулаторно-поликлинические учреждения обязаны предоставить бесплатно пациентам дневных стационаров или стационаров на дому.

Фактически, при оказании помощи в стационарах бесплатная лекарственная помощь осуществляется в соответствии с имеющимися в ЛПУ лекарствами и медицинскими материалами, объем которых должен быть не меньше чем в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утверждаемых органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации. Чаще всего этот объем соответствует формуляру.

#### **4.5.2. Реальные условия лекарственного обеспечения**

Практика покупки медикаментов при лечении в медицинских учреждениях стала уже привычной для большинства населения. Только для 4,5% респондентов, отвечавших о последнем случае госпитализации, когда им приходилось платить деньги, было полной неожиданностью то, что им придется покупать лекарства и прочие медицинские материалы при лечении в больнице или платить за них; 76,5% знали, что это обычное явление, а 18,7% слышали, что такое случается. Показатели распределения ответов по регионам близки друг к другу (см. табл. 4.15). Несколько более выраженная установка пациентов на дополнительную оплату лекарств и материалов в регионе А вызвана, по всей видимости, худшей обеспеченностью больниц лекарствами в этом регионе, проистекающей из-за меньших размеров государственного финансирования здравоохранения.

*Таблица 4.15.*

#### **Осведомленность респондентов\* о необходимости расходов на медикаменты при лечении в больнице, в % от числа покупавших их во время последнего случая госпитализации**

Варианты ответов	Регион А	Регион В
Знали, что это обычное явление	79,2	70,5
Слышали, что такое случается	17,5	21,3
Это было полной неожиданностью для них	2,9	8,2
Другое	0,4	
Всего	100	100

\* - В целевой группе домохозяйств, имевших расходы на стационарную помощь.

ЛПУ получают от органов управления или самостоятельно закупают медикаменты за счет бюджетных ассигнований и средств ОМС в пределах сумм, предусмотренных на это в сметах их доходов и расходов. Население вынуждено оплачивать медикаменты при лечении в ЛПУ по следующим причинам:

- недостаточность финансирования ЛПУ для обеспечения в нужных объемах даже тех медикаментов, которые включены в вышеуказанные перечни;
- отсутствие в стационарах высокоэффективных лекарств из-за политики минимизации расходов на медикаменты, проводимой руководством стационара: деньги на покупку современных лекарств есть, но они тратятся на другие нужды, например, на покупку оборудования;
- отсутствие медикаментов из-за искусственного создания их дефицита самими врачами;
- желание пациентов, их родственников лечиться более эффективными современными препаратами, а иногда и единственно могущими спасти пациента.

Рассмотрим эти причины подробнее.

#### *Недостаточность государственного финансирования.*

Разрыв между государственными гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению и их финансовым обеспечением является главной причиной нехватки в ЛПУ лекарств и медицинских материалов. Предельно четко эту проблему сформулировал во время интервью главный врач одной из ЦРБ: *«Правительство декларирует бесплатное здравоохранение, но денег на это не дает. Гарантированный минимум – это же фикция.... Лекарств все равно нет. Их порой не хватает даже для платных больных».*

Приведем один из конкретных примеров. При оказании экстренной помощи лекарства и материалы должны предоставляться пациенту бесплатно, но реально, по свидетельству опрошенных нами врачей, в некоторых городских больницах их хватает только в первый день экстренной госпитализации. А дальше пациент их уже должен оплачивать. В таких случаях пациентам и членам их семей приходится принимать на веру слова об отсутствии лекарств из-за нехватки денег. У них нет возможностей получить информацию о реальном финансовом положении ЛПУ и его способности обеспечить больных лекарствами из перечня жизненно необходимых лекарственных средств в нужном объеме.

Даже в тех случаях, когда финансовые средства, предоставляемые государством ЛПУ, позволяют закупить необходимое количество медикаментов, включенных в указанный перечень, этого недостаточно, по мнению опрошенных врачей, для удовлетворения потребностей больниц в современных высокоэффективных препаратах. Руководители и врачи ЛПУ предлагают пациентам самостоятельно приобретать нужные для их лечения препараты, прежде всего высокоэффективные по клиническому действию медикаменты, мотивируя это недостаточностью государственного финансирования для бесплатного обеспечения медикаментами.

Если больной не платит, когда ему об этом прямо сказали или намекнули, то он рискует не получить необходимых современных лекарств; скорее всего его будут лечить теми дешевыми препаратами, которые в избытке имеются в больнице. Поэтому пациенты либо довольствуются тем, что есть, либо покупают медикаменты за свой счет.

В то же время высокопоставленные пациенты, в которых заинтересована администрация ЛПУ, получают современные и дорогие препараты, ничего не платя за них, в отличие от большинства больных. Фактически лечение указанных лиц происходит за счет перераспределения государственного финансирования ЛПУ в их пользу. Приведем в качестве иллюстрации слова заместителя главного врача городской больницы: *«Меня вызывает главный врач: «Этот от этого, другой от третьего, их надо положить, ничего не брать» - «А можно предложить им купить антибиотики?», – спрашиваю я, - «Нет, нет, ни в коем случае». - У меня 15-20 трубок инкубационных, я бы их истратил на немущих, а тут бластные – причем состоятельные, и все им бесплатно. Тот, кто может платить, стремится все сделать на халяву».*

#### *Политика минимизации расходов на лекарства.*

Поясним суть такой политики на конкретном примере. Руководство одной из больниц в регионе А предпочитало тратить деньги на покупку дорогостоящего современного медицинского оборудования, не закупая в необходимых объемах достаточно простые и недорогие препараты. Больные были вынуждены покупать за свой счет не только лекарства, но даже физиологический раствор и перевязочные материалы.

Эта политика обосновывается ее сторонниками следующими аргументами:

- поскольку объем поступающих в больницы препаратов, приобретаемых за счет государственного финансирования, не удовлетворяет имеющихся потребностей, пациентам или их родственникам в любом случае придется тратить деньги на лекарства;
- так как покупка лекарств пациентами больниц стала скорее нормой, чем исключением, то пациенты и их родственники, как правило, особенно не сопротивляясь, идут на это;
- больше или меньше потратит больница на медикаменты, она все равно не может обеспечить необходимой потребности в лекарственных средствах, поэтому имеющиеся средства лучше потратить на приобретение более современного оборудования; польза для больных от этого будет значительно выше, тем более, что недостающие лекарства они и так готовы докупать.

Больницы, действительно, заинтересованы в первую очередь в использовании более современных медицинских технологий, которые не только существенно повышают эффективность лечения, но и создают возможность увеличения платных услуг, а также неформальных платежей. Отличительной особенностью ЛПУ, проводящих такую политику, является наличие на территории больницы сети аптечных киосков, финансово контролируемых руководством больницы.

#### *Создание врачами дефицита медикаментов.*

Отдельными врачами и реже руководители отделений утаивают препараты, закупленные за государственные средства для последующей продажи их пациентам под видом оказания содействия в поиске дефицитных лекарств. Врачи (чаще медицинские сестры) могут также продавать высокоэффективные лекарства «на сторону», фиктивно списывая их на своих пациентов, которым, в свою очередь, приходится самостоятельно покупать нужные препараты.

Приведем несколько примеров таких действий:

- врачи формируют запас наркотических лекарств, путем подмены их другими менее эффективными при обеспечении тех больных, которым они были первоначально выписаны, и затем предлагают их за деньги другим пациентам;
- больным продают лекарства, полученные по линии гуманитарной помощи; главный врач одной частной клиники в своем интервью комментирует эту ситуацию следующим образом: *«Сегодня девяносто процентов гуманитарной помощи, которая приходит в виде дорогостоящих препаратов, оседает у врачей. Я прихожу и покупаю это лекарство у врача. А он говорит: «Я его тебе по блату достал»;*
- интересный пример создания мнимого дефицита привел один из респондентов: *«Сейчас человек приходит в больницу, ему говорят – лекарств нет. Он начинает свои покупать. ... У меня был прокурор знакомый, у него жена бесплодием страдала. Заказали лекарство, он достал его по блату. Его заело, и он проследил цепочку, по которой пришло лекарство. Оказалось – оно из той больницы пришло, где лежала жена. Лекарство есть, но его продают налево за деньги».*
- больница часть лекарств покупает фиктивно: вместо лекарств «закупающее лицо» получает денежный «откат»; эта схема чаще применяется при приобретении расходных материалов для диагностических анализов.

*Желание самих пациентов лечиться более эффективными современными препаратами.*

Такое желание вызывается тем, что имеющиеся в больнице лекарства чаще всего малоэффективны. 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 исследования свидетельствуют о прямой зависимости доли пациентов, покупающих лекарства и медицинские платежи за свой счет, и размеров этих платежей от:

- размеров государственного финансирования расходов затрат на приобретение медикаментов;
- региональной политики лекарственного обеспечения.

Доля пациентов, приобретающих медикаменты за свой счет, и общие размеры этих платежей в регионе А выше, чем в регионе В. В регионе А

руководители наиболее крупных ЛПУ считают задачу лекарственного обеспечения менее важной по сравнению с задачей развития современных лечебных технологий. Кроме того, по оценкам респондентов, аптечная сеть в регионе А в значительной степени контролируется руководящими работниками некоторых ЛПУ.



## Глава 5. Правила оплаты в руки

### 5.1. Типология моделей неформальной оплаты

В исследованиях, выполненных ранее, проводится различие между двумя типами неформальных платежей, состоящее в том, от кого исходит инициатива их осуществления<sup>58</sup>. В одних случаях платежи делаются добровольно, их инициаторами выступают сами пациенты или члены их семей, и неформальная оплата является выражением их благодарности медицинским работникам. В других случаях платежи иницируются самими медицинскими работниками, и для пациентов неформальная оплата выступает вынужденной необходимостью.

В России ранее не проводилось анализа распространенности этих двух типов платежей и правил, которые при этом используются. Восполнение этого пробела было одной из задач нашего исследования. Данные интервью с медицинскими работниками позволили пойти дальше констатации наличия двух типов платежей, рассмотренных выше. На практике используются разные правила осуществления неформальных платежей, и разделение их только на два типа не отражает ряда других существенных различий между этими правилами. Для этого необходимо расширить перечень критериев, используемых в качестве оснований для их типологизации. Вместо одного, указанного выше критерия: кто выступает инициатором осуществления неформальной оплаты, нами предлагается использовать два критерия:

- 1) кто определяет размер неформальной оплаты;
- 2) когда определяется размер неформальной оплаты: до или после оказания услуг.

Используя эти критерии, можно упорядочить выявленное нами в ходе интервью с медицинскими работниками многообразие правил неформальной оплаты, сгруппировав их в четыре группы (см. рис. 5.1):

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

Выделенные типы правил будем далее называть моделями неформальной оплаты. Рассмотрим подробнее каждую из них.

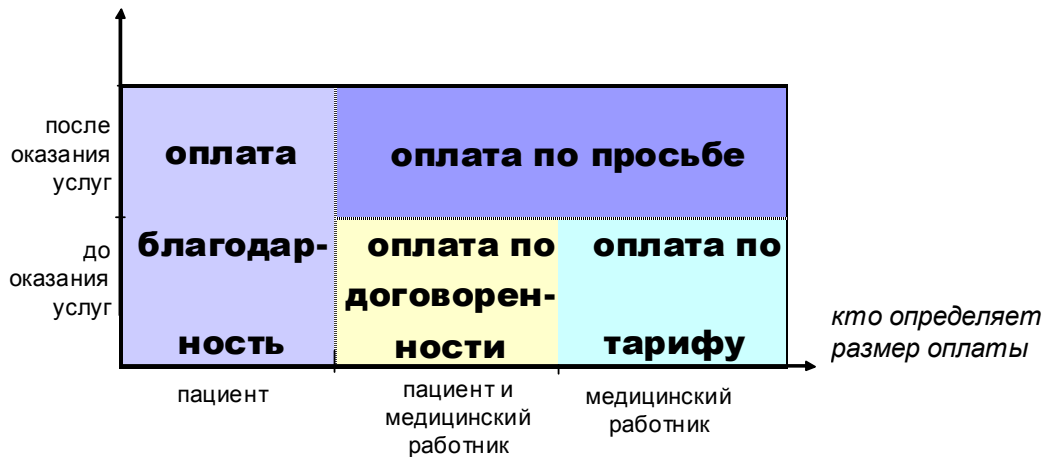
---

<sup>58</sup> См., например, Kornai, 2000; Shahriari et al, 2001.

Рис. 5.1

### Модели неформальной оплаты медицинских услуг

когда определяется размер оплаты



#### **Оплата по тарифу.**

Модель характеризуется тем, что размеры неформальной оплаты определяются без участия пациента до оказания ему услуг.

Пациенту<sup>59</sup> сообщается цена услуги, и он решает, согласен ли получить услугу на таких условиях, или нет. Цена услуги может отражать как уже сложившийся на теневом рынке тариф на подобные услуги, так и индивидуальную цену, назначаемую медицинским работником, предоставляющим эту услугу, или выступающим посредником. Торг между продавцом и покупателем услуги практически отсутствует. При этом собственно передача денег может происходить как до оказания услуги, так и после.

#### **Оплата по договоренности.**

Размер неформальной оплаты за услуги устанавливается в ходе переговоров медицинского работника и пациента до оказания услуг.

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 оплаты по тарифу), и она корректируется в большую или меньшую сторону в зависимости от финансовых возможностей и социального статуса 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.

<sup>59</sup> Здесь и далее, говоря «пациент», мы имеем в виду также и членов его домохозяйства, которые непосредственно осуществляли оплату его лечения.

### ***Оплата по просьбе.***

Размеры неформальной оплаты определяются путем переговоров медицинского работника и пациента после оказания услуг.

В отдельных случаях больному могут сказать про необходимость последующей оплаты лечения, 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 медицинского учреждения.

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.

### ***Оплата-благодарность.***

Пациенту никто не называет размера оплаты, и пациент самостоятельно определяет, сколько заплатить. Оплата-благодарность отражает возможности самого пациента, но в отличие от моделей оплаты по договоренности и оплаты по просьбе, здесь отсутствуют переговоры о ее размере между врачом и пациентом.

Оплата-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.

Эти две разновидности оплаты-благодарности не выделены нами в качестве самостоятельных моделей неформальной оплаты, потому что различия между ними (разное время определения размера оплаты и ее осуществления) гораздо менее важны чем их общность (решение об оплате и ее размерах принимается самостоятельно пациентом). К тому же нередко пациенты платят по собственному решению медицинским работникам и до, и после оказания услуг, и такие случаи проще описывать в терминах одной модели, а не комбинации двух моделей.

Нужно отметить, что в первых публикациях по проекту<sup>60</sup> мы выделяли еще одну модель неформальных платежей: поборы. При этом добавлялся еще один критерий типологизации моделей неформальных платежей: связь платежа с фактическим объемом и качеством предоставляемых услуг. В качестве модели поборов предлагалось рассматривать ситуации, когда пациенты платят по настоянию медицинских работников безотносительно к фактическому объему и качеству предоставляемых услуг или за предоставление псевдоуслуг. К поборам

---

<sup>60</sup> Богатова и др., 2002; Шишкин и др., 2003..

были отнесены 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 назывались предложения больным «сброситься на лампочки, на швабры», а также случаи простого мошенничества медицинских работников, когда одно лицо предлагает больным заплатить за исследования или лечение, проводимые другими лицами, а затем присваивает себе все полученные деньги.

Более внимательный анализ случаев, первоначально обобщенных нами в качестве модели поборов, показывает, что их отличия от случаев оплаты по тарифу или по договоренности проявляются не столько в отличиях самих правил взаимодействия медицинских работников и пациентов по поводу оплаты, сколько в характере влияния этой оплаты на последующие услуги. Поэтому выделение модели поборов в качестве рядоположенной с вышеуказанными четырьмя моделями представляется в итоге неоправданной.

Отдельного рассмотрения требует *вымогательство*. Это понятие часто использовалось респондентами для характеристики практик НП. 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 предлагаемая 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 оплаты по договоренности или оплаты 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.

Завершая качественное описание моделей неформальной оплаты, обратим внимание на то, что выделенные четыре их типа различаются по уровню развитости экономических институтов (правил), составляющих каждую модель. Модель оплаты – благодарности является самой простой с точки зрения содержания тех правил, которыми руководствуются пациенты, вознаграждая медицинских работников, и медицинские работники, принимая «деньги в конверте». Каждая последующая модель, если рассматривать их обратном порядке, начиная с оплаты-благодарности, включает более развитые экономические правила, по которым взаимодействуют пациенты и медицинские работники в связи с осуществлением неформальных платежей. Модель оплаты по тарифу обозначает целый комплекс развитых отношений обмена, формирующих теневые рыночные цены на медицинские услуги.

## **5.2. Распространенность разных моделей неформальной оплаты**

Одной из задач проведенного опроса домохозяйств было получение данных, позволяющих количественно оценить распространенность выделенных нами моделей неформальных платежей.

Для идентификации моделей были использованы ответы респондентов, на вопросы о последнем случае лечения в медицинском учреждении, когда они платили неформально. Отдельно рассматривались лечение в амбулаторно-поликлиническом учреждении и лечение в стационаре. Число ответивших на эти вопросы респондентов составило в регионе А: 149 для случаев амбулаторно-поликлинического лечения и 122 – стационарного, в регионе В соответственно 36 и 20.

В качестве основных критериев выделения случаев, где применялись разные модели оплаты, были использованы ответы респондентов на два вопроса, суть содержания которых приводится ниже:

Кто определил размер оплаты в руки:

- размер оплаты стал известен респонденту, и он согласился с ним;
- размер оплаты был определен в ходе переговоров;
- размер оплаты был определен респондентом самостоятельно;
- другое<sup>61</sup>.

Время, когда респондент узнал о размере неформальной оплаты:

- размер оплаты был известен еще до обращения в медицинское учреждение;
- непосредственно перед оказанием медицинской услуги;
- после оказания медицинской услуги;
- респонденту никто не называл размера оплаты;
- другое.

Респонденты, имевшие опыт неофициальной оплаты в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях, в каждом из регионов были на основании их ответов разделены на группы, соответствующим выделенным четырем моделям.

Ответов на два указанных вопроса оказалось недостаточно для описания всех случаев поведения при неофициальной оплате (в зависимости от региона и от типа медицинского учреждения оставалось 5-10% неидентифицируемых случаев). В более сложных случаях использовалась дополнительная информация из ответов на вопросы о:

---

<sup>61</sup> Обычно, выбирая этот вариант ответа, респонденты указывали, что узнали размер оплаты от знакомых.

- причинах неофициальной оплаты (неофициальная оплата как возможность попасть в медицинское учреждение или к врачу, ускорения оказания медицинских услуг, благодарность медицинскому работнику);
- времени неофициальной оплаты (до оказания услуг, после оказания услуг, и до и после);
- источнике информации о размере неофициальной оплаты (прежний собственный опыт, работник регистратуры, лечащий врач, медицинская сестра, заведующий отделением, пациенты, знакомые и т.д.);
- наличии переговоров о размере оплаты и их результате (договорились о меньшей цене, об оказании дополнительных услуг врачу или учреждению, о видоизмененном лечении).

Соответственно первоначальное распределение респондентов по четырем типам применявшихся ими моделей оплаты было дополнено следующим образом.

К случаям оплаты по тарифу были добавлены такие случаи, когда респондент отвечал, что ему никто не называл размер оплаты, но тут же указывал, что размер оплаты был сообщен другими пациентами.

Случаи оплаты по договоренности были дополнены такими случаями, когда пациент отвечал, что ему никто не называл размера оплаты, но источником информации о размере платежа были знакомые медицинские работники, и пациент договорился о меньшей цене за лечение, (но по другой медицинской технологии или проводимого другим врачом).

К выделенным первоначально случаем оплаты- благодарности были добавлены случаи, когда респонденты определяли размер оплаты сами, платили после оказания услуг, но спрашивали о принятом размере оплаты у других пациентов или знакомых.

Кроме того, ответы одного респондента свидетельствовали об использовании им одновременно трех разных моделей неформальной оплаты услуг разных медицинских работников: оплата по тарифу за операцию, оплата по договоренности за дополнительные услуги врачей и оплата-благодарность медсестрам и нянечкам.

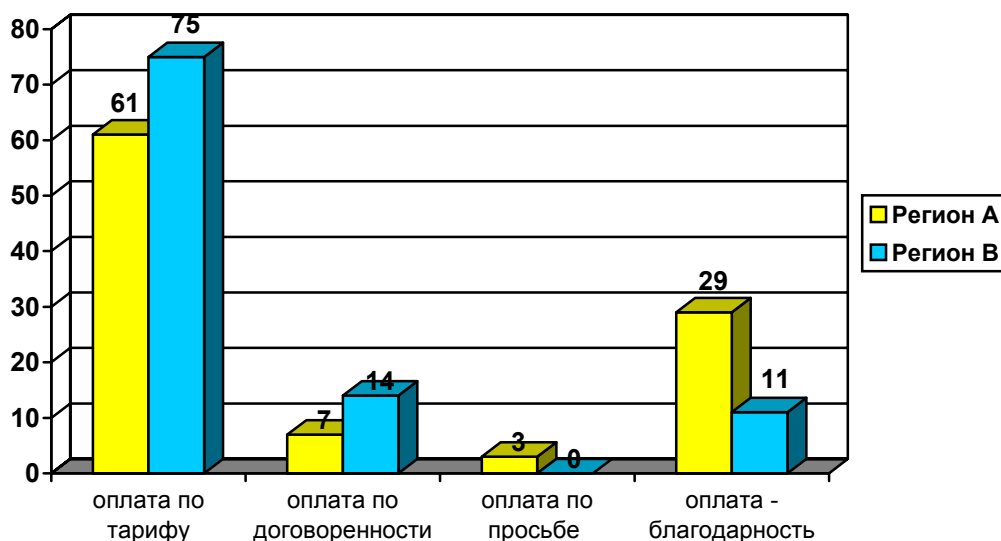
В результате вышеописанного анализа были получены следующие данные о распределении частоты использования разных моделей неформальной оплаты в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях в каждом из регионов (см. рис. 5.2 и 5.3). Они менее достоверны для региона В вследствие малого числа респондентов, плативших неформально, и в особенности за стационарную помощь. Тем не менее, сопоставление этих показателей для двух регионов позволяет сделать следующие правомерные выводы.

Практики неформальной платы в секторе амбулаторно-поликлинической помощи и в секторе стационарной помощи значительно различаются по распространенности разных моделей оплаты и соответственно по степени развитости неформальных экономических институтов. Для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи используется преимущественно модель оплаты по тарифу. И с этой, институциональной точки зрения о практиках

неформальной оплаты в этом секторе можно говорить как о высоко коммерциализированных. Размеры неформальной оплаты складываются преимущественно как цены на теневом рынке услуг.

Рис. 5.2.

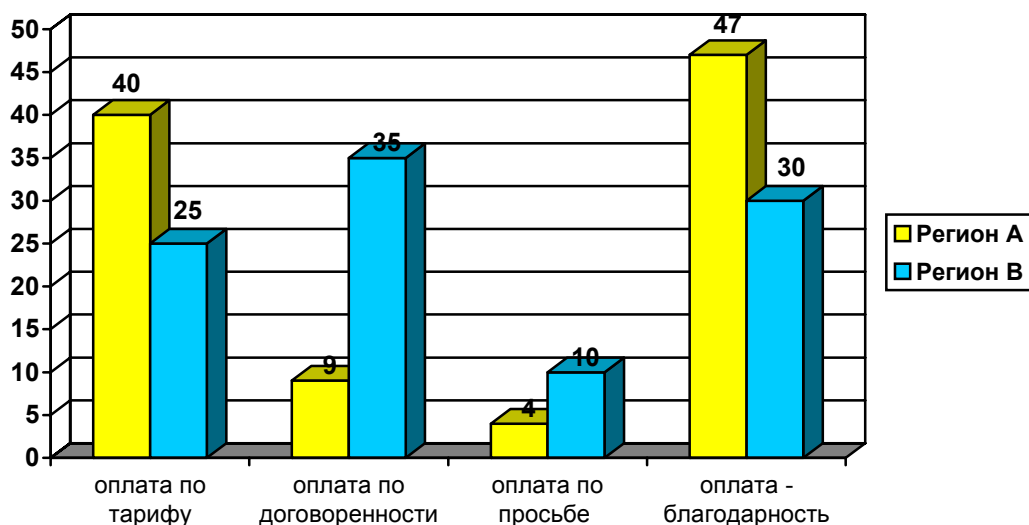
**Распространенность моделей неформальной оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, в %\***



\* - В целевой группе домохозяйств, плативших неформально в последнем случае оплаты амбулаторно-поликлинической помощи.

Рис. 5.3.

**Распространенность моделей неформальной оплаты стационарной помощи, в %\***



\* - В целевой группе домохозяйств, плативших неформально в последнем случае оплаты стационарной помощи.

Ситуация с неформальной оплатой лечения в стационарах выглядит иным образом. Здесь модели оплаты по тарифу и оплаты-благодарности близки по степени распространенности, причем вторая встречается чаще. Модели, предусматривающие определение размера оплаты до оказания услуг (оплата по тарифу и оплата по договоренности), взятые вместе, и модели, предусматривающие определение размера оплаты уже после оказания услуг (оплата по просьбе и оплата-благодарность), взятые вместе, оказываются почти одинаково распространенными: соответственно 49% и 51% в регионе А, 50% и 50% в регионе В. Таким образом, практики неформальной оплаты в секторе стационарной помощи являются менее коммерциализованными по сравнению с практиками неформальной оплаты в амбулаторно-поликлиническом секторе.

Сравнивая распространенность разных моделей оплаты в двух регионах, можно увидеть, что практики неформальной оплаты амбулаторно-поликлинической помощи более коммерциализованы в регионе В. Здесь оплата по тарифу и оплата по договоренности встречаются чаще, чем в А.

В секторе стационарной помощи различия между регионами более сложны для интерпретации. С одной стороны, в регионе А при оплате лечения в стационарах сравнительно чаще используется оплата-благодарность. С другой стороны, здесь чаще используется модель оплаты по тарифу, чем в регионе В, в котором, в отличие от А, высока частота применения модели оплаты по договоренности. Принимая во внимание большую распространенность оплаты по тарифу в первом регионе, можно все же сделать вывод, что институты неформальной оплаты стационарной помощи более развиты в регионе А. Это согласуется с оценками самих медицинских работников: *«У нас в городе все знают, сколько стоит та или иная операция»*.

### **5.3. Сочетание оплаты в кассу и в руки**

Решение одной из основных задач исследования – анализа взаимосвязей между формальными и неформальными платежами за медицинскую помощь предполагает ответ на вопрос, доплачивают ли неформально пациенты, заплатившие в кассу.

Большинство респондентов – врачей декларировали позицию, что пациент, легально оплативший свое лечение в кассу медицинского учреждения, или имеющий полис добровольного медицинского страхования, больше не платит неформально. В знак благодарности дополнительно могут делаться подарки в виде конфет, коньяка, цветов и т.д. 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;
- предметом НП становятся дополнительные услуги, например массаж, не предусмотренные в договоре, между пациентом и медицинским учреждением.

Можно было бы ожидать, что НП нет в частных медицинских организациях, - в них врачи получают гораздо бóльшую 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».*

Таким образом, легальная оплата медицинской помощи не является гарантией отсутствия последующих неформальных платежей.

Данные опроса домохозяйств свидетельствуют о весьма значительной распространенности смешанной формы оплаты лечения в медицинских учреждениях: и в кассу, и в руки (см. табл. 3.17). В амбулаторно-поликлинических учреждениях и в стационарах смешанная форма оплаты встречается чаще, чем оплата только в руки. Причем ответы респондентов об использовании оплаты в кассу и в руки не являются, как может показаться на первый взгляд, простой констатацией ряда фактов оплаты в кассу и оплаты в руки, которые имели место в течение исследуемого периода времени, но относились к разным случаям лечения. Нет, имели место случаи, когда во время лечения респонденты одновременно платили и в кассу, и в руки. Об этом свидетельствуют ответы на вопрос о формах оплаты в последний случай обращения за помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение, когда респонденту пришлось оплачивать эту помощь. Эти данные приведены в табл. 5.1.

Таблица 5.1.

**Использование различных форм оплаты помощи в амбулаторно-поликлиническом учреждении, в %\***

	Регион А	Регион В	В целом в двух регионах
В кассу	59,3	82,7	67,9
В руки	19,4	8,4	15,3
В кассу и в руки	21,3	8,4	16,6
Всего:	100	100	100

\* - от общего числа домохозяйств целевой группы, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь, по последнему случаю оплаты.

#### 5.4. Механизмы оплаты пациентами медикаментов при лечении в медицинских учреждениях

Интервью с медицинскими работниками позволили выявить разные способы приобретения пациентами медикаментов при лечении в медицинских учреждениях:

- приобретение непосредственно у лечащего или другого врача;
- покупка в аптечной сети;
- приобретение через посредника;
- неформальная оплата за «качественное лечение», «операцию» и т.п., предполагающая предоставление современных эффективных лекарств (если они имеются в больнице или больница имеет возможность их заказать).

Таблица 5.2

#### Распределение ответов респондентов\* о способах приобретения медицинских материалов при проведении процедур или диагностических исследований в поликлинике\*\*, в %\*\*\*

	Регион А	Регион В
Непосредственно у врача или другого медицинского работника	32,1	22,0
В аптеке по рекомендации врача или другого медицинского работника	20,1	26,0
В аптеке, которую порекомендовали знакомые	6,5	1,0
В аптеке по собственному выбору	49,5	36,0
Другое	0	1,0

\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь.

\*\* - по последнему случаю оплаты.

\*\*\* - респонденты могли выбрать несколько ответов.

Таблица 5.3

#### Распределение ответов респондентов\* о способах приобретения медикаментов во время лечения в стационаре\*\*, в %\*\*\*

	Регион А	Регион В
В аптеке или аптечном киоске на территории больницы	28,1	40,2
В аптеке или аптечном киоске вне больницы	74,1	62,3
У лечащего врача или у другого медицинского работника больницы	6,6	0,8
В другом месте	0,4	2,5

\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на стационарную помощь.

\*\* - по последнему случаю оплаты.

\*\*\* - респонденты могли выбрать несколько ответов.

Данные опроса домохозяйств о последнем случае, когда они платили за лечение в амбулаторно-поликлиническом учреждении и в стационаре, позволяют количественно оценить распространенность использования этих способов (см. табл. 5.2 и 5.3).

*Приобретение лекарств или медицинских изделий у лечащего врача* (другого медицинского работника), как правило, происходит по инициативе последнего. Врач предлагает больному приобрести лекарство лично у него, объясняя это тем, что он имеет возможность купить его по оптовой цене. При этом врачи могут продавать те же лекарства, что есть в отделении, или перепродавать медикаменты, купленные ими самими у знакомых дистрибьютеров, и т.д. 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 аптеках.

Как показал опрос домохозяйств, эта практика более характерна для амбулаторно-поликлинической помощи и более развита в регионе А, где 32% респондентов, плативших за эту помощь, покупали медикаменты у медицинских работников. При покупке медикаментов для стационарного лечения услугами медицинских работников воспользовались 7% респондентов. Для региона В эти доли равны соответственно 22% и 1%.

*При приобретении необходимых лекарств или медицинских изделий 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.

Случаи покупки медикаментов для амбулаторного лечения можно разделить на те, когда место покупки было рекомендовано пациенту медицинским работником, и те, когда аптеку выбирал сам пациент. Распространенность случаев первого типа весьма ощутима: 20% в регионе А и 26% - в регионе В.

Место покупки лекарств для стационарного лечения было в 46% случаев рекомендовано самим медицинским работником, сообщившим о необходимости их приобретения. Разница между регионами по этому показателю практически незначительна. Для региона А это 47%, для В-44%.

Рекомендуя больным приобрести лекарственные препараты, имеющиеся в свободной продаже, врачи зачастую делают это небескорыстно. Можно выделить два механизма, 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 может принадлежать руководителям больницы, или их родственникам. В процессе обследования респонденты назвали три таких ЛПУ в регионе А и одно – в регионе В.

Покупку рекомендованных медикаментов в аптеке, расположенной на территории больницы, совершили 28% респондентов в первом регионе и 40% - во втором. Но все же эти показатели пока значительно уступают практикам самостоятельного приобретения пациентами необходимых лекарственных средств и материалов.

*Приобретение через организацию-посредника*, которая берет на себя обязательство обеспечить пациентов нужными препаратами встречается довольно редко. В роли такого посредника может, например, выступать страховая медицинская организация. Пациенту предлагают заключить договор со страховой медицинской организацией на добровольное медицинское страхование лекарственного обеспечения во время его лечения в данной больнице. Подобная оплата также является квазиформальной. Пациент легально платит организации-посреднику, но сам факт оплаты медикаментов для лечения в стационаре противоречит конституционному праву граждан на получение бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных медицинских учреждениях.

Такая схема была разработана руководителями одной из крупных клинических больниц региона А вместе с одной из страховых компаний и применялась в течение полугода, но была затем отменена по приказу областного органа управления здравоохранением из-за жалоб больных. Суть системы заключалась в следующем. Руководители больницы предлагали больным внести определенную сумму в качестве страхового взноса через добровольное медицинское страхование, гарантируя больному получение необходимых для его лечения медикаментов. Были разработаны несколько вариантов такой оплаты, различающихся по размеру взноса. Страховая компания оформляла соответствующие договоры, после чего переводила средства на счет больницы, оставляя себе оговоренный процент за посредничество. Больница самостоятельно закупала медикаменты и обеспечивала ими больных. Часть средств, поступивших от застрахованных, направлялась на материальное поощрение работников больницы. Во время функционирования этой схемы надбавка к зарплате врачей составляла до 50%.

Несмотря на многие недостатки этой схемы она представляла 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 продолжают тратить свои средства на самостоятельное приобретение нужных медикаментов.

## Глава 6. Неформальная оплата медицинской помощи: платили и будем платить?

### 6.1. Экономические факторы воспроизводства институтов неформальной оплаты

Данные, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о многообразии ситуаций, в которых взаимодействие медицинских работников и пациентов (членов их семей) включает неформальные платежи за медицинскую помощь. Это многообразие ситуаций использования неформальных платежей можно описать и типологизировать, используя следующие характеристики:

- возможности выбора, которые имеет пациент, и которые характеризуют предмет неформальной оплаты;
- мотивы пациентов прибегать к неформальной оплате;
- мотивы медицинских работников получать неформальную оплату.

Заболевая, человек, или члены его семьи прежде всего делают выбор, обращаться за медицинской помощью, или полагаться на самолечение. Решив обратиться за медицинской помощью, люди могут оказаться в следующих **ситуациях выбора** между:

1. лечением или неполучением медицинской помощи (в экстремальных случаях это может быть выбор между жизнью и смертью):
  - 1.1 выбор, альтернативами которого являются применение уникального метода лечения болезни в специализированных медицинских учреждениях или отделениях, либо отказ от лечения и продолжение болезни;
  - 1.2 выбор между лечением обычными, распространенными методами, широко применяемыми в разных медицинских учреждениях, и неполучением лечения<sup>62</sup> или части необходимых услуг (например, по уходу за больным);
2. временем оказания медицинской помощи: быстрее или позже;
3. разными методами лечения:
  - 3.1 разными технологиями оперативного вмешательства;
  - 3.2 лечением с оперативным вмешательством или терапевтическим лечением с применением высокоэффективных лекарственных препаратов;

---

<sup>62</sup> Врачи приводили примеры подобного выбора у пациентов в случаях экстренной помощи. Вот что рассказал заведующий отделением хирургии городской больницы: *«был случай. Меня вызвали в воскресный день. Девочка прыгнула с 5 этажа. У меня впереди бессонная ночь, я должен собрать бригаду, ни один не хочет ехать ни под каким предлогом. Я согласился прооперировать ее бесплатно, мне было жаль ее. Ни один анестезиолог не согласился, ни одна медсестра, а мне нужно было шесть медсестер. Были объявлены требования, а требования очень скромные, по 1500 рублей врачу и по 500 рублей медсестре, родители согласились. Все приехали».*

3.3 медикаментами с разной клинической эффективностью и риском неблагоприятных последствий<sup>63</sup>;

4. выполнением лечения медицинскими работниками разной квалификации; за этим выбором реально стоит выбор между разным риском неблагоприятного исхода или разной вероятностью скорейшего излечения;
5. разным отношением медицинских работников к пациенту: между обычным, принятым уровнем внимания<sup>64</sup> и повышенным вниманием<sup>65</sup>;
6. различными бытовыми условиями лечения: палатами с разной комфортностью, разным числом пациентов и т.п.

Неформальные платежи выступают средством реализации более предпочтительной для больного альтернативы в каждой из таких ситуаций. Соответственно предметом неформальных платежей могут выступать:

- обычные медицинские услуги<sup>66</sup>;
- дополнительные медицинские услуги сверх формально определенного или фактически сложившегося стандарта оказания помощи (например, круглосуточное дежурство у постели больного);
- новые методы лечения:
  - альтернативные обычно используемым;
  - использующие безальтернативные медицинские технологии (то есть те, до появления которых соответствующее заболевание не поддавалось лечению);
- время оказания услуг<sup>67</sup>;
- лекарственные средства и медицинские материалы, обладающие более высокой клинической эффективностью по сравнению с обычно применяемыми;
- внимание медицинских работников к пациенту:
  - как услуги, скорее психологической, чем медицинской<sup>68</sup>;

---

<sup>63</sup> Для иллюстрации приведем следующее свидетельство врача: *«Знаете, как у нас практикуется? Анестезиолог говорит: Вам надо сделать такой укол, но он может дать побочные действия. Вам лучше подойдут другие препараты, я могу Вам поспособствовать в их приобретении». И больные часто соглашаются на менее опасные варианты».*

<sup>64</sup> Разумеется, характеристики обычного уровня внимания условны, зависят от места и времени.

<sup>65</sup> Примером могут служить слова акушера - гинеколога: *«Конечно, думаю врач лучше отнесется, если ему заплатит. И больной получит от врача намного больше, по сравнению с тем, если он оплатит его услуги через кассу».*

<sup>66</sup> Приведем в качестве иллюстрации слова врача-кардиолога *«Если человек попадет, я не буду говорить в какие именно отделения, и если он не платит, то на него просто не обращают внимания».* Интересно также свидетельство врача частной больницы, который сам выступил в роли пациента: *«Я один раз в жизни лежал в областной больнице. Медсестра поставила капельницу и ушла. Вдруг перестало капать. Я взял капельницу в руку, нашел ее и говорю: «Посиди рядом со мною, на тебе деньги». А что делать?»*

<sup>67</sup> Пример такой ситуации в амбулаторно-поликлиническом учреждении приводит один из респондентов: *«Доктор не может сегодня оформить санаторно-курортную, а больному очень это экстренно надо, и надо экстренно провести исследования. Доктор затрачивает свое время, дозванивается, договаривается - за это тоже надо платить».*

- как залога уменьшения вероятности врачебных ошибок и выполнения всех положенных процедур<sup>69</sup>;
- установление длительных доверительных отношений с лечащим врачом; неформальные платежи здесь выступают своеобразной формой индивидуального страхования получения необходимой медицинской помощи в будущем.

**Мотивация пациентов** прибегать к неформальной оплате может быть типологизирована следующим образом:

◆ Целерациональная мотивация:

- вынужденная необходимость оплаты как условия получения нужной помощи;
- стремление уменьшить страдания от заболевания путем более быстрого и более эффективного лечения;
- минимизация риска неблагоприятного исхода или осложнений;
- минимизация риска, связанного с возможностью получения своевременной и качественной медицинской помощи при обращении за ней в будущем;
- желание сэкономить на оплате, когда есть выбор, платить в кассу или в руки<sup>70</sup>.

◆ Ценностно-рациональная мотивация:

- желание отблагодарить медицинского работника за проведенное лечение, проистекающее из признательности за облегчение страданий, выздоровление;
- сочувствие медицинским работникам, получающим небольшую заработную плату в сравнении с реальной сложностью их труда;

◆ Традиционная мотивация:

- следование принятым нормам благодарения медицинских работников за их услуги.

---

<sup>68</sup> По словам заведующего хирургическим отделением областной больницы: «Больные обычно благодарят не за то, что ты операцию хорошо сделал, а за внимание. Тому врачу, который будет за ручку держать и выслушивать больного, будут больше благодарны, чем профессионалу, который просто хорошо технически делает операцию».

<sup>69</sup> Многие врачи говорили, что пациенты платят за внимание, но это не может сказаться на качестве лечения, поскольку врач не может не выполнить необходимых диагностических процедур, манипуляций. То есть врачи, по сути, расценивают плату за внимание как плату не за медицинские услуги, а услуги психологические. Однако пациенты, руководствуясь житейскими представлениями и здравым смыслом, считают, что большее внимание со стороны врачей и других медицинских работников – это залог уменьшения врачебных ошибок и выполнения всех тех процедур, действий, которые нужны для излечения.

<sup>70</sup> «Приходит человек, который должен заплатить за исследование. Стоит это 200 рублей, например, а он предлагает заплатить доктору 100 рублей мимо кассы».

*Мотивация медицинских работников* к получению неформальной оплаты от пациентов может быть следующих типов:

- ◆ Рациональная мотивация:
  - получение оплаты с пациентов как вынужденный акт из-за низкого уровня заработной платы, не позволяющей удовлетворять насущные потребности;
  - получение оплаты с пациентов как цель работы; врач, руководствующийся этим мотивом, сам инициирует оплату своих услуг пациентами и создает ситуации, в которых им приходится платить.
- ◆ Ценностно-рациональная мотивация:
  - получение оплаты как справедливая компенсация затрат высококвалифицированного труда.
- ◆ Традиционная мотивация:
  - следование принятым нормам отношений с пациентами (так принято, это традиционная форма оплаты труда медицинского работника, оказавшего услуги больному).

#### *Экономические факторы воспроизводства ситуаций выбора.*

Рассмотренные характеристики тех типов ситуаций, в которых применяются неформальные платежи, служат одновременно характеристиками причин существования таких платежей. Множество ситуаций, когда пациенты платят неформально, может быть представлено как варианты сочетания вышеуказанных характеристик возможностей выбора, которые есть у пациента, мотивов оплаты, которыми руководствуется пациента, мотивов получения оплаты, имеющихся у медицинского работника.

Зададимся теперь чрезвычайно важным вопросом об условиях сохранения (воспроизводства) неформальных платежей за медицинскую помощь. В свете представленной выше типологии ситуаций, в которых такие платежи имеют место, он предстает как вопрос о факторах, воспроизводящих вышеуказанные типобразующие характеристики. Начнем с анализа экономических факторов воспроизводства ситуаций выбора, порождающих неформальные практики. Для удобства изложения будем рассматривать эти ситуации в соответствии с предметом неформальной оплаты.

##### А) Обычные медицинские услуги.

Основным фактором воспроизводства ситуаций, когда пациенту приходится платить за получение обычной медицинской помощи в системах общественного здравоохранения, является недостаток их государственного финансирования. Этот фактор может быть устранен при росте государственных расходов на здравоохранение.

Б) Дополнительные медицинские услуги сверх сложившегося стандарта их оказания.

Состав услуг, который официально утвержден в качестве стандарта оказания медицинской помощи при том или ином заболевании или сложился



исторически и воспринимается как неформальный стандарт, всегда будет ограниченным. Дополнительные к нему обследования, консультации, процедуры, уход, а также более комфортные бытовые условия неизбежно будут выступать предметом оплаты. Расширение, дифференциация и четкое определение предмета легальных платных услуг, установление цен на них, максимально отражающее принципы рыночного ценообразования, способны существенно сузить распространенность практик неформальной оплаты соответствующих услуг. Но полностью устранить их будет весьма сложно, поскольку соответствующие меры государственного регулирования неизбежно будут отставать от реальной практики появления и оказания дополнительных услуг.

Ситуации выбора между обычными и дополнительными услугами (диагностическими исследованиями, процедурами, консультациями и т.п.) могут формироваться как ситуации избыточного или ложного выбора сознательными действиями медицинских работников, использующих в своих интересах информационную асимметрию с пациентом и навязывающих ему излишние услуги за дополнительную неформальную оплату. Развитие институтов медицинского страхования может элиминировать влияние этого фактора, поскольку страховщик начинает выполнять функции информированного посредника между врачом и застрахованным пациентом.

#### В) Новые методы лечения.

Ситуации выбора между альтернативными методами лечения, а также между нелечением и использованием уникальных методов лечения, постоянно будут воспроизводиться в будущем вследствие:

- прогресса медицинской науки, порождающего новые медицинские технологии;
- усложнения и появления новых заболеваний, требующих разработки методов их лечения;
- ограниченности возможностей быстрого широкомасштабного внедрения новых методов лечения и обеспечения его доступности для всех больных соответствующими заболеваниями.

Воспроизводство этих ситуаций будет порождать обращение пациентов к неформальным платежам как к средству получения гарантированного доступа к лечению по новым технологиям.

Еще одним фактором воспроизводства неформальных платежей в подобных ситуациях является разрыв между уровнем зарплаты врачей, разрабатывающих и применяющих новые уникальные технологии, и уровнем доходов, на которые вправе претендовать высококвалифицированные специалисты, сравнивая себя с представителями других профессий. Такой разрыв будет постоянно воспроизводиться в государственных медицинских учреждениях. Заработная плата врачей в государственных учреждениях, регулируемая государством, всегда будет ниже уровня доходов, на которые претендуют «врачи – звезды».

Целенаправленная политика повышения технологического уровня оказания медицинской помощи в общественной системе здравоохранения способна противодействовать расширенному воспроизводству ситуаций выбора

между новыми и старыми способами лечения; выбора, реализуемого посредством неформальной оплаты получения лечения по новой технологии. Речь идет о политике целенаправленного расширения масштабов применения новых технологий, четкого определения и периодического пересмотра стандартов бесплатной помощи (замена в этих стандартах старых технологий на новые). Уменьшению распространенности таких ситуаций будет способствовать политика определения ясных критериев получения права на бесплатное лечение по новым технологиям. Важным инструментом воздействия на неформальные практики является регулирование ценообразования на лечение по новым технологиям, легально предоставляемое пациентам за плату. Необходимо приближение цены на соответствующие виды лечения, и в частности сумм вознаграждения лечащих врачей, к рыночной стоимости таких услуг и рыночной цене труда соответствующих специалистов. Но нужно отдавать отчет в том, что устранить полностью ситуации неформальной оплаты, порождаемые выбором между новыми и старыми технологиями, будет невозможно.

#### Г) Медикаменты с более высокой клинической эффективностью.

Прогресс в фармацевтической науке и промышленности постоянно будет порождать новые виды лекарственных препаратов и медицинских материалов. В этом прямо заинтересованы субъекты фармацевтического рынка: производители и дистрибьюторы, для которых появление новых товаров является инструментом извлечения доходов из несовершенств этого рынка (прежде всего асимметрии информации между продавцами и покупателями медикаментов). Хотя новые препараты далеко не всегда обладают более высокой клинической эффективностью, чем уже применяемые, но в целом тенденция появления все более эффективных медикаментов просматривается. В силу больших затрат на их разработку и уже упоминавшихся несовершенств фармацевтического рынка для него характерен рост цен на новые товары.

При ограниченности у медицинских учреждений средств для закупки медикаментов они во многих случаях не имеют и не будут иметь возможностей закупать более дорогие, но и клинически более эффективные медикаменты в размерах, достаточных для лечения всех нуждающихся в них пациентов. Поэтому ситуации, когда пациентам предлагают самим заплатить за более действенные препараты или за более качественные медицинские материалы (протезы, кардиостимуляторы и т. п.) будут неизбежно воспроизводиться. Однако масштабы их воспроизводства и масштабы участия пациентов в оплате медикаментов, как показало наше исследование, в высокой степени зависят от размеров государственного финансирования расходов медицинских учреждений на медикаменты.

#### Д) Внимание медицинских работников.

Факторы воспроизводства ситуаций выбора между обычным и повышенным уровнем внимания медицинских работников к пациенту включают экономические и социально-психологические. Первые – это низкий уровень официальной оплаты медицинских работников, влекущий за собой сокращение их внимания, времени, усилий, которые они тратят на каждого пациента. Социально-психологические факторы – это желание пациентов получить персональное внимание к нему врачей, сестер, нянечек, чтобы чувствовать себя увереннее в благоприятном исходе лечения.

Если экономические факторы, порождающие необходимость платежей за внимание, могут быть устранены, то повлиять на психологические установки пациентов, стремящихся такой ценой минимизировать риск и обеспечить свое спокойствие, весьма сложно. Для этого необходимо развитие и укрепление профессиональной этики, развитие практики защиты прав пациентов, заставляющей врачей внимательнее относиться к выполнению своих обязанностей. Понятно, что этот процесс длительный.

Е) Установление доверительных отношений между врачом и пациентом.

Фактором воспроизводства неформальных платежей, рассматриваемых пациентом как средство установления доверительных отношений с врачом, является необходимость для пациента в наличии институтов страхования, которые он сам и создает в персонализированной форме, регулярно платя конкретному врачу в руки за его услуги, и обеспечивая тем самым его готовность всегда оказать помощь в нужный момент. Действие этого фактора может быть ослаблено развитием легальных институтов добровольного страхования, а также усилением связи зарплаты врача с количеством граждан, пользующихся его услугами и качеством их лечения.

Проведенный анализ экономических факторов воспроизводства ситуаций выбора, порождающих неформальные платежи пациентов за медицинскую помощь, позволяет сделать следующие выводы. Недостаточность государственного финансирования здравоохранения, отсутствие четко определенных стандартов оказания бесплатной медицинской помощи, несовершенство применяемых в отрасли методов оплаты труда являются важнейшими факторами воспроизводства неформальных платежей. Соответственно увеличение государственного финансирования здравоохранения, расширение перечня медицинских услуг, легально оказываемых за плату и развитие институтов медицинского страхования, совершенствование медико-экономических стандартов, организации оплаты труда, ценообразования на платные медицинские услуги – все эти меры могут сократить масштабы распространенности ситуаций выбора, в которых пациенты прибегают к неформальным платежам.

Но целый ряд экономических факторов, продуцирующих неформальные платежи, неустраним в полной мере, и они будут воспроизводить практики неформальных платежей. Это объективные различия в качестве медицинской помощи, ограниченность возможностей предоставления благ относительно более высокого качества для всех нуждающихся в них пациентов, невозможность или ограниченные возможности использования механизма легальной оплаты благ более высокого качества как механизма, регулирующего доступ к ним населения.

Нельзя не указать еще на один тип экономических факторов, воспроизводящих практику неформальных платежей. Это институциональные ловушки, связанные с неформальными платежами (*Kornai, 2000*). Получив распространение, в том числе вследствие сокращения государственного финансирования здравоохранения, заняв определенные ниши во взаимоотношениях между медицинскими работниками и пациентами, практики неформальных платежей порождают заинтересованность многих субъектов в их сохранении. Неформальные платежи выгодны не только медицинскому персоналу, как позволяющие увеличивать свои доходы, но и администрации

поликлиник и больниц, поскольку дают им возможность удерживать в своих учреждениях, с одной стороны, младший и средний медицинский персонал, который дефицитен в российском здравоохранении из-за низкой заработной платы, а с другой стороны, удерживать высококвалифицированных врачей. Изменение же сложившейся ситуации требует слишком больших издержек: экономических (необходимое значительное увеличение государственного финансирования здравоохранения) и политических.

Экономические факторы существенным образом влияют на воспроизводство неформальных платежей. Вместе с тем оно зависит и от действия социально-психологических факторов, которые во многом определяют высокую психологическую инерционность мотивации пациентов и врачей к использованию практик неформальных платежей. В основе этой инерционности лежит не только выгода этой практики для ее участников, что даже позволяет сделать вывод об относительной эффективности НП, по сравнению с практикой формальной оплаты, но прежде всего ее высокий уровень оправданности в глазах врачей и населения, причем по разным психологическим основаниям. Проанализируем подробнее мотивацию пациентов, а затем и медицинских работников к использованию практик неформальной оплаты.

## **6.2. Мотивация населения к использованию неформальной оплаты**

При описании практик неформальных платежей врачи и руководители медицинских учреждений настаивали на активной роли в этом процессе самих пациентов и их родственников, которые не просто дарят подарки или дают деньги в ответ на просьбы со стороны лечащих врачей, но и весьма часто прибегают к неформальной оплате, руководствуясь своими собственными представлениями, которые в общем виде могут быть описаны как: *“здоровье стоит денег”* или *“мы не можем рисковать здоровьем своих близких людей”*, *“врачи так мало получают за свой адский труд”*, *“за более внимательное отношение врачей следует платить”* и т.д. Разумеется, подобные суждения медицинских работников вполне могли иметь оправдательную мотивацию, однако данные опроса населения в определенной степени подтвердили их, хотя и показали, что врачи переоценивают готовность населения к платежам, часто приписывая ей добровольный, а не вынужденный характер.

Для понимания мотивов обращения пациентов к неформальным платежам воспользуемся ответами членов домохозяйств, имевших опыт неформальной оплаты, на вопрос о ее причинах (см. табл. 6.1.). Вследствие малого числа респондентов, ответивших на этот вопрос в регионе В, данные о распределении их мотивов оплаты нерепрезентативны, и поэтому мы будем рассматривать данные для двух регионов в целом.

Таблица 6.1.

**Причины неформальной оплаты медицинской помощи, в % от плативших неформально\***

Варианты ответа на вопрос о причинах неформальной оплаты	В амбулаторно-поликлинических учреждениях (139)	В стационарах (123)
Иначе было трудно или невозможно попасть в это медицинское учреждение (или долго ждать госпитализации)	1,4	8,1
Иначе было трудно или невозможно попасть к тому врачу, которого рекомендовали	1,4	4,1
Иначе вообще нельзя было получить необходимые услуги (нужное лечение, операцию)	28,1	26,8
Иначе нужно было долго ждать необходимые услуги <sup>71</sup>	39,6	-
Рассчитывали на более внимательное отношение и более качественное лечение	34,5	67,5
Хотели отблагодарить медицинского работника за успешно проведенное лечение и оказанное внимание	16,5	38,2
По иной причине	2,2	2,4

\* - Вопрос задавался респондентам из целевой группы домохозяйств (плативших за амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь), не имевшим возможности выбора между оплатой в кассу и в руки, и допускал выбор нескольких вариантов ответа; в скобках – число таких респондентов.

Прежде всего следует отметить, что ответы на поставленный вопрос свидетельствуют о наличии у многих респондентов одновременно нескольких мотивов неформальной оплаты. И уже этот факт говорит в пользу высокой устойчивости мотивационной основы рассматриваемых практик. В случае оплаты амбулаторно-поликлинических услуг наиболее распространенными причинами оказались стремление к сокращению сроков ожидания нужных услуг и расчет на более внимательное отношения медицинских работников. Такой расчет был присущ двум третям респондентов, плативших за стационарную помощь. Следовательно, целерациональная мотивация на минимизацию времени лечения и риска неблагоприятных последствий является самой распространенной. Рациональная мотивация вынужденной необходимости оплаты характерна для примерно 30% респондентов, плативших за амбулаторно-поликлиническую помощь, и немногим менее 40% - за стационарную. Желание отблагодарить медицинского врача, за которым могут стоять как ценностно-рациональная, так и целерациональная мотивации, менее распространено, при этом оно чаще присутствует у пациентов стационарных учреждений (38%) и реже – амбулаторно-поликлинических (16%).

Обратимся теперь к ответам на вопрос о причинах неформальной оплаты, который задавался респондентам, имевшим возможность платить либо в кассу, либо в руки и выбравшим второе. Доля таких респондентов среди тех, кто неформально оплачивал амбулаторно-поликлинические услуги, составила 25%, а среди плативших за лечение в стационарах – 13%. Попутно отметим, что значительная часть пациентов: 37% в случаях амбулаторного лечения и 45% - стационарного, не знали, могли бы они получить услуги без оплаты в руки или

<sup>71</sup> Этот вариант предлагался только в вопросе об оплате услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях

нет. И это тоже служит индикатором укорененности практик неформальных платежей.

Рассмотрим причины выбора пациентами формы оплаты в руки, а не в кассу (табл. 6.2). Из-за маленькой выборки ответивших в регионе В вновь воздержимся от региональных сравнений.

Таблица 6.2.

**Причины неформальной оплаты медицинской помощи респондентами, имевшими выбор между оплатой в руки и в кассу, в % от плативших\***

Варианты ответа на вопрос о причинах неформальной оплаты	В амбулаторно-поликлинических учреждениях (46)	В стационарах (19)
Рассчитывали на более внимательное отношение и более качественное обслуживание	30,4	47,4
Это было дешевле, чем платить в кассу	10,9	5,3
Это позволило быстрее получить услуги	58,7	47,4
По иной причине	-	-
Всего:	100	100

\* - Вопрос задавался респондентам из целевой группы домохозяйств (плативших за амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь), имевшим возможность выбора между оплатой в кассу и в руки, и допускал выбор нескольких вариантов ответа; в скобках – число таких респондентов.

Как видно из полученных ответов, большинство респондентов, выбирая неформальную оплату в амбулаторно-поликлинических учреждениях, делали это ради ускорения сроков получения нужных услуг. А при выборе оплаты в руки работникам стационаров равнозначимыми причинами были желание быстрее получить услуги и расчет на более внимательное отношение. Интересно, что сугубо экономическая мотивация – желание сэкономить, заплатив в руки меньше, чем пришлось бы платить в кассу, присутствовала у меньшинства респондентов. При этом никто не указал на иные возможные причины.

Проделанный анализ позволяет сделать важный вывод: население в значительной своей части, действительно, готово неформально платить деньги медицинским работникам. Выявленные причины неформальных платежей в случаях, когда у респондента был выбор между оплатой в кассу и в руки, и когда такого выбора не было, свидетельствуют, что такие платежи реализуют мотивы, которые трудно или невозможно реализовать посредством официальных платежей. Для того, чтобы обеспечить более внимательное отношение к себе медицинских работников, совершенно естественно заплатить в руки именно тем, кто занимается с пациентом, а не платить безлично в кассу учреждения. Для того, чтобы ускорить получение нужных услуг, также естественно платить непосредственно тому, кто их оказывает. Таким образом, мотивационные структуры пациентов, прибегающих к оплате в руки, являются факторами устойчивого воспроизводства практик неформальной оплаты.

### **6.3. Отношение медицинских работников к получению неформальных платежей**

#### **6.3.1. Дифференциация социально-психологических установок медицинских работников по отношению к неформальным платежам**

Практики неформальных платежей характеризуются высоким уровнем их оправданности в глазах врачей. Лишь 10-15% опрошенных в ходе интервью врачей можно отнести к «мягким или последовательным противникам НП, остальные демонстрируют разные по мотивационной картине, иногда вынужденные, но в конечном итоге позитивные ориентации на поддержание практики НП. Если учитывать тот факт, что в процессе интервью респонденты могут намеренно демонстрировать «свою интеллигентность», то в реальности эти оценки противников могут быть еще ниже.

Дифференциация существующего отношения врачей к НП убедительно показывает, что субъекты, действующие в этом пространстве, уже сформировали устойчивую мотивацию и соответствующие этой мотивации сценарии поведения по отношению к неформальным платежам. Воспроизводство подобных практик для одних более, для других менее оправдано, что позволяет классифицировать их в разные группы по отношению к НП по мотивационным и поведенческим основаниям.

Отношение к НП среди врачей можно представить как некий «мотивационный континуум», в котором имеются различные по мотивационной направленности отношения: от последовательного принятия до непримиримого отторжения. Между этими двумя полюсами находятся врачи с мотивацией «вынужденного притяжения» неформальных платежей, а также врачи с «сожалееющей» мотивацией, которые выключены не по своей воле из этой практики и прямо признаются в невозможности для себя неформальных приработков, по причинам от них не зависящих..

Врачи с выраженной оправдательной мотивацией составляют *группу последовательных сторонников* неформальных платежей. Это, как правило, врачи, высокие профессионалы, 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 о таком высокообразованном слое как врачи. Как правило эти врачи резко осуждают государство и хотят жить достойно, несмотря на те возможности, которые им может предоставить государство.

Именно врачи данной группы рассматривают НП как хороший побудитель для работы и профессионального роста. Иногда представители этой группы оправдывают НП как необходимый ресурс для восстановления собственного здоровья, а иногда убеждены, что те, кто могут платить и ничего от этого не теряют, должны по моральным основаниям поддерживать врачей, о которых «государство просто забыло». Весьма часто представители данной группы оправдывают свою приверженность к неформальным платежам потребностями поддерживать уровень своей квалификации, покупать медицинское оборудование и инструменты, а также стремлением пациентов обязательно отблагодарить врача.

Однако следует признать, что эта группа весьма неоднородна по составу. В нее входят как те врачи, которые не считают возможным вести себя по отношению к пациентам активно относительно НП, так и те, которые рассматривают платежи как цель и смысл своей деятельности, производя иногда осознанный нажим на больного ради получения НП. Помимо высококвалифицированных врачей в данную группу входят также молодые врачи, которые, в отличие от пожилых, не мучаются нравственными проблемами и уверены - за здоровье надо платить. Среди молодых врачей гораздо больше сторонников «нажима на больных» с целью получения платежа, хотя и они, не рискуя потерять клиента, согласны идти на компромиссы и снижать исходные ставки.

Доля последовательных сторонников НП составила примерно 20-25% среди опрошенных нами врачей.

Главные врачи и заведующие отделениями, как правило, не входят в группу последовательных сторонников, если судить по их отношению к НП, высказанному в интервью. Возможно, они скрывали свое истинное отношение к НП, но вероятнее всего их отношение объясняется их административной позицией, которая предполагает их ответственность в случае обнаружения подобной практики. Среди данной группы врачей представлены как сторонники, так и противники легализации НП.

Врачи с мотивацией «вынужденного притяия» составляют вторую, и более многочисленную группу, так называемых *«вынужденных сторонников»* неформальных платежей. Ценностная сфера этих врачей отличается одновременным присутствием в ней как «советских этических ценностей», так и новых ценностей индивидуализма, благодаря чему структура их сознания отличается большой противоречивостью, где казалось бы противоположные установки вполне мирно уживаются с друг другом. Как правило, врачи из этой группы отмечают наличие особых внутренних переживаний, связанных с необходимостью брать плату от пациентов, но отказаться от платы не могут, так как считают, что она вполне справедлива. Некоторые из вынужденных сторонников свою необходимость брать НП объясняют обидой на государство, которое не может обеспечить должным образом врачей и не может продумать эффективных механизмов, способных проблему заработка врачей решить цивилизованно.

Среди этой группы врачей заметно выражено стремление к самоуважению и это желание может серьезным образом регулировать правила, по которым они берут НП с пациентов.

В этой же категории врачей есть и те, кто рискует неохотно и иногда довольствуется НП только от своих знакомых или знакомых знакомых, чтобы избежать огласки и не «потерять лица».

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 «благодарности», которая большинством врачей воспринимается как наиболее приемлемая.



К числу вынужденных сторонников НП можно отнести 45-50% процентов респондентов. Доля вынужденных сторонников НП больше всего в крупных областных клиниках и в городских больницах, меньше их в амбулаторно-поликлинических учреждениях, ЦРБ, участковых больницах.

**Врачи с выраженной «сожалеющей» мотивацией**, по поводу невозможности повысить свои доходы за счет практики неформальных платежей, составляют группу лиц, выключенных не по своей воле из данной практики. Они открыто признаются: *«Мы бы брали с удовольствием, но нам просто никто не дает»*. Чаще других подобные врачи концентрируются в районных больницах, амбулаторно-поликлинических учреждениях, ЦРБ, а также в некоторых отделениях крупных областных и городских стационарах, например, педиатрических или терапевтических. Как правило, такие врачи обслуживают, в основном, низкодоходных пациентов, среди которых много пенсионеров, одиноких стариков, жителей сел или районных центров, которым часто не хватает денег на приобретение лекарств, так что вопрос об оплате услуг врача, просто не встает. Врачи с подобными установками, как правило, серьезно нуждающиеся и ведущие скромный образ жизни, демонстрируют высокую готовность к НП, однако среда и неготовность пациентов к платежам не позволяют им их получать:

Весьма часто в этой группе находятся врачи, которые мотивируют свой отказ от платежей как бы двойной причиной: и риском и невозможностью пациентов платить. Врачи этой группы предпочитают не вести себя активно по отношению НП, и как правило, довольствуются той формой благодарности, которую им может представить пациент:

Врачи из этой группы находят себе дополнительные заработки в других лечебных учреждениях или подрабатывают не по «профилю». Это достаточно неудовлетворенная страта врачей, многие из которых смирились со сложившимся положением и улучшение его в перспективе видят только в одном - в помощи со стороны государства. Это типичные фигуры переходного периода - они не хотят жить по старым схемам в профессии, но что-либо предпринять, чтобы их изменить они не в состоянии. Поэтому ожидание и случайные заработки становятся их уделом, на фоне все более нарастающей неудовлетворенности своей работой. Именно среди них наибольшее число завистников и потенциально конфликтных врачей, однако в сельской местности их неудовлетворенность в сильной степени скрашивается тем, что так живут все врачи вокруг.

К категории «сожалеющих» можно отнести 10-15% опрошенных нами врачей.

Врачи с выраженной мотивацией «неприятия» НП составляют **группу противников** неформальных платежей, которая весьма неоднородна по своему составу. Она представлена врачами с различными мотивационными основаниями для неприятия НП. Это те, кто:

- не рискует получать платежи из-за страха потерять работу;
- не хочет потерять лицо и уважение коллег, потерять общественное уважение;

- имеет определенные личностные установки и этические стандарты и не хочет изменять им под давлением денег;
- не хочет зависеть от больного и его «подачек», избегает неопределенности.

Первую подгруппу в этой когорте врачей составляют лица, как правило, работающие в частных поликлиниках или клиниках, которые удовлетворены своим положением и в условиях жесткого контроля не хотят рисковать. Врачей с подобной позицией можно также встретить в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в диагностических службах в стационарах, в ЦРБ, которые дорожат своим местом, уважают себя и стремятся подчиняться принятым нормам. Нарушая их, они испытывают дискомфорт, который не может окупиться деньгами пациентов.

Вторая подгруппа в этой группе врачей, пожалуй, является доминирующей, и, как правило, включает в себя врачей пенсионного возраста, которым удалось достичь внутреннего баланса и не хотелось бы его нарушать.

В этой же подгруппе можно встретить врачей, которым важно не только уважение коллег, но и общественное мнение, которое играет определяющую роль в небольших городах и поселках, формируя весьма часто установки врачей, работающих на подобных территориях. Близкая психологическая дистанция, хорошее знание врачей, из «заметность» в небольших провинциальных городах, сельских поселениях существенным образом видоизменяет как характер взаимодействия больного с пациентом, так и заставляет врачей особым образом следить за своей репутацией в глазах жителей:

Третьей, и весьма не малой подгруппой, являются врачи, которых можно назвать последовательными противниками НП по этическим основаниям. Эти врачи жестче других относятся к практике НП. Однако они, нередко, отмечают внутреннюю неспособность переменить ради денег свои принципы, заложенные в них с детства. Как правило, здесь сконцентрированы пожилые врачи, «не сильно преуспевшие», потому имеющие весьма скромные жизненные притязания, а также потомственные врачи.

Последнюю подгруппу в этом ряду представляют врачи, которых можно классифицировать как людей, избегающих неопределенности и зависимости. Для таких врачей весьма важны определенные правила, которые бы не нарушались и были повторяемы. Ситуативность, невозможность действовать в соответствии с раз и навсегда предписанными нормами поведения приводит таких людей к внутреннему конфликту, который переживается последними тяжело. Именно поэтому они склонны не иметь денег, но жить по однажды установленным и неизменным нормам. Выраженное стремление защитить свои нормы от «посягательств социума» или микрогруппы рождает высокую чувствительность этих людей к любым попыткам сделать их зависимыми от обстоятельств. Причем стремление жить по раз и навсегда установленным правилам, приводит к тому, что даже нестабильность доходов воспринимается ими как элемент неопределенности, которую следует минимизировать даже в ущерб качеству жизни. Избегание зависимости у этих людей выражено тем сильнее, чем более обостренным чувством собственного достоинства они обладают. Именно поэтому они страдают повышенной чувствительностью к

тому, как даются эти платежи, как при этом к ним относится больной, как меняется его поведение, после того, как деньги заплачены.

Число противников НП составляет примерно 10-15% от общего числа опрошенных.

Какие внутренние установки доминируют у врачей, прибегающих к практике НП? Самым сильным аргументом в оправдании НП, в сознании врачей является низкий уровень официальной зарплаты, который не просто не позволяет жить врачу на приемлемом уровне, но даже затрудняет процесс социализации и воспитания собственных детей, встречает их осуждение и непонимание, мешает транслировать жизненно-важные ценности от одного поколения к другому.

Весьма часто врачи говорят о приемлемости именно благодарности, как формы оплаты услуг, инициируемой самим больным, при резком осуждении вымогательства. Благодарность выступает как мощное оправдывающее средство в сознании врачей, и они согласны многое сделать для того, чтобы эта благодарность была заслуженной. Причем сами медики, когда становятся пациентами, не отказывают в этой благодарности другим врачам, тем самым как бы доказывая, что те нормы и ожидания, которые они адресуют пациентам, действуют и для них самих в схожей ситуации.

Среди врачей, допускающих НП от пациентов и даже оправдывающих их, наибольшее число тех, кто убежден - *«если государство не содержит врачей, то кто-то должен компенсировать их труд»*. Особое место в сознание врачей при оправдании НП отдается результативности лечения, проведенного врачом. В данном случае оплата выступает своеобразной компенсацией профессионализма врача и его усилий.

Острое ощущение несправедливости порождает достаточно развернутую аргументацию по поводу того, что *«иначе не прожить»*, но анализ этой аргументации показывает, что именно НП выполняют в сознании врачей в первую очередь роль дифференцирующей оплаты, поддерживающей качество лечения больных, и рассматриваемой врачами как премия за хорошо проведенное лечение.

Также допустимой в сознании врачей является плата за повышенное внимание и добросовестность. Не исключается благодарность пациента в случае выбора того или иного врача, за дополнительные обследования, за более качественные лекарственные средства, которые могут быть предложены врачом. Врачи частных клиник убеждены в возможности повышенной оплаты в том случае, когда результат превысил ожидания больного или является уникальным. Некоторые из руководителей стационаров считают, что степень оправданности НП растет в тех случаях, когда есть сочетание возможностей со стороны больного, с одной стороны, и качественной медицинской помощи, с другой, однако добиться этого не всегда бывает просто.

Врачи также убеждены в том, что НП повышают ответственность врача перед больными, что способствует личностному росту врача, его готовности быть хорошим специалистом. Определенная часть врачей убеждена, что наибольшую легитимность благодарность больных имеет в том случае, если больной состоятелен и имеет возможность без ущерба для себя отблагодарить больного. Обращает на себя внимание тот факт, что довольно часто врачи

переводят НП из категории расходов для больного в категорию экономии средств для пациента, когда обе стороны удовлетворены происходящим и ни одна из сторон ничего не теряет.

Весьма последовательно практика НП воспроизводится не только среди врачей, но и среди среднего и младшего медицинского персонала. Результаты качественного исследования позволяют говорить о том, что эта категория медработников обладает еще более сформированными психологическими установками, направленными на взимание НП, а также более активной ориентацией на получение этих платежей по модели тарифа, что обусловлено как более низкими заработками, так и востребованностью их услуг со стороны родственников.

Вовлеченность в практику НП практически всех категорий медицинских работников делает ее устойчиво воспроизводящейся в областных и городских больницах и поликлиниках. Однако данный вывод не распространяется в полной мере на ЦРБ, сельские больницы и частные клиники.

Таким образом, проделанный анализ позволяет убедиться в том, что врачи, а также средний и младший медицинский персонал в большинстве своем не рассматривают в своей системе ценностей практику НП как нечто недопустимое и постыдное. Многие из них воспринимают полученные деньги как справедливую компенсацию за хороший труд и возможность предоставить пациенту тот уровень услуг, на который он рассчитывает. Более того, они согласны зарабатывать эти платежи, тратя свое время и дополнительные усилия на то, чтобы найти оптимальный путь лечения больного. Не прослеживается ни ориентации на «завышенные деньги», ни желания получить их «любой ценой». Все формы навязывания выплат больным осуждаются весьма резко.

Однако низкая заработная плата медицинских работников, с одной стороны, а с другой - стремление выжить, приводят к поиску новых этических норм, в которых запрет на деньги не был бы столь сильным, и этот поиск для многих врачей оказывается успешным. То, что система представлений врачей развивается в сторону все большего оправдания НП и признания ее возможной, психологически более комфортно для врачей, хотя бы потому, что острый конфликт между системой ценностей и реальностью был бы весьма затратен и мог привести к психологическим срывам.

Признание оправданности НП, однако, не означает, что все опрошенные врачи используют практику получения НП. В среде врачей, как были так и остаются последовательные противники подобной практики прежде всего относительно себя самих. Однако полученные результаты весьма определенно свидетельствуют о том, что ожидать коллективного осуждения подобных практик не приходится, если они не угрожают имиджу того или иного отделения или медицинскому учреждению в целом. Механизмы такого ограниченного влияния коллектива врачей на нормы по поводу практики неформальных платежей мы обсудим ниже, где попытаемся показать, почему индивидуальные этические нормы доминируют над коллективными.

Итак, анализ позиций врачей и медперсонала по отношению к НП позволяет убедиться в том, насколько различны эти позиции и, одновременно, как они схожи между собой. Объединяет их одно - желание, чтобы государство позаботилось о медиках, несмотря на то, что никаких конкретных надежд они с

этими ожиданиями не связывают. Понимая, что если до них и дойдут руки у государства, то это произойдет в последнюю очередь. При этом их требования не являются хищническими - они просто хотят, чтобы их труд оценивали в соответствии с социальной значимостью и уровнем их образования и квалификации.

Осознавая вынужденность НП, многие из опрошенных медиков говорят о том дискомфорте и напряжении, которые они испытывают, когда речь идет о НП. Наверное, поэтому среди них много сторонников «благодарности» и противников вымогательства. Одновременно, нам бы не хотелось идеализировать ситуацию. Среди врачей и медперсонала уже сегодня сформирована определенная прослойка тех медиков, которые сделали НП средством улучшения своей жизни. И они готовы обменивать свои квалифицированные и не очень квалифицированные услуги на деньги и подарки больных. Учитывая низкий уровень контроля за практиками НП, это может быть весьма тревожной тенденцией.

Если принимать во внимание реальное материальное положение врачей, то можно считать позитивным тот факт, что доля медицинского персонала с настроением на вымогательство не столь высока, а основная масса врачей и среднего медперсонала ориентируется «на возможности больных, или на тарифы, которые ниже официальной оплаты услуги. Это означает, что в сознании врачей традиционные этические нормы сложно переплетаются с новыми этическими нормами, согласно которым врач имеет право иметь вознаграждение за качественно проведенное лечение и заботу о больном. Однако тревожной остается тенденция при которой наблюдается относительно быстрая коммерциализация среднего и младшего медицинского персонала и частичная потеря ими управляемости со стороны руководства.

### **6.3.2. Роль корпоративных норм в воспроизводстве неформальных платежей**

#### **6.3.2.1. Что понимается под нормами?**

Говоря о нормах, мы будем иметь далее в виду «устойчивые правила, которыми руководствуются социальные акторы» (*Chasel, 1999*): организации, социальные группы, конкретные индивиды. Поэтому действующие нормы должны иметь коллективную или индивидуальную значимость: без принятия их со стороны разных групп людей, или конкретного индивида хотя бы частично, они теряют атрибуты норм и превращаются в поведенческие реакции ситуативного характера.

Нормы, как правило, носят предписывающий характер и не всегда прямо связаны с ценностями индивида или группы. *Chasel, 1999* предлагает различать способы достижения соответствия между нормами и ценностями, которые имеют как минимум три стадии.

На первой стадии, в своем поведении индивид или группа могут руководствоваться не ценностями, а прагматической оценкой ситуации, благодаря чему вопрос о следовании существующим нормам решается в зависимости от того, принесет это им ощутимые выгоды, или нет, и какими

могут быть негативные санкции за нарушение норм. В этом случае связь между ценностями и нормами не является очевидной, а сам характер регулирования носит «преднормативный» или ситуативный характер.

На второй стадии поведение индивида или группы может регулироваться уже интериоризованной нормой. В этом случае норма становится для актора уже внутренней оценочной категорией и превращается для него в моральное обязательство. Норма тесно увязывается с ценностями индивида и начинает носить предписывающий характер для индивида, однако соответствовать этой интериоризованной норме индивид или группа будут не всегда, потому что она пока не стала культурной моделью поведения, принятой безусловно в данной группе или в социуме.

На третьей стадии нормы для индивида или группы становятся ценностью не сами по себе, а потому, что они разделяются той группой, с которой индивид себя идентифицирует. Поэтому он стремится следовать этим коллективным нормам, чтобы не оказаться за пределами той группы, к которой он хочет принадлежать. Именно поэтому корпоративные, коллективные нормы имеют столь существенное значение для действующих практик. Именно они в конечном счете определяют, будет ли индивид формировать новые нормы, а за ними и ценности, или он останется на «преднормативной» стадии, и тогда его поведение будет носить ситуативный, плохо предсказуемый, но прагматический характер.

Не вызывает сомнения, что в воспроизводстве неформальных платежей имеют значение не только индивидуальные установки врачей, но и нормы, складывающиеся в коллективе по поводу НП. Несмотря на то, что эта «невидимая структура» весьма часто недооценивается, ее можно признать действенным механизмом воспроизводства практик НП, которая далеко не всегда осознается самими ее носителями. Более того, вполне обоснованно можно говорить о том, что если бы эти нормы не действовали, распространенность практик НП, а также их размеры были бы значительно выше существующих. Участвуя в механизме воспроизводства НП, складывающиеся нормы оказывают разнонаправленное влияние, с одной стороны, способствуя расширению практик НП, а с другой - выступая их реальными ограничителями.

#### *6.3.2.2. Скрытый характер корпоративных норм*

Отличительными особенностями корпоративных норм врачей и руководителей медицинских учреждений являются их преимущественно закрытый характер и низкий уровень коммуникации внутри коллектива по поводу действующих практик НП. Это указывает на то, что процесс формирования этих норм не завершен и находится в лучшем случае на второй стадии этого цикла.

Более 2/3 опрошенных респондентов признаются в том, что в их коллективах не принято обсуждать практику НП. Обращает на себя внимание тот факт, что эта тема не является предметом обсуждения ни там, где эти практики наиболее развиты - в областных, городских клинических больницах, ни там, где они практически отсутствуют, как например в районных больницах.

Эти особенности корпоративного регулирования практики НП, безусловно, способствуют их распространению, хотя бы потому, что не выступают «жестким императивом» для врачей. Одновременно есть все основания говорить о том, что названные особенности данной практики действуют не всегда и не для всех.

Некоторые из опрошенных респондентов, убеждены, что запрет на обсуждение темы НП в коллективе может инициироваться заведующим, который заинтересован в таком запрете в первую очередь потому, что надо сохранить лицо своего отделения. Мотив подобного «заговора молчания», в оценках опрошенных, чаще всего обозначается так: *«это тайная жизнь, которую не следует обсуждать даже с друзьями»*. Отметим, что эта норма действует даже тогда, когда практика НП довольно развита и, казалось бы, нуждается в определенном согласовании. Тот факт, что многие респонденты настаивали на нецелесообразности подобного обсуждения внутри своих коллективов, свидетельствует о том, что в данном коллективе эта практика в глазах врачей воспринимается с этической точки зрения как неприемлемая, что блокирует коммуникацию по ее поводу.

За так называемым мотивом «необходимости таинственности» или стыда, могут скрываться также другие, более сложные мотивы, сознаться в которых респондентам не так просто. В числе таких порицаемых мотивов чаще других звучат мотивы «зависти» и «нежелание делиться». Мотив зависти, по оценкам руководителей, особенно в амбулаторно-поликлинических учреждениях, является достаточно сильным. Это вполне может приводить к блокаде открытой коммуникации по поводу практически любых аспектов НП или как альтернатива - к конфликтной коммуникации, которую большинство стремится не допустить. Но все-таки отдельные высказывания позволяют говорить о том, что это случается. Хотя бы потому, что именно в поликлинических учреждениях практика горизонтального контроля за неформальными платежами - явление достаточно распространенное.

Следует согласиться с респондентами, что мотивом «коллективного молчания» может являться также нежелание участвовать в коллективном распределении НП, что встречается не так уж и редко среди врачей, но по отношению к медсестрам.

Весьма важным механизмом отсутствия коллективной коммуникации, помимо перечисленных мотивов, является, на наш взгляд, ситуативность действующих правил по отношению к НП, нацеленность на поиск индивидуальных моделей поведения в складывающейся ситуации, что позволяет определить данную стадию как переходную между преднормативной и интериоризационной.

Отсутствие подобной коммуникации может определяться также некоторыми общими этическими правилами, распространенными в среде интеллигенции, согласно которым неприлично обсуждать деньги вообще, и кто сколько получает, тем более, когда речь идет о «левом» доходе.

Несмотря на то, что большая часть врачей, медсестер, руководителей склонны оценивать практику НП как закрытую для коллективной коммуникации, треть респондентов свидетельствуют, что подобная коммуникация все же осуществляется. Весьма показательным является тот

факт, что чаще всего, по оценкам респондентов, переход коммуникации из закрытой в открытую фазу осуществляется или в конфликтных коллективах, или, наоборот, там, где сформирован достаточный уровень доверия. Но при этом практика широкого обсуждения встречается чаще в конфликтных ситуациях, выходя даже за пределы подразделения, в то время как вопросы согласования, корректировки правил происходят в микрогруппах и не распространяются на весь коллектив.

Чаще всего предметом обсуждения становятся размеры НП, правила их распределения, однако, как замечают сами респонденты, это разговоры «кулуарного» характера, и, как правило, за границы микрогруппы они не выходят. Отдельные оценки позволяют заключить, что молодые врачи более открыты для обсуждения НП, чем иногда приводят в негодование более опытных врачей.

Потребность сохранить имидж отделения мотивирует врачей на осознанное сужение «зоны конфликта», благодаря чему обсуждение практик НП не становится предметом гласности в масштабе больницы, а концентрируется внутри отделения. Часто предметом обсуждения выступает нарушение условий со стороны врача, данных пациенту, что ставит под угрозу авторитет всех врачей отделения, а потому нормируется довольно жестко:

Итак, проведенное исследование позволило убедиться в том, что в большинстве коллективов медицинских учреждений тема НП не является открытой для коммуникации. Мотивы, по которым эта тема не обсуждается весьма многообразны, но за ними прослеживается прежде всего нежелание негативных санкций подобных практик по вполне понятной причине - завтра кто-то может оказаться на месте сегодняшнего виновника.

### *6.3.2.3. Корпоративные нормы: характер санкций*

Согласно высказанным позициям, в случае коллективной огласки внутри отделения того или иного случая НП от врачей можно ждать разных реакций, но большинство из них будет носить или сочувствующий, или нейтральный характер. Это позволяет сделать вывод, что коллективные нормы выступают скорее как поддерживающий механизм практики неформальных платежей, приводящий к их воспроизводству в коллективе врачей, нежели как механизм, способный эту практику заблокировать.

Весьма парадоксально, но коллектив осуществляет контроль за практикой НП, похоже, по тому же принципу, как это делают большинство руководителей медицинских учреждений - по отклонениям от общепринятых норм. До тех пор, пока врач или медсестра ведут себя «как все» и не нарушают сложившихся норм, их поведение по отношению к НП как бы не замечается, но как только кто-то из персонала перестает действовать в рамках «разумного», он становится предметом внимания со стороны коллектива, в том числе его поведение обсуждается или с заведующим отделением или внутри групп с близкой дистанцией общения. При этом врачи все равно демонстрируют высокий уровень сопереживания и понимания того, как трудно сегодня выживать медикам.



Более того, ожидать открытого коллективного осуждения НП без вмешательства руководства, вряд ли придется. Более 80% респондентов убеждены в том, что врачи не выступят с открытым осуждением того, кто попался на НП по своей инициативе, если это не представляет угрозы для коллектива врачей в целом. Почему коллектив столь лоялен к тем, кто старается заработать на пациентах? В данном случае определяющими вновь являются сюжеты, доказывающие вынужденность ситуации, в которой оказались врачи, благодаря *«неумной политике государства по отношению к медицине»*.

Большую роль в снисходительности к тем, кто может попасться на НП, играет понимание того, что завтра ты случайно сам можешь оказаться на этом же месте. Более того, любая негативная реакция по отношению к другому со временем может обернуться против тебя - осужденный тобой при возможности может «подставить» тебя, не помочь в трудной ситуации. Поэтому не осуждать - это выгодно. Высокий уровень идентификации с теми, кто оказался объектом публичных санкций, свидетельствует о том, что данная практика не может быть остановлена с помощью коллективных норм, даже в том случае, если отдельные врачи в ней не участвуют.

#### *6.3.2.4. Запретительные нормы*

Как бы не были либеральны действующие нормы, бóльшая часть респондентов убеждена - все должно делаться в пределах разумного. Как формируются эти нормы разумности, что запрещают и что одобряют пока слабо сформированные коллективные этические нормы? Какие нормы все же имеют шанс перейти из второй в третью стадию и превратиться в значимые нормы коллективного поведения? К числу подобных коллективных норм прежде всего могут быть отнесены запретительные нормы, ключевыми среди которых являются:

- запрет на огласку;
- запрет на вымогательство.

Запрет на огласку, согласно которому врачам не стоит рассказывать о том, как функционирует практика неформальных платежей в их подразделениях или в медицинском учреждении в целом, 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 удастся 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.

Запрет на вымогательство, или запрет давления на больного с целью получения денег без учета его возможностей является коллективной нормой, которая присутствует во многих исследованных нами коллективах, однако не является обязательной для всех врачей. Достаточно часто ее нарушают хирурги,

которые рассматривают денежное вознаграждение со стороны больного как плату за профессионализм и владение уникальными технологиями.

Весьма сильной запретительной нормой, разделяемой большинством коллективов врачей, является также норма, отрицающая возможность брать деньги с тяжелых больных или с тех, кто не может заработать, особенно если это сочетается с вымогательством. В этом случае санкция коллектива возможна и может наступить незамедлительно, если это стало предметом огласки.

#### *6.3.2.5. Действенность запретительных норм*

Однако ни одна из названных коллективных норм не является «жестким императивом» для всех без исключения, что значительно сужает регулирующий потенциал этих норм. Важно еще раз отметить, что коллектив оказывает воздействие на своих членов только в случае угрозы огласки или в случае грубого нарушения норм, оставляя за собой право поддерживать корпоративную солидарность, иногда из чисто прагматических побуждений. Чувствительность врачей и другого медицинского персонала к коллективным санкциям продолжает оставаться избирательной и зависит не столько от реакций коллектива, сколько от внутренних ценностей индивида. Это позволяет утверждать, что процесс коллективного нормообразования пока фрагментарен, а существующие коллективные нормы не всегда являются безусловными для индивида.

Отдельные реплики из интервью позволяют говорить о том, что индивидуальное выживание и индивидуальных успех так важен для медиков - профессионалов, что они начинают демонстрировать все меньшую зависимость от коллектива и его норм, за исключением работы, которая требует коллективных усилий. Поэтому личное лидерство в коллективе может служить тем заслоном, о который могут разбиваться многие попытки коллективных санкций. С лидером принято считаться, и с ним считаются в коллективе, даже если это лидер неформальный. Соответственно не существует, раз и навсегда установленных правил и одинаковых санкций по отношению ко всем членам коллектива. Они весьма избирательны и учитывают неформальный статус в коллективе, благоприятное или неблагоприятное отношение к данному человеку, уровень его готовности помогать другим. В том случае, если данный врач не уважаем в коллективе, санкции могут быть более жесткими, чем к тому, кто является «любимчиком».

Показательно, что ряд оценок врачей дает возможность говорить о том, что осуждению среди врачей скорее подвергнется тот, кто не берет, чем те, кто берут. По словам одного из респондентов, : *«Конечно, все ругают того врача, который отказывается брать, потому что он портит общий фон. Но я не знаю тех, кто не берет. Может, я просто не знаю».*

#### *6.3.2.6. Разрешительные нормы*

Наряду с запретительными нормами существуют коллективные нормы, разрешающие врачам те или иные модели поведения по отношению к больным, когда речь идет о НП. Проведенное исследование позволяет говорить о том, что среди повторяющихся индивидуальных норм, которые поддерживаются коллективом, наиболее представлены такие из них, как:

- «возможность получать плату в виде благодарности»;
- «договоренность о гибкой цене»: цена услуги врача или медперсонала должна согласовываться с возможностями пациента.

Вероятнее всего, эти нормы можно считать уже массовыми для медиков, что не отрицает того, что среди них будут встречаться те, которые не согласятся подчиняться даже этим принятым коллективом нормам.

#### *6.3.2.7. Особенности формирования новых корпоративных норм*

Проделанный анализ позволяет убедиться в том, что внутри коллективов отделений сформировались разветвленные нормы по отношению к НП, как запретного, так и разрешительного планов. Однако нормы эти пока фрагментарны, избирательны и не выполняют функции жесткого императива, оставаясь коллективными нормами не безусловного характера. Возникает вопрос, какие социально-психологические причины могут обуславливать отказ коллектива от жесткого регулирования поведения своих членов, которое было столь характерно еще недавно для советского периода нашей истории, когда коллективные нормы выступали хоть и внешним, но все же императивом для индивидуального поведения врачей и медперсонала.

Анализ выработанных стихийно коллективных норм и регуляторов в условиях рыночных отношений по отношению к НП вскрывает важную закономерность: в отличие от советского периода, когда деятельность врачей регулировалась внешними, весьма часто навязанными нормами, не учитывающими индивидуальность субъекта, в условиях переходного периода, когда старые нормы советского образца практически потеряли свою силу, становление новых норм идет по принципиально иным правилам.

Нормы из внешних регуляторов, навязанных социальным окружением или идеологией, превращаются в нормы внутренние и тесно увязываются с индивидуальными ценностями субъекта. Теперь они формируются «снизу», внутри самого сообщества медиков. Творение норм самими врачами, совместно с пациентами, которые оказывают на этот процесс существенное влияние, порождает множественность этих норм на индивидуальном и даже коллективном уровнях. Формирование подобных коллективных норм носит фрагментарный характер, благодаря чему процесс нормотворчества относительно неформальных платежей как бы завершается на стадии интериоризации. Это приводит к тому, что ни одна из выработанных норм уже не играет роли общепринятого императива для коллективного подражания.

Индивидуализация норм приводит к ослаблению их «этической селекции» для коллективного регулирования. Индивидуальных норм становится слишком много, чтобы они могли реально вмешиваться в процесс регуляции на коллективном уровне. В результате нормы теряют свой универсальный,

коллективный характер. Процесс порождения индивидуальных норм, не ограничиваемый и не регулируемый безусловно коллективными нормами, приводит в конечном итоге к конкуренции норм как внутри индивида, так и внутри коллектива. Победителями в этой конкуренции весьма часто становятся те нормы, которые обеспечивают реализацию прагматических целей и являются выгодными для субъекта и коллектива.

Общепринятые, коллективные нормы, жестко сформулированные в общественном сознании, в рамках которых приходилось регулировать свою профессиональную жизнь «Homo Sovieticus», замещаются индивидуальным поиском новых норм, который, однако, полностью не отрывается от коллективного влияния, но перестает им регулироваться в полной мере. Индивидуальная свобода субъекта и высокий уровень неопределенности рождают этическое разрешение «жить не по правилам для всех».

Возникает вопрос - что происходит со старыми нормами, куда исчезают императивы «советского образца»? Ответ оказывается вполне прогнозируемым - они не разрушаются и не исчезают, процесс нового нормотворчества осуществляется как бы рядом, образуя дополнительный этический «этаж» из новых норм.

Вместе с тем некоторые акторы отказываются от параллельного строительства и в складывающейся ситуации не спешат расширять спектр действующих норм, противоречащих старым образцам, что сопровождается еще более сильным укреплением консервативных норм у данной категории субъектов, от которых они не отказываются, даже под высоким давлением обстоятельств. Поэтому среди врачей и медсестер до сих пор встречаются те, кто убежден - неформальный платеж несовместим с этикой врача, или что коллектив вправе регулировать индивидуальную жизнь субъекта.

Те же из них, кому удалось построить более мягкие этические правила для собственных поступков, постепенно, незаметно для себя, привыкают к неформальным практикам и перестают внутренне разбираться с несоответствием действующих практик внутренним нормам или оправдывают их для себя складывающимися обстоятельствами. Это приводит к тому, что нормы как бы отрываются от ценностей субъекта и из стадии интериоризации вновь переходят на преднормативную стадию, где поведение индивида в большей степени регулируется ситуативными правилами, имеющими прагматический характер.

#### *6.3.2.8. Нормы как соблазны*

Так постепенно нормы из внутренних регуляторов для субъекта превращаются в соблазн, под воздействием которого субъект или коллектив начинает действовать ситуативно, прагматически, не увязывая свои поступки со своей же системой ценностей. В этой ситуации нормы, превратившиеся теперь в «преднормы» теряют свою регулятивную функцию, и перестают держать субъекта в общепринятых рамках, превращаясь в инструменты вывода этого субъекта на другие, неизвестные ему раньше уровни поведения, нередко расходящиеся с его же системой ценностей. Именно поэтому субъект теперь может поступать так, как никогда бы раньше не поступил. Индивидуализация

этических норм приводит к тому, что каждый решает за себя - как ему лучше поступить в том или ином случае, мотивируя это тем, что *«иначе не выжить»*.

Результаты исследования, не позволяют сделать однозначный вывод о том, что коллектив совсем не участвует в этической регуляции поведения врачей или медперсонала. В том случае, когда выработанный комплекс правил разрешительного и запретного характера в коллективе совпадает с индивидуальными нормами субъекта, они способны влиять на практику НП. В том случае, если подобного совпадения нет, субъект продолжает реализовывать собственные схемы поведения, не считаясь с мнением коллектива, особенно, если он является уникальным специалистом. Только согласованность коллективных и индивидуальных норм позволяет влиять на субъекта преобразующим образом, в противном случае - это влияние носит эпизодический характер.

Оценивая в целом уровень сформированности этических норм, можно утверждать, что врачебная этика современных медиков представляет собой сложный сплав из старых и новых норм, в котором им трудно разобраться самим. Хотя бы потому, что не существует жесткого императива сверху, который бы воспринимался как справедливый. Это приводит к тому, что ни один из индивидуальных или коллективных участников этого процесса не может полноценно влиять друг на друга. Практика НП в этих условиях развивается стихийно, сдерживаемая только страхом и усталостью всех участников этого процесса: врачей, медперсонала и управленцев. Нормы же, превращаясь из регуляторов в соблазн, перестают задавать ограничительные рамки для него, что позволяет предположить - практика НП, если ничего не менять, будет развиваться и дальше. Поэтому государство должно определиться, как оно будет решать данную проблему сегодня и в перспективе

### ***6.3.3. Ограничения возможностей административного контроля за практикой неформальных платежей***

Размах неформальных платежей за медицинскую помощь в России естественно порождает вопрос о возможности борьбы с данным явлением на государственном уровне. Очевидно, что в этом случае, субъекты политики государственного уровня прежде всего должны ответить на вопрос о том, располагают ли они необходимыми ресурсами для реализации подобной задачи, существуют ли реальные субъекты на региональном уровне, заинтересованные в этой борьбе, и стремящиеся поддержать шаги, направленные на их искоренение? Приведет ли подобная борьба к тем последствиям, которые предусматриваются? Как население, являясь основным потребителем услуг системы здравоохранения, отреагирует на усиление государственного контроля за неформальными платежами?

Ответы на эти вопросы не столь очевидны, и результаты исследования подтверждают необходимость весьма взвешенных, продуманных и осторожных шагов в направлении выработки систем контроля за практикой неформальных платежей и конкретных мер по их регулированию.

Прежде всего не следует забывать, что развитость неформальных практик в здравоохранении весьма часто выгодна для руководителей

медицинских учреждений, так как именно она позволяет им повышать уровень управляемости своими учреждениями. Наличие скрытых доходов у врачей дает возможность руководителю загружать их большим объемом работы, заставляет сохранять лояльность себе, позволяет использовать практику сокращения неформальных выплат, в случае неповиновения, как механизм для поддержания собственного лидерства в учреждении, дает возможность сохранять инфраструктуру медицинских учреждений в надлежащем виде.

Развитость неформальных практик в медицинских учреждениях обеспечивает более высокий уровень удовлетворенности работой самих врачей, позволяет сохранять кадровый потенциал учреждений, который в случае «работы по правилам» мог бы демонстрировать высокий уровень конфликтности из-за неоправданно низкого вознаграждения, несоизмеримого с уровнем квалификации и образования врачей.

Наконец, практика неформальных платежей в большинстве случаев выгодна самому населению, которое в результате договоренностей с врачом может снизить свои реальные затраты на медицинскую помощь, по сравнению с теми, которые могли бы быть, если бы речь шла об официальной оплате.

Таким образом, ограниченность возможностей государственного контроля за практикой неформальных платежей определяется как минимум следующими серьезными причинами:

- несформированностью формальных процедур, позволяющих эффективно влиять на практику неформальных платежей, отсутствие необходимых рычагов для подобного контроля;
- эффективностью неформальных платежей одновременно для населения и врачей;
- низкой готовностью, а иногда невозможностью субъектов социальной политики регионального уровня влиять на эти процессы в нужном направлении;
- сложившимися социально-психологическими установками управленцев системы здравоохранения, которые убеждены, что контроль необходим, но не на их уровне;
- высокой, хотя порой и вынужденной, готовностью населения к реализации практик неформальных платежей.

Позиция ограниченности государственного контроля за неформальными платежами в медицинских учреждениях разделяется большинством опрошенных респондентов. Одновременно практически все субъекты управления и большинство врачей убеждены, что ситуация с неформальными платежами требует вмешательства. Но в определении конкретных форм этого вмешательства нет единой точки зрения. В палитре полученных оценок представлены как позиции жесткого регулирования практики неформальных платежей, так и достаточно либеральные позиции целесообразности «мягких мер» в отношении носителей данной практики. Каждая из позиций содержит развернутую аргументацию по поводу целесообразности ее применения.

Однако, какие бы оценки возможностей регулирования данной практики внутри медицинских учреждений ни давались самими медиками, следует

помнить, что распространенность подобной практики не ограничивается пространством того или иного медицинского учреждения. Данная практика воспроизводится в социуме и не может быть остановлена в границах какого-либо одного учреждения до тех пор, пока современное российское общество не предпримет мер, направленных на общее оздоровление от коррупции в масштабе всей России.

Существующие механизмы контроля за неформальными платежами, сложившиеся на уровне медицинских учреждений и отдельных подразделений, имея разнообразный характер, на самом деле не решают главной задачи: они не заинтересовывают и не могут заинтересовать носителей данной практики в легитимном поведении, не делают его выгодным для всех участников процесса.

Несмотря на то, что врачи в ходе интервью отмечают усталость от подобных практик, мощным оправдательным средством для них вновь выступает низкий уровень официальных доходов, при высоком уровне напряженности врачебного труда и больших издержках на получение образования.

Положение усугубляется тем, что управленцы имеют достаточно разноречивые представления о том, организация какого уровня должны осуществлять подобный контроль. Лишь часть из них убеждена в том, что при соответствующем «правовом оснащении» этим могли бы заняться региональные руководители, в то время как другая и подавляющая часть убеждена - данная практика не может регулироваться без привлечения «внешних сил» в лице Министерства здравоохранения, Государственной Думы, так как самим управленцам этой практикой явно не справиться.

В то же время руководители частных медицинских организаций убеждены, что бороться с неформальными платежами можно и нужно, делегируя главную ответственность за результаты этой борьбы главным врачам, на которых собственно и лежит ответственность за сложившуюся ситуацию.

Материалы исследования позволяют говорить о том, что представители всех управляющих страт - руководители органов здравоохранения, главные врачи, заведующие отделениями и старшие медсестры стационаров всех типов и городских поликлиник, убеждены в том, что контроль за неформальными платежами необходим, но в сложившейся ситуации реализовать функции контроля за НП в полном объеме не представляется возможным. Весьма парадоксальным в данном случае является то, что каждая из групп управленцев убеждена в том, что функция контроля должна осуществляться не на том уровне, который они представляют, а она должна делегироваться на более низкие этажи управления. Так представители органов здравоохранения считают, что бороться с неформальными платежами должны главные врачи; те, в свою очередь, делегируют эту функцию заведующим отделением, заведующие отделением соглашаются, что это лежит в русле их обязанностей, но отмечают, что целесообразность подобного контроля оправдана в очень небольшом числе случаев, а главным контролером врачей *«должна быть их совесть»*.

Руководители страховых компаний признают за собой право контролировать неформальные платежи и согласны выступать в такой роли, но, по их мнению, это должно касаться в основном вопроса приобретения лекарств, все же остальные вопросы они делегируют главным врачам. Руководители

фондов обязательного медицинского страхования убеждены, что именно главные врачи призваны управлять ситуацией, чтобы снизить НП, однако и они не уверены, что последние справляются с этой функцией эффективно. Руководители органов здравоохранения, предполагая, что функцию контроля должны осуществлять главные врачи, также не уверены в том, что последним это выгодно. Главные врачи и их заместители, в свою очередь, делегируют функцию контроля заведующим отделениями, резонно считая, что в практику неформальных платежей надо вмешиваться осторожно и не делать резких движений, хотя бы потому, что в противном случае главный врач может остаться один без классных специалистов.

Определенное единодушие опрошенные главные врачи демонстрируют по поводу того, что вмешательство в существующую практику НП оправдано в том случае, если есть официальный сигнал о случившемся со стороны пациентов или заведующих отделений, хотя одновременно отмечается, что число таких официальных сигналов не столь высоко.

Возникает естественный вопрос, действительно ли главные врачи не располагают должными рычагами, или это скорее оправдание отказа от решительных действий. Позиции опрошенных респондентов по этому поводу явно поляризованы. Одни (и их большинство) убеждены в том, что главные врачи не имеют мзду от НП и им гораздо безопаснее зарабатывать деньги, используя практику платных услуг, чем получать платежи с заведующих отделений в обмен на «незамечание» практики НП. Другая, меньшая часть респондентов все-таки убеждена в том, что процесс распределения теневых выплат касается также и главных врачей, что явно сдерживает их активность в данном направлении. Некоторые из опрошенных, прежде всего это руководители частных клиник, видят за отсутствием развитой практики контроля не сговор, а низкий управленческий профессионализм главных врачей.

Важным звеном, призванным осуществлять функцию контроля за НП, являются, по мнению главных врачей, заведующие отделениями, которые непосредственно приближены к больному и к лечебному процессу как таковому. Однако подавляющее число опрошенных заведующих отделений и старших медсестер склоняются к позиции, что функция контроля за неформальными платежами или не может быть осуществлена или она нецелесообразна совсем. Более того, некоторая часть из них рассматривают НП как механизм, делающий врачебный коллектив более управляемым.

Заведующие отделениями при этом убеждены, что тотальный контроль над теневыми платежами осуществить просто нереально, и глубоко ошибаются те, кто считает, что такой контроль возможен в принципе. Несмотря на убедительность аргументов, которые приводят заведующие отделениями, а вслед за ними и старшие медицинские сестры, которые являются еще более последовательными противниками контроля за НП, получаемыми средним медицинским персоналом, все же нельзя не признать, что заведующие отделениями так же, как и главные врачи, испытывают серьезный страх перед возможностью потерять квалифицированных сотрудников. Вместе с тем, являясь практикующими врачами, они не заинтересованы в свертывании этой практики еще и по личным мотивам. В этой ситуации «худой мир лучше доброй ссоры».



В известном смысле фактором, снижающим возможность контроля за НП, выступает также корпоративная солидарность, развитие практики неформальных договоренностей среди врачей, известная взаимопомощь.

Означает ли проделанный нами анализ высказанных позиций, что практика контроля за неформальными платежами не осуществляется совсем? Ответ на этот вопрос не будет утвердительным. Осознавая, что практика неформальных платежей трудно поддается контролю, многие из респондентов говорят о том, что они вынуждены искать и находить схемы этого контроля: контроль по отклонениям, горизонтальный контроль и др. Найденные и реально действующие схемы подобного контроля в сильной степени персонифицированы и зависят от готовности руководителей подобный контроль осуществлять, от их авторитета в коллективе, от объема материальных ресурсов, которыми располагает руководитель, чтобы регулировать легальный объем заработной платы своих сотрудников.

Не все опрошенные нами управленцы относят себя к «вынужденным сторонникам контроля». К примеру, руководители частных медицинских организаций, а также сторонники моноцентричной модели власти в организации довольно последовательно и жестко контролируют практики НП, в отличие от «модели контроля по отклонениям», которая находит наибольшее число сторонников среди управленцев всех уровней. Однако успешные шаги в этом направлении делают только те, кто верит в то, что это возможно и необходимо. Но пока таких управленцев не так много, и вряд ли их число существенно вырастет в ближайшей или среднесрочной перспективе.

Таким образом, ответ на вопрос, можно ли контролировать НП в медицине не является столь простым, и новыми запретительными указами и распоряжениями эту практику не изжить. Отсутствие реальных субъектов, заинтересованных в сокращении НП, высокая заинтересованность в существовании практик НП самих управленцев, включенных в лечебный процесс и выросших из врачебной среды, высокая готовность самих пациентов к НП - все это позволяет говорить, что эта практика сегодня практически пока не имеет ни формальных, ни неформальных рычагов для своего полноценного регулирования.

Управленцы всех уровней фактически оказались не готовы к борьбе с данным явлением в том масштабе, которое оно приняло. Правила и нормы только формируются, причем довольно медленно, отличаясь высокой вариативностью на фоне неуверенности основных действующих лиц в том, что подобная борьба вообще может принести какие-либо позитивные результаты. Многие процессы в этом направлении идут хаотично, а реальных лиц, способных взять на себя ответственность, практически нет. Главные врачи, которые чаще других рассматриваются как реальные субъекты, способные активно вмешаться в сложившееся положение дел, не обладая должными навыками менеджеров, не только не могут, а иногда и не хотят участвовать в борьбе с неформальными платежами. Государство, в свою очередь, также не в состоянии помочь региональным руководителям своими средствами в решении данной проблемы, предполагая что ее решение целиком и полностью лежит на плечах руководителей органов здравоохранения областного и городского уровней. В результате, ситуация фактически отдана на откуп руководителям подразделений, которые выросли из врачебной среды и менее всего готовы

искать и находить такие средства решения данной проблемы, которые бы устраивали общество в целом. Неоправданно медленно идет процесс становления новых правил деятельности медицинских учреждений в рыночной среде, и это означает лишь одно - практика неформальных платежей и дальше будет распространяться по мере того, как будут расти финансовые ресурсы населения, чтобы платить за медицинские услуги, но не полностью, а «по возможности». Сценарий развития событий, при котором врач получает деньги в свой карман, оказывается, устраивает всех.

#### **6.4. Возможности замещения неформальных платежей легальными формами оплаты медицинской помощи**

Проведенный анализ факторов воспроизводства НП позволяет дать качественную оценку влияния возможных мер государственного регулирования условий предоставления медицинской помощи населению на распространенность практик НП. Ключевым вопросом такого регулирования является вопрос, каким способом будет решаться проблема несоответствия между государственными гарантиями бесплатного оказания медицинской помощи населению и реальными условиями ее получения населением.

Главным фактором неформальной оплаты предоставления обычных, распространенных медицинских услуг и медикаментов для лечения в медицинских учреждениях является недостаток государственного финансирования здравоохранения. За счет роста бюджетных ассигнований на здравоохранение и/или взносов на обязательное медицинское страхование можно в принципе добиться положения, когда медицинские работники, перестанут предлагать пациентам самостоятельно приобрести нужные медикаменты и заплатить деньги за стандартные виды диагностики и лечения, ссылаясь на отсутствие финансирования.

Аналогичного результата можно добиться, если расширить источники финансирования общественного здравоохранения, предусмотрев соучастие населения в оплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование, или введя обязательные фиксированные соплатежи пациентов в момент потребления медицинской помощи. В первом случае речь идет об установлении в дополнении к существующему социальному налогу, который платят работодатели, и часть которого направляется в фонды обязательного медицинского страхования, также еще страхового взноса, уплачиваемого работающими из своих доходов и исчисляемого, например, в определенном проценте от заработка. Реально это будет означать увеличение совокупного налогового бремени и соответствующий рост государственных расходов на здравоохранение.

Схема соплатежей пациентов в момент потребления медицинских услуг означает, что при каждом обращении к врачу при оказании амбулаторной медицинской помощи и при госпитализации пациент платит некоторую фиксированную сумму. Это уже будет, по сути, налогообложением только пациентов. По способу финансирования медицинских организаций такая схема

функционально аналогична росту размеров их государственного финансирования.

И в том, и в другом случаях у граждан появится моральное право требовать больше по объему и по качеству медицинских услуг по сравнению с существующим положением. Мотивация вынужденности неформальных платежей для получения обычных видов медицинских услуг и необходимых при этом медикаментов будет существенно подорвана.

Но рост государственных расходов на здравоохранение сам по себе не устраняет других типов ситуаций выбора, которые порождают неформальные платежи. Как было показано выше (см. раздел 6.1), ситуации выбора между разным временем оказания медицинской помощи, разными методами лечения, медицинскими работниками разной квалификации, обычным и повышенным уровнями внимания к пациенту, различными бытовыми условиями лечения будут неизбежно воспроизводиться и создавать условия для использования денег в качестве инструмента выбора более предпочтительных вариантов. В настоящее время такой выбор частично обеспечивается легальной оплатой медицинских услуг, а частично – платежами в руки медицинским работникам.

Рост государственного финансирования может ослабить мотивацию медицинских работников к получению неформальной оплаты как вынужденному акту. Но для серьезного ослабления других существующих мотивов (максимизация дохода, получение оплаты как справедливой компенсации высококвалифицированного труда и т.п.), которые укоренились у значительной части медицинских работников, потребуется очень значительный рост государственных расходов на здравоохранение, а также кардинальные изменения в организации и оплаты труда в отрасли. Реалистичность осуществления этих мер в обозримый период мала.

Таким образом, рост бюджетных ассигнований на здравоохранение, бюджета системы обязательного медицинского страхования (за счет увеличения ставки социального налога или введения соплатежей страховых взносов населением) и установление фиксированных соплатежей пациентов в момент потребления медицинских услуг в состоянии сократить или полностью устранить вынужденные расходы населения на приобретение обычных медикаментов для лечения в медицинских учреждениях, и на получение обычной медицинской помощи на общих основаниях. Но неформальная оплата услуг более высокого качества сохранится<sup>72</sup> и будет развиваться с ростом доходов населения и появлением новых методов лечения и т.п.

Альтернативным направлением решения проблемы несоответствия государственных гарантий реальной практике государственного и частного финансирования медицинской помощи является пересмотр этих гарантий и легализация оплаты населением потребляемых медицинских услуг. Теоретически можно говорить о том, что расширение предмета легальной оплаты медицинской помощи, совершенствование методик ценообразования на платные медицинские услуги, развитие добровольного медицинского

---

<sup>72</sup> Напомним, что именно так и произошло в Киргизии после введения в двух регионах фиксированных соплатежей населения за медицинскую помощь: расходы населения на оплату медикаментов при лечении в медицинских учреждениях резко сократились, а неформальные платежи врачам в одном из регионов не уменьшились, а другом сокращение было сравнительно небольшим (*Kutzin et al., 2003*).

страхования могут сократить предмет неформальной оплаты, вытесняя теневые платежи. Действительно, если за ускорение диагностики или лечения, за выбор лечения на основе новых медицинских технологий, за более эффективные медикаментозные схемы лечения, за дополнительные исследования, консультации, процедуры, за уход и т.п. можно заплатить легально, то это лишает неформальные платежи роли единственного экономического инструмента получения нужных благ, которую они до этого выполняли в соответствующих ситуациях выбора.

Но для того, чтобы легальные платежи вытеснили неформальные, этого мало. Нужно, чтобы применение легальных форм оплаты было и для медицинских работников, и для пациентов выгоднее, чем неформальная оплата. Выгоднее, принимая во внимание соотношение размеров формальной и неформальной оплаты, характер санкций к медицинским работникам за получение денег от пациентов и вероятность их применения, наличие и размер налоговых льгот, заинтересовывающих пациентов в легализации расходов на медицинскую помощь, и др. Если размеры оплаты, которые врачи получают за свой труд при оказании легальных платных услуг (доля цены платной медицинской услуги, которая достается непосредственным ее исполнителям) сильно не изменятся по сравнению с существующим положением, если уровень заработной платы медицинских работников будет и дальше оставаться ниже оплаты труда работников аналогичных уровней квалификации в других отраслях, если руководители медицинских учреждений и отделений будут по-прежнему не заинтересованы в борьбе за устранение теневых платежей пациентов врачам и сестрам, то дальнейшее развитие институтов легальной оплаты не приведет к радикальному сокращению масштабов неформальных платежей<sup>73</sup>.

Если же политика расширения платности и рыночных институтов в здравоохранении будет проводиться более активно и целенаправленно, то масштабы замещения неформальных платежей официальными могут быть более значительными. Но, тем не менее, принимая во внимание устойчивость социально-психологических факторов воспроизводства практик неформальной оплаты, которые были рассмотрены нами выше, можно с уверенностью говорить, что такой процесс замещения будет длительным, и практики неформальной оплаты долгое время будут занимать определенные ниши во взаимоотношениях между медицинскими работниками и пациентами.

### **6.5. Отношение населения к легализации оплаты медицинских услуг**

Дополним проведенный институциональный анализ перспектив замещения неформальных платежей легальными формами оплаты медицинской помощи рассмотрением позиций населения по отношению к возможным

---

<sup>73</sup> 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».

изменениям в финансировании здравоохранения. При опросе домохозяйств изучалось мнение респондентов о наиболее предпочтительных формах участия населения в оплате медицинских услуг и отдельно – в оплате лекарств и медицинских материалов при госпитализации.

Так, респондентам, имевшим опыт оплаты медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических или стационарных учреждениях, были заданы два вопроса, формулировки которых и распределение ответов на которые приведены в таблицах 6.3 и 6.4.

Первый вопрос имел целью определить отношение респондентов к следующим вариантам государственной политики:

- 1) возможному введению легальных соплатежей в момент потребления медицинской помощи для всех потребителей услуг системы здравоохранения;
- 2) бесплатному предоставлению всем гражданам лишь определенного минимума услуг, а сверх него – за плату;
- 3) бесплатному предоставлению всех медицинских услуг лишь самым бедным, а всем остальным – за деньги;
- 4) отсутствию каких-либо изменений в условиях предоставления медицинской помощи.

*Таблица 6.3.*

**Распределение ответов на вопрос: «Какой из ниже перечисленных вариантов участия населения в оплате медицинских услуг Вы считаете наиболее предпочтительным?», в % от числа респондентов, плативших за медицинскую помощь\***

Варианты ответа	Регион А	Регион Б
1. Все должны доплачивать небольшие суммы за любую медицинскую услугу (за каждое посещение врача в поликлиническом учреждении, за вызов врача и скорой помощи, за каждый день пребывания в больнице и пр.)	6,0	10,5
2. Государство будет бесплатно предоставлять всем гражданам лишь отдельные виды медицинских услуг. Для получения остальных медицинских услуг гражданам нужно будет купить страховку или платить в кассу медицинских учреждений.	24,8	41,5
3. Государство будет бесплатно предоставлять все виды медицинских услуг только бедным. Остальные граждане должны купить страховку или платить за все медицинские услуги в кассу медицинских учреждений.	56,9	38,7
4. Оставить все как есть, и пусть пациенты неформально (в руки) платят медицинским работникам за их услуги.	11,8	9,3

\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

Оценки населением целесообразности и путей легализации оплаты медицинской помощи оказались весьма неоднородными. В регионе А наименьшее количество сторонников имела схема введения соплатежей пациентов за предоставляемые медицинские услуги: доплат за каждое

посещение врача и за каждый день пребывания в стационаре. Относительно более высокая доля сторонников придерживалась позиции оставить без изменений существующие правила предоставления и оплаты медицинской помощи в бедном регионе А, по сравнению с более богатым регионом В, что свидетельствует, по-видимому, о более осторожном отношении к инновациям в экономически слабых регионах, хотя бы потому, что там больше доля населения, проигравшего в экономическом и социальном планах от реформ в целом. В более бедном регионе А большинство респондентов за то, чтобы продолжать бесплатно предоставлять медицинские услуги бедным, а остальные должны полностью их оплачивать.

В регионе В, напротив, число сторонников помощи только бедным существенно ниже (39% в регионе В против 57% в регионе А). В свою очередь, в богатом регионе доминирует число сторонников схемы, по которой бесплатно всем гражданам могут предоставляться лишь отдельные виды медицинских услуг, а остальные - на платной основе, в то время как доля сторонников данной позиции в бедном регионе в 1,7 меньше.

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.

*Таблица 6.4.*

**Распределение ответов на вопрос: «Согласны ли Вы тем, что в случае госпитализации пациенты должны сами оплачивать более качественные лекарства и медицинские материалы в сравнении с тем, что предоставляется бесплатно?», в % от числа плативших за медицинскую помощь\***

Варианты ответа	Регион А	Регион В
1. Да	27,1	30,3
2. Нет	61,8	62,2
3. Затрудняюсь ответить	11,0	7,3

\* - из целевой группы домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь.

Мы попытались проанализировать зависимость мнений респондентов об участии населения в оплате медицинских услуг и медикаментов в стационаре от социально-демографических и экономических факторов, используя для этого методы корреляционного и регрессионного анализа. Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы<sup>74</sup>. Наилучшей независимой переменной, объясняющей ответы на вопрос о формах легализации платежей населения за медицинскую помощь, является уровень образования респондентов, либо скоррелированная с ней переменная тип поселения. Респонденты с более высоким уровнем образования выбирают первые два варианта (введение

<sup>74</sup> В Приложении 2 дается подробное описание выполненного корреляционного и регрессионного анализа.

соплатежей или введение гарантированного бесплатного минимума медицинских услуг для всех граждан), а респонденты с более низким уровнем образования являются сторонниками вариантов 3 и 4 (бесплатно все виды услуг только бедным или оставить все как есть). Респонденты, живущие в городах, чаще выбирают первые два варианта, а население сел и деревень – последние два варианта. Степень зависимости мнения респондентов по этому вопросу от уровня образования и от типа поселения примерно одинакова в обоих регионах.

При ответах на вопрос об оплате лекарств при лечении в стационаре значимыми в обоих регионах оказываются только пол и возраст респондентов. Пожилые люди не являются сторонниками оплаты, а молодые чаще соглашаются с этим. Мужчины чаще, чем женщины, выбирают ответ «Да». Интересно отметить, что мнение респондентов не связано с величиной их фактических платежей в стационарах за лекарства и медицинские материалы.

И для двух регионов, взятых в целом, и для каждого по-отдельности размер дохода домохозяйства оказался статистически незначимым для ответа на вопрос об отношении населения к легализации оплаты медицинских услуг и лекарств для стационарного лечения. Некоторую косвенную зависимость разделяемых взглядов от уровня доходности домохозяйств можно выявить при сравнении распределения ответов на рассматриваемые вопросы в двух низкодходных и двух высокодходных квинтильных группах респондентов (см. табл. 6.5). Влияние доходности семей распространялось значимым образом лишь на отношение респондентов к двум вариантам легализации оплаты медицинских услуг: 2 и 3, в то время как отношение к вариантам 1 и 4 практически не различалось.

Таблица 6.5

**Отношение населения\* к легализации оплаты медицинских услуг, %**

Варианты легализации	Группы с низкими доходами		Группы с высокими доходами	
	Регион А	Регион В	Регион А	Регион В
1. Все должны доплачивать небольшие суммы за медицинские услуги	3,6	9,6	8,9	11,7
2. Бесплатно всем гражданам лишь отдельные виды медицинских услуг	20,7	30,4	29,2	52,3
3. Бесплатно все виды медицинских услуг только бедным	63,2	49,6	49,5	26,6
4. Оставить все как есть	12,4	10,4	12,0	9,4

\* - В целевой выборке домохозяйств, плативших за амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь, относящихся к двум низкодходным и двум высокодходным квинтильным группам..

Респонденты из низкодходных семей в обоих регионах в 1,3-1,9 раза чаще выбирают позицию “бесплатно все виды медицинских услуг только бедным” (вариант 3), чем респонденты из высокодходных семей. Интересно, что в экономически более развитом регионе В этот вариант ответа выбирается реже, чем в А (50% против 63%), но все таки именно он имеет наибольшее число сторонников в низкодходных домохозяйствах. В низкодходных группах идея частичной бесплатности (вариант 2) разделяется не более 1/4-1/3 респондентов в обоих регионах. Весьма характерно, что высокодходные

группы в благополучном регионе в большей степени склоняются именно к варианту 2: «бесплатно всем гражданам лишь отдельные виды услуг», в то время как в экономически слабом регионе идею «частичной бесплатности» разделяет лишь 29% респондентов из высокодоходных семей.

### **6.6. Рекомендации для государственной политики**

Данные, полученные в исследовании, приводят к следующим выводам о направлениях государственной политики в финансировании здравоохранения.

1. Необходимо уточнение государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи с учетом реальных возможностей государства финансировать здравоохранение.

Программа государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи должна определять не только объемы разных видов медицинской помощи в целом по стране и субъектам Федерации (что сделано в существующей программе), но и включать медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи при разных видах заболеваний. Эти стандарты должны четко устанавливать типы диагностических и лечебных медицинских технологий, а также состав медикаментозных схем, применяемых для выявления и лечения заболеваний, относящихся к разным нозологическим группам. Они должны отражать тот уровень качества оказания медицинской помощи, который реально возможно обеспечить для всех соответствующих пациентов при существующих ресурсных ограничениях. В тех случаях, когда с медицинской точки зрения допустимо установление конкретного состава, объемов медицинских услуг и лекарственного обеспечения, достаточных для излечения соответствующего заболевания или достижения устойчивой его ремиссии, медико-экономические стандарты могут быть еще более детальными.

Размеры программы государственных гарантий должны быть строго сбалансированы с источниками ее финансирования. Предоставление медицинской помощи в соответствии с установленными стандартами должно быть либо полностью бесплатным для населения, либо предусматривать фиксированные соплатежи пациентов, размеры которых дифференцированы в зависимости от средней стоимости выполнения соответствующего медико-экономического стандарта и вида медицинского учреждения, в котором предоставляется помощь. Использование соплатежей является менее предпочтительным вариантом изменения государственных гарантий. Без четких оснований для разграничения финансовой ответственности государства и населения за оплату медицинской помощи, включенной в программу государственных гарантий, у государственных органов будет неизбежно возникать стремление переместить бремя финансирования гарантий с государства на самих пациентов. А это приведет к усилению дифференциации доступности медицинской помощи для людей с разным уровнем дохода и в конечном счете окажет неблагоприятное воздействие на состояние всего общества.

2. Ключевую роль в уменьшении существующих территориальных различий в доступности медицинской помощи, необходимости и бремени участия населения в ее оплате будет играть изменение механизмов



перераспределения между регионами государственных средств, направляемых на финансирование выполнения государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи. Для более справедливого распределения средств между регионами необходимо увеличение доли финансовых средств системы здравоохранения, централизуемых на федеральном уровне для последующего территориального выравнивания.

3. Предоставление медицинской помощи с использованием иных видов услуг, технологий, медикаментов чем те, которые предусмотрены стандартами, включенными в программу государственных гарантий, должно полностью или в значительной части оплачиваться за счет самих пациентов или добровольно страхующих их работодателей.

4. При любом варианте реформирования государственных гарантий, кроме легализации оплаты всех или большей части видов медицинских услуг населением, что неприемлемо с точки зрения принципов социальной справедливости и социальной солидарности, практики неформальной оплаты сохранятся. Нерационально ставить задачу повсеместного искоренения таких практик. Однако можно и нужно пытаться влиять на теневой рынок, ограничивая его развитие и его влияние на усиление различий в доступности медицинской помощи для разных социально-экономических групп населения. Инструментами такого влияния выступают содействие развитию частного сектора в здравоохранении, укрепляющего институты легальной оплаты медицинской помощи и создающего ограничения росту масштабов неформально оплачиваемой медицинской помощи в государственных учреждениях, а также совершенствование ценообразования на легальном рынке платных услуг.

5. Нуждаются в серьезном изменении методические принципы формирования цен на платные медицинские услуги. Они должны иметь более дифференцированный характер и точнее отражать различия в качестве (клиническом эффекте) предоставляемых услуг. Затраты на оплату труда, включаемые в стоимость медико-экономических стандартов и в цену услуг, предоставляемых за плату, должны отражать реальную рыночную цену труда медицинских работников соответствующей квалификации.

6.. Целесообразно легализовать и развивать механизмы альтернативного выбора условий получения медицинской помощи, обеспечивающие повышение доступности медицинских услуг высокого качества для семей, готовых затратить на это дополнительные средства из своего бюджета.

В числе возможных вариантов создания таких механизмов следует в первую очередь указать на разрешение добровольного выхода из системы ОМС с частью взносов при условии заключения договоров добровольного медицинского страхования (Попович и др., 2003). Предлагается разрешить работающим гражданам выходить из системы обязательного медицинского страхования при условии заключения договоров добровольного медицинского страхования и разрешить, использовать часть средств социального налога для оплаты взносов, предусматриваемых этими договорами. Возможен также зачет части взносов на обязательное медицинское страхование при заключении договора добровольного медицинского страхования(Шишкин, 2000).

Эпоха бесплатного здравоохранения с вкраплениями теневой оплаты услуг медицинских работников закончилась и уже никогда не вернется. Мы стоим перед историческим выбором: либо продолжать жить с системой здравоохранения, в которой укоренились неравенство, обман, неэффективность, и которая ведет к поляризации общества по состоянию здоровья его членов, либо взять курс на реформирование прежних государственных обязательств, на поиск новых форм сочетания общественного и частного финансирования здравоохранения, которые будут весьма далеки от прежних социалистических идеалов, но будут обеспечивать более справедливое и клинически и экономически более эффективное предоставление профилактической и лечебной помощи населению.

## Заключение

Тот факт, что наше здравоохранение перестало быть бесплатным, что население в широких масштабах оплачивает свое лечение в медицинских учреждениях и через кассу и в руки медицинским работникам, давно является общеизвестным. Целый ряд проведенных ранее исследований позволил оценить размеры участия населения в финансировании медицинской помощи, бесплатное предоставление которой гарантируется государством. Но множество вопросов оставалось без ответов. Как на распространность формальных и неформальных платежей влияют уровень обеспеченности здравоохранения государственными финансовыми средствами и уровень доходов населения? Кто, как и почему платит медперсоналу в обычных больницах и поликлиниках? Вынужденно или по собственному желанию? Существуют ли какие-то правила теневой оплаты? Готовы ли пациенты и дальше платить в руки медикам? Довольны ли происходящим врачи? Какие возможны перемены? Имеет ли смысл легализовать часть этих платежей, установить новые правила на рынке медицинских услуг, и как к этому отнесутся обе стороны?

Этим вопросам было посвящено двухлетнее исследование, выполненное Независимым институтом социальной политики в 2002-2003 гг.. На первом этапе работы выяснялось отношение самих медиков к реалиям «бесплатного» здравоохранения. На втором этапе изучались практики оплаты медицинской помощи домохозяйствами.

В качестве объекта исследования были выбраны два типичных для России региона, противоположных по экономическому положению. Первый - регион-реципиент, из числа средних регионов страны. Второй - регион-донор с достаточно высоким уровнем доходов на душу населения и с хорошим уровнем финансирования здравоохранения.

Полученные результаты опроса работников здравоохранения и домохозяйств свидетельствуют: оплата населением медицинской помощи приобрела в нашей стране значительные масштабы, но не стала повсеместно необходимым условием ее получения. Сегодня платить за лечение, бесплатность которого гарантирована Конституцией России, вынуждена треть домохозяйств, обратившихся за амбулаторно-поликлинической помощью и половина – за стационарной. У наименее обеспеченных семей официальные и неофициальные расходы на медицинскую помощь, формально гарантированную государством, забирают более значительную долю дохода, чем у семей состоятельных. Причем в «бедном» регионе эта социальная дискриминация выражена сильнее, чем в «богатом».

Целый ряд результатов исследования оказался неожиданным. Изначально казалось, что неформальные платежи чаще и больше там, где у населения больше денег, то есть в экономически более благополучном регионе. На самом деле, в более бедном регионе и в кассу, и в руки платит больше пациентов, чем в более богатом. Эти межрегиональные различия можно напрямую связать с разным уровнем государственного финансирования здравоохранения: в более бедном регионе ниже уровень финансовой обеспеченности государственных гарантий медицинского обслуживания, и потому гражданам приходится чаще платить за социальные блага, которые

жителям более богатой области достаются бесплатно. Кроме того «бедный» регион отличается и менее четким правовым регулированием условий предоставления платных медицинских услуг, что тоже сказывается на масштабах замещения бесплатных услуг платными.

Вопреки мифу о том, что население платит за медицинскую помощь в основном в руки, оказалось, что в оплате всех видов медицинской помощи официальные платежи (в кассу) используются в несколько раз чаще, чем неформальные платежи (в руки). В сумме неформальные платежи в руки составляют около трети того, что люди платят за лечение в медицинских учреждениях в целом, а две трети идет через кассу. Неформальная оплата наиболее распространена в стационарах. Но при этом и в больницах, и в поликлиниках пациенты чаще платят и в кассу, и в руки медицинским работникам, нежели только в руки. Это свидетельствует, с одной стороны об уже высоком фактически достигнутом уровне легализации участия населения в оплате медицинской помощи, а с другой стороны, - о том, что неформальные платежи в существенной степени выступают не альтернативой, а дополнением официальных платежей.

Еще одно открытие: регионы экономически разные, но при оплате лечения в поликлиниках пропорции между платежами в кассу, в аптеки за лекарства, в руки врачам и другому персоналу - в обоих регионах оказались очень близкими. То же самое – в больницах. Это значит, что есть системные факторы, которые действуют независимо от доходов населения и обеспеченности финансами здравоохранения. Ведь за что платят пациенты? - За саму возможность получения нужных услуг, а также за лучшее по качеству, за персональное внимание или за то, что хотят получить вне очереди. Видимо, фундаментальная особенность нашей системы здравоохранения – в том, что соотношение качества того, что можно в медицинских учреждениях получить бесплатно, и того, что можно получить за деньги, является некоторой константой, независимо от уровня государственного финансирования.

Выявленная близость показателей доли неформальной оплаты в расходах населения на услуги в медицинских учреждениях в исследуемых регионах дает основания для экстраполяции этих соотношений на все население страны. Размеры теневой оплаты услуг в амбулаторно-поликлиническом секторе можно оценить равными примерно 49% от величины легальных расходов населения на услуги амбулаторно-поликлинических учреждений, в стационарном секторе - примерно 69% от величины официальных расходов на медицинские услуги в стационарах; в секторе стоматологических услуг неформальная оплата составляет 28% от размера платежей в кассу. Всего, с учетом оплаты в руки услуг работников скорой помощи и услуг врачей и медсестер на дому, доля оплаты медицинских услуг в руки достигает 42% от величины оплаты домохозяйствами медицинских услуг в кассу медицинских учреждений.

Постатейная «разбивка» легальных медицинских расходов населения в двух регионах отличается не сильно. И там, и там в поликлиниках больше всего людей платят в кассу за диагностические исследования и анализы; на втором месте – оплата медицинских материалов. При лечении в больницах пациенты наиболее часто официально платят за лекарства. На втором-третьем местах по расходам находятся разовая оплата всего лечения и оплата операций.

Структура неформальных платежей незначительно различается в зависимости от территории. Так, в «бедном» регионе почти четверть посетителей поликлиник давали деньги среднему медперсоналу за проведение процедур, почти столько же платили медикам, проводившим диагностические исследования и анализы. В стационарах же этого региона наиболее часто пациенты давали деньги в руки работникам, обеспечивающим процедуры (уколы, капельницы и т.п.), и лечащим врачам, помимо оплаты операций. В «богатом» регионе лидеры по частоте получения нелегальных доплат в поликлиниках - медработники, проводящие диагностические исследования. Что касается больниц, то наибольшее количество пациентов неофициально внесли деньги за материалы и лекарства.

В общих расходах населения на лечение в амбулаторно-поликлинических учреждениях примерно 15% составляют расходы на медицинские материалы, необходимые для проведения процедур, исследований и т.п.. В расходах на стационарное лечение доля затрат на приобретение лекарств, протезов и других медицинских материалов составляет около 40%.

Исследование позволило выявить существование разных типов правил, по которым пациенты платят в руки медикам: это могут быть и фиксированные тарифы, и оплата по договоренности, с учетом платежеспособности пациента, и оплата-благодарность, когда сам пациент решает, платить ли и сколько, и др.. Причем удалось не только описать эти правила, но и впервые в мире количественно оценить их распространенность. Оказалось, что неформальная оплата амбулаторно-поликлинических услуг производится преимущественно на основе сложившихся тарифов, а в стационарном секторе оплата-благодарность используется несколько чаще, чем оплата по тарифу.

До сих пор никто в мире подробно не изучал отношение медицинских работников к неформальным платежам. Вопрос, который при этом ставили перед собой авторы - можно ли опереться на коллектив врачей, если будет предложен какой-то вариант легализации платежей населения; можно ли использовать коллективные нормы, коллективные регуляторы, чтобы ввести новые правила? Оказалось, что отношение самих медиков к неформальным платежам очень дифференцировано, но опереться на коллективные нормы в регулировании этой практики вряд ли удастся. Категорических противников платежей в руки примерно 10%. Есть действительно кристально чистые люди. Есть много сожалеющих, потому что они брали бы, но им не дают. Таких – 10-15%. Есть те, которые берут, но испытывают при этом угрызения совести - их больше всего, 45-50%. Но есть и новая формация - те, кто ставит это целью своей деятельности, их пока 20-25%. Среди них – многие молодые врачи и высококвалифицированные специалисты, и если им не заплатят, они и не станут работать. Корпоративные нормы, которыми руководствуются медицинские работники, выполняют роль скорее стимулятора, чем ограничителя практик неформальных платежей.

Одновременно практически все опрошенные руководители здравоохранения и большинство врачей убеждены, что ситуация с неформальными платежами требует вмешательства, хотя и высказывают разные мнения о способах. Интересно, что руководители здравоохранения на каждом уровне управления перекладывают ответственность за ситуацию на руководителей нижестоящего уровня.

Подавляющее большинство врачей не готовы жить на существующую зарплату. При этом медицинским работникам легальные платные услуги не слишком выгодны - в них заложена очень низкий уровень оплаты труда (те, кто непосредственно оказывал услугу, получают примерно 20-25% от ее цены). Им выгоднее работать с пациентами напрямую, по сути, снижая легальную цену. В целом примерно половина врачей уже не откажутся от этой практики, разве что в том случае, если им сразу значительно повысят заработную плату.

Недостаток финансирования и связанная с этим низкая зарплата в отрасли – лишь одна из причин неформальных платежей. Исследование позволило выявить многообразные причины существования неформальных платежей и систематизировать факторы, влияющие на их сохранение. Практика неформальных платежей во многих случаях выгодна населению, которое может реально снизить свои затраты на медицинскую помощь по сравнению с официальной оплатой. Помимо этого, есть еще желание пациентов расположить к себе врача, чтобы повысить вероятность более эффективного лечения, уменьшить риск неблагоприятного исхода. Или обзавестись своеобразной индивидуальной страховкой: заплатить доктору в расчете, что в любой момент можно будет к нему обратиться. Деньги дают и за то, чтобы получить «эксклюзив»: лучшую палату, новейшие лекарства, консультацию у профессора. И, наконец, существуют единственные в своем роде врачи и медицинские центры. Медики-монополисты подчас сознательно ставят пациентов в условия, когда те вынуждены заплатить, чтобы к ним попасть. Во всех постсоциалистических странах сохраняется плата-благодарность и плата монополистам. И это несмотря на лучшее, чем в России, финансирование здравоохранения, более эффективный государственный контроль.

Практика неформальных платежей выгодна руководителям медицинских учреждений, так как обеспечивает управляемость коллективом: опасность быть "пойманным за руку" вынуждает врачей к предельной лояльности. Возможность получать реальную оплату за свой труд позволяет сохранять кадровый потенциал здравоохранения, снижает уровень конфликтности и повышает удовлетворенность медиков своей работой.

Увеличение государственного финансирования здравоохранения, будь то в форме роста бюджетных ассигнований, или обязательных страховых взносов, либо введения легальных соплатежей пациентов при обращении за медицинской помощью само по себе не поможет изжить неформальные платежи. Результаты проведенного исследования позволяют утверждать: улучшая государственное финансирование, мы можем уменьшить количество пациентов, вынужденных платить за получение нужного лечения, но мы очень долго не сможем искоренить оплату в руки, как и желание получить лучшее по качеству. Часть населения готова и хочет платить. Более того, часть платит и в кассу, и еще сверх того в руки. И это аргумент в пользу того, что мы уже никогда не вернемся к полностью бесплатному здравоохранению.

Российское здравоохранение давно требует реформирования. Главный предмет дискуссий - как быть дальше с государственными гарантиями бесплатного оказания медицинской помощи. В суждениях на эту тему просматриваются совершенно полярные мифы. Одни говорят, что все должно быть бесплатно, потому что гарантировано Конституцией. Другие - и это тоже миф - что все больные и так за все платят, поэтому практику неформальных

платежей надо просто легализовать. Но проведенное исследование показало, что условия получения медицинской помощи в реальности везде очень разные, и простого решения проблемы распространенности неформальных платежей не существует.

Нужно с учетом реальных возможностей государства уточнить существующие гарантии медицинской помощи, более подробно определить правила ее предоставления, перечни бесплатных услуг, гарантируемых всем гражданам. За счет точного формулирования гарантий государства, которые сейчас слишком размыты (гарантируется почти все – а все обеспечить не можем), и балансировки этих гарантий с ресурсами нужно добиться, чтобы некий стандарт медицинской помощи был обеспечен всем бесплатно. Это не значит – сократить перечень заболеваний, при которых гарантируется оказание медицинской помощи. Но нужно четко определить: в каком порядке пациент получает направление на лечение, какие виды медицинских технологий должны при этом применяться, какой набор лекарств предоставляться и т.д.

То, что выходит за рамки «стандарта» (более комфортные условия размещения, дорогостоящие технологии, консультация у лучшего специалиста), должно оплачиваться самими пациентами или их работодателями. Конечно, у людей, у которых есть деньги, всегда будет возникать желание получить это, заплатив – легально или нелегально. Как и отблагодарить врача, который хорошо выполнил свою работу. И нужно спокойно относиться к тому, что часть такой платы еще долгое время будет производиться в руки. Не следует пытаться такие неформальные платежи искоренить. Другое дело - добиваться, чтобы пациента не заставляли платить за получение «стандарта».

Итак, проведенное исследование показывает, что картина участия населения в оплате медицинской помощи многокрасочна. Платят, но не все. Платят, но по-разному. Есть пациенты, которые готовы платить. Есть врачи, которые берут и будут брать. Не пытаться решать назревшие проблемы неверно и даже опасно. Улучшить ситуацию, сделать качественную медицинскую помощь более доступной для населения и рационализировать формы его участия в ее оплате непросто, но возможно.

## Литература

1. Баранов И.Н., Скляр Т.М. (2003). Оценка деятельности страховых медицинских организаций: позиции населения. Научные доклады Центра исследования проблем государственного и муниципального управления факультета менеджмента СПбГУ. №2003-24.
2. Беляева Н.В. (2001a). Источники финансирования в системе счетов здравоохранения России. // Экономика здравоохранения. Тематический выпуск. «Счета здравоохранения России». №7.
3. Беляева Н.В. (2001b). Система счетов здравоохранения России: Монография/ Под общ. ред. Н.В.Беляевой. – М.: Издательство ООО «ПрофВариант».
4. Богатова Т.В. и др. (2002). Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. Независимый институт социальной политики; Авт. коллектив: Богатова Т.В., Потапчик Е.Г., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С., Шишкин С.В. (руководитель проекта). – М.: ООО «Пробел-2000»; сер. «Научные труды НИСП – IIS Working Papers» WP/2002/07/, (<http://www.socpol.ru>).
5. Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. (1998). Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства. // Вопросы экономики, 1998, № 10.
6. Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. (2000). Участие населения в финансировании здравоохранения. // Экономика здравоохранения, 2000, № 7.
7. Вассерман Б.А. (2001). «Социальный портрет пациентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение» // Экономика здравоохранения, №11-12.
8. Госкомстат РФ:
  - (2001) - Доходы, расходы и потребление домашних хозяйств в 2000 году. М.: Госкомстат России, октябрь 2001 г.
  - (2002a) - Доходы, расходы и потребление домашних хозяйств в I-IV кварталах 2001 года. М.: Госкомстат России, сентябрь 2002 г.
  - (2002b) - Российский статистический ежегодник, 2001.. М.: Госкомстат России, 2002.
  - (2002c) – Регионы России, 2001., 2001.. М.: Госкомстат России, 2002.
  - (2003a) - Доходы, расходы и потребление домашних хозяйств в 2002 году. М.: Госкомстат России, июль 2003 г.
  - (2003b).
  - (2003b) - Российский статистический ежегодник, 2002, 2001.. М.: Госкомстат России, 2003, 2002.



(2003с) - Российский статистический ежегодник, 2003, 2001.. М.: Госкомстат России, 2003, 2002.

9. Институт Экономики Переходного Периода (ИЭПП, 2002). Социальное обеспечение экономических реформ. Научные труды № 44Р, М., 2002.
10. Единый архив социологических данных (<http://www.socpol.ru>).
11. Клямкин И., Тимофеев Л. (2000). Теневая Россия. Экономико-социологическое исследование. М.: РГГУ.
12. Климкин М.В., Зайцева Т.С. (2001). Система счетов здравоохранения России. Методологические аспекты учета предпринимательской деятельности и «теневой экономики» // Экономика здравоохранения, № 7, 2001.
13. Котова Г.Н., Нечаева Е.Н., Гучек П.А., Карасева Л.Н. (2001). Социологическая оценка качества медицинской помощи. //Здравоохранение Российской Федерации, №4, 2001.
14. Кулибакин И.Б. (1998). Отчет по результатам социологического исследования “Городское здравоохранение”. Кемеровский государственный университет. Социологический центр. Кемерово. 1998.
15. Минздрав РФ (2002). Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения. М., Министерство Здравоохранения.
16. Морозова Е.А., Ибрагимова Д., Красильникова М., Овчарова Л. (2000). Участие населения в оплате медицинских и образовательных услуг. // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены, 2000, № 2(46).
17. Накатис Я.А., Кадыров Ф.Н. (2002). Теневая оплата медицинских услуг в здравоохранении: причины и последствия, методы и противодействия. Экономика здравоохранения. 2002, № 8.
18. Попович Л. Д., Потапчик Е. Г., Сурков С. В., Шишкин С. В. (2003). Анализ возможностей создания системы добровольного медико-социального страхования. // Финансовые аспекты реформирования отраслей социальной сферы. М.: ИЭПП, 2003. с.
19. Сатаров Г. (2002). Диагностика российской коррупции: социологический анализ. (Краткое резюме доклада). М.: Фонд ИНДЕМ.
20. Сидорина Т.Ю., Сергеев Н.В. (2001). Государственная социальная политика и здоровье россиян. К анализу затрат домохозяйств на здравоохранение.// «Мир России», №2, 2001
21. Шейман И.М. (1998). Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Русь, Издатцентр.
22. Шишкин С.В. (2000). Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: ИЭПП, Теис. <http://www.iet.ru>

23. Шишкин С.В. (Отв. ред.), Богатова Т.В., Потапчик Е.Г., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С. (2003). Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. Серия «Научные доклады: независимый экономический анализ», № 142, М.: Московский общественный научный фонд, Независимый институт социальной политики.
24. Abel-Smith B, Falkingham J. (1995). Private Payments for Health Care in Kyrgyzstan. Report to Overseas Development Administration, Health & Population Division, Central Asia. London.
25. Balabanova D.(1999). Informal Payments for Health Care in Bulgaria. Observatory case study. London: London School of Economics.
26. Barr, D. (1996). The Ethics of Soviet Medical Practice: Behaviour and Attitudes of Physicians in Soviet Estonia, *Journal of Medical Ethics* 22: 33-40.
27. Central and Eastern European Health Network (CEEHN, 2002). Formal and Informal Household Spending on Health: a Multicountry Study in Central and Eastern Europe.  
<http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/lac/MerckReportFINAL.pdf>
28. Chasel F. (Ed.) (1999). *Dictionnaire de Sociologie*. Paris: Robert; Seiul.
29. Chawla M., Berman P., Kawiorska D. (1999). Financing Health Services in Poland: New Evidence on Private Expenditures. Harvard School of Public Health.
30. Chellaraj G, Adeyi O., Preker A., and Goldstein E. (1996). Trends in Health Status, Services, and Finance: The Transition in Central and Eastern Europe, Vol. II. World Bank Technical Paper number 348. The World Bank, Washington, D.C.
31. Delcheva, E., Balabanova, D., and McKee, M. (1997). Under-the-counter Payments for Health Care: Evidence from Bulgaria, *Health Policy* 42: 89-100.
32. Ensor, T., Savelyeva, L. (1998). Informal Payments for Health Care in the Former Soviet Union: Some Evidence from Kazakhstan. *Health Policy and Planning*; 13 (1): 41-49.
33. Ensor, T., Killingsworth J. (1999). Informal Payments in the Health Sector. Unpublished.
34. Ensor T. (2004). Informal Payments for Health Care in Transition Economies. *Social Science & Medicine* 58: 237-246.
35. European Commission (EC, 2002). Country Reports on Social Protection Systems in 13 Applicant Countries.//  
[http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/soc-prot/social/index\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/social/index_en.htm)
36. Falkingham J. (2001). Kyrgyz Household Health Finance Survey 2001: Preliminary Report. Report on DFID-funded survey. London: London School of Economics and Political Science.
37. Healy, J. and McKee, M. (1997). Health Sector Reform in Central and Eastern Europe, *Health Policy and Planning* 12 (4) 286-295.
38. Kornai, J. (2000). *Hidden in an Envelope: Gratitude Payments to Medical Doctors in Hungary*. CEU Press, Budapest.

39. Kutzin J., Meimanaliev T., Ibraimava A., Cashin C., O'Dougherty S. (2003). Formalizing Informal Payments in Kyrgyz Hospitals: Evidence from Phased Implementation of Financing Reforms. Draft for IHEA 2003 Conference.
40. Kutzin J., Meimanaliev T.S., Ibraimava A.S., Kadyrova N., and Schuth T. (2001). Addressing Informal Payments in Kyrgyz Hospitals: a Preliminary Assessment. *Eurohealth*, No.3, Special Issue, Autumn 2001.
41. Ladbury, S. (1997). Social Assessment Study: Turkmenistan. World Bank report mimeo.
42. Lewis, M. (2000). Who Is Paying for Health Care in Europe and Central Asia? World Bank.  
<http://lnweb18.worldbank.org/eca/eca.nsf/0/EE346EC2B3DCCA578525695B006C2F1E?OpenDocument>
43. Lewis, M. (2001). Informal Payments in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union: Issues, Trends and Policy Implications. In *Funding Health Care Options for Europe*. Eds. Elias Mossialos, Anna Dixon, Joe Kutzin, Josep Figueras, European Observatory Series.
44. Lewis M. (2002). Corruption and health in developing countries and transitional economies.  
[http://www.worldbank.org/wbi/governance/pdf/11iacc\\_lewis.pdf](http://www.worldbank.org/wbi/governance/pdf/11iacc_lewis.pdf)
45. Masopust, V. 1989. Bribes in Health Care and Patient Options. *Medline Abstract, Cesk Zdrav 37 (6-7): 299-307.*
46. Mirzoev, T. (1999). Tajikistan Corruption as Seen by the Private Sector. Mimeo.
47. Murthy A., Mossialos E. (2003). Informal Payments in EU Accession Countries.// *Euro Observer*. Vol., 5, N. 2.
48. Organization for Economic Cooperation and Development. (OECD, 2002). *A System of Health Accounts*.
49. Preker A., Jakab M., Schneider M. (2001). Health Financing Reforms in Central and Eastern Europe and in the Former Soviet Union. In *Funding Health Care Options for Europe*. Mossialos E., Dixon A., Kutzin J., Figueras J., European Observatory Series.
50. RLMS. The Russia Longitudinal Monitoring Survey,  
<http://www.cpc.unc.edu/rlms/>
51. Robinson R. (2001). User charges for health care. In *Funding Health Care Options for Europe*. Eds. Mossialos E., Dixon A., Kutzin J., Figueras J., European Observatory Series.
52. Shahriari H., Belli P., and Lewis M. (2001). Institutional Issues in Informal Health Payments in Poland: report on the qualitative part of the study. World Bank.  
[http://lnweb18.worldbank.org/ECA/ECSHD.nsf/0/962c1baeadcfd19085256b75005fdf21/\\$FILE/Informal%20Health%20Payments%20in%20Poland.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/ECA/ECSHD.nsf/0/962c1baeadcfd19085256b75005fdf21/$FILE/Informal%20Health%20Payments%20in%20Poland.pdf)
53. Shapiro, J, Besstremyannaya, G. (2002). Health Care in the Developing World: GDN-Merck Country Studies, "The Russian Federation", Moscow, 2002, mimeo..

54. Shishkin S.V. et al. (2003)/ . Informal Out-of-pocket Payments for Health Care in Russia/ Shishkin S.V. (ed.), Bogatova T.V., Chernets V.A., Chirikova A.Y&., Potapchik Y.G., Shilova L.S. Authors: Moscow: Moscow Public Science Foundation, Independent Institute for Social Policy, 2003 (<http://www.socpol.ru>)..
55. Thompson, R., Xavier A. (2002). Unofficial Payments for Acute State Hospital Care in Kazakhstan. A Model of Physician Behaviour with Price Discrimination and Vertical Service Differentiation. LICOS Centre for Transition Economics, Catholic University Leuven, Belgium, Discussion Paper 124/2002.
56. Tymowska, K. (1987). Health Services Financing in Poland. International Journal of Health Planning and Management, Vol.2: 147-157.
57. World Bank. (1998). Kazakhstan. Living Standards During the Transition. Report No.17520-KZ.
58. World Health Organisation (WHO). European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition Country Profiles. <http://www.who.dk/observatory/Hits/TopPage>
  - (1996a) – Canada.
  - (1996b) – Greece.
  - (1999) – Bulgaria.
  - (2002a) – Albania. Nuri B., Tragakes E.(Ed).
  - (2002b) - Bosnia and Herzegovina. Cain J., Duran A., Fortis A., and Jakubowski E.. Cain J. and Jakubowski E.(Ed.).
  - (2002c) – Turkey. Savas S., Karahan O. and Saka R.O., Thomson S., and Mossialos E. (Ed.).
59. World Health Organization (WHO, 2002). European Health for All Database. <http://www.who.dk>
60. Zohoori, N., K. Gleiter, and B. Popkin. 2002. “Monitoring Health Conditions in the Russian Federation: The Russia Longitudinal Monitoring survey 1992-2001”. Report submitted to the U.S. Agency for International Development. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, North Carolina. April 2002.

## **Приложение 1. Результаты кластерного анализа участия домохозяйств в оплате медицинской помощи**

Объектом анализа выступала целевая группа домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь (см. раздел 2.6.).

### *Список переменных*

1. Incomful - доход домохозяйства, рублей в месяц;
2. Totalmed - суммарные официальные и неофициальные платежи в амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских учреждениях и расходы на приобретение лекарств для лечения дома, а также неофициальные платежи, связанные с вызовом медицинских работников на дом и скорой помощи, рублей в месяц.
3. Турерose – тип поселения
  - 1 - областной центр,
  - 2 – прочие города,
  - 3 – село/деревня
4. Edugroup – уровень образования респондента
  - 1 – нет начального, начальное или неполное среднее («начальное»),
  - 2 – полное среднее, среднее специальное («среднее»),
  - 3 - незаконченное высшее, высшее («высшее»).
5. Demogrou – тип семьи
  - 1- Одинокие пенсионеры,
  - 2 - Одинокие трудоспособные,
  - 3- Семейные пары без детей (возможно с другими родственниками),
  - 4- Семейные пары с детьми (возможно с другими родственниками),
  - 5- Одинокие родители с детьми (возможно с другими родственниками),
  - 6- Другое.
6. Отношение к введению платной медицины (варианты ответа)
  - 1- Все доплачивают небольшие суммы за каждую медицинскую услугу
  - 2 – Государство предоставляет всем гражданам лишь отдельные виды медицинских услуг. Для получения остальных услуг нужна страховка.
  - 3 – Государство предоставляет бесплатно все виды медицинских услуг только бедным
  - 4- Оставить все как есть
7. Отношение к оплате лекарств при госпитализации (варианты ответа)
  - 1- Пациенты должны сами оплачивать более качественные лекарства и медицинские материалы
  - 2- Пациенты не должны сами оплачивать более качественные лекарства и медицинские материалы
  - 3 – Затрудняюсь ответить

Таблица П.1.1.

**Результаты разбиения на 7 кластеров в регионе А**

-----  
CRISP CLUSTERS

SAMPLE OF OBJECTS: Active (471 obj)

GROUP OF VARIABLES: Active (2 var)

DATA STANDARDIZED

VARIABLES NOT WEIGHTED

STANDARDIZATION PARAMETERS: (Variable - A) / B

-----

Variable	A	B
Incomful	3508.51	2187.46
Totalmed	466.53	497.89

-----

DISTANCE: Euclidean

CRITERION: Least squares

NUMBER OF CLASSES: 7

INITIAL CLASSIFICATION: No

SAVED AS VARIABLE: "Total7\_new"

----- OUTPUT -----

Number of classes = 7

Explained scatter = 80.82 % (1.62 / 2.00)

CLASSES:

-----

Class	Example	Objects	%	Explned	Scatter	%
1	Object452	23	4.88	182.68	228.25	80.03
2	Object336	9	1.91	235.78	254.53	92.63
3	Object304	56	11.89	49.58	64.26	77.15
4	Object176	36	7.64	95.64	124.24	76.98
5	Object456	92	19.53	68.61	98.88	69.39
6	Object059	165	35.03	128.80	155.11	83.04
Swamp	Object139	90	19.11	0.28	16.72	1.70
Total		471	100.00	761.37	942.00	80.82

-----

## CENTERS OF CLASSES (STANDARDIZED):

Variable	1	2	3	4	5	6	Swamp
Incomful	2.81	0.81	-0.85	0.39	0.79	-0.68	0.00
Totalmed	-0.21	5.05	0.41	1.58	-0.34	-0.57	0.06

## CONTRIBUTIONS:

Variable	1	2	3	4	5	6	Swamp	Total
Incomful	181.68	5.89	40.20	5.43	57.73	75.23	0.00	366.17
Totalmed	1.00	229.89	9.37	90.21	10.88	53.57	0.28	395.20
Total	182.68	235.78	49.58	95.64	68.61	128.80	0.28	761.37

## CENTERS OF CLASSES (REAL):

Variable	1	2	3	4	5	6	Swamp
Incomful	9656.52	5277.78	1655.04	4358.31	5241.30	2031.45	3510.40
Totalmed	362.94	2982.91	670.21	1254.66	295.27	182.83	494.53

Доля объясненной части для данного деления составляет 80,8%.

В таблице П.1.1. реальные центры кластеров отражают средние значения каждого из факторов в каждом кластере.

Таблица П.1.2.

**Распределение домохозяйств в кластерах по социально-демографическим характеристикам и отношению к введению платной медицины и оплате лекарств (в процентах в каждом кластере)**

Номер	Количество домохозяйств	Место жительства*	Тип семьи**	Уровень образования***	Отношение к введению платной медицины****	Отношение к оплате лекарств при госпитализации****
1	23	1 – 56,5 2- 34,8 3- 8,7	3- 17,4 4- - 73,9 6- 8,7	2– 60,9 3- 39,1	1 – 17,4 2- 30,4 3- 43,5 4- 8,7	1 – 39,1 2- 52,2 3- 8,7
2	9	1 – 44,4 2- 44,4 3- 11,1	1 – 11,1 3- 11,1 4- - 66,7	1 – 22,2 2- 66,7 3- 11,1	1 – 11,1 2- 33,3 3- 44,4	1 – 11,1 2- 88,9

			5- 11,1		4- 11,1	
3	56	1 – 7,1 2- 50,0 3- 42,9	1 – 30,4 2- 7,1 3- 19,6 4- - 21,4 5-16,1 6- 5,4	1 – 23,2 2- 64,3 3- 12,5	1 – 3,6 2- 28,6 3- 58,9 4-7,1	1 – 28,6 2- 62,5 3- 8,9
4	36	1 – 33,3 2- 44,4 3- 22,2	2- 5,6 3- 30,6 4- - 55,6 6- 8,3	1 – 16,7 2- 55,6 3- 27,8	1 – 13,9 2- 22,2 3- 61,1 4-2,8	1 – 27,8 2- 61,1 3- 11,1
5	92	1 – 44,6 2- 41,3 3- 14,1	1 – 1,1 2- 2,2 3- 20,7 4- - 56,5 5-10,9 6-8,7	1 – 7,6 2- 62,0 3- 30,4	1 – 6,5 2- 30,4 3- 48,9 4-14,1	1 – 27,2 2- 60,9 3 – 12,0
6	165	1 – 16,4 2- 41,8 3- 41,8	1 – 18,8 2- 4,8 3- 18,8 4- - 27,9 5-23,0 6- 6,7	1 – 21,8 2- 63,0 3- 15,2	1 – 3,6 2- 20,0 3- 63,6 4-12,7	1 – 24,8 2- 62,4 3- 12,1
7	90	1 – 22,2 2- 55,6 3- 22,2	1 – 2,2 2- 2,2 3- 25,6 4- - 52,2 5- 14,4 6- 3,3	1 – 13,3 2- 62,2 3- 24,4	1 – 3,3 2- 22,2 3- 64,4 4- 8,9	1 – 20,0 2- 71,1 3- 8,9

\* - 1 - областной центр; 2 - прочие города; 3 – село и деревня. Распределение целевой выборки по типам поселений таково: областной центр – 25,7%; прочие города – 45,2%; село и деревня – 29,1%.

\*\* - 1 – одинокие пенсионеры, 2- одинокие трудоспособные, 3 – семейные пары без детей, 4 – семейные пары с детьми, 5 - неполные семьи с детьми, 6 – другое. Распределение всей целевой группы по типам семей дано в таблице 3.8.

\*\*\* - 1 – ниже полного общего среднего, полное общее среднее или среднее профессиональное, незаконченное высшее или высшее. Распределение всей целевой группы по уровням образования дано в таблице 3.11.

\*\*\*\* Варианты ответов приведены в таблицах 6.3. и 6.4. Некоторые респонденты не дали ответа на вопрос, поэтому сумма может быть меньше 100%.

*Таблица П.1.3.*

### **Автоматическое деление на кластеры, регион А**

-----

CRISP CLUSTERS

SAMPLE OF OBJECTS: Active (474 obj)

GROUP OF VARIABLES: Active (2 var)

DATA STANDARDIZED



VARIABLES NOT WEIGHTED

STANDARDIZATION PARAMETERS: (Variable - A) / B

```

-----
Variable   A     B
-----
Incomful  3590.20  2469.63
Totalmed  494.54  615.60
-----
    
```

DISTANCE: Euclidean  
 CRITERION: Least squares  
 NUMBER OF CLASSES: Automatic choice  
 INITIAL CLASSIFICATION: No  
 SAVED AS VARIABLE: "Total0"

----- OUTPUT -----

Number of classes = 14  
 Explained scatter = 88.09 % (1.76 / 2.00)

CLASSES:

```

-----
Class Example  Objects  % Explned Scatter  %
-----
1  Object219    3  0.63  234.07  268.89  87.05
2  Object474    8  1.69  103.31  117.22  88.13
3  Object336   12  2.53  159.22  181.03  87.95
4  Object365   77 16.24  84.40  88.89  94.95
5  Object301   34  7.17  68.06  74.75  91.05
6  Object389   12  2.53  39.57  44.55  88.83
7  Object043   28  5.91  27.33  31.85  85.82
8  Object096   65 13.71  34.56  36.59  94.47
9  Object342   29  6.12  14.87  17.41  85.43
10 Object449   52 10.97  13.09  15.45  84.74
11 Object441   24  5.06  30.77  36.77  83.68
12 Object231   63 13.29  18.39  22.98  80.06
13 Object154   34  7.17  1.00  3.09  32.24
14 Object078   33  6.96  6.50  8.55  76.05
-----
Total          474 100.00  835.13  948.00  88.09
-----
    
```

CENTERS OF CLASSES (STANDARDIZED):

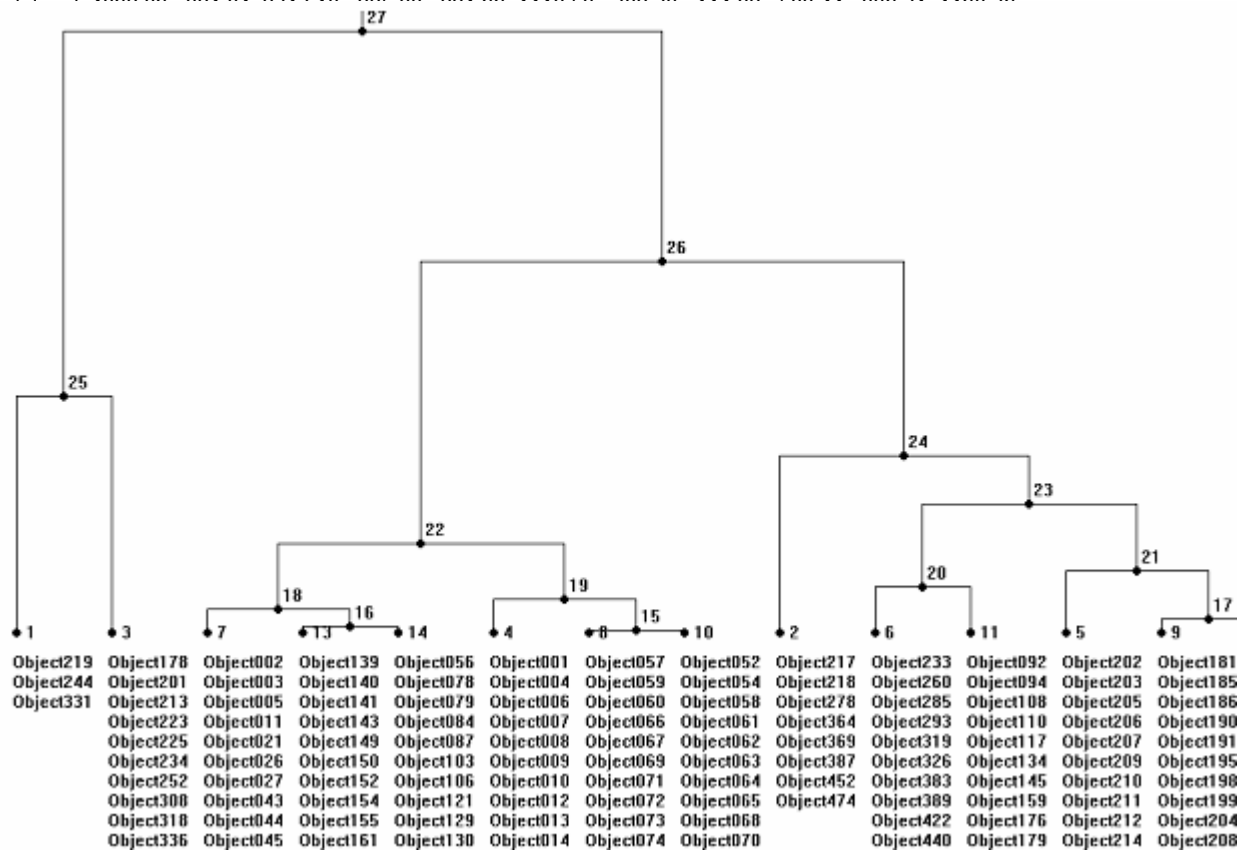
Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Incomful	5.19	3.58	0.48	-0.95	1.34	1.51	-0.87	-0.39	0.70	-0.43	0.05	0.28	0.13	-0.37
Totalmed	7.14	-0.28	3.61	-0.44	-0.44	1.01	0.47	-0.62	0.14	-0.25	1.13	-0.46	0.11	0.25

CONTRIBUTIONS:

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Total
Incomful	80.92	102.67	2.80	69.71	61.39	27.32	21.19	9.81	14.27	9.80	0.07	4.90	0.60	4.42	409.88
Totalmed	153.14	0.64	156.42	14.69	6.66	12.25	6.14	24.76	0.60	3.29	30.70	13.49	0.40	2.08	425.25
Total	234.07	103.31	159.22	84.40	68.06	39.57	27.33	34.56	14.87	13.09	30.77	18.39	1.00	6.50	835.13

CENTERS OF CLASSES (REAL):

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Incomful	16416.67	12437.50	4783.33	1240.32	6908.82	7316.67	1441.68	2630.92	5322.41	2518.08	3720.79	4279.14	3917.65	2686.36
Totalmed	1400.00	221.00	2717.00	227.00	221.00	442.00	722.70	442.00	522.41	222.71	422.70	122.70	122.70	122.70



Три «выпадающие точки» из кластера 1 (очень высокий доход и очень высокие платежи за медицинские услуги и лекарства) были исключены при последующем анализе.

Таблица П.1.4.

### Результаты разбиения на 7 кластеров в регионе В

-----  
CRISP CLUSTERS

SAMPLE OF OBJECTS: Active (322 obj)

GROUP OF VARIABLES: Active (2 var)

DATA STANDARDIZED

VARIABLES NOT WEIGHTED

STANDARDIZATION PARAMETERS: (Variable - A) / B

-----  
Variable    A    B

-----  
Incomful 5264.87 3366.44

Totalmed 589.44 645.72  
-----

DISTANCE:            Euclidean

CRITERION:           Least squares

NUMBER OF CLASSES: 7

INITIAL CLASSIFICATION: No

SAVED AS VARIABLE: "Total7\_new2"

----- OUTPUT -----

Number of classes = 7

Explained scatter = 86.30 % (1.73 / 2.00)

CLASSES:

-----  
Class Example    Objects    % Explned Scatter    %  
-----  
1    Object234    17    5.28    131.32    148.79    88.26  
2    Object319    17    5.28    183.84    202.51    90.78  
3    Object039    96    29.81    109.94    120.60    91.16  
4    Object188    56    17.39    55.09    69.08    79.75  
5    Object152    24    7.45    46.30    58.56    79.07  
6    Object116    68    21.12    18.82    26.66    70.59  
Swamp Object276    44    13.66    10.45    17.81    58.68  
-----  
Total            322    100.00    555.76    644.00    86.30

-----

CENTERS OF CLASSES (STANDARDIZED):

-----

Variable	1	2	3	4	5	6	Swamp
Incomful	2.78	0.22	-0.92	0.97	0.13	-0.04	-0.41
Totalmed	-0.08	3.28	-0.55	-0.19	1.38	-0.52	0.27

-----

CONTRIBUTIONS:

-----

Variable	1	2	3	4	5	6	Swamp	Total
Incomful	131.22	0.85	80.56	53.07	0.38	0.11	7.30	273.49
Totalmed	0.10	182.99	29.37	2.03	45.92	18.71	3.15	282.28
Total	131.32	183.84	109.94	55.09	46.30	18.82	10.45	555.76

-----

CENTERS OF CLASSES (REAL):

-----

Variable	1	2	3	4	5	6	Swamp
Incomful	14617.65	6017.65	2180.94	8541.96	5689.50	5130.88	3893.64
Totalmed	539.48	2707.98	232.25	466.62	1482.60	250.70	762.17

-----

Доля объясненной части составляет 86,3%.

Таблица П.1.5.

**Распределение домохозяйств в кластерах по социально-демографическим характеристикам и отношению к введению платной медицины и оплате лекарств (в процентах в каждом кластере)\***

Номер	Количество домохозяйств	Место жительства*	Тип семьи**	Уровень образования***	Отношение к введению платной медицины****	Отношение к оплате лекарств при госпитализации****
1	17	1-58,8 2- 17,6 3- 23,5	3- 17,6 4- - 64,7 6-17,6	1- 5,9 2- 76,5 3- 17,6	1- 23,5 2- 35,3 3- 29,4 4-5,9	1- 47,1 2- 47,1 3- 5,9
2	17	1- 76,5 2- 5,9 3- 17,6	3- 17,6 4- - 29,4 5- 41,2	1- 17,6 2- 52,9 3- 29,4	1- 11,8 2- 47,1 3- 35,3	1- 23,5 2- 76,5

			6- 11,8		4- 5,9	
3	96	1 – 28,1 2- 42,7 3- 29,2	1 – 29,2 2- 3,1 3- 12,5 4- - 28,1 5-20,8 6- 6,3	1 – 29,2 2- 59,4 3- 11,5	1 – 6,3 2- 28,1 3- 43,8 4- 8,3	1 – 20,8 2- 74,0 3- 5,2
4	56	1 – 44,6 2- 33,9 3- 21,4	2- 1,8 3- 16,1 4- - 66,1 5-8,9 6-7,1	1 – 1,8 2- 62,5 3- 35,7	1 – 10,7 2- 53,6 3- 25,0 4- 7,1	1 – 33,9 2- 57,1 3- 8,9
5	24	1 – 58,3 2- 25,0 3- 16,7	1 – 4,2 3- 20,8 4- - 45,8 5- 16,7 6-12,5	1 – 12,5 2- 66,7 3- 20,8	1 – 12,5 2- 37,5 3- 29,2 4-8,3	1 – 37,5 2- 58,3 3- 4,2
6	68	1 – 33,8 2- 32,4 3- 33,8	3- 20,6 4- - 51,5 5-22,1 6-5,9	1 – 10,3 2- 70,6 3- 19,1	1 – 8,8 2- 44,1 3- 32,4 4-8,8	1 – 39,7 2- 52,9 3- 5,9
7	44	1 – 40,9 2- 47,7 3- 11,4	1 – 6,8 2- 2,3 3- 29,5 4- - 38,6 5- 15,9 6- 6,8	1 – 13,6 2- 54,5 3- 31,8	1 – 9,1 2- 29,5 3- 36,4 4-9,1	1 – 20,5 2- 75,0 3- 4,5

\* - 1 - областной центр; 2 - прочие города; 3 – село и деревня. Распределение целевой выборки по типам поселений таково: областной центр – 25,7%; прочие города – 45,2%; село и деревня – 29,1%.

\*\* - 1 – одинокие пенсионеры, 2- одинокие трудоспособные, 3 – семейные пары без детей, 4 – семейные пары с детьми, 5 - неполные семьи с детьми, 6 – другое. Распределение всей целевой группы по типам семей дано в таблице 3.8.

\*\*\* - 1 – ниже полного общего среднего, полное общее среднее или среднее профессиональное, незаконченное высшее или высшее. Распределение всей целевой группы по уровням образования дано в таблице 3.11.

\*\*\*\* Варианты ответов приведены в таблицах 6.3. и 6.4. Некоторые респонденты не дали ответа на вопрос, поэтому сумма может быть меньше 100%.

*Таблица П.1.6.*

### **Автоматическое деление на кластеры, регион В.**

-----  
CRISP CLUSTERS

SAMPLE OF OBJECTS: Active (325 obj)

GROUP OF VARIABLES: Active (2 var)

DATA STANDARDIZED

VARIABLES NOT WEIGHTED

STANDARDIZATION PARAMETERS: (Variable - A) / B

-----  
Variable    A    B  
-----

Incomful 5539.35 4715.69  
 Totalmed 614.61 813.72

-----  
 DISTANCE: Euclidean  
 CRITERION: Least squares  
 NUMBER OF CLASSES: Automatic choice  
 INITIAL CLASSIFICATION: No  
 SAVED AS VARIABLE: "Total0"

----- OUTPUT -----

Number of classes = 12  
 Explained scatter = 94.03 % (1.88 / 2.00)

CLASSES:

Class	Example	Objects	%	Explned	Scatter	%
1	Object223	1	0.31	122.26	122.26	100.00
2	Object220	2	0.62	158.91	159.47	99.65
3	Object319	15	4.62	107.32	116.24	92.33
4	Object234	16	4.92	61.70	70.87	87.07
5	Object032	70	21.54	59.32	62.61	94.75
6	Object261	16	4.92	32.04	35.44	90.41
7	Object183	43	13.23	19.08	22.30	85.54
8	Object067	36	11.08	12.16	14.04	86.62
9	Object312	44	13.54	16.65	18.28	91.09
10	Object113	30	9.23	6.84	10.02	68.27
11	Object144	36	11.08	2.21	3.77	58.70
12	Object264	16	4.92	12.70	14.70	86.41
-----						
Total		325	100.00	611.20	650.00	94.03

CENTERS OF CLASSES (STANDARDIZED):

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Incomful	0.95	8.90	0.12	1.96	-0.76	-0.07	0.57	-0.57	-0.24	-0.14	-0.01	0.85
Totalmed	11.02	-0.53	2.67	-0.12	-0.52	1.41	-0.35	-0.09	-0.57	0.46	-0.25	0.27

CONTRIBUTIONS:

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
Incomful	0.89	158.35	0.20	61.45	40.42	0.07	13.81	11.85	2.44	0.56	0.00	11.56	301.62

Totalmed 121.37 0.56 107.12 0.25 18.90 31.97 5.27 0.31 14.20 6.28 2.21 1.15  
309.58

Total 122.26 158.91 107.32 61.70 59.32 32.04 19.08 12.16 16.65 6.84 2.21 12.70  
611.20

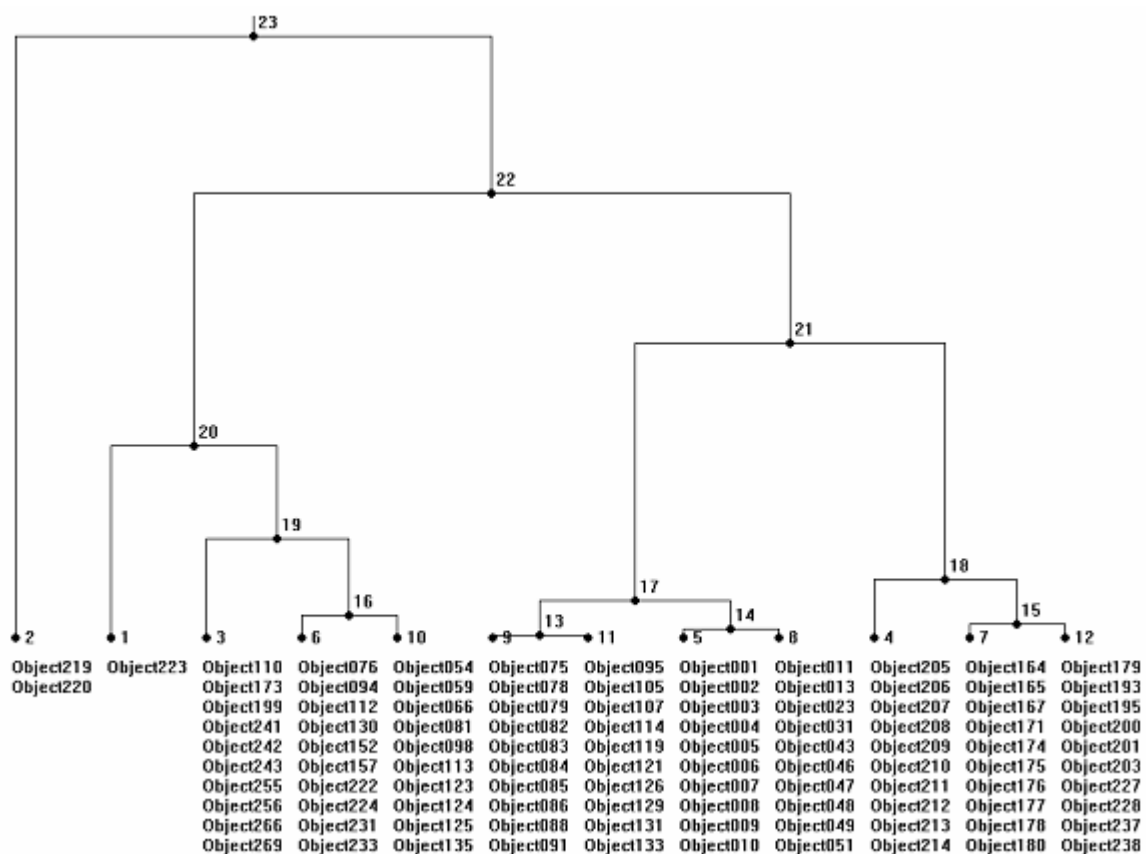
CENTERS OF CLASSES (REAL):

Variable 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Incomful 10000.00 47500.00 6086.67 14781.25 1956.13 5221.75 8211.63 2833.50 4427.84 4892.67 5487.50  
9546.88

Totalmed 9579.17 185.83 2789.16 513.61 191.77 1764.88 329.78 538.94 152.28 986.84 413.18 832.49

Доля объясненной части составляет 94%.



Три объекта, попавшие в кластеры 1 и 2 (очень высокий доход), были исключены при последующем анализе.

## **Приложение 2. Анализ факторов, определяющих отношение населения к легализации оплаты медицинской помощи**

В ходе данного исследования была предпринята попытка проанализировать отношение населения в обоих регионах к возможным изменениям в финансировании системы здравоохранения. Изучалось мнение респондентов о наиболее предпочтительном варианте участия населения в оплате всех видов медицинских услуг и отдельно о приемлемости или неприемлемости оплаты пациентами более качественных лекарств и медицинских материалов при госпитализации.

Объектом анализа выступала целевая группа домохозяйств, имевших расходы на амбулаторно-поликлиническую или стационарную помощь (см. раздел 2.6.). Респондентам был задан следующий вопрос:

*Вопрос 1. Какой из ниже перечисленных вариантов участия населения в оплате медицинских услуг Вы считаете наиболее предпочтительным?*

Варианты ответа:

- 1 - Все должны доплачивать небольшие суммы за любую медицинскую услугу (за каждое посещение врача в поликлиническом учреждении, за вызов врача и скорой помощи, за каждый день пребывания в больнице и пр.)
- 2 - Государство будет бесплатно предоставлять всем гражданам лишь отдельные виды медицинских услуг. Для получения остальных медицинских услуг гражданам нужно будет купить страховку или платить в кассу медицинских учреждений.
- 3 - Государство будет бесплатно предоставлять все виды медицинских услуг только бедным. Остальные граждане должны купить страховку или платить за все медицинские услуги в кассу медицинских учреждений.
- 4 - Оставить все как есть, и пусть пациенты неформально (в руки) платят медицинским работникам за их услуги.

Этот вопрос имел целью определить отношение респондентов к возможному переходу к соплатежам для всех потребителей услуг системы здравоохранения (вариант 1), к бесплатному предоставлению всем гражданам лишь определенного минимума услуг (вариант 2), бесплатному предоставлению всех медицинских услуг лишь самым бедным (вариант 3), отсутствию каких-либо изменений (вариант 4).

Кроме того, был задан вопрос о возможном участии в покупке лекарств и материалов в стационаре:

*Вопрос 2. Согласны ли Вы тем, что в случае госпитализации пациенты должны сами оплачивать более качественные лекарства и медицинские материалы в сравнении с тем, что предоставляется бесплатно?*

Варианты ответа:

- 1 - Да
- 2 - Нет



### 3 - Затрудняюсь ответить

Распределение ответов респондентов из целевой группы на эти вопросы приведено в таблицах 6.3 и 6.4.

Для анализа зависимости ответов на эти два вопроса от разных факторов была использована множественная регрессия (Ordered Dependent Variable Probit Model) реализованная в пакете Stata 8.

В качестве возможных независимых переменных были рассмотрены: образование, пол, возраст респондента, регион, тип поселения, доход респондента, доход семьи, размер официальных и неофициальных платежей респондента и членов его семьи в поликлинике и больнице, расходы домохозяйства на оплату лекарств для употребления дома.

#### *Список переменных:*

Region	Регион
Typetpose	Тип поселения 1 – областной центр, 2 – прочие города, 3 – село/деревня.
Sex	Пол респондента 1 – мужской, 2 – женский.
Year	Год рождения респондента
Edugroup	Уровень образования респондента 1 – нет начального или начальное или неполное среднее, 2 – полное среднее или среднее специальное, 3 – незаконченное высшее или высшее.
Incomful	Доход домохозяйства, рублей в месяц
Incomer	Доход, приходящийся на 1 члена домохозяйства в месяц
Cli_off	Официальные платежи домохозяйства в поликлиниках (без оплаты лекарств) за 3 месяца
Cli_noff	Неофициальные платежи домохозяйства в поликлиниках (без оплаты лекарств) за 3 месяца
Hos_off	Официальные платежи домохозяйства в больницах (без оплаты лекарств) за 12 месяцев
Hos_noff	Неофициальные платежи домохозяйства в больницах (без оплаты лекарств) за 12 месяцев
Drugs	Оплата домохозяйством лекарств для лечения дома за месяц
Drughos	Оплата домохозяйством лекарств и медикаментов для лечения в стационаре, в том числе для проведения операции за 12 месяцев
Drugcli	Оплата домохозяйством лекарств и медикаментов для лечения в поликлинике за 3 месяца
Total_of	Общие официальные платежи домохозяйства за медицинские услуги и лекарства за месяц
Total_no	Общие неофициальные платежи домохозяйства за медицинские услуги и лекарства за месяц
Totalmed	Общие платежи домохозяйства за медицинские услуги и лекарства за месяц (сумма общих официальных и общих неофициальных платежей)

Для всей целевой группы респондентов из двух регионов следует отметить значимые коэффициенты парной корреляции между переменной общие официальные платежи и следующими переменными: регион, тип поселения и пол респондента (см. табл. П.2.1). Переменная общие неофициальные платежи скоррелирована с типом поселения, возрастом и уровнем образования респондента, и не скоррелирована с регионом.

Общие официальные и неофициальные платежи домохозяйства скоррелированы между собой.

Переменная доход домохозяйства скоррелирована со следующими переменными: регион, тип поселения, пол, возраст, уровень образования респондента, размер официальных платежей в поликлиниках, размер официальных платежей в больницах, оплата лекарств для лечения дома.

Переменная доход домохозяйства не скоррелирована с размером неофициальных платежей в поликлинике и больнице, за лекарства и медикаменты для лечения в поликлинике и больнице.

### *Регион А.*

В регионе А доход домохозяйства скоррелирован с типом поселения, возрастом, образованием, официальными и неофициальными платежами в поликлиниках и в больницах. Кроме того, доход домохозяйства скоррелирован с официальными платежами домохозяйства за лекарства для лечения дома. Общая сумма всех платежей за медицинские услуги также зависит от дохода домохозяйства.

Общие официальные и неофициальные платежи домохозяйства скоррелированы между собой.

Регрессионный анализ не выявил значимых зависимостей ответов на вопрос о вариантах участия населения в оплате медицинских услуг от переменных: доход домохозяйства, пол и возраст респондента, общие официальные и неофициальные платежи за медицинские услуги, оплата лекарств. Наилучшей объясняющей переменной оказывается уровень образования (либо скоррелированная с ним переменная тип поселения).

```
oprobit q32 typepose, robust
```

```
Iteration 0: log likelihood = -512.73999
Iteration 1: log likelihood = -509.61803
Iteration 2: log likelihood = -509.61723
```

```
Ordered probit estimates                               Number of obs =          474
                                                       Wald chi2(1) =           5.61
                                                       Prob > chi2 =           0.0179
Log likelihood = -509.61723                          Pseudo R2 =             0.0061
```

q32	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
typepose	.1716153	.0724558	2.369	0.018	.0296045	.3136262
(Ancillary parameters)						
_cut1	-2.331387	.2908513				
_cut2	-1.215021	.1769176				
_cut3	-.167085	.1645139				
_cut4	1.594029	.1832933				

```
oprobit q32 edugroup, robust
```

```
Iteration 0: log likelihood = -512.73999
Iteration 1: log likelihood = -510.65585
Iteration 2: log likelihood = -510.65545
```

```
Ordered probit estimates                    Number of obs =      474
                                           Wald chi2(1)  =       4.21
                                           Prob > chi2   =     0.0401
Log likelihood = -510.65545                Pseudo R2    =     0.0041
```

```
-----+-----
```

q32	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
edugroup	-.1698342	.0827392	-2.053	0.040	-.3319999 - .0076684
-----+-----					
_cut1	-3.008902	.2933877			(Ancillary parameters)
_cut2	-1.905882	.190805			
_cut3	-.8638022	.1766082			
_cut4	.8952961	.1740525			

```
-----+-----
```

```
oprobit q32 cli_off hos_off edugroup, robust
```

```
Iteration 0: log likelihood = -512.73999
Iteration 1: log likelihood = -508.59743
Iteration 2: log likelihood = -508.58599
```

```
Ordered probit estimates                    Number of obs =      474
                                           Wald chi2(3)  =     12.35
                                           Prob > chi2   =     0.0063
Log likelihood = -508.58599                Pseudo R2    =     0.0081
```

```
-----+-----
```

q32	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
cli_off	.0000849	.000042	2.020	0.043	2.50e-06 .0001673
hos_off	.0000648	.0000309	2.098	0.036	4.27e-06 .0001254
edugroup	-.1678841	.0832091	-2.018	0.044	-.330971 - .0047972
-----+-----					
_cut1	-2.963919	.295638			(Ancillary parameters)
_cut2	-1.855453	.1934105			
_cut3	-.8066199	.1794876			
_cut4	.9601891	.1790295			

```
-----+-----
```

Положительный коэффициент при переменной тип поселения (и отрицательный коэффициент при переменной уровень образования) означает, что население в крупных городах (более образованное) придерживается первых двух вариантов (доплата за все медицинские услуги, бесплатно предоставляется лишь минимум услуг), а население сел и деревень (с более низким уровнем образования) – последних двух вариантов (бесплатно предоставляются все виды услуг только бедным, либо оставить все как есть).

Что касается вопроса № 2 об оплате лекарств при госпитализации, то здесь оказываются значимы пол и возраст (год рождения) респондента. Мужчины и более молодые респонденты чаще согласны с самостоятельной оплатой пациентами более качественных лекарств. Интересно, что переменная платежи домохозяйства за лекарства в больницах не значима. Переменная тип поселения также оказывается не значимой.

```
. oprobit q33 sex year, robust
```

```
Iteration 0: log likelihood = -423.5222
Iteration 1: log likelihood = -414.04225
Iteration 2: log likelihood = -414.02756
```

```
Ordered probit estimates                               Number of obs =          474
                                                       Wald chi2(2)  =          18.48
                                                       Prob > chi2   =          0.0001
Log likelihood = -414.02756                          Pseudo R2    =          0.0224
```

q33	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sex	.4806874	.129471	3.713	0.000	.2269289	.7344459
year	-.0086325	.0035358	-2.441	0.015	-.0155624	-.0017025
(Ancillary parameters)						
_cut1	-18.92622	6.918152				
_cut2	-16.66176	6.888787				
_cut3	-14.73447	6.870719				

### **Регион В.**

В регионе В доход домохозяйства скоррелирован с типом поселения, полом, возрастом и образованием респондента. Доход домохозяйства скоррелирован также с официальными платежами домохозяйства в поликлинике. Общие официальные и неофициальные платежи домохозяйства скоррелированы между собой. В отличие от региона А, доход домохозяйства не скоррелирован с неофициальными платежами в поликлиниках, официальными и неофициальными платежами в больницах. В регионе В тип поселения и уровень образования также, как и в регионе А, скоррелированы. Платежи за лекарства для лечения дома, за лекарства в поликлинике и в больнице не скоррелированы с доходом домохозяйства. Общая сумма всех неофициальных платежей за медицинские услуги не зависит от дохода домохозяйства.

При изучении зависимости ответов на вопрос №1 от различных характеристик домохозяйства значимым оказывается уровень образования респондента.

```
oprobit q32 edugroup hos_noff, robust
```

```
Iteration 0: log likelihood = -451.72262
Iteration 1: log likelihood = -447.61193
Iteration 2: log likelihood = -447.51101
Iteration 3: log likelihood = -447.50843
Iteration 4: log likelihood = -447.50842
```

```
Ordered probit estimates                               Number of obs =          325
                                                       Wald chi2(2)  =          18.45
                                                       Prob > chi2   =          0.0001
Log likelihood = -447.50842                          Pseudo R2    =          0.0093
```

q32	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
edugroup	-.1858431	.1010198	-1.840	0.066	-.3838382	.0121521
hos_noff	.000112	.0000305	3.674	0.000	.0000522	.0001717
(Ancillary parameters)						
_cut1	-1.707094	.2592816				
_cut2	-1.257092	.2434197				
_cut3	-.1953894	.2281573				
_cut4	1.041334	.2316468				

-----

Коэффициент при переменной уровня образования по абсолютной величине выше, чем в регионе А. Доход домохозяйства и другие переменные не значимы.

Что касается вопроса № 2 об оплате лекарств при госпитализации, то здесь оказываются значимыми, также как и в регионе А, пол и возраст (год рождения) респондента. При этом коэффициент при переменной пол ниже, а при переменной возраст (год рождения) по абсолютной величине несколько выше, чем в регионе А. Переменная платежи домохозяйства за лекарства в больницах и переменная тип поселения не значимы.

```
oprobit q33 sex year, robust
```

```
Iteration 0: log likelihood = -268.18176
Iteration 1: log likelihood = -263.00115
Iteration 2: log likelihood = -262.99357
```

```
Ordered probit estimates
```

```
Number of obs   =      325
Wald chi2(2)    =       8.67
Prob > chi2     =      0.0131
Pseudo R2      =      0.0193
```

```
Log likelihood = -262.99357
```

q33	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sex	.3118016	.1495314	2.085	0.037	.0187255	.6048777
year	-.009428	.0041436	-2.275	0.023	-.0175493	-.0013067
(Ancillary parameters)						
_cut1	-20.7159	8.098549				
_cut2	-18.40397	8.074152				
_cut3	-16.26389	8.037007				

Как видно из вышеприведенных регрессий, величины официальных и неофициальных платежей в каждом из регионов не являются ключевыми в объяснении отношения населения к вариантам реформы здравоохранения и введения оплаты лекарств для операции. Более важными являются социально-демографические характеристики респондентов, причем относительное влияние этих факторов примерно одинаково в каждом из регионов. Это в особенности касается вопроса об оплате лекарств для стационарного лечения. Отсутствие корреляции между доходом домохозяйства и размером официальных и неофициальных платежей за лекарства в поликлиниках и больницах свидетельствует, что сложившиеся практики участия пациентов в оплате лекарственного обеспечения при лечении в медицинских учреждениях инвариантны по отношению к экономическому положению домохозяйств.

Корреляционный анализ показывает также наличие взаимосвязи между общими размерами официальных и неофициальных платежей за медицинские услуги и типом поселения, что говорит о различном уровне доступности медицинской помощи для жителей разных типов населенных пунктов.

Таблица П.2.1.

**Коэффициенты парной корреляции между переменными и их значимость (р-значение) для целевой группы респондентов в двух регионах**

	region	typepose	sex	year	edugroup	incomer	incomful
region	1.0000						
	799						
typepose	-0.1239	1.0000					
	0.0004	799					
	799	799					
sex	-0.0824	-0.0434	1.0000				
	0.0198	0.2205	799				
	799	799	799				
year	0.0316	-0.0223	-0.0048	1.0000			
	0.3724	0.5289	0.8929	799			
	799	799	799	799			
edugroup	0.0128	-0.2075	-0.0010	0.3036	1.0000		
	0.7169	0.0000	0.9769	0.0000	799		
	799	799	799	799	799		
incomer	0.2426	-0.2843	-0.1495	0.0343	0.1458	1.0000	
	0.0000	0.0000	0.0000	0.3326	0.0000	799	
	799	799	799	799	799	799	
incomful	0.2598	-0.2616	-0.1280	0.2064	0.1539	0.7564	1.0000
	0.0000	0.0000	0.0003	0.0000	0.0000	0.0000	799
	799	799	799	799	799	799	799
drughos	-0.0533	0.0306	-0.0356	0.0057	-0.0336	-0.0367	-0.0185
	0.1325	0.3872	0.3155	0.8727	0.3425	0.3005	0.6025
	799	799	799	799	799	799	799
drugcli	0.0068	0.0846	0.0245	-0.0682	-0.0338	-0.0267	-0.0180
	0.8478	0.0167	0.4899	0.0540	0.3404	0.4512	0.6118
	799	799	799	799	799	799	799
drugs	0.1181	-0.1024	0.0482	-0.0345	0.0086	0.1366	0.1341
	0.0008	0.0037	0.1739	0.3307	0.8074	0.0001	0.0001
	799	799	799	799	799	799	799
cli_off	0.0039	-0.1041	0.0475	0.0423	0.0569	0.1332	0.1452
	0.9124	0.0032	0.1796	0.2320	0.1080	0.0002	0.0000
	799	799	799	799	799	799	799
cli_noff	-0.0129	-0.1213	0.0237	0.0427	0.0794	0.0494	0.0582
	0.7160	0.0006	0.5033	0.2282	0.0247	0.1633	0.1003
	799	799	799	799	799	799	799
hos_off	-0.0476	-0.0399	0.0060	0.0431	0.0247	0.1047	0.1014
	0.1787	0.2600	0.8662	0.2233	0.4855	0.0030	0.0041
	799	799	799	799	799	799	799
hos_noff	-0.0317	-0.0665	0.0321	0.0729	0.0249	0.0417	0.0164
	0.3701	0.0601	0.3649	0.0393	0.4828	0.2390	0.6429
	799	799	799	799	799	799	799
total_of	0.0904	-0.1390	0.0608	0.0013	0.0373	0.1807	0.1845
	0.0106	0.0001	0.0860	0.9712	0.2921	0.0000	0.0000
	799	799	799	799	799	799	799
total_no	0.0008	-0.1778	0.0253	0.0677	0.1034	0.0754	0.0724
	0.9821	0.0000	0.4745	0.0559	0.0034	0.0331	0.0407
	799	799	799	799	799	799	799
totalmed	0.0836	-0.1703	0.0621	0.0171	0.0588	0.1846	0.1874
	0.0181	0.0000	0.0794	0.6285	0.0965	0.0000	0.0000
	799	799	799	799	799	799	799

	drughos	drugcli	drugs	cli_off	cli_noff	hos_off	hos_noff
drughos	1.0000						
	799						
drugcli	-0.0161	1.0000					
	0.6492						
	799	799					
drugs	0.0451	0.0336	1.0000				
	0.2028	0.3435					
	799	799	799				
cli_off	-0.0333	0.2332	0.2448	1.0000			
	0.3478	0.0000	0.0000				
	799	799	799	799			
cli_noff	-0.0223	0.1965	0.2150	0.3785	1.0000		
	0.5289	0.0000	0.0000	0.0000			
	799	799	799	799	799		
hos_off	0.6623	-0.0115	0.1417	0.0460	-0.0138	1.0000	
	0.0000	0.7446	0.0001	0.1940	0.6959		
	799	799	799	799	799	799	
hos_noff	0.0953	0.0281	0.0654	-0.0163	0.0915	0.0704	1.0000
	0.0070	0.4282	0.0648	0.6446	0.0097	0.0467	
	799	799	799	799	799	799	799
total_of	0.1479	0.0955	0.9239	0.5221	0.2956	0.3228	0.0614
	0.0000	0.0069	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0827
	799	799	799	799	799	799	799
total_no	0.0106	0.1139	0.1765	0.1803	0.6125	0.0222	0.5964
	0.7645	0.0013	0.0000	0.0000	0.0000	0.5316	0.0000
	799	799	799	799	799	799	799
totalmed	0.1390	0.1151	0.8946	0.5245	0.4174	0.3032	0.1974
	0.0001	0.0011	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	799	799	799	799	799	799	799
	total_of total_no totalmed						
total_of	1.0000						
	799						
total_no	0.2115	1.0000					
	0.0000						
	799	799					
totalmed	0.9731	0.4312	1.0000				
	0.0000	0.0000					
	799	799	799				

Таблица П.2.2.

**Коэффициенты парной корреляции между переменными и их значимость (р-значение) для целевой группы респондентов в регионе А.**

	typepose	sex	year	edugroup	incomer	incomful	drughos
typepose	1.0000 474						
sex	-0.0398 0.3878 474	1.0000 474					
year	-0.0070 0.8796 474	0.0362 0.4317 474	1.0000 474				
edugroup	-0.2644 0.0000 474	0.0087 0.8501 474	0.2870 0.0000 474	1.0000 474			
incomer	-0.3825 0.0000 474	-0.0920 0.0453 474	-0.0452 0.3265 474	0.1906 0.0000 474	1.0000 474		
incomful	-0.3572 0.0000 474	-0.0627 0.1727 474	0.2213 0.0000 474	0.2093 0.0000 474	0.6681 0.0000 474	1.0000 474	
drughos	0.1179 0.0102 474	0.0386 0.4017 474	-0.0063 0.8910 474	-0.0895 0.0516 474	0.0333 0.4690 474	0.0668 0.1464 474	1.0000 474
drugcli	0.0894 0.0518 474	-0.0123 0.7895 474	-0.1031 0.0247 474	-0.0315 0.4936 474	0.0311 0.4990 474	-0.0072 0.8759 474	-0.0605 0.1888 474
drugs	-0.0684 0.1369 474	0.0000 0.9997 474	-0.0377 0.4133 474	-0.0359 0.4355 474	0.1268 0.0057 474	0.1517 0.0009 474	0.0405 0.3787 474
cli_off	-0.0836 0.0689 474	0.0537 0.2431 474	0.0301 0.5135 474	0.0339 0.4610 474	0.2014 0.0000 474	0.2380 0.0000 474	-0.0726 0.1143 474
cli_noff	-0.0642 0.1628 474	0.0156 0.7341 474	0.0309 0.5018 474	0.0710 0.1225 474	0.1470 0.0013 474	0.1531 0.0008 474	-0.0341 0.4592 474
hos_off	-0.0013 0.9777 474	0.0392 0.3946 474	0.0195 0.6724 474	-0.0371 0.4209 474	0.2498 0.0000 474	0.2697 0.0000 474	0.7115 0.0000 474
hos_noff	-0.0534 0.2456 474	0.0166 0.7190 474	0.0589 0.2008 474	0.0530 0.2492 474	0.0836 0.0691 474	0.1209 0.0084 474	0.2281 0.0000 474
total_of	-0.1058 0.0212 474	0.0342 0.4574 474	-0.0072 0.8761 474	-0.0179 0.6972 474	0.2569 0.0000 474	0.2949 0.0000 474	0.1659 0.0003 474
total_no	-0.1530 0.0008 474	0.0502 0.2751 474	0.0623 0.1759 474	0.1094 0.0172 474	0.1656 0.0003 474	0.2156 0.0000 474	0.0514 0.2639 474
totalmed	-0.1300 0.0046 474	0.0422 0.3592 474	0.0068 0.8831 474	0.0070 0.8789 474	0.2716 0.0000 474	0.3172 0.0000 474	0.1635 0.0004 474





Таблица П.2.3.

**Коэффициенты парной корреляции между переменными и их значимость (р-значение) для целевой группы респондентов в регионе В.**

	typepose	sex	year	edugrup	incomer	incomful	drughos
typepose	1.0000						
	325						
sex	-0.0720	1.0000					
	0.1957						
	325	325					
year	-0.0346	-0.0530	1.0000				
	0.5341	0.3410					
	325	325	325				
edugroup	-0.1296	-0.0114	0.3279	1.0000			
	0.0194	0.8381	0.0000				
	325	325	325	325			
incomer	-0.1632	-0.1732	0.1004	0.1106	1.0000		
	0.0032	0.0017	0.0708	0.0464			
	325	325	325	325	325		
incomful	-0.1721	-0.1501	0.2127	0.1295	0.7843	1.0000	
	0.0018	0.0067	0.0001	0.0196	0.0000		
	325	325	325	325	325	325	
drughos	-0.0739	-0.1194	0.0231	0.0301	-0.0679	-0.0469	1.0000
	0.1840	0.0314	0.6788	0.5888	0.2221	0.3992	
	325	325	325	325	325	325	325
drugcli	0.0842	0.0610	-0.0330	-0.0373	-0.0721	-0.0282	0.0207
	0.1297	0.2727	0.5538	0.5029	0.1945	0.6120	0.7097
	325	325	325	325	325	325	325
drugs	-0.1111	0.1148	-0.0404	0.0534	0.1018	0.0856	0.0611
	0.0453	0.0386	0.4675	0.3372	0.0668	0.1235	0.2722
	325	325	325	325	325	325	325
cli_off	-0.1488	0.0406	0.0684	0.1053	0.0695	0.0926	0.0246
	0.0072	0.4658	0.2187	0.0579	0.2112	0.0955	0.6584
	325	325	325	325	325	325	325
cli_noff	-0.1954	0.0308	0.0591	0.0911	-0.0242	0.0073	-0.0123
	0.0004	0.5796	0.2879	0.1012	0.6634	0.8955	0.8253
	325	325	325	325	325	325	325
hos_off	-0.1260	-0.0598	0.0930	0.1427	-0.0273	-0.0063	0.6403
	0.0231	0.2825	0.0941	0.0100	0.6241	0.9095	0.0000
	325	325	325	325	325	325	325
hos_noff	-0.0889	0.0401	0.0932	0.0078	0.0359	-0.0106	0.0223
	0.1096	0.4713	0.0935	0.8893	0.5188	0.8493	0.6881
	325	325	325	325	325	325	325
total_of	-0.1552	0.1032	0.0046	0.0969	0.0972	0.0984	0.1431
	0.0050	0.0632	0.9344	0.0811	0.0803	0.0766	0.0098
	325	325	325	325	325	325	325
total_no	-0.2081	0.0054	0.0762	0.1030	0.0226	0.0064	-0.0185
	0.0002	0.9221	0.1704	0.0636	0.6846	0.9086	0.7400
	325	325	325	325	325	325	325
totalmed	-0.1965	0.0969	0.0236	0.1159	0.0957	0.0927	0.1278
	0.0004	0.0811	0.6719	0.0368	0.0850	0.0952	0.0212
	325	325	325	325	325	325	325

	drugcli	drugs	cli_off	cli_noff	hos_off	hos_noff	total_of	
drugcli	1.0000							
	325							
drugs	0.0416	1.0000						
	0.4553							
	325	325						
cli_off	0.3445	0.4298	1.0000					
	0.0000	0.0000						
	325	325	325					
cli_noff	0.1293	0.2124	0.3584	1.0000				
	0.0197	0.0001	0.0000					
	325	325	325	325				
hos_off	0.0542	0.2094	0.2183	-0.0129	1.0000			
	0.3304	0.0001	0.0001	0.8162				
	325	325	325	325	325			
hos_noff	0.0051	0.0574	0.0058	0.0629	-0.0239	1.0000		
	0.9263	0.3023	0.9173	0.2584	0.6672			
	325	325	325	325	325	325		
total_of	0.1157	0.9506	0.6290	0.2648	0.3555	0.0465	1.0000	
	0.0371	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.4031		
	325	325	325	325	325	325	325	
total_no	0.0704	0.1376	0.1821	0.5840	-0.0016	0.6197	0.1666	
	0.2058	0.0130	0.0010	0.0000	0.9772	0.0000	0.0026	
	325	325	325	325	325	325	325	
totalmed	0.1250	0.9151	0.6286	0.3934	0.3288	0.2003	0.9682	
	0.0243	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0003	0.0000	
	325	325	325	325	325	325	325	
	total_no		totalmed					
total_no	1.0000							
	325							
totalmed	0.4080	1.0000						
	0.0000							
	325	325						

## **О Независимом институте социальной политики**

Независимый институт социальной политики (НИСП) образован 2000 году в форме автономной некоммерческой организации. Миссия Института – формирование, развитие, поддержка идей и инициатив, имеющих социальный эффект и предлагающих новые подходы в социальной политике.

Основными задачами НИСП являются:

- проведение и поддержка независимых научных исследований в области социальной политики;
- формирование широкой информационной базы в области анализа социальных процессов;
- организация свободных дискуссий по наиболее острым проблемам современного социального развития и социальной политики в России и в мире.

Более подробные сведения о статусе, приоритетах и направлениях деятельности НИСП, а также другую интересующую Вас информацию Вы сможете найти на сайте НИСП:

<http://www.socpol.ru>

### **Независимый институт социальной политики**

Адрес: Москва, Глинищевский переулок, дом 3, подъезд 3.

Тел.: (095) 786 67 18

Факс: (095) 292 96 51

Эл.почта: [info@socpol.ru](mailto:info@socpol.ru)

Интернет: [www.socpol.ru](http://www.socpol.ru)