

Ольга КАРАЕВА

Реформа здравоохранения в оценках врачей и пациентов

Социологический анализ институциональных изменений 2012–2016 гг.

За последние пять лет в российской системе здравоохранения произошли стремительные институциональные изменения. Процесс реформирования национальной системы здравоохранения в стране за долгие годы принял перманентный характер, однако количество преобразований, последовавших после 2012 года, в три раза превосходит число изменений, реализованных за аналогичный период¹.

Можно выделить следующие направления важнейших изменений.

- **Смена системы финансирования:** за данный период осуществлен полный переход на одноканальную систему финансирования через Фонд обязательного медицинского страхования (ОМС). Предыдущий порядок финансирования здравоохранения опирался на бюджетную систему — доля денежных средств, предназначенная на медицину, могла распределяться на эти цели по остаточному принципу, каких-либо установленных объемов средств заранее определено не было. Привязанность к бюджету создавала неравные условия в регионах — «богатые» региональные бюджеты тратили в разы больше средств на поддержание медицины, тогда как «бедные» ставили в неравное положение своих жителей. На фоне нестабильной экономической ситуации была выбрана иная модель финансирования, которая имела бы больший запас прочности, — средства, собранные в Фонд обязательного медицинского страхования, аккумулировались в единый фонд и распределялись между всеми регионами в зависимости от уровня потребности населения в медицинской помощи и структуры населения.

- **Стандартизация:** введение порядков и стандартов оказания медицинской помощи в качестве обязательных требований к лечебно-профилактическим учреждениям (ЛПУ). Они не только создают экономическую основу для установления объемов медицинской помощи и возмещения затрат ЛПУ на их оказание в рам-

ках новой системы финансирования, но и представляют собой единые стандарты для контроля качества предоставляемых услуг по основным группам нозологических заболеваний со стороны страховых компаний. Стандартизация нацелена на выравнивание возможностей каждого гражданина получить лечение в сопоставимом объеме и качестве вне зависимости от региона проживания.

- **Модернизация:** укрепление материально-технической базы медицинских организаций; внедрение современных информационных систем в здравоохранение (информатизация, компьютеризация, введение электронных записи, амбулаторных карт и пр.).

- **Оптимизация:** данный «процесс выработки оптимальных решений для достижения наивысшего результата при данных затратах ресурсов» знаменовал пересмотр принципов и объемов оказания государственных медуслуг, доставшихся от советских времен. Оптимизация спровоцировала пересмотр устоявшихся норм оказания медицинской помощи — формирования укомплектованности медучреждений, принятого уровня их оснащенности, штата сотрудников. В результате были сокращены, закрыты или укрупнены медучреждения/отделения. Принцип оптимального использования средств детерминирует отказ от дорогих моделей предоставления услуг и ведет к поиску экономически более выгодных аналогов их и сокращению издержек (укрупнению медучреждений, централизованных закупок и пр.).

- **Маршрутизация пациентов:** одним из следствий оптимизации стало введение трехуровневой системы оказания помощи населению, так называемой маршрутизации, когда все медучреждения делятся на три уровня в зависимости от территориальной удаленности, видов оказываемой медицинской помощи и оснащенности. Это позволяет каждому гражданину вне зависимости от населенного пункта получить бесплатно высокотехнологичную помощь в рамках государственных гарантий. Поскольку оснастить все медучреждения не представляется возможным, первичная медицинская помощь предоставляется в ближайших

¹ Согласно банку официальных документов Министерства здравоохранения и социального развития РФ за период 2012–2016 гг. были выпущены 2897 постановлений, за предыдущий период 2007–2011 гг. были приняты 937 постановлений. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents> (дата обращения 23.12.2016).

по месту проживания учреждениях. При необходимости получения более сложных видов медицинской помощи пациент может быть направлен в многофункциональные центры первого и второго уровня.

Проводимые масштабные преобразования встретили неоднозначную оценку со стороны как потребителей медицинских услуг (пациентов), так и их производителей (медицинских работников). Оценки удовлетворенности населения существенно не увеличились — две трети россиян продолжают оставаться недовольными работой системы здравоохранения¹. Оценивая итоги уходящего 2016 года, 40% россиян сообщили, что ситуация в сфере здравоохранения ухудшилась².

Более того, реализуемые изменения функционирования системы сопровождались протестными акциями со стороны медицинских работников — профессиональной группы, которая ранее практически не прибегала к таким формам отстаивания прав. Мониторинг трудовых протестов в сфере здравоохранения фиксирует рост числа таких акций, приходящийся на период начиная с 2012 года (рис. 1).

Что же произошло в институциональной сфере здравоохранения, что вызвало столь сильное социальное напряжение?

Фокусом данного исследования стало рассмотрение трансформации правил, которыми регулируется эта сфера, и степень их соотношения с позициями основных участников — населения и медицинских работников.

Концептуальная рамка исследования. В качестве схемы анализа происходящих изменений в системе здравоохранения и взаимодействия различных участников используется организа-

ционный подход, основанный на исследовании американского социолога Ричарда Скотта³.

Система здравоохранения рассматривается как «организационное поле», представляющее сообщество организаций, разделяющих общую систему смыслов и взаимодействующих друг с другом. Внутри «поля» выделяются ключевые организационные структуры:

- производители медицинских услуг;
- потребители (например, пациенты, работодатели или государственные структуры);
- фискальные посредники (страховые компании, здравоохранительные проекты);
- контролирующие структуры (профессиональные ассоциации, органы государственного регулирования).

Само поле здравоохранения представляет собой переплетение взаимодействий различных акторов, детерминируемых различными логиками. Данный подход позволяет сфокусировать внимание на важности организаций для социальных акторов, роли политических процессов в поддержании и ограничении спроса и предложения, а также на влиянии культурно-когнитивных и нормативных факторов, формирующих мировоззрение, интересы и действия хозяйственных акторов.

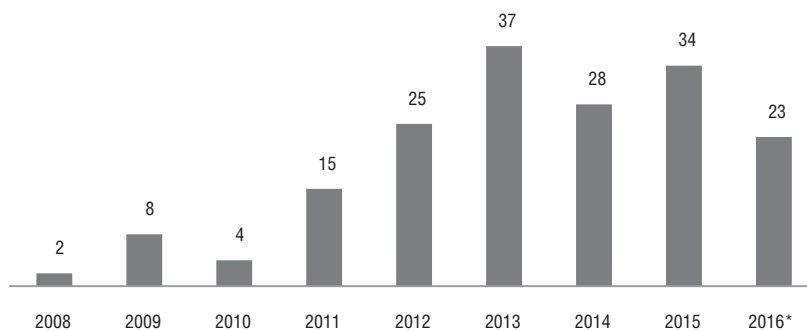
Для изучения изменений в институциональной среде сторонники данного подхода выделяют три составляющие:

а) *институциональные логики* — «системы верований и базовых убеждений, которые формируют мотивацию и направляют поведение участников поля»;

б) *институциональные акторы* — индивиды или организации, являющиеся носителями институциональных практик;

Рисунок 1

ЧИСЛО ТРУДОВЫХ ПРОТЕСТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА ЯНВАРЬ–СЕНТЯБРЬ 2016 г.



Данные: Центр социально-трудовых прав.

¹ Сборник «Общественное мнение-2015». Левада-Центр, 2016. С.100. URL: <http://www.levada.ru/cp/wp-content/uploads/2016/02/OM20151.pdf>.

² Пресс-выпуск Левада-Центра от 19.02.2016. URL: <http://www.levada.ru/2016/12/19/itogi-2016-go-goda/>.

³ Скотт Р. Конкурирующие логики в здравоохранении: профессиональная, государственная и менеджериальная // Экономическая социология. 2007. Т. 8. № 1. С. 27–44. URL: <https://ecsoc.hse.ru/2007-8-1/26594182.html>.

в) *системы управления* — «механизмы, поддерживающие формальные схемы контроля — посредством режимов, сложившихся в результате взаимной договоренности, действий легитимной власти или нелегитимных действий одной группы акторов в отношении другой».

Изменения в системах ценностей, культурных представлений или нормативных правил порождают фундаментальные преобразования институциональной среды. «Старые» логики перестают быть условием соблюдения договоренности и конвенций среди участников «поля» и обуславливают необходимость выработки «новых» форм взаимодействия.

В свою очередь, стремительные преобразования институциональной среды, сталкивающие между собой логики разных акторов, могут провоцировать рост напряжения между ними и приводить к открытым конфликтам интересов. Логика одних действующих могут превалировать над логиками и действиями других, но чем больше акторов следуют определенной логике, тем больше шансов на ее инкорпорирование в структуру управления.

В данной статье дан анализ предпринимаемых шагов по преобразованию организационного поля здравоохранения. В фокусе внимания — противостояние логик основных участников (пациентов, медработников и организаторов здравоохранения) и оценки степени соотношения реальных практик взаимодействия с доминирующими в отрасли логиками.

Методология исследования. Для изучения взаимодействия основных участников организационного поля, их логик и ожиданий совмещались качественная и количественная стратегии исследования¹. Сбор данных был проведен исследовательским коллективом Левада-Центра с ноября 2015 по март 2016 года.

В рамках качественной части были проведены двадцать четыре глубинных интервью с медработниками разных специализаций и должностей — от главных врачей до среднего медперсонала — в Москве, Твери и Кимрах (по восемь интервью в каждом городе). Также были проведены четыре фокус-группы с населением, обращавшимся в медицинские учреждения за последние 12 месяцев (Москва, Тверь и Кимры).

Для оценки того, насколько распространены установки (относительно меняющегося формата взаимодействия среди двух ключевых

¹ При реализации проекта используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением президента Российской Федерации от 01.04.2015 № 79-рп и на основании конкурса, проведенного Фондом ИСЭПИ.

групп участников), выявленные в рамках глубинных интервью, был проведен количественный опрос медицинских специалистов и населения как потребителей медицинских услуг.

Опрос населения проходил по всероссийской репрезентативной выборке взрослого населения от 18 лет и старше (число опрошенных составило 1600 человек²). Опрос медицинских специалистов проведен по всероссийской онлайн-панели практикующих врачей-специалистов (N=627 человек)³. При построении выборки для сопоставимости групп были заданы квоты на тип оказываемой помощи (стационар/амбулатория/скорая) и размер населенного пункта (Москва, города 500 тыс. чел. и более, города 250 тыс. чел. и более, города менее 250 тыс. чел. и села).

Конструирование организационного поля через призму позиций пациентов

Приоритетными направлениями программы развития здравоохранения⁴, целью которых и стали структурные преобразования, являются улучшение качества и повышение доступности медицинской помощи.

Оценки **качества медицинских услуг** в государственных больницах и поликлиниках в ответах населения остаются низкими. Почти половина россиян при оценивании по пятибалльной шкале дают неудовлетворительные оценки (1 и 2 балла), оценки 4 и 5 баллов встречаются только у 10% (рис. 2). Наиболее недовольными качеством услуг государственных медучреждений остались жители столицы и группы с низким материальным достатком.

При этом в общественном мнении закрепилось устойчивое представление, что качественное лечение можно получить только в платных учреждениях. Оценки качества в частных клиниках диаметрально противоположны восприятию качества государственных поликлиник и больниц: в частных клиниках 42% оценивает качество на 4 и 5 и менее 10% россиян дают неудовлетворительные оценки (1 и 2 балла).

Опыт обращения за бесплатной медицинской помощью за последние два года негативно сказывается на оценках ее качества⁵. Кос-

² Подробнее о построении выборки Омнибуса Левада-Центра см.: URL: <http://www.levada.ru/omnibusnyi-opros>.

³ Подробнее описание панели врачей OMI см.: URL: http://www.omirussia.ru/ru/online_panels/physicians_panel/.

⁴ Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» 2013–2020 гг. URL: <http://government.ru/docs/11908/> (дата обращения 23.12.2016).

⁵ Коэффициент ранговой корреляции Спирмена $\text{corr} = -0.146$, $\text{sig} = 0.001$.

венным следствием низкой удовлетворенности качеством медицины в государственных медучреждениях служит уход пациентов в частные клиники. Пациенты, которые при последнем визите обращались к услугам частной медицины, дают более критичные оценки качества работы государственной медицины — 60% оценивают на 1–2 балла, при этом ни один респондент не поставил оценки выше 3 баллов.

Положительные изменения за последние пять лет в **доступности** медицинской помощи отмечают 15% россиян. Чуть менее половины населения не заметили каких-либо изменений — получить медицинскую помощь с их точки зрения стало ни легче, ни труднее. Треть россиян отмечает ухудшение ситуации — 36% населения говорят о бóльших сложностях в получении помощи, чем до начала реформ. Респонденты с низким и средним потребительскими статусами чаще отмечают негативные изменения. Среди них доля тех, кому стало легче получить помощь, составляет 11–13%, среди самой высокодоходной группы — 25% (рис. 3).

Наиболее дифференцированная ситуация наблюдается в Москве — здесь отмечается более высокая доля как положительных, так и отрицательных оценок: 44% отмечают ухудшение возможностей, 29% — улучшение (рис. 4). Более пессимистичную картину представляют малые города и села: какие-либо улучшения в доступе к медицинской помощи отмечает здесь только каждый десятый житель. Именно в населенных пунктах данного типа наблюдается высокая доля *не обращающихся* за медицинской помощью (34 и 39%).

Неудовлетворительные оценки качества и доступности со стороны пациентов обуславливаются несоответствием понимания «качественных» и «доступных» медицинских услуг, которого придерживаются организаторы здравоохранения и сами пациенты.

Так, одним из значимых шагов по реформированию системы здравоохранения для пациентов стала реорганизация медучреждений для маршрутизации пациентов. (В рамках оптимизации ресурсов все государственные/муници-

Рисунок 2
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В МЕДУЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗНОГО ТИПА (%)

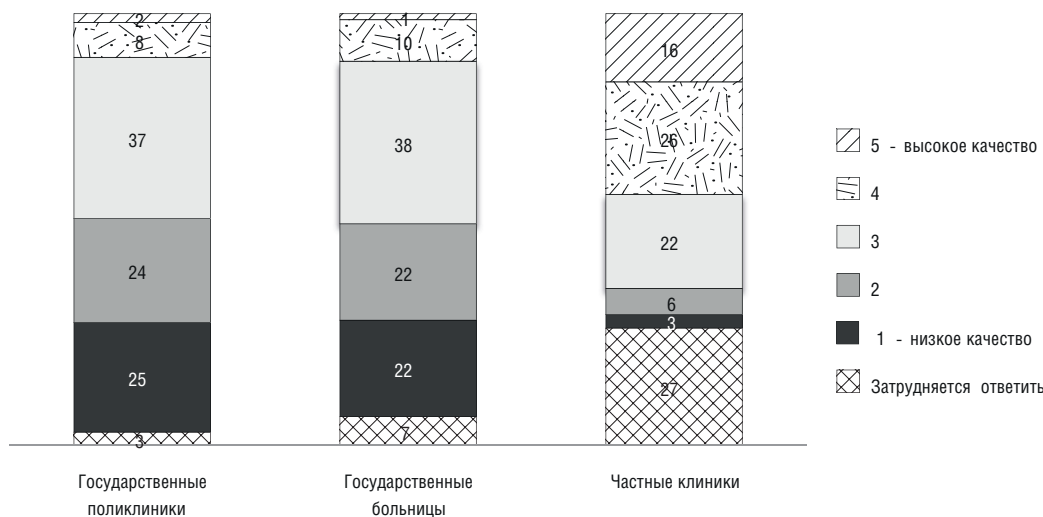


Рисунок 3
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТОВ НА ВОПРОС: «В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ СТАЛО ПОЛУЧИТЬ ЛЕГЧЕ ИЛИ ТРУДНЕЕ, ЧЕМ 5 ЛЕТ НАЗАД?» ПО УРОВНЮ МАТЕРИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ (%)

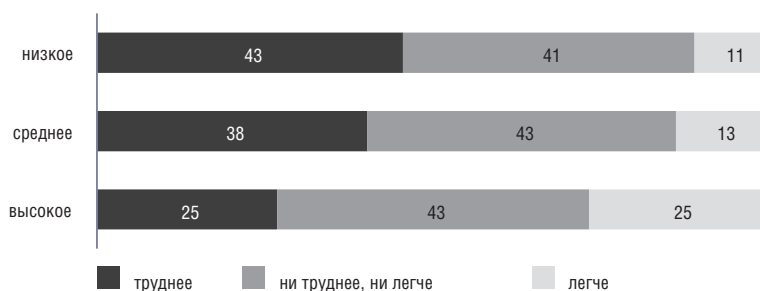
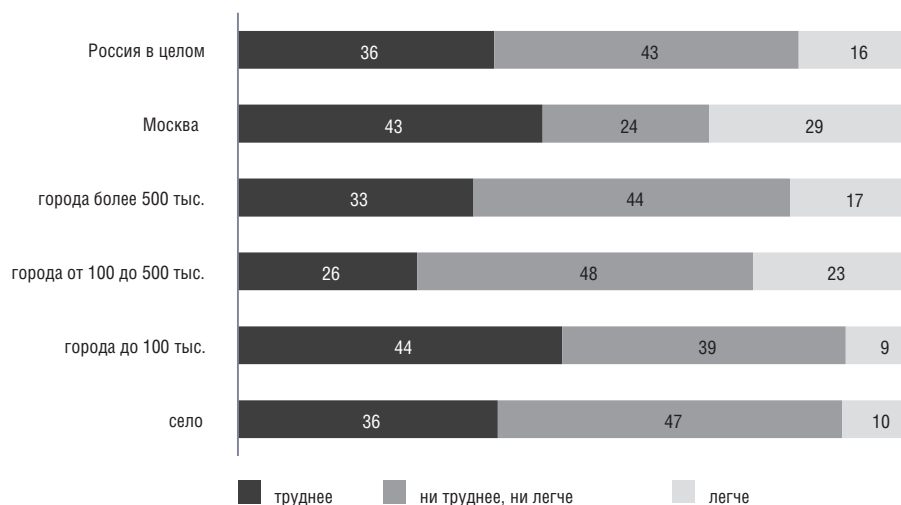


Рисунок 4

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТОВ НА ВОПРОС: «В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ СТАЛО ПОЛУЧИТЬ ЛЕГЧЕ ИЛИ ТРУДНЕЕ, ЧЕМ 5 ЛЕТ НАЗАД?» ПО ТИПУ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТОВ (%)

ципальные медучреждения были разделены на три уровня в зависимости от территориальной удаленности, видов оказываемой медицинской помощи и оснащенности). По логике организаторов здравоохранения данные изменения должны гарантировать каждому жителю страны вне зависимости от места проживания доступ к высокотехнологичной помощи. Особенно актуально такое преобразование для малонаселенных территорий — укомплектовать все медучреждения на самом высоком уровне экономически не реально, поэтому одним из шагов государственной политики стала оптимизация возможностей по оказанию первой необходимой помощи и последующее перенаправление в медучреждения более высокого уровня. Однако данная реорганизация системы получения медицинской помощи не в полной мере соотносится с мнением самих потребителей. Групповые дискуссии свидетельствуют о том, что идеальной системой оказания медицинской помощи является ситуация, когда *«я пришел сразу к нужному специалисту и мне тут же оказали помощь, вылечили»*.

По данным опроса при выборе между близостью медучреждения и качеством оказываемых услуг мнения разделились практически поровну: 49% россиян предпочли бы получить помощь, пусть и не самого высокого качества, но близко к дому, и 44% отдали бы больший приоритет качеству лечения, даже если для этого потребовалось бы ехать в соседний населенный пункт.

Привлекательность первого варианта больше свойственна россиянам старших возрастных групп — среди людей старше 40 лет

предпочтения близкого к дому доступа к медицинской помощи являются доминирующими над удаленными, но более качественными услугами.

Жители разных типов населенных пунктов также не единогласны в данном вопросе: москвичи и жители средних городов чуть более позитивно относятся к идее и системе маршрутизации, тогда как жители сельских районов, напротив, дают другую структуру предпочтений. Среди селян большинство — 53% — хотели бы получать медицинскую помощь, пусть и не самого высокого качества, но рядом с домом, но 38% были бы готовы обратиться в более удаленный центр при условии, что они получают хорошую медицинскую помощь.

Практики получения медицинской помощи

Государственные поликлиники/больницы являются основным местом получения медицинской помощи для более чем 75% россиян. Чем ниже достаток, тем чаще именно бесплатная медицинская помощь выступает в качестве основного способа лечения — к ней прибегают 80% респондентов из группы с низким потребителем статусом (в сравнении с 66% из более высокодоходной группы).

Возможности альтернативных способов получения помощи крайне ограничены — получают помощь по полису ДМС 6% россиян. Примерно столько же россиян (7%) имеет возможность регулярно обращаться в частные клиники. Иными словами, только 13% населения пользуются платными медицинскими услугами. Среди самой высокодоходной группы эта доля достигает 23%.

Почти каждый десятый житель страны в случае болезни не собирается обращаться за медицинской помощью ни в какие медицинские учреждения (8%). Особенно высока доля таких граждан среди жителей сельской местности, групп с низким достатком и мужчин любого возраста.

Респонденты объясняют причины своего необращения в медучреждения главным образом «недоверием к врачам» (47%), «низким качеством» медицинской помощи или «низкой квалификацией» врачей (25%), а также «большими очередями» (23%).

Наиболее остро данная проблема стоит в малых городах и селах. Групповые дискуссии фиксируют схожую тенденцию. Отсутствие электронной записи, дефицит врачей узких специальностей и общий низкий, с точки зрения пациентов, уровень квалификации медработников приводят к двум последствиям для пациентов: либо получению помощи на платных условиях, либо отказу от медицинской помощи в принципе:

«Записаться возможности нет, очереди — только живые. Одни старушки, у них весь день свободный, а нам [работающим] некогда. А это, соответственно, выталкивает в платное обслуживание» (фокус-группа, Кимры).

«Клиника, не современная совершенно, но врачи еще старенькие, того поколения. Работать больше никому» (фокус-группа, Кимры).

«Ну, если не очень болит, то можно и потерпеть» (фокус-группа, Кимры).

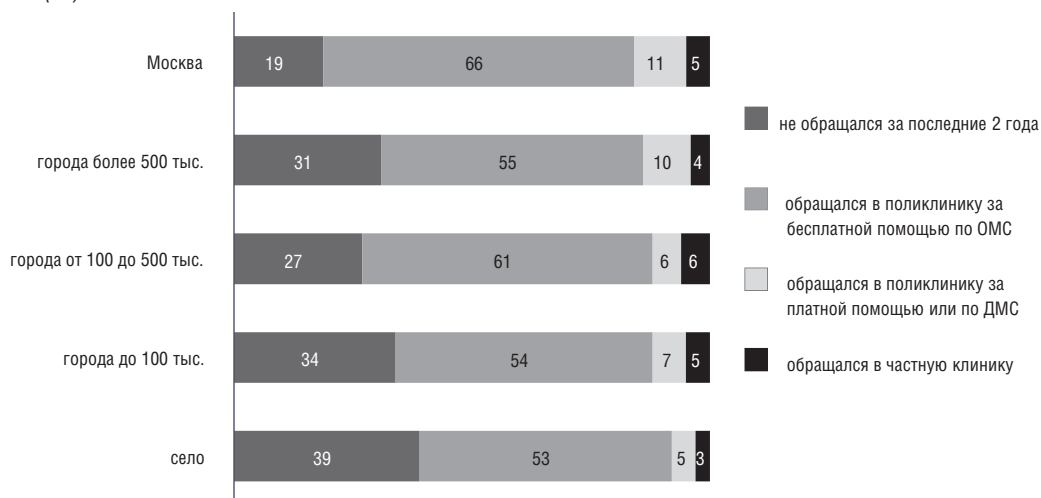
«Я уже стараюсь не ходить, только в случае крайней необходимости» (фокус-группа, Тверь).

Низкая удовлетворенность качеством получаемой помощи в государственных/муниципальных учреждениях и длительное ожидание приема свидетельствуют о сокращении частоты обращений в медучреждения (рис. 5). Так, на общероссийском уровне за последние годы не обращалось в медучреждения около трети населения (32%). В сельской местности 40% жителей не обращались за медицинской помощью. Среди жителей столицы этот показатель вдвое ниже — только 19% не прибегали к помощи специалистов. Данный факт находит подтверждение и в статистике¹ — обращаемость за амбулаторной помощью за предшествующие два года снизилась на 40 млн визитов (3%). Основная часть снижения произошла за счет сокращения мощности амбулаторных организаций (посещений за смену) в сельской местности.

При этом москвичи и жители крупных городов находятся в более благополучном положении — уровень развития альтернативных учреждений, предоставляющих медицинские услуги, позволяет населению делать выбор в пользу разных способов получения медуслуг. Напротив, жители малых городов и сел практически лишены какого-либо выбора — частные центры или система ДМС не имеют широкого распространения. Отсутствие кадров, большого спроса и предложений такого рода услуг делает жителей этих населенных пунктов заложниками единственного выбора.

Получение более сложной и квалифицированной помощи возможно при обращении в областной центр или соседний, более крупный населенный пункт. Однако в связи с удаленно-

Рисунок 5
ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДВА ГОДА В РАЗНЫЕ ТИПЫ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА НАСЕЛЕННОГО ПУНКТА (%)



¹ Здравоохранение в России-2015: статистический сборник. М.: Росстат, 2015. С. 94. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf.

стью такой помощи и длительным ожиданием ее получения в рамках государственных гарантий чаще всего пациенты прибегают к платным услугам. В результате наименее обеспеченные слои населения *вынуждены* получать платные услуги в отличие от жителей крупных городов, имеющих более высокий уровень жизни и доступ к медицинским услугам. Это создает острое неравенство в возможностях малых и крупных центров. Действие реформы лишь усугубило положение жителей удаленных от областных центров городов и сел.

Основные **проблемы** здравоохранения большинство россиян видят в длительных сроках ожидания медицинской помощи (43%), низком профессиональном уровне врачей (41%) и плохом оснащении больниц современным оборудованием (37%). Около трети населения также отмечают большие очереди в поликлиниках (33%) и дефицит медицинских кадров (рис. 6).

Спектр проблем, отмечаемых в области здравоохранения, свидетельствует о сильной дифференциации положения, в особенности между столицей, крупными и малыми городами и селами. Так, москвичи чаще жалуются на «низкую квалификацию врачей» — данная проблема беспокоит две трети жителей столицы (63%). Второй по остроте проблемой является «недостаточность времени, отведенного на прием» (44%). Эта проблема практически не фигурирует в ответах жителей остальной части России. Замыкает тройку дефицит медицинских кадров (36%).

Рисунок 6

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПОЗИЦИИ НАСЕЛЕНИЯ (% , множественный выбор, не более трех вариантов ответа)



В сельской местности иерархию проблем составляют длительные сроки ожидания записи на прием к нужному специалисту (40%); низкая квалификация врачей (35%) и плохое оснащение медучреждений современным медоборудованием (35%).

Стоит отметить, что проблемы, которые называют россияне, касаются преимущественно потребления медицинских услуг и являются скорее следствием структурных трансформаций в этой области. Тогда как сами причины («низкие зарплаты врачей»), связанные с недостатком финансирования со стороны государства, не выходят на первый план.

В целом среди россиян нет четкого представления о том, как финансируется здравоохранение. На групповых дискуссиях при попытках обрисовать схему поступления средств от граждан до оплаты медицинских услуг, оказанных по полису ОМС, респонденты определяли только два элемента системы — государственный бюджет, который собирает налоги с граждан и бизнеса, и медучреждения, которые эти ресурсы получают. Роль страховых компаний была отдана организациям, которые выдают полисы на возможность получения бесплатной медицинской помощи, гарантируемой государством.

Сложность процесса финансирования здравоохранения имеет два ключевых последствия. Во-первых, граждане не знают, сколько денег лично они вносят в систему и каковы возможности этой суммы для покрытия потребности

в медицинской помощи. Во-вторых, не имея представления об объемах и принципах формирования финансирования, граждане не имеют возможности контролировать поступление и целевое расходование данных средств.

«Страховые компании — вообще ненужное звено в системе. Государство и с ним, и без него плохо справляется. Они нужны только для отмывания денег» (фокус-группы, Кимры.)

«Все, что по ОМС, оно делается очень сложным образом: переворачивается в бюджете, потом начинается каким-то образом перераспределяться по регионам... Очень долгая цепочка» (фокус-группы, Тверь).

«Мы не понимаем, куда уходят средства. Не понимаем, откуда берутся тарифы, по которым отчитывается наше здравоохранение перед каким-то бюджетом, чтобы понять, с кого спросить» (фокус-группы, Тверь).

Массовый опрос подтвердил выявленные в групповых дискуссиях трудности респондентов с пониманием процесса финансирования здравоохранения. Согласно результатам опроса только 3% россиян знают фактический процент отчислений, который поступает в фонд ОМС от работающего населения. При этом в российском обществе доминирует представление о том, что граждане и так платят достаточно налогов, в связи с чем делается вывод, будто денег в здравоохранение отчисляется достаточно.

Отсутствие вовлеченности граждан в финансирование системы здравоохранения размывает сферу ответственности пациентов и может приводить к дисбалансу их требований и принимаемых обязанностей.

С точки зрения россиян, все ключевые участники системы выполняют институциональные роли не в полной мере. Около полови-

ны россиян считают, что государство, врачи и страховые компании не исполняют на должном уровне свои обязательства в области здравоохранения (рис. 7). Противоположной позиции придерживаются около 40%, отмечая значительные усилия данных участников.

Примечательно, что сами граждане оценивают исполнение своих обязанностей по поддержанию здоровья на аналогичном низком уровне — 47% считают, что не в полной мере заботятся о здоровье, и 42% отмечают значительную роль в поддержании собственного здоровья. Респонденты, которые придерживаются мнения, что граждане не выполняют обязательств по сохранению своего здоровья, как правило, более критичны и в оценках выполнения обязательств как со стороны государства, так и врачей и страховых компаний.

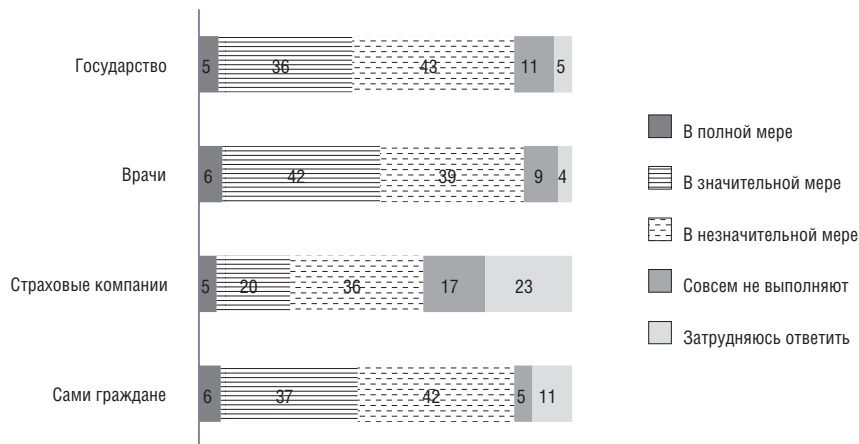
Таким образом, можно заключить, что российское население характеризуется пассивным участием во всем организационном поле здравоохранения. Институциональная роль россиян не подкрепляется ни личной заботой о своем здоровье, ни собственным участием в поддержании его на должном уровне, ни в увеличении средств на финансирование здравоохранения, ни в общественном контроле за работой институтов оказания медицинской помощи. Однако при всем этом остается высоким и уровень недовольства работой российской системы здравоохранения, и растет требовательность к качеству и сервису предоставляемых государством медицинских услуг.

Характер реформирования здравоохранения с позиций медицинских работников

Сами медицинские работники во многом солидарны с мнением населения относительно

Рисунок 7

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТОВ НА ВОПРОС: «В КАКОЙ СТЕПЕНИ ВЫПОЛНЯЮТ СВОИ ОБЯЗАННОСТИ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ...?» (%)



положения дел в здравоохранении. Две трети врачей, равно как и пациентов (63 и 61% соответственно) оценивают текущую ситуацию в медицине как «плохую» или «неудовлетворительную». Доля позитивных оценок среди пациентов оказывается даже более высокой, чем среди медицинских специалистов (вдвое выше: 18% против 9%) (рис. 8).

Более критичные оценки дают специалисты, проработавшие в здравоохранении более 20 лет – три четверти (73%) недовольны положением дел в медицине. Среди более молодых кадров такой позиции придерживаются 56%.

Тем не менее, оценивая ситуацию за последний пятилетний период, четверть врачей (25%)

отмечают изменения в лучшую сторону. Чуть более половины врачей (57%) склонны расценивать происходившие изменения как ухудшение ситуации. Пятая часть медиков отмечает, что все осталось на прежнем уровне и значимых результатов реформы они не заметили.

В числе *позитивных изменений* врачи отмечают шаги по программе модернизации здравоохранения – информатизацию и компьютеризацию рабочих мест (43%), закупку современного медицинского оборудования (38%), ремонт зданий (37%) и открытие новых диагностических центров (32%) (рис. 9).

Особенно критически настроены в оценках текущих изменений столичные врачи и медики малых городов (менее 250 тыс. человек) и спе-

Рисунок 8

ОЦЕНКА СИТУАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ С ПОЗИЦИЙ ВРАЧЕЙ И НАСЕЛЕНИЯ (ПАЦИЕНТОВ) (%)

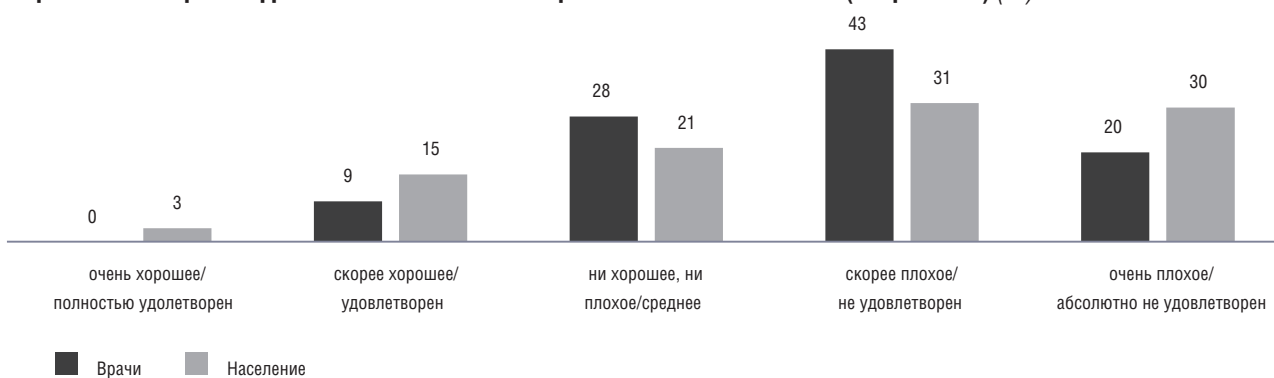
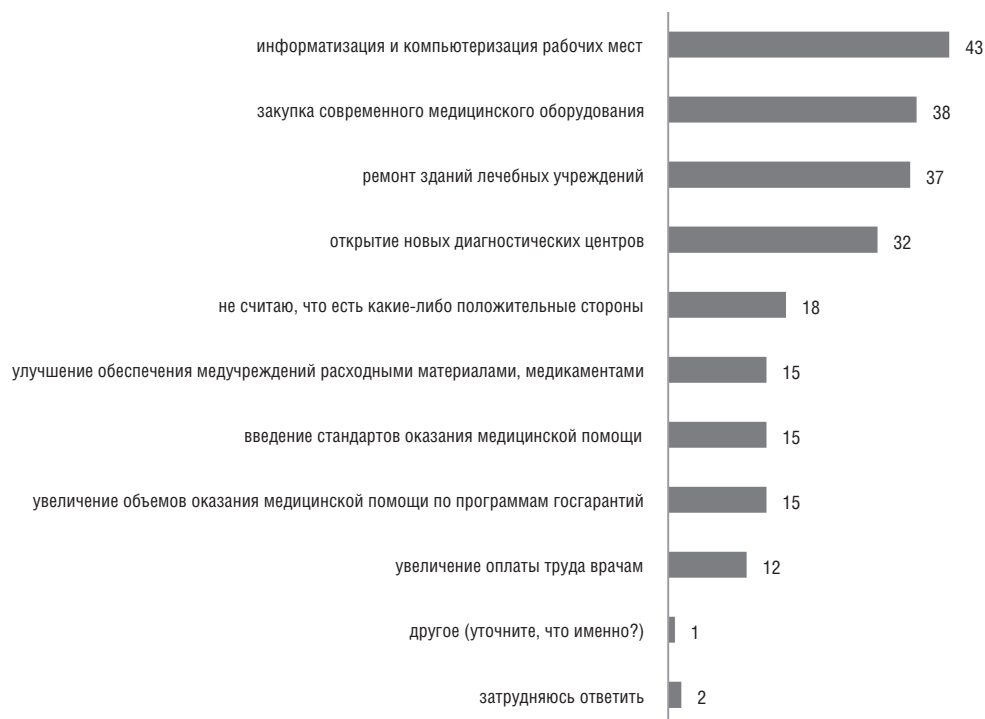


Рисунок 9

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТОВ НА ВОПРОС: «КАКИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ПРОИЗОШЕДШИЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВЫ МОГЛИ БЫ НАЗВАТЬ?» (%) , множественный выбор, не более пяти ответов)



специалисты с большим опытом работы (не видят положительных сторон 11% молодых врачей и 27% наиболее опытных работников).

В оценках *отрицательных сторон* врачи высказывались более категорично. Две трети медицинских работников отметили увеличение документооборота (66%), закрытие поликлиник/больниц/отделений (54%) и увеличение нагрузки по приему пациентов (49%). Эти проблемы беспокоят более половины всех опрошенных специалистов (рис. 10).

Треть врачей отмечают сокращение оплаты труда (39%) и уменьшение количества коек в медучреждениях (38%). Каждый четвертый специалист называет ухудшение снабжения расходными материалами, уменьшение времени на прием больных (по 28%) и сокращение медперсонала, как врачей-специалистов (28%), так и среднего медперсонала (25%).

Абсолютное большинство опрошенных назвали хотя бы один из негативных трендов (относительно вопроса о положительных сторонах происходящих реформ и изменений в системе здравоохранения лишь каждый пятый из специалистов ответил, что таковых не было за последние пять лет). В разрезе типов населенных пунктов ситуация выглядит более дифференцированно: на общероссийском фоне явно выделяется Москва — здесь врачи острее ощущают проблемы с закрытием медучреждений (74%) и сокращение медперсонала. Проблемы с объемом документации и снабжением стационаров

расходными материалами и медикаментами в столице также отмечаются, но недовольство ими заметно менее выражено, чем в более отдаленных городах.

Стандарты оказания медицинской помощи

Одним из шагов реформы по стандартизации и переходу к одноканальному способу финансирования было введение стандартов и порядков оказания медицинской помощи. Основной целью таких нововведений стало выравнивание качества и объема оказываемых медицинских процедур при одинаковых нозологических заболеваниях для пациентов по все территории страны. Стандарты составляют экономическую основу системы здравоохранения: каждый стандарт позволяет экономически просчитать средние затраты на лечение пациента по каждому нозологическому заболеванию.

Введение данных ориентиров при лечении больных стало контрольной единицей при оценивании качества предоставляемых услуг по системе ОМС со стороны страховых компаний. Таким образом, данные стандарты превратились для врачей в новые правила, регламентирующие процесс лечения больных.

Исследовательский интерес представляет то, как восприняли данные нормы основные носители институциональных практик, насколько они соотносятся с нынешними нормами врачей и какова эффективность данных нововведений.

Рисунок 10

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТОВ НА ВОПРОС: «КАКИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ПРОИЗОШЕДШИЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВЫ МОГЛИ БЫ НАЗВАТЬ?» (% , множественный выбор, не более пяти ответов)



Анализ данных количественного опроса свидетельствует, что мнение медицинского сообщества относительно введения стандартов оказания медицинской помощи неоднозначно. Доля тех, кто видит в них положительный эффект, и тех, кто отмечает отрицательные стороны, разделилась примерно поровну: 33% против 35%. Пятая часть врачей не видит в их широком использовании никаких изменений в качестве лечения ни в ту, ни в другую сторону.

Несмотря на наличие данных стандартов как обязательных ориентиров по лечению больных, каждый второй врач (56%) говорит о том, что данные стандарты не соблюдаются в полной мере.

Причинами отклонения от данных предписаний в большинстве случаев являются две составляющие: *отсутствие материально-технической базы* – нет соответствующего оборудования (57%), нет соответствующих препаратов/медикаментов (53%), не хватает медперсонала (46%) – и *несовершенство самих стандартов* – 35% врачей, не в полной мере следующих стандартам, обуславливают это низким качеством стандартов.

В данном отношении необходимо заметить, что отходить от стандартов чаще приходится более опытным врачам и специалистам, работающим в малых городах.

Подавляющее большинство опрошенных врачей в своей практике вынуждены отклоняться от требуемых или заданных стандартами правил. Так, треть медиков отмечают, что действующих стандартов недостаточно для прояснения диагноза и они *регулярно* назначают дополнительные обследования. Еще свыше 40% врачей *иногда* прибегают к аналогичным шагам (рис. 11).

В целом каждый третий врач в своей практической деятельности вынужден для оказания

качественной помощи отклоняться от введенных регламентов. Более опытные и квалифицированные врачи чаще других говорят о рутинизации подобной практики (42% против 28% наиболее молодых врачей).

Данные глубинных интервью также иллюстрируют двоякое отношение к стандартам: с одной стороны, разработаны высококвалифицированными специалистами и направлены на упрощение работы врача, с другой – они несовершенны: иногда избыточны, иногда недостаточны, однако отступление от них становится крайне сложным выбором при пристальном контроле страховых компаний.

«По этим стандартам лечится не человек, а болезнь. То есть, получается, по этим стандартам кому-то надо что-то изменить, по-любому что-то делать, но назначать лекарство по этим стандартам – мы не можем это сделать» (глубинное интервью, хирург).

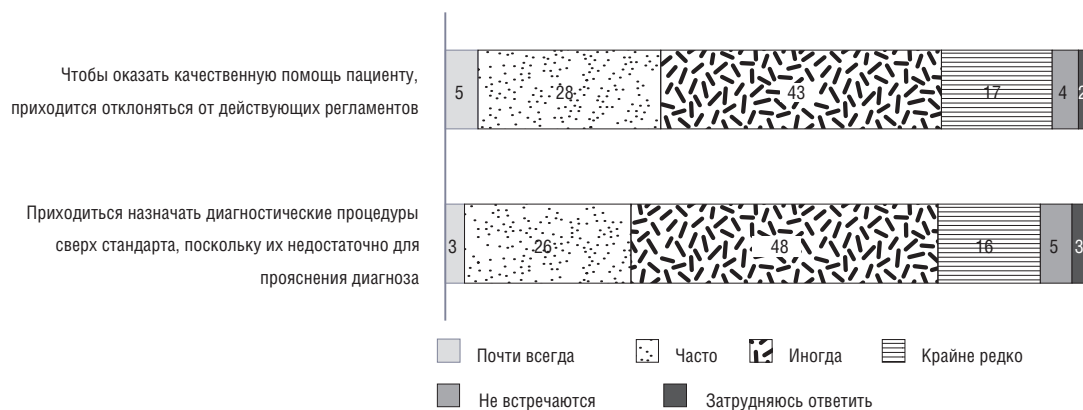
«С одной стороны, это хорошо. Тут врачу есть что посмотреть, на что ориентироваться, а с другой стороны, это ограничивает возможности очень. И, естественно, выделяется и средств меньше на оказание помощи, медикаментов и тому подобное» (глубинное интервью, педиатр, Тверь).

«Главное, сейчас главное для страховых компаний – написать, чтобы было правильно. Чтобы все анализы были, все. По некоторым случаям анализы вообще не нужны или некоторые анализы. Никакой диагностической цели они для нас абсолютно не несут. Но вот есть у них стандарт по заболеванию – так положено. Какого-то не будет анализа – всё, штраф» (интервью, травматолог-хирург, Кимры).

«Медик сейчас должен быть экономистом. На кой черт? Если мы специалисты, мы, вот, видим пациента, мы его должны лечить согласно нашим стандартам, согласно его исходному состоянию.

Рисунок 11

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОТКЛОНЕНИЙ ОТ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (%)



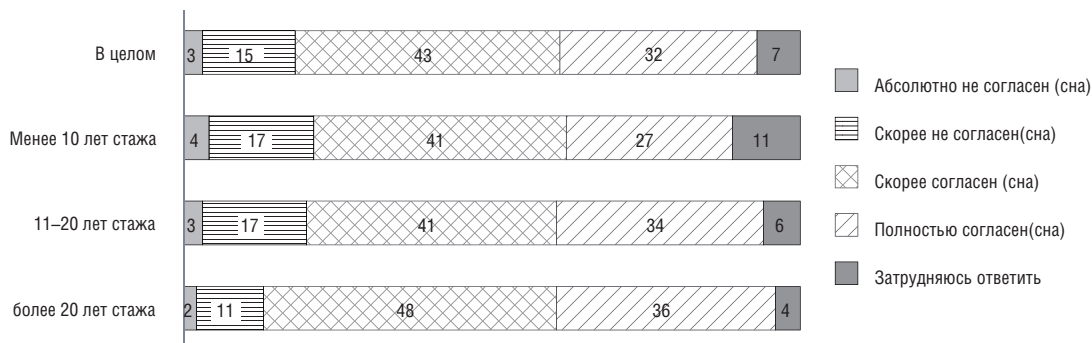
Пациенты же не поступают все со стандартным исходным состоянием здоровья. Один хуже, другой легче. Одного можно за неделю поставить, другого – за две недели нет. Но стандарт определен, из него же не вылезешь» (глубинное интервью, хирург, Кимры).

Проблемная плоскость введения стандартов пролегал в том, что, несмотря на то что стандарт формально не является абсолютным эталоном для деятельности врача, страховые компании, выполняя надзорную функцию, зачастую возводят их в ранг обязательных и штрафуют за отклонения от них. При желании оказать помощь сверх норматива врач должен обосновать свои действия, то есть затратить больше усилий по преодолению бюрократических процедур (и это без гарантий, что его действия будут поддержаны). Тем самым системой поощряется (вводятся негативные санкции) формальное следование стандартам.

Три четверти участников опроса подтверждают этот вывод: 75% согласны с утверждением, что действующая система организации здравоохранения поощряет формалистское отношение врача к выполнению своей работы. Доля тех, кто не разделяет данное мнение, составляет менее пятой части опрошенных (18%). Чем больше профессиональный опыт врача, тем чаще он склонен поддерживать мнение о формализме здравоохранения – такой позиции придерживаются 84% врачей, имеющих более 20 лет стажа, и 68% – среди работающих менее 10 лет в здравоохранении (рис. 12). В связи с этим можно предположить, что молодые специалисты становятся все более приверженными следованию новым правилам игры, которые устанавливают организаторы здравоохранения, доминируя над «старыми» профессиональными нормами врачей.

Рисунок 12

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТОВ НА ВОПРОС: «В КАКОЙ СТЕПЕНИ ВЫ СОГЛАСНЫ ИЛИ НЕ СОГЛАСНЫ С СУЖДЕНИЕМ, ЧТО ДЕЙСТВУЮЩАЯ СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПООЩРЯЕТ ФОРМАЛИСТСКОЕ ОТНОШЕНИЕ ВРАЧА К ВЫПОЛНЕНИЮ СВОЕЙ РАБОТЫ?» (%)



Несогласие или невозможность следовать данным стандартам создает вызов старым профессиональным нормам, которых придерживались врачи. Новые нормы идут вразрез с привычным порядком лечения больных, ставя врачей перед профессиональным выбором:

Внимательное обследование пациента	Vs	Правильное заполнение бумаг
Лечение из соображения экономической целесообразности	Vs	или профессионализма
Отказаться в лечении	Vs	Сфальсифицировать диагноз, изменить данные в отчетности (например, даты поступления больного)
Больше нести ответственности перед управляющими/контролирующими структурами	Vs	или перед пациентом
Отдавать приоритет «искусству врача»	Vs	Формализм и потоковость

В результате введения стандартизации в наиболее уязвимом положении остаются врачи с высоким потенциалом – наиболее квалифицированные и опытные медики. Молодое поколение врачей, напротив, получая данные стандарты в качестве профессиональной нормы, становится более ориентированным на «потоковость» и формализм.

Восприятие собственных ролей, обязанностей и исполнения ролей другими участниками является важным показателем согласованности или разрозненности функционирования всего организационного поля здравоохранения в целом.

Оценки деятельности государства и страховых компаний со стороны врачей и пациентов во многом солидарны, при этом позиции медицинского сообщества являются даже более категоричными. Так, две трети медиков (67%) считают, что государство не выполняет в полной мере своих обязанностей в области здравоохранения (аналогичной позиции придерживаются 54% пациентов). 80% врачей также критикуют выполнение своих ролей со стороны страховых компаний (так считают 53% пациентов).

Однако мнения о выполнении собственных ролей – врача или пациента – между данными участниками различаются. Так, если мнения пациентов о врачах разделились примерно пополам – 46% населения считают, что они в основном стараются выполнять свои обязанности, тогда как 48% их критикуют, то мнение врачей о работе своего цеха более благоприятное: 80% из них позитивно оценивают степень выполнения своих обязанностей.

Что касается оценок «заботы пациентов о своем здоровье», то только около 20% медиков согласны с тем, что пациенты выполняют свои обязанности по поддержанию здоровья в должной мере, три четверти врачей отмечают небрежное отношение населения к своему здоровью. Среди пациентов тоже не все так положительно: чуть более 40% оценивают выполнение обязанностей по поддержке здоровья как неудовлетворительное и почти половина считает, что предпринимаемых действий наших сограждан по заботе о здоровье недостаточно (рис. 13).

Данная ситуация свидетельствует о наличии более высоких ожиданий всех трех участников

от работы в области здравоохранения, и прежде всего со стороны страховых компаний, а также государства и самих граждан. Рассмотрим более подробно основные плоскости, в которых происходит несовпадение ожиданий врачей и остальных участников этого поля.

Государство как организатор реформ

Государство в лице федеральных органов здравоохранения выступает в роли ведущего организатора всей системы здравоохранения в целом. Предпринятые шаги по реформированию системы не в полной мере соотносятся с позициями главных поставщиков услуг – медицинского сообщества.

Идея по маршрутизации пациентов и разделению лечебных учреждений на три уровня в зависимости от оснащенности и сложности оказываемой медицинской помощи на данный момент имеет поддержку среди пятой части опрошенных медиков. Однако тех, кто видит в данном разделении больше минусов, вдвое больше (рис. 14).

Логика организаторов государственного здравоохранения (применительно к интерпретации «качества» медицинских услуг) не совпадает с интересами и оценками пациентов и не соответствует восприятию и логике поведения и интересов самих врачей.

Понимание «качества медицинской помощи» в логике организаторов приравнивается к предоставлению медицинских услуг усредненного общероссийского уровня лечения по схожим заболеваниям любому гражданину страны на бесплатной основе. Иными словами, понятие качества помощи в клиническом смысле подменяется предоставлением стандартизован-

Рисунок 13

ВОСПРИЯТИЕ СТЕПЕНИ ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАННОСТЕЙ ОСНОВНЫХ УЧАСТНИКОВ С ПОЗИЦИЙ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ (%)

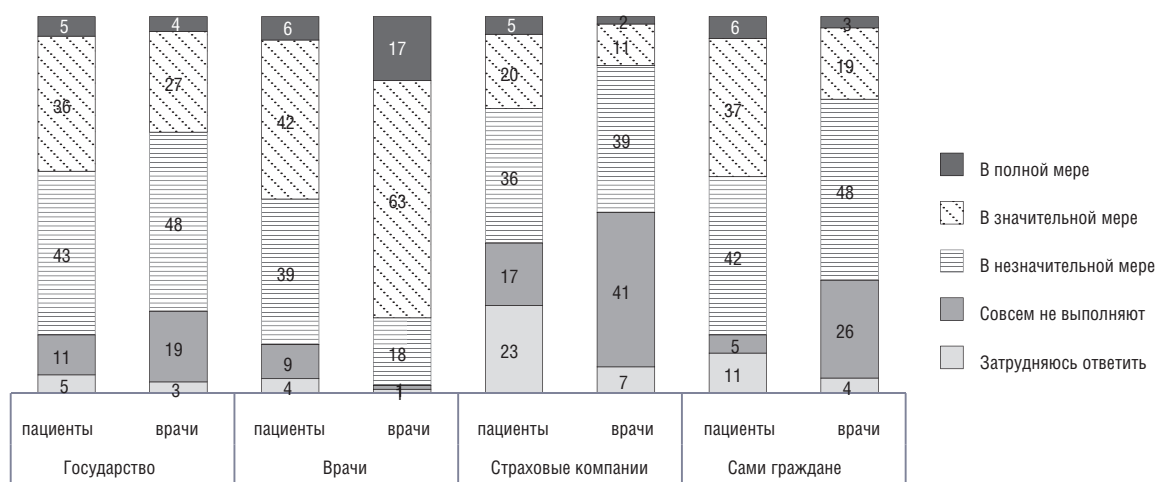
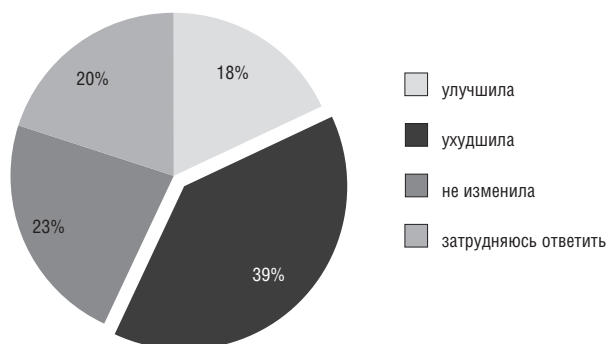


Рисунок 14

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТОВ НА ВОПРОС: «КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, РЕОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И РАЗДЕЛЕНИЕ ИХ НА ТРИ УРОВНЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСНАЩЕННОСТИ И СЛОЖНОСТИ ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЛУЧШИЛА, УХУДИЛА ИЛИ НЕ ИЗМЕНИЛА ВОЗМОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОЛУЧИТЬ КВАЛИФИЦИРОВАННУЮ ПОМОЩЬ?»



ных и оптимизированных процедур для лечения в условиях ограниченных ресурсов. Данная логика вступает в противоречие с профессиональной этикой и логикой врачей, которые исходят из представлений о необходимости приложения максимальных усилий для улучшения состояния здоровья пациента.

Пациенты как потребители медицинских услуг

Пациенты в системе здравоохранения занимают позицию потребителей услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями. В российской системе здравоохранения наблюдается рост противоречий и взаимной неудовлетворенности во взаимоотношениях между врачом и пациентом. Обязанности отчетливее прописаны у врачей, а права — у пациентов.

«У нас правовое государство, дорога с двусторонним движением, но мы установили права пациентов, и пациенты свои права знают, что вся медицинская помощь оказывается им бесплатно, но, с другой стороны, у пациента нет в руках тех гарантий, тех обязанностей, которые сам пациент должен реализовывать» (экспертное интервью, страховая компания, Пермь).

Врачи отмечают наличие социального напряжения в работе с пациентами. За последние пять лет три четверти врачей (73%) отмечают увеличение жалоб со стороны пациентов (вне зависимости от работы в амбулатории или стационаре). И только в четверти случаев врачи готовы признать обоснованность предъявляемых жалоб, 70% считают необоснованной критику со стороны потребителей их услуг.

Важным аспектом в данном отношении является защита прав как врачей, так и пациентов. Однако данные опроса свидетельствуют о

дисбалансе сторон — при рассмотрении жалоб 35% врачей уверены, что руководство примет сторону пациента, и только 10% — что главврач будет на стороне медиков. Также около половины опрошенных (52%) выразили неопределенную позицию: все будет зависеть от обоснованности жалобы.

Несовершенства системы здравоохранения пациенты переносят на медицинских работников, являющихся исполнителями той программы, которую разрабатывают организаторы здравоохранения. Рост критики, которую отмечает подавляющее число врачей по стране в целом, может служить индикатором скрытого недовольства от предпринимаемых изменений в системе государственного здравоохранения со стороны потребителей (пациентов). Однако это противоречие создает неравные позиции в конфликтной ситуации — шансы на то, что жалоба пациента будет принята и проблема будет решена в пользу пациента 3:1. Таким образом, система отношений ставит в уязвимое положение саму группу медицинских специалистов.

Страховые компании

Деятельность страховых компаний вызывает крайне неоднозначную оценку со стороны других участников рассматриваемой системы. Глубинные интервью с врачами свидетельствуют о том, что, несмотря на солидарную позицию в отношении страховой основы медицины, оценки роли страховых медицинских компаний в сфере государственной медицины не соотносятся с ожиданиями медиков.

Роль страховых компаний при лечении больных по ОМС сводится к надзорной функции (регулярная проверка историй болезни, оценки качества оказанной помощи в соответ-

ствии с принятыми стандартами, порядками и клинической практикой).

Однако абсолютное большинство медиков указывают на то, что страховые компании часто выдвигают необоснованные штрафы, отдавая приоритет *правильности оформления медицинских карт, а не результатам лечения пациента*. Такое мнение разделяют 93% опрошенных вне зависимости от размера населенного пункта и вида оказываемой помощи (рис. 15).

«Качество лечения» становится синонимом соблюдения стандарта оказания медицинской помощи. Как отмечалось выше, мнение врачей о стандартах весьма поляризовано – стандарт лечит стандартного больного, однако лечение может требовать более индивидуального подхода, выходящего за рамки прямого следования стандарту.

При этом, по мнению врачей, нередко представители системы ОМС занимаются буквоедством, оценивая формальное соблюдение требования к заполнению историй болезни, а не результат лечения.

«А штрафуют-то знаете что? Нету росписи... Вот мы историю сдаем, на первой странице куча росписей – до трех. Не будет одной росписи – это 25% оплаты истории штрафуют. Они не могут расшифровать – за это тоже снимают штраф. Печатаем всё, потому что нечитабельный почерк... не знают, к чему придраться» (глубинные интервью, врач-хирург, Кимры).

«Раньше, без всякой страховой медицины, ты пишешь только то, что тебе нужно. Ты писал только то, что имеет значение. Сейчас мы стали писать развернуто, но абсолютно формально, вот такие шаблоны ввели, вот. Ну, это филькина грамота, фитюлька, я не знаю, как это назвать, потому что в основном это шаблон, ты там что-то подчеркнул, вписал какие-то три цифры

и свои 180 рублей получил» (глубинные интервью, нефролог, Москва).

Оценивается не результат, а оформление истории болезни пациента

Критерии оценивания воспринимаются врачами как противоречащие профессиональным нормам: важнее не улучшение состояния пациента, а формальное отражение процедур лечения в отчетных документах. Чем меньше отклонений от стандарта оказания медицинской помощи, тем меньше вопросов вызывает сам процесс лечения в данном случае.

«Ответственность врачей не за конечный результат. А за то, как ты оформил документацию. Никого не волнует – выполнил или не выполнил. Вылечил не вылечил – никого не волнует» (глубинные интервью, врач-инфекционист, Москва).

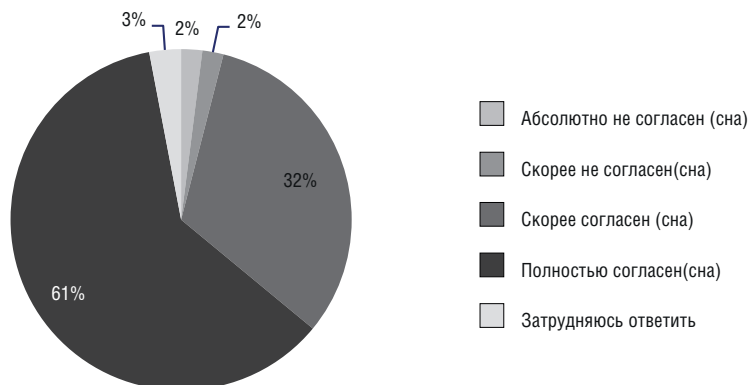
«Стандарты, как я теперь говорю, стандарты качества выполнил участковый терапевт? Выполнил. Областная больница все выполнила. НИИ все выполнило. Больной умер. А все было по стандартам, это назначили, это назначили, это назначили, а больной умер, все. Вот стандарты качества. Ну и что?» (глубинные интервью, зав. отделением терапии, Кимры).

Отсутствие ответственности за состояние здоровья пациента

Осуществляя надзорную функцию, страховая компания формально не несет ответственности за состояние здоровья застрахованного населения – они не оценивают риски возникновения заболеваний населения, не заинтересованы в том, чтобы мотивировать людей вести здоровый образ жизни, чтобы пациент следовал предписаниям врача, и оценивают историю оказания медицинской помощи застрахованному только одномоментно. Иными словами, страховые компании в рамках ОМС не имеют

Рисунок 15

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТОВ НА ВОПРОС: «В КАКОЙ СТЕПЕНИ ВЫ СОГЛАСНЫ ИЛИ НЕ СОГЛАСНЫ С СУЖДЕНИЕМ, ЧТО СТРАХОВЫЕ КОМПАНИИ ЧАСТО ВЫДВИГАЮТ НЕОБОСНОВАННЫЕ ШТРАФЫ, ОТДАВАЯ ПРИОРИТЕТ ПРАВИЛЬНОСТИ ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАРТ, А НЕ РЕЗУЛЬТАТАМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА?»



ответственности за общее сохранение здоровья пациента на период страхования, отвечая лишь за конкретно оказанные услуги в момент обращения в медучреждения.

«Страховая компания вообще не несет ответственность, за лечение пациента несет ответственность, конечно, только врач» (глубинные интервью, зав. отделением терапии, Тверь).

Резюмируя, можно отметить, что страховые компании в осуществлении своих институциональных ролей стоят не на стороне врачей, но при этом не в полной мере защищают и интересы пациентов. В результате ни те, ни другие не видят необходимости в наличии данной структуры — «это лишнее звено».

Подводя итог рассмотрению позиций основных участников системы, можно заключить, что в настоящий момент наблюдается явный дисбаланс ресурсов, обязанностей и сфер ответственности, в особенности перед медучреждениями и медработниками. Проводимые преобразования в рамках реформы 2012–2016 гг. в большей степени были мотивированы экономической логикой, которая не совпадает с логикой потребителей (пациентов) и профессиональной логикой врачей. Наиболее острое противоречие возникает в понимании «качества» медицинских услуг — выдвигаемые организаторами здравоохранения преобразования по маршрутизации и стандартизации не соотносятся с ожиданиями как пациентов, так и врачей.

В действующей системе здравоохранения наблюдается размытость сфер ответственности участников. Основная ответственность за здоровье граждан в настоящее время падает на медучреждения и медработников, которые во многом отстаивают права пациентов на качественное бесплатное лечение в ущерб собственным интересам.

Пересмотр правил коснулся расширения зон ответственности всех участников, кроме самих пациентов. Это порождает социальное напряжение во взаимоотношениях между мед-

персоналом и населением — уровень требовательности пациентов продолжает расти, тогда как ограниченность ресурсов не позволяет им соответствовать. И врачи, и пациенты отмечают, что большинство населения проявляют безответственное отношение к своему здоровью, что усугубляет положение дел в здравоохранении — несвоевременная диагностика увеличивает нагрузку на бюджет фонда ОМС.

Но наиболее проблемное звено в работе государственной системы здравоохранения на данный момент представляют собой страховые компании. Их институциональная роль не соответствует ожиданиям ни врачей, ни организаторов здравоохранения, ни пациентов. Пациенты практически ничего не знают об их деятельности, о собственных расходах на государственную систему ОМС и тех объемах государственных гарантий, которые они могут за счет нее получить. С позиции врачей деятельность страховых компаний воспринимается наиболее негативно — их оценивают как «коршунов» и «нахлебников», которые ничего не привносят в предоставление лечения пациентов, но получают часть денег, отведенных на государственную медицину.

Несовершенство государственной организации оказания медицинской помощи во многом компенсируется действиями врачей, которые ставят в приоритет профессиональные нормы и здоровье больных, уходя от формальных правил, поощряемых текущей системой. Однако ресурсы для поддержания такого противоречивого порядка при бездействии системы находятся на пределе. Воспроизводство таких «старых» практик касается только наиболее квалифицированного ядра врачей; для молодых и начинающих специалистов характерен переход к следованию формалистскому подходу. Закрепление данного подхода будет способствовать еще большему снижению квалификации оказываемой помощи для пациентов в рамках системы обязательного страхования.