Вестник общественного мнения

Данные. Анализ. Дискуссии

1(119)

Выходит 4 раз в год. Год издания 18-й

Январь–март 2015

Аналитический Центр Юрия Левады (Левада-Центр)

Междисциплинарный академический центр социальных наук (Интерцентр)

Редакционный совет:

А.Г. Аганбегян
А.Г. Вишневский
Л.М. Дробижева
Н.М. Римашевская
Т. Шанин
В.А. Ядов
Е.Г. Ясин

Редколлегия:

Л.Д. Гудков
(*главный редактор*)
А.И. Гражданкин
Н.А. Зоркая
(*ответственный секретарь*)
М.Д. Красильникова
Л.А. Хахулина
(*зам. главного редактора*)

Подписной индекс
по Объединенному каталогу
«Пресса России» 87847

СОДЕРЖАНИЕ

МОНИТОРИНГ ПЕРЕМЕН: ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ 3

ПРАВОВАЯ КУЛЬТУРА ОБЩЕСТВА

Людмила ХАХУЛИНА, Ольга КАРАЕВА. Мониторинг отношения бизнес-сообщества к судебной реформе и арбитражной системе судопроизводства 12

Любовь ПРОКУДИНА. Динамика развития судопроизводства в арбитражных судах 33

Антон ОЛЕЙНИК. Политическое измерение ГИБДД: почему водители не борются с коррупцией 41

Вадим ДРЯГИН, Инна ТЕРЕХОВА, Ирина СОЛОВЕЙКИНА. Нужен ли омичам референдум? 55

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ

Наталья БОНДАРЕНКО, Марина КРАСИЛЬНИКОВА, Сергей ШИШКИН. Практики оплаты населением медицинской помощи 61

Ольга ШУВАЛОВА. Восприятие экологической опасности в быту 81

ИНТЕРНЕТ И МАССОВАЯ КУЛЬТУРА

Любовь БОРУСЯК. Любимые авторы, любимые книги: что читает современная молодежь (по данным анализа сети ВКонтакте) 90

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗМЕРЕНИЯ

Владимир ПАНИОТТО, Александр ГРУШЕЦКИЙ. Индекс результативности российской пропаганды 106

Ольга КАРАЕВА. «Поиски лучшей репрезентации»: сравнение телефонных и квартирных опросных методик в социально-политических исследованиях (методический эксперимент) 116

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Ксенофобия сосредотачивается. Интервью Карины Пипии с Владимиром Мукомелем о ксенофобских настроениях в российском обществе 130

Попова Ирина Викторовна. Письмо в редакцию 141

Авторы номера 144

SUMMARY 145

Ответственный редактор выпуска *Н.А. Зоркая*

Редактор, корректор *Д.В. Соколова*

Компьютерная верстка *Г.И. Самарина*

Аналитический Центр Юрия Левады (Левада-Центр)
109012, Москва, ул. Никольская, 17. Тел. : (495) 229 3810
E-mail: direct@levada.ru

Междисциплинарный академический центр социальных наук (Интерцентр)
119571, Москва, просп. Вернадского, 82. Тел.: (495) 564 8582

При перепечатке материалов ссылка на журнал обязательна

Зарегистрировано Министерством РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций ПИ № 77981 от 10 декабря 2003 г.

© Левада-Центр, Интерцентр, 2008 ISSN 2070-5107

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ

Наталия БОНДАРЕНКО
Марина КРАСИЛЬНИКОВА
Сергей ШИШКИН

Практики оплаты населением медицинской помощи[1]

1. Актуальность и задачи исследования

Оплата населением медицинской помощи получила распространение в 90-е годы, в период трансформационного кризиса. Неформальные платежи врачам и медсестрам существовали и в советское время[2], тогда как официальное предоставление медицинских услуг с оплатой их в кассу медицинского учреждения было исключением из общего правила, и такая практика осуществлялась в немногочисленных так называемых хозрасчетных поликлиниках крупнейших городов. В начале 90-х годов в результате сокращения государственного финансирования здравоохранения медицинским учреждениям независимо от формы их собственности было законодательно разрешено предоставлять платные медицинские услуги. После этого практики оплаты медицинских услуг получили широкое распространение, причем оплаты как легальной, в кассу, так и неформальной, в руки медицинским работникам[3].

Деньги населения компенсировали нехватку государственных средств, необходимых для обеспечения больниц и поликлиник лекарствами, расходными материалами и др., для достойной оплаты труда медицинских работников. Но помимо этого предметом оплаты пациентами стали: а) дополнительные услуги, такие как выдача справок, лечение с улучшенной сервисной составляющей и т.п.; б) медицинские услуги, предоставляемые в порядке, отличающемся от официально установленного (обращение в медицинскую организацию, к врачу-специалисту без направления от лечащего врача по месту жительства, проведение обследования вне очереди и т.п.); в) медицинские услуги более высокого качества по сравнению с принятыми (официально или неформально) стандартами оказания медицинской помощи при заболеваниях[4].

В 2000-е годы государственное финансирование здравоохранения значительно выросло – в 2,5 раза в реальном выражении с 2001 по 2013 годы. Однако практики оплаты медицинской помощи продолжали расширяться. Исключением стала оплата пациентами медикаментов в стационарах: доля тех, кто это делал, сократилась более чем в 2 раза (с 53% в 2002 г. до 18% в 2012 г.)[5].

Вызывает интерес изменение причин оплаты медицинской помощи. Об этом свидетельствуют результаты Российского мониторинга состояния здоровья и экономического положения населения (РМЭЗ) НИУ ВШЭ в 2004 и в 2011 годах. По итогам регрессионного анализа факторов, влияющих на частоту практик опла-

---

[1] В статье представлены результаты исследования, выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики».

[2] *Davis C.* The second economy in disequilibrium and shortage models of centrally planned economies. Berkeley-Duke occasional papers on the second economy in the USSR. No 12, Durham, NC, Duke University Press, 1988.

[3] *Шишкин С.В., Бесстремянная Г.Е., Красильникова М.Д., Овчарова Л.Н., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С.* Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / Независимый институт социальной политики. М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2004. http://www.socpol.ru/publications/#health_informal.

[4] *Шишкин С.В., Бесстремянная Г.Е., Красильникова М.Д.* и др. Указ соч.

[5] *Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В.* Оплата пациентами медицинской помощи в российской системе здравоохранения: препринт WP8/2014/03. Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2014. http://www.hse.ru/data/2014/05/30/1325391100/WP8_2014_03__.pdf

ты медицинской помощи, в 2004-2011 гг. возросло значение фактора состояния здоровья, и, напротив, значение размеров государственного финансирования здравоохранения в регионах заметно снизилось[1]. Другими словами, основными причинами оплаты медицинской помощи населением стал не недостаток государственного финансирования бесплатной медицины, а ее неудовлетворительный уровень, желание людей получить услуги более высокого качества, ограниченность доступа к качественным услугам.

Фиксируемые РМЭЗ изменения в практиках оплаты медицинской помощи порождают вопросы о том, что же именно в российском здравоохранении выступает сейчас предметом оплаты со стороны пациентов? В чем состоят различия между предметом легальной (в кассу) и неформальной оплаты? В чем причины сохранения неформальной оплаты? Какие группы граждан и за что именно готовы платить при обращении за медицинской помощью?

РМЭЗ и другие обследования последних лет не дают достаточной информации для ответов: детализация предмета оплаты ограничивается выделением основных видов медицинской помощи (амбулаторных посещений, диагностических исследований, лечения в стационаре, стоматологических услуг). Между тем для лучшего понимания происходящих в здравоохранении процессов и разработки рекомендаций по обеспечению государственных гарантий оказания медицинской помощи и развития институтов финансирования здравоохранения необходима более детальная информация.

Эти соображения обусловили постановку задач для проведения исследования практик оплаты медицинской помощи населением, выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». В состав задач исследования входили:

- анализ распространенности практик официальной и неформальной оплаты различных видов медицинской помощи (амбулаторная, стационарная, стоматологическая, скорая) и составляющих их видов услуг;
- выявление различий в практиках оплаты медицинской помощи разными социально-демографическими группами;
- оценка размеров официальных и неформальных затрат населения на медицинские услуги разных видов;
- анализ причин сохранения практик неформальной оплаты лечения в поликлиниках и стационарах;
- выявление готовности различных социально-экономических групп населения нести расходы на лечение.

2. Методология исследования

Источником данных для решения поставленных задач стал опрос населения о практиках оплаты медицинской помощи, проведенный Левада-Центром по заказу НИУ ВШЭ в конце мая – июне 2013 года.

В обследовании использована методология скринингового опроса (для выявления людей, плативших за медицинскую помощь) и затем их детального опроса. Скрининговый опрос проведен по выборке размером 4027 респондентов, репрезентирующей взрослое городское и сельское население страны (16 лет и старше). Опрос проходил в 275 городах и сельских районах России в 65 субъектах Федерации. Для опроса использовался вопросник из 16 вопросов.

Размер выявленной в ходе скринингового опроса целевой выборки плативших за медицинскую помощь в течение трех предыдущих месяцев составил 894 респондента – ниже ее запланированного объема, установленного равным не менее 1100 респондентов. Таким образом, по результатам проведения полевых работ по запланированной выборке количество полных интервью оказалось ниже ожидаемого, что связано с завышенными предварительными оценками доли населения, обращавшегося и оплачивавшего медицинскую помощь. Поэтому был осуществлен дополнительный добор недостающих анкет, заполненных в ходе интервью только с теми респондентами, которые оплачивали медицинскую помощь. Добор проводился в оперативном порядке сразу же после окончания основных полевых работ: интервью проводились в 35 населенных пунктах 28 субъектов России. Всего дополнительно было сделано 209 анкет. В итоге размер целевой выборки плативших за медицинскую помощь в течение трех предыдущих месяцев составил 1103 респондента. Все они были опрошены по полному вопроснику из 67 пунктов.

[1] *Шишкин С.В., Бондаренко Н.В., Бурдяк А.Я.* и др. Доступность медицинской помощи для населения России // Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / Отв. ред. Шишкин С.В. М.: Независимый институт Шишкин, С.В., Потапчик, Е.Г., Селезнева, Е.В. Указ. соч.

3. Распространенность платежей за медицинскую помощь

3.1. Распространенность практик оплаты различных видов медицинской помощи

Данные проведенного опроса свидетельствуют, что оплата медицинской помощи является распространенным явлением, но пока не преобладает в практиках обращения российских граждан за медицинской помощью. Среди респондентов, обращавшихся за амбулаторной помощью (без стоматологии) в последние три месяца перед опросом, 44% хотя бы раз платили за нее. Стоматологические услуги оплачиваются заметно чаще – в 69% случаев. Об оплате стационарной медицинской помощи сообщили 32% респондентов, лежавших в больнице в течение последнего года. Реже всего случаи оплаты возникали при вызовах скорой помощи: из числа пользовавшихся услугами скорой в течение последних трех месяцев перед опросом только 7% респондентов сообщили о фактах оплаты деньгами.

Следует отметить, что результаты опросов несколько выше данных РМЭЗ, согласно которым осенью 2012 г. полностью или частично медицинские услуги оплачивали 17% пациентов, среди обратившихся за амбулаторной помощью в течение месяца, предшествующего опросу, и 24% пациентов среди обратившихся за стационарной помощью в течение трех месяцев, предшествующих опросу[1]. Но нужно принять во внимание различие периодов времени, о которых спрашивали респондентов в РМЭЗ и в опросе Левада-Центра.

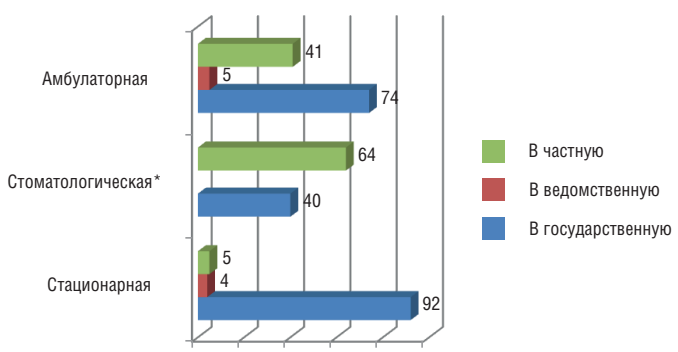
Полученные данные свидетельствуют о том, что платная медицина имеет уже достаточно широкое распространение в нашей стране, причем основная ее часть концентрируется в государственном секторе. Роль частного сектора скромнее, но весьма значительна (рис. 1). Среди тех, кто оплачивал услуги при обращении за амбулаторной медицинской помощью, три четверти (74%) получали их в государственных поликлинических учреждениях, 5% – в ведомственных и 41% – в частных медицинских организациях. При этом часть пациентов (около 15%) совмещали лечение в государственных и частных клиниках.

В секторе стационарной помощи ведомственные и частные клиники заняли существенно более скромное место. Среди пациентов, плативших за стационарную помощь за последние 12 месяцев, менее 4% оплачивали лечение в ведомственных больницах, около 5% – в частных клиниках, а подавляющее большинство (92%) платили за медицинскую помощь в государственных или муниципальных стационарах.

Как уже отмечалось, платежи за стоматологическую помощь более распространены, чем за амбулаторную или стационарную помощь. Это связано с преобладанием частных стоматологических поликлиник, по определению полностью платных. Согласно данным опроса, примерно две трети (64%) от числа обращавшихся за стоматологическими услугами (кроме протезирования) лечились в частных клиниках и 40% – в государственных. Вместе с тем значительная часть оплачиваемых населением стоматологических услуг предоставляется в государственных и муниципальных организациях.

Рисунок 1

ДОЛЯ ЛИЦ, ОБРАЩАВШИХСЯ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ РАЗНОЙ ФОРМЫ СОБСТВЕННОСТИ, ПО ВИДАМ ПОЛУЧАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ *(в %)*



* В случае стоматологической помощи не проводилось разделения обращений в государственные и ведомственные медицинские организации.

[1] *Шишкин, С.В., Потапчик, Е.Г., Селезнева, Е.В.* Указ. Соч.

3.2. Различия в распространенности практик оплаты медицинской помощи разными социально-демографическими группами населения

В условиях существования государственных гарантий бесплатной медицинской помощи для всех категорий граждан следует ожидать, что оплата медицинских услуг существенно зависит от уровня платежеспособности людей, их материального достатка. Опрос подтвердил это положение (рис. 2). Распространенность оплаты амбулаторных услуг возрастает вдвое при переходе от группы бедных к группе наиболее обеспеченных респондентов (с 28% до 59%). Различия в распространенности оплаты стома-

Рисунок 2

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ГРУППАМ МАТЕРИАЛЬНОГО ДОСТАТКА *(в % от числа пользовавшихся соответствующими видами медицинской помощи)*

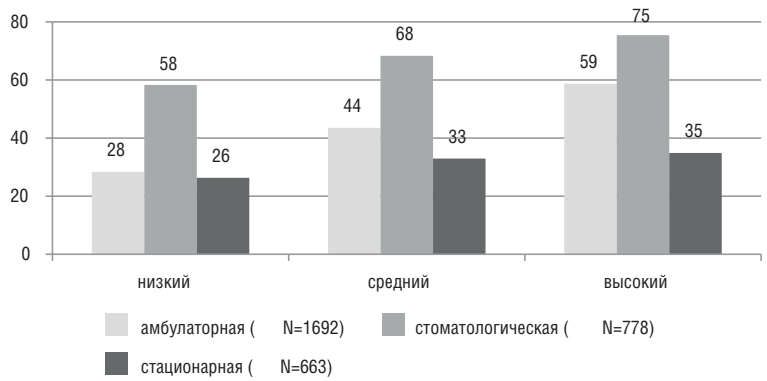


Таблица 1

ДОЛЯ ПЛАТИВШИХ ЗА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ *(в % от числа респондентов, пользовавшихся соответствующими медицинскими услугами в группах по возрасту)*

Виды медицинской помощи	до 24 лет	25-39 лет	40-54 лет	от 55 лет и старше
Амбулаторная	48	56	50	32
Стоматологическая	71	71	73	60
Стационарная	25	34	33	32

Таблица 2

ДОЛЯ ПЛАТИВШИХ ЗА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МАТЕРИАЛЬНОГО ДОСТАТКА ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ *(в % от числа респондентов, пользовавшихся соответствующими медицинскими услугами в группах по уровню материального достатка и возрасту)*

Виды медицинской помощи	Уровень материального достатка			В среднем
	Низкий	средний	высокий	
	16-24 года			
Амбулаторная	37	49	54	48
Стоматологическая	70	71	74	71
Стационарная	0	22	40	25
	25-39 лет			
Амбулаторная	49	55	60	56
Стоматологическая	60	66	82	71
Стационарная	29	39	29	34
	40-54 года			
Амбулаторная	28	48	64	50
Стоматологическая	56	75	77	73
Стационарная	28	29	46	33
	55 лет и старше			
Амбулаторная	22	33	52	32
Стоматологическая	54	62	61	60
Стационарная	29	35	27	32

тологических услуг и услуг стационара оказываются меньше – доля платившихся увеличивается примерно на треть.

Обращаемость за медицинской помощью существенно зависит от возраста. Это отражается и на распространенности случаев оплаты получаемой помощи в отдельных возрастных группах (табл. 1). В среднем чаще оплачивают медицинские услуги люди в трудоспособном возрасте, особенно когда речь идет об амбулаторном обслуживании.

Более существенные различия проявляются, если рассматривать возрастные группы населения с учетом уровня материального достатка (табл. 2). В случае амбулаторной помощи возрастным группам до 40 лет частота обращений снижается по мере роста материальной обеспеченности, но если все же потребность в ней возникает, то более обеспеченные граждане склонны оплачивать ее чаще. Особенно когда речь идет о самых молодых людях, в возрасте 16-24 года. После сорокалетнего возраста исследование не зафиксировало значимых различий в обращаемости за амбулаторной медицинской помощью в зависимости от уровня материального достатка, но частота оплаты начинает стремительно возрастать в группах наиболее обеспеченных граждан, особенно пенсионного возраста. В возрастной группе 55 лет и старше 52% оплачивали амбулаторную помощь среди наиболее обеспеченных граждан и только 22% – из числа бедных.

В случае стационарной помощи зависимости несколько сложнее. Обращаемость за стационарными услугами среди людей в возрасте 25-54 года существенно выше среди более бедной части населения[1]. Что касается оплаты, то максимальная доля платежей приходится на среднедоходные группы, если речь идет о возрастной группе 25-39 лет. Судя по тому, что именно в этой возрастной группе пользовавшихся услугами стационара особенно велика доля женщин, речь идет в первую очередь об услугах родовспоможения. В более старшей возрастной группе (40-54 года) чаще всего за услуги стационара платят представители высокодоходной части населения. Однако среди наиболее пожилых респондентов (55 лет и старше) опять максимальная доля случаев оплаты стационара приходится на среднедоходные группы населения.

Чаще всего медицинские услуги (это относится почти ко всем видам помощи) оплачивают жители Москвы, а реже всего – жители малых городов и сельской местности (табл. 3). Исключение составляют только стоматологические услуги, частота оплаты которых максимальна в средних и крупных (кроме Москвы) городах. Особенно стоит обратить внимание на то, что, несмотря на более высокий уровень пользования услугами стационара среди жителей малых городов и сел, в этой группе населения частота платежей в связи с пребыванием в больнице не выше, чем в более крупных населенных пунктах.

4. Оплата амбулаторной медицинской помощи

4.1. Распространенность оплаты отдельных видов амбулаторных услуг

Данные проведенного исследования позволяют судить о распространенности практик оплаты отдельных видов услуг при оказании амбулаторной и стационарной помощи (рис. 3). В случаях амбулаторного лечения наиболее распространенным предметом оплаты являлось проведение диагностических исследований: их оплачивали 70% тех, кто хотя бы раз платил за амбулаторную помощь, полученную в последние три месяца перед опросом. Вторым по частоте предметом оплаты стали осмотры и консультации врача – 22%. Реже встречалась оплата получения справок, направлений на дополнительные обследования, а также оплата за проведение медицин-

Таблица 3

ДОЛЯ ПЛАТИВШИХ ЗА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ *(в % от числа респондентов, пользовавшихся соответствующими медуслугами в группах по типу населенного пункта)*

Виды медицинской помощи	Москва	Города более 500 тыс.	Города от 100 до 500 тыс.	Города до 100 тыс.	Село
Амбулаторная	54	51	50	37	35
Стоматологическая	63	80	73	67	59
Стационарная	35	28	34	29	33

[1] В более молодой возрастной группе эти различия меньше, но данные трудно интерпретировать из-за малочисленности случаев госпитализации и оплаты лечения в стационаре среди молодежи (всего 24 респондента в этой возрастной группе сообщили о случаях оплаты стационара).

ских процедур, массаж и т.п.

Интересно было бы также оценить распространенность практик оплаты применительно к отдельным видам услуг. Об этом можно судить, сравнивая уже упомянутые данные о структуре оплачиваемых услуг с данными о структуре обращений за амбулаторной помощью по целям посещений (рис. 3). Но нужно иметь в виду, что эти оценки рассчитаны для группы респондентов, оплачивавших хотя бы раз амбулаторную помощь, полученную в последние три месяца перед опросом. Поэтому сравнение двух указанных структур является смещенной оценкой распространенности оплаты отдельных услуг, и использовать эти данные допустимо для получения оценок лишь в порядковой шкале.

Проводя такое сравнение, можно заметить, что пациентам чаще всего приходится платить в тех случаях, когда им необходимы диагностические исследования, и когда речь идет об услугах мануальных терапевтов и массажистов. Часто граждане платят при обращении в медицинские учреждения за справками (для водительских прав, в спортивные секции, для оформления медкнижек, профосмотра и т.п.) и при проведении различных медицинских процедур. Заметно реже платежи происходят в случаях прохождения осмотра и получения консультации врача. Наименее распространенной является практика оплаты за получение направлений на дополнительные исследования.

4.2. Официальные и неформальные платежи

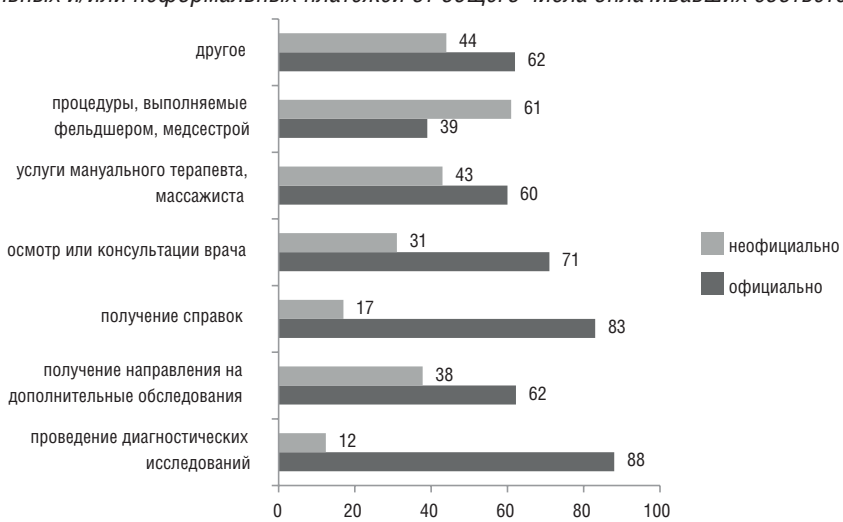
4.2.1. Сравнительная частота использования

Рисунок 3

СТРУКТУРА ПОСЕЩЕНИЙ И ОПЛАТЫ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ, МУНИЦИПАЛЬНЫХ И ВЕДОМСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ *(в % от числа посещавших и оплачивавших амбулаторную помощь)*

Рисунок 4

ОФИЦИАЛЬНЫЕ И НЕФОРМАЛЬНЫЕ ПЛАТЕЖИ ПО ВИДАМ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ *(% респондентов, сообщивших о случаях официальных и/или неформальных платежей от общего числа оплачивавших соответствующий вид услуг)*



По результатам опросов, при оплате всех видов амбулаторных услуг, за исключением услуг среднего медицинского персонала при проведении процедур, преобладают случаи официальной оплаты (рис. 4). Причем они абсолютно доминируют при оплате диагностических исследований, получении справок, осмотров и консультаций врача. В наиболее часто оплачиваемом виде амбулаторных услуг – проведении диагностических исследований – в 88% случаев платежей речь идет об официальной оплате.

Важно обратить внимание на то, что сумма долей пациентов, плативших официально и плативших неформально, по каждому виду услуг редко превышает 100%, а если и превышает, то незначительно. То есть, подавляющая часть пациентов, плативших за амбулаторные услуги, делали это либо только официально, либо только неформально, а доля тех, кто использовал оба способа оплаты услуг одного и того же вида, очень мала.

Среди респондентов, плативших за амбулаторные услуги в государственных медицинских учреждениях, 13% сообщили, что делали подарки медицинскому персоналу. Из числа пациентов частных клиник лишь 8% сообщили о затратах на подарки.

4.2.2. Размеры платежей

Анализ объемов официальных и неформальных денежных потоков, которые возникают при оказании амбулаторных медицинских услуг, также подтверждает вывод о доминировании официальной оплаты: 80% этих платежей были легально сделаны в кассу медицинских организаций (табл. 4). Нужно заметить, что полученная оценка соотношения объемов двух видов платежей почти совпадает с аналогичной оценкой, рассчитанной по данным РМЭЗ: в 2011 г. легальные платежи составили 78% от общего объема платежей населения за амбулаторные медицинские услуги[1].

Доля официальных платежей в общем объеме денежных затрат на разные виды амбулаторных медицинских услуг варьирует от 88% в случае диагностических исследований до 60% в случаях оплаты услуг мануального терапевта, массажиста и до 40% – услуг фельдшера, медсестры. Последний вид услуг – наименее затратный для пациентов, средний размер расходов за 3 месяца составляет менее одной тысячи рублей. Относительно велика также доля неформальных денежных потоков при получении направления на дополнительные обследования (61%).

В таблице 4 данные о средних размерах платежей приводятся в расчете на одного пла-

Таблица 4

РАЗМЕР ОФИЦИАЛЬНЫХ И НЕФОРМАЛЬНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ ЗА АМБУЛАТОРНЫЕ УСЛУГИ ПО ВИДАМ УСЛУГ *(в расчете на число респондентов, оплачивавших соответствующие услуги, за три месяца)*

Виды услуг	Официальные платежи		Неформальные платежи		Всего платежи		Доля официальных платежей в общем объеме платежей, %
	Число плательщиков	Платежи в среднем на одного плательщика, руб.	Число плательщиков	Платежи в среднем на одного плательщика, руб.	Число плательщиков	Платежи в среднем на одного плательщика, руб.	
проведение диагностических исследований	394	1253	54	912	447	1215	88
получение направления на дополнительные обследования	47	1808	30	1378	77	1640	61
получение справок	74	1400	15	1022	89	1337	83
осмотр или консультации врача	96	1198	43	1768	136	1401	69
услуги мануального терапевта или массажиста	19	6282	13	2281	31	4721	58
процедуры, выполняемые фельдшером или медсестрой	24	929	38	689	62	782	39
другое	7	1957	5	2384	11	2271	60
В среднем	531	1790	152	1670	636	1886	80

[1] *Шишкин, С.В., Потапчик, Е.Г., Селезнева, Е.В.* Указ. соч.

Таблица 5

РАЗМЕР ОФИЦИАЛЬНЫХ И НЕФОРМАЛЬНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ ЗА АМБУЛАТОРНЫЕ УСЛУГИ ПО ВИДАМ УСЛУГ *(в расчете на число случаев платежей)*

	Средний размер одного официального разового платежа, руб.	Средний размер одного неформального разового платежа, руб.
проведение диагностических исследований	867	576
получение направления на дополнительные обследования	1427	1146
получение справок	1302	867
осмотр или консультации врача	863	976
услуги мануального терапевта или массажиста	1583	680
процедуры, выполняемые фельдшером или медсестрой	543	267
другое	1326	1507

тельщика. Однако значительная часть респондентов имела многократный опыт оплаты амбулаторных медицинских услуг за рассматриваемый период времени (три месяца перед опросом). Расчет среднего размера одного платежа представлен в таблице 5. Официальная оплата в большинстве случаев оказывается в 1,5-2 раза выше, чем неформальные платежи. Исключение составляет оплата осмотров и консультаций врачей – здесь как раз выше размер неформальной оплаты. Можно предположить, что это происходит вследствие неадекватного учета в легальных тарифах реальной стоимости услуг высококвалифицированных специалистов. Неформальная оплата используется как раз для вознаграждения пациентами врачей с более высоким уровнем квалификации, и больший размер теневой оплаты отражает этот уровень.

4.2.3. Структура платежей по видам услуг

Согласно данным проведенного опроса, структуры официальных и неформальных платежей по видам услуг существенно различаются (рис. 5). Более половины (52%) объема легальной оплаты амбулаторной медицинской помощи составляют расходы на проведение диагностических процедур. Примерно равный вклад вносят такие услуги как предоставление справок (11%), выдача направлений (9%), осмотр и консультация специалистов (12%) и услуги мануальных терапевтов и массажистов (12%). Процедуры, проводимые младшим медперсоналам, почти не приносят официальных доходов (2% от общего официального бюджета).

Распределение теневого бюджета по источникам формирования, напротив, более равномерное. Почти треть теневого бюджета (30%) приходится на неформальные платежи врачам

Рисунок 5

СТРУКТУРА ОФИЦИАЛЬНЫХ И НЕФОРМАЛЬНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ ПО ВИДАМ АМБУЛАТОРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

(доля в общей сумме расходов, %)

за консультации. Проведение диагностических исследований, оплата которых наиболее легализована, если судить по частоте платежей, обеспечивает 20% теневого оборота. Значителен вклад неформальных платежей за получение направлений на дополнительные исследования (16%). Наименее прозрачный сектор услуг среднего медперсонала (процедуры, уколы и т.п.), где частота официальных платежей достигает 39%, в денежном выражении невелика – лишь 10% теневого бюджета. Услуги мануальных терапевтов и массажистов обеспечивают 12% теневого оборота, и еще 7% приходится на оплату разного рода справок.

Опрос зафиксировал нескольких случаев (менее десятка) очень затратных видов платежей, которые респонденты не идентифицировали по виду амбулаторных услуг, и которые были отнесены к позиции «другое». На них пришлось 5% теневого оборота. Возможно, речь идет об услугах сиделок на дому.

4.3. Неформальные платежи: причины и правила

4.3.1. Причины неформальных платежей

Использование неформальных платежей при получении амбулаторной помощи обусловливается тремя группами причин (рис. 6). Во-первых, основная причина платежей такого рода связана с желанием сократить время ожидания в очереди: на нее указали 43% респондентов. Во-вторых, неформальные платежи совершаются в тех случаях, когда услуга не может быть получена иным способом: 19% респондентов отметили, что иначе вообще нельзя было получить необходимые услуги, 16% – что иначе было трудно или невозможно попасть к тому врачу, которого им рекомендовали, и 11% – что иначе было трудно или невозможно попасть в нужное медицинское учреждение. Всего на эти причины приходится 46% ответов респондентов. Наконец, третья группа причин неформальных платежей — желание получить более качественное лечение или отблагодарить медицинских работников. На нее приходится 46% ответов респондентов: 27% указали на то, что благодаря оплате в руки рассчитывали на более внимательное и более качественное лечение, и 19% – что хотели отблагодарить медицинского работника за успешно проведенное лечение и оказанное внимание.

Первая и вторая группы причин функционально близки: неформальные платежи здесь используются как способ получения труднодоступных услуг – для преодоления барьеров доступа и для сокращения времени ожидания. И в этой функциональной роли неформальные платежи применяются чаще всего. Третья группа причин характеризует другую функциональную роль неформальной оплаты – служить средством улучшения качества оказываемой им медицинской помощи и вознаграждения за ее результативность. В этой роли неформальные платежи используются несколько реже, но достаточно активно.

Рисунок 6

ПРИЧИНЫ СОВЕРШЕНИЯ НЕФОРМАЛЬНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛУГ

(в % указавших от общего числа плативших неформально)*

* множественный выбор, сумма превышает 100%.

В большинстве случаев использования неформальной оплаты у пациентов не было возможности выбрать между официальным способом оплаты и оплатой в руки: на это указали 63% респондентов, неформально оплативших амбулаторные услуги. Неформальные платежи, следовательно, чаще являются безальтернативными экономическими инструментами выполнения указанных выше функциональных ролей.

Но более трети респондентов (37%) указали на то, что они имели возможность выбрать между официальным способом оплаты и оплатой в руки. Данные опроса позволяют сделать вывод, что в этих случаях предпочтение неформальным платежам обусловливается тремя группами факторов: экономическими, социокультурными и психофизиологическими.

1) Экономические факторы: размеры неформальных платежей, как правило, меньше

Таблица 6

ДОЛЯ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ ОБ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ НЕФОРМАЛЬНОЙ ОПЛАТЫ ПО ГРУППАМ ДЕЛАВШИХ НЕФОРМАЛЬНЫЕ ПЛАТЕЖИ АМБУЛАТОРНЫХ УСЛУГ *(в %)*

	Не было выбора, возможна только неофиц. оплата	Время неофиц. оплаты – после оказания услуги	Причина неофиц. оплаты – избежать продолжительного ожидания	Причина неофиц. оплаты – единств. возможность получить услугу
в среднем	65	60	43	21
Возраст				
16-24 года	67	81	29	14
25-39 лет	58	61	55	18
40-54 года	63	61	51	18
55+ лет	71	49	31	29
Среднедушевой денежный доход				
20% низкий	68	53	46	27
60% средний	60	60	40	18
20% высокий	64	61	56	24
Образование				
Ниже среднего	80	53	31	38
Среднее	69	53	49	21
Высшее	55	69	38	19
Размер населенного пункта				
Москва	73	58	52	19
Более 500 тыс.	47	84	30	16
От 100 до 500 тыс.	55	76	32	18
Города до 100 тыс.	67	27	50	28
Село	73	62	41	27
Субъективная оценка здоровья				
Хорошее	56	66	34	15
Среднее	62	69	44	20
Плохое	73	39	51	29
Наличие хронических заболеваний				
Да	64	53	43	25
Нет	64	65	41	14
Готовность оплачивать медицинскую помощь				
Не готовы	64	39	56	44
Готовы	64	62	42	19

официальной платы за эти же виды услуг, что делает их экономически более привлекательными для пациентов.

2) Социокультурные факторы: представления о правилах поведения, сложившиеся у ряда социальных групп, играют существенную роль в возникновении неформальных платежей. К сожалению, малочисленность группы респондентов, имевших опыт неформальных платежей за амбулаторные услуги, не позволяет проводить подробный анализ различий причин и обстоятельств этих теневых отношений для разных социально-демографических групп. Однако приведенные в таблице 6 распределения ответов свидетельствуют в пользу заметных различий в отношении к неформальным платежам у разных социальных групп. Так, представление об отсутствии выбора, т.е. убежденность в том, что легально решить проблему не удастся, преобладает у людей с низким уровнем образования, людей старшего поколения[1], сельских жителей[2], т.е. наиболее консервативных групп населения. Очевидно, что и уровень информированности этих групп об имеющихся возможностях получения медицинской помощи гораздо ниже. В этих же группах населения опрашиваемые реже сообщали о том, что неформально оплачивали услуги уже после их получения, что также может быть свидетельством социальной готовности к подобному поведению.

3) Психофизиологические факторы: субъективная оценка здоровья и наличие хронических заболеваний. Негативные оценки собственного здоровья приводят к более широкому распространению убеждения, что теневые взаимоотношения безальтернативны. 73% респондентов с плохим здоровьем считают, что у них не было выбора, платить официально или нет (при среднем уровне – 63%). Они заметно реже платят после оказания услуги, чем в среднем (39% и 60% соответственно). Представления о том, что неформальные платежи – это единственный способ получить необходимую медицинскую помощь, в рассматриваемых группах вдвое чаще фигурируют в списке причин неформальных платежей.

4.3.2. Правила неформальной оплаты

Неформальная оплата чаще производится после оказания услуги (60%), реже – до ее оказания (37%). Крайне редко платежи осуществлялись и до, и после оказания услуги.

Около трети респондентов указали на то, что размер неформальной оплаты был им известен еще до обращения за амбулаторной помощью (28%). Трети респондентов размер оплаты был назван либо непосредственно перед оказанием услуги (27%), либо сразу после (6%). В более чем трети случаев (37%) размер оплаты пациентам никем не назывался. Размер фактически произведенного неформального платежа был определен в четверти случаев (24%) в результате переговоров между пациентом и медицинским работником. В половине случаев (46%) пациенту стал известен размер оплаты, и

Рисунок 7

СТРУКТУРА ОПЛАТЫ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ, МУНИЦИПАЛЬНЫХ И ВЕДОМСТВЕННЫХ БОЛЬНИЦАХ *(% от числа оплачивавших стационарную помощь в государственных, муниципальных и ведомственных больницах)*

[1] Тот факт, что в самой молодой группе респондентов, 16-24 года, доля таких ответов несколько выше, чем в более поздних возрастах, только подтверждает гипотезу о социальных корнях теневых платежей. Молодые люди, еще не имеющие достаточного собственного опыта, чаще склонны придерживаться «общепринятых» мнений.

[2] Высока доля таких ответов и среди москвичей, но в Москве особенно высока доля неформальных платежей.

он согласился с ним, примерно в четверти – пациент сам определял, сколько заплатить (28%). Таким образом, в практиках неформальной оплаты амбулаторной помощи преобладает оплата по уже сложившимся теневым тарифам, которые тем или иным образом становятся известными пациентам. Примерно вдвое реже используется оплата по договоренности (ее размер зависит от платежеспособности пациента) и оплата-благодарность (определяется пациентом и производится после оказания услуг).

5. Платежи за стационарную помощь

5.1. Распространенность оплаты отдельных видов услуг в стационарах

Среди всех видов платежей в стационарах оплата всего стационарного лечения является мало распространенной практикой. Ее осуществили менее 10% общего числа пациентов государственных и ведомственных больниц, оплачивавших какие-либо услуги в ходе стационарного лечения за последний год (рис. 7).

Наиболее распространенным видом платежей в стационаре оказалась оплата необходимых лекарств и медицинских материалов (эта статья расходов была у 55% пациентов плативших за стационарную помощь). Очевидно, что в этой сумме расходов респонденты учитывали не только покупку лекарств и медицинских материалов непосредственно в больнице, но и их приобретение вне больницы для проведения необходимого лечения, операции или процедур в стационаре.

Далее по распространенности случаев платежей следуют оплата отдельных консультационно-диагностических услуг, в т.ч. услуг лечащего врача, и оплата дополнительных методов лечения. Такие платежи осуществляли 24% пациентов от общего числа оплачивавших стационарную медицинскую помощь. Почти столько же пациентов (22%) платили отдельно за операцию (в том числе за прием родов). Распространены и платежи за медицинские услуги, проводимые средним медперсоналом: установку капельницы, уколы, другие процедуры оплачивали 17% от общего пациентов стационаров, которые платили за лечение. Реже встречается практика оплаты дополнительных услуг в больнице. Например, не более 9% среди платившихся пациентов заплатили за более комфортное пребывание в больнице (палату повышенной комфортности, отдельную палату или палату с меньшим количеством больных). Не более 5% платили за другие услуги, связанные с улучшением условий быта, проживания (смена белья, дополнительные принадлежности, уход за лежачими больными).

5.2. Официальные и неформальные платежи

5.2.1. Сравнительная частота использования

Формы оплаты существенно различаются в зависимости от вида оплачиваемых услуг в стационарах (рис. 8). Так, оплата лечения в стационаре в целом и отдельная оплата лекарств и медицинских материалов преимущественно происходит в кассу больниц или аптечных учреждений: так делали соответственно 64% и 69% пациентов, плативших за эти виды услуг и товаров. Оплата за проведение операции и

Рисунок 8

ОФИЦИАЛЬНЫЕ И НЕФОРМАЛЬНЫЕ ПЛАТЕЖИ ПО ВИДАМ СТАЦИОНАРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ, МУНИЦИПАЛЬНЫХ И ВЕДОМСТВЕННЫХ БОЛЬНИЦАХ *(% респондентов, сообщивших о случаях официальных и неформальных платежей, от числа платившихся по отдельным видам услуг; в скобках указано число плательщиков по видам услуг)*

за консультационно-диагностические услуги и дополнительные методы лечения официально делается несколько реже (об этом сообщили соответственно 50% и 48% пациентов, плативших за эти виды услуг) и уступает по частоте неформальной оплате (61% и 57% соответственно). Реже всего официально оплачиваются услуги, выполняемые средним и младшим медицинским персоналом. Уколы, установка капельниц оплачивали в кассу 32%, смену белья, предоставление дополнительных принадлежностей, уход за лежачими пациентами в кассу оплатили менее 20% оплачивавших данные услуги.

Как и в случае амбулаторной помощи, практики официальной и неформальной оплаты стационарного лечения существуют обычно как взаимоисключающие, и очень редко, но немногим чаще, чем при амбулаторном лечении, как взаимодополняющие (рис. 4 и 8).

Наряду с денежными платежами практикуется и дарение подарков медицинскому персоналу. Среди пациентов, плативших деньгами за медицинские услуги, подарки медперсоналу, как правило, не являются основной формой «взаимоотношений» с медперсоналом, а служат дополнением к денежным платежам. Среди пациентов, плативших за стационарную помощь за последние 12 месяцев, 37% делали также подарки медперсоналу. При этом реже встречается подобная практика среди пациентов, оплачивавших услуги стационара только официально. Подарки делали 17% пациентов из числа плативших официально за стационарные медицинские услуги. А среди плативших неформально доля пациентов, делавших подарки медперсоналу, составила примерно 55% (что ожидаемо там, где отношения персонифицированные, выстраиваются на личном контакте).

5.2.2. Размеры платежей

Объемы официальной оплаты в стационарном секторе так же, как и в амбулаторном, выше, чем теневой оборот. Доля официальных платежей в кассу составляет 60% совокупной суммы денежных платежей за стационарную помощь за последние 12 месяцев, предшествующих опросу. Но этот показатель меньше, чем доля официальных платежей в расходах населения на оплату амбулаторных услуг (80%).

Доля расходов на подарки в общей сумме расходов за услуги стационара составляет менее 10%. У некоторых групп пациентов доля расходов на подарки оказалась выше: так, у наименее обеспеченных пациентов эти расходы составляют 15%.

В целом в государственных и ведомственных больницах размеры официальных платежей выше, чем неформальных. Средний размер одного платежа в кассу почти в 2 раза превышает средний размер одного платежа в руки медперсоналу.

При этом выявлена интересная зависимость: применительно к тем видам стационарных услуг, где чаще используются официальные платежи, средний размер официального платежа за услугу выше среднего размера неформального платежа за аналогичную услугу (табл. 7). Так, в случае оплаты в целом лечения в стационаре размер оплаты в кассу примерно в 6 раз превышает средний размер платежа в руки.

Таблица 7

РАЗМЕР ОФИЦИАЛЬНЫХ И НЕФОРМАЛЬНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ ЗА СТАЦИОНАРНЫЕ УСЛУГИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ, МУНИЦИПАЛЬНЫХ И ВЕДОМСТВЕННЫХ БОЛЬНИЦАХ ПО ВИДАМ УСЛУГ *(в расчете на число случаев платежей)*

Виды стационарных услуг	средний размер одного официального платежа, руб.	средний размер одного неформального платежа, руб.
Услуги стационара в целом	22707	3557
Помещение в палату с меньшим количеством больных и/или палату повышенной комфортности	4724	2973
Приобретение лекарств, протезов и других медицинских материалов	2006	1267
Проведение операции (включая прием родов)	9024	6074
Услуги лечащего врача, консультации специалистов, диагностические исследования, дополнительные методы лечения (иглоукалывание, массаж и пр.)	2182	2734
Процедуры, уколы, установку капельницы	796	385
Смена белья, предоставление нового одеяла и т.п.	370	182
Услуги по уходу за лежачим больным	0	490
В среднем	4340	2322

В случае оплаты необходимых лекарств или медицинских материалов – официальный платеж оказывается выше неформального на 60%, а в случае оплаты операции – выше на 50%.

Наоборот, в случае оплаты консультационно-диагностических услуг или дополнительных методов лечения чаще встречаются неформальные выплаты, и средний размер разового платежа в руки здесь на 20% выше, чем размер оплаты в кассу. В случае лечебных процедур, выполняемых средним медицинским персоналом (уколы, капельницы), официальная оплата используется гораздо реже, чем неофициальная, но средний размер разового платежа в кассу почти вдвое превышает средний размер платежа в руки медицинскому персоналу. Правда, общая сумма неформальных платежей одного пациента за подобные процедуры оказывается выше официальных почти на 35%.

Выявленная зависимость позволяет сделать важный вывод: более высокая степень легализации оплаты услуг в стационарах означает и большие по размеру расходы пациентов на эти услуги.

5.2.3. Структура платежей по видам услуг

Структура официальных и неформальных платежей по видам оплачиваемых услуг заметно различается (рис. 9). Если суммировать все официальные платежи, то в их совокупном объеме выделяются 3 вида услуг: оплата лечения в стационаре в целом – 37%, около 24% – приобретение лекарств и медицинских материалов, 26% – оплата операций.

В общем объеме неформальных платежей на первом месте оказываются платежи за операции (39% неформальных платежей), далее следуют расходы на диагностику и консультацию специалистов, дополнительные методы лечения (24%) и расходы на приобретение лекарств и медицинских материалов (16%). Доля платежей среднему медицинскому персоналу (за уколы, капельницы и др.) составила 7% в совокупных неформальных платежах.

5.3. Неформальная оплата: причины и правила

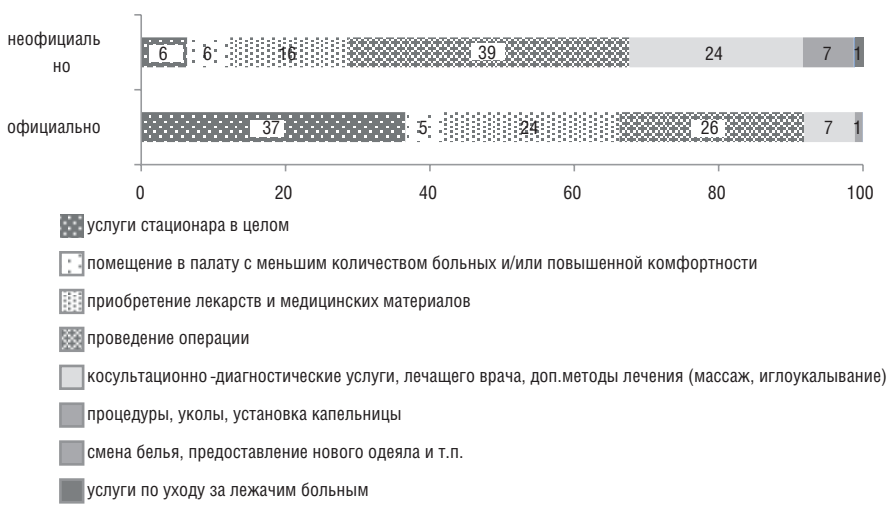
5.3.1. Причины неформальных платежей

Распределение ответов респондентов о причинах неформальной оплаты зависит от того, о каком виде помощи идет речь – стационарной или амбулаторной (рис. 6). Если для амбулаторных услуг основной причиной является желание пациентов избежать длительного ожидания, то для стационарных услуг ведущими выступают причины иного рода: 35% плативших указали на желание получить более внимательное отношение медицинского персонала и гарантировать более высокое качество услуг и 28% – на желание отблагодарить медицинских работников за проведенное лечение. Всего эту группу отметили 63% респондентов, плативших неформально (в случае амбулаторной помощи – 46%).

Второй по распространенности, как и в случае амбулаторной помощи, является группа причин, связанных с барьерами в доступности медицинских услуг: 29% респондентов отметили, что иначе вообще нельзя было получить необходимые услуги, 11% – что иначе было трудно или невозможно попасть к тому врачу, которого им рекомендовали, и 9% – что иначе было трудно или невозможно попасть

Рисунок 9

СТРУКТУРА ОФИЦИАЛЬНЫХ И НЕФОРМАЛЬНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ ПО ВИДАМ СТАЦИОНАРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ, МУНИЦИПАЛЬНЫХ И ВЕДОМСТВЕННЫХ БОЛЬНИЦАХ *(доля в общей сумме расходов, в %)*



в это медицинское учреждение. Всего на эти причины приходится 49% ответов респондентов – примерно столько же, как и при оценке причин неформальной оплаты амбулаторной помощи (46%).

Желание сократить время ожидания стационарного лечения было отмечено каждым пятым платившим за него респондентом – вдвое меньше, чем при оплате амбулаторных услуг.

Большинство (68%) пациентов, вовлеченных в теневые платежи, сообщили, что у них не было выбора, платить в кассу или в руки, возможна была только неформальная оплата. Лишь у 14 % пациентов, плативших в руки, был выбор, платить официально или неформально, и они сделали выбор в пользу неформальной оплаты. 18% плательщиков затруднились с ответом.

Среди респондентов, неформально оплачивавших медицинскую помощь в стационарах, только 14% указали на наличие выбора между официальным и неформальным способом оплаты, а 68% плативших указали на отсутствие у них такого выбора. Таким образом, неформальные платежи за стационарное лечение в еще большей степени, чем платежи за амбулаторные услуги, являются безальтернативными экономическими инструментами улучшения качества оказываемой медицинской помощи и вознаграждения за ее результативность и получения труднодоступных услуг.

Получателями неформальных платежей при оказании услуг в стационаре чаще всего становятся лечащие врачи (60% случаев, рис. 10), а также медицинские сестры и нянечки (30% случаев) или заведующие отделением, в которое помещен пациент (16% случаев).

5.3.2. Правила неформальной оплаты

Каким образом определяются размеры неформальных платежей в стационарах? Немногим менее трети плативших неформально респондентов (29%) сообщили, что о размере оплаты они узнали непосредственно перед оказанием услуг (операцией, лечением, процедурами). Реже респондент узнавал о требуемой сумме еще до госпитализации – о подобном опыте сообщили 16% пациентов плативших за стационар в конверте. Лишь 3% платившим неформально пациентам сумма платежа называлась после оказания медицинской помощи. Почти в половине случаев (44% случаев платежей в конверте) пациенту никто не называл сумму неформального платежа за услуги стационара.

Более чем в трети случаев (36%) пациенту стал известен размер оплаты, и пациент согласился с ним. Всего лишь в 6% случаев пациенты пытались обсуждать размер платежа с медицинскими работниками. В 41% случаев пациенты сами определяли величину неформальной оплаты. 18% респондентов, плативших персоналу больниц в руки, затруднились с ответом на вопрос о том, как был определен размер платежа.

Около 48% пациентов платили медицинским работникам в руки авансом, до получения медицинских услуг; 43% пациентов платили после получения медицинской помощи. Если рассматривать только случаи, когда пациенту была названа «цена вопроса» еще до оказания услуг, то в 55% случаев передача денег осуществлялась также до получения медицинской помощи. В этом отношении практики неформальной оплаты стационарной помощи заметно отличаются от оплаты амбулаторных услуг:

Рисунок 10

КОМУ ИМЕННО ПЛАТИЛИ ПАЦИЕНТЫ, КОТОРЫЕ НЕФОРМАЛЬНО ОПЛАЧИВАЛИ СТАЦИОНАРНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ *(в % от числа пациентов плативших неформально, по последнему случаю неформальной оплаты)*

там, как было показано выше, оплата чаще производится после оказания услуг.

Можно сделать вывод, что в секторе стационарной медицинской помощи примерно одинаково распространены оплата услуг по сложившимся теневым тарифам и оплата-благодарность, когда размеры вознаграждения определяет сам пациент. Установление размера оплаты по договоренности применяется редко.

6. Оплата стоматологических услуг

Дизайн данного исследования предполагал, что на вопросы о размерах и характере платежей за стоматологическую помощь отвечали только те респонденты, которым также приходилось оплачивать какие-либо другие виды медицинской помощи. В итоге информация о практиках оплаты стоматологических услуг была получена только примерно для трети (35%) пациентов, которым приходилось оплачивать стоматологическую помощь в последние три месяца перед опросом.

Как было показано ранее, платежи за стоматологические услуги распространены чаще, чем за амбулаторную или стационарную помощь. Это связано с преобладанием частных стоматологических поликлиник, по определению полностью платных, и с меньшей определенностью государственных гарантий оказания бесплатной стоматологической помощи по сравнению с другими видами медицинской помощи.

Согласно данным опроса, примерно две трети (64%, N=132) от числа обращавшихся за такой помощью получали стоматологические услуги (кроме протезирования) в частных клиниках, и еще 40% (N=84) – в государственных[1]. Услуги зубопротезирования чаще всего пациенты также получают в частном секторе, но в сравнении с другими, это относительно редкий вид услуг. В рамках данного опроса 15 респондентов сообщили о пользовании услугами государственных медучреждений для зубопротезирования и 27 респондентов – об использовании услуг в частных клиниках.

Три четверти пациентов (74%), получавших стоматологическую помощь (кроме зубопротезирования) в государственных медицинских учреждениях, оплачивали ее официально, в кассу. В среднем один пациент заплатил 1409 руб. за полученное лечение. Неформальные платежи делал только каждый четвертый пациент государственных поликлиник (24%), и в среднем заплатил 2615 рублей. Ситуация с соотношением распространенности официальных и неформальных платежей и их размеров здесь аналогична ситуации с оплатой консультаций врачей в амбулаторных государственных учреждениях. Очевидно, что и здесь официально установленные тарифы на платные услуги в целом ряде случаев не отражают реальной сложности и цены труда стоматологов, и неформальная оплата исправляет это положение. Подарки помимо оплаты деньгами делал один из десяти пациентов (9%), в среднем потратив на них 745 руб. (N=8).

В частных клиниках неформальные платежи встречаются намного реже. Их делал только один из десяти пациентов (10%), заплатив в среднем 4525 рублей (N=13). Подарки дарят крайне редко (4%), а их цена меньше – 230 рублей (N=5). Вместе с тем, официальная оплата в частных клиниках примерно в 2,5 раза выше, чем в государственных, и составляет в среднем 3378 рублей (N=132).

Соотношение формальных и неформальных платежей за услуги зубопротезирования примерно такое же, как и за прочие стоматологические услуги.

Пациенты частных клиник составляют наиболее многочисленную группу респондентов, получавших и оплачивавших стоматологическую помощь, и здесь возможен анализ в разрезе социально-демографических групп опрошенных.

Прежде всего обращает на себя внимание ситуация в Москве: москвичи вдвое реже, чем остальные жители страны, пользуются услугами частных стоматологических клиник. Вероятно, это связано с наиболее высоким уровнем развития системы здравоохранения в Москве: здесь сохранилась сеть государственных стоматологических поликлиник, в то время как в других регионах она, очевидно, понесла большие потери.

Уровень дохода пациентов оказывает куда меньшее влияние на выбор между государственными и частными организациями. Среди бедных 61% пользовались услугами частных стоматологических клиник, а среди богатых – 71%.

Зависимость посещений частных стоматологических клиник от возраста иная: наиболее частыми клиентами частных клиник являются молодые люди (79%). Люди пенсионного возраста практически вдвое реже пользуются частными услугами (39%).

[1] Сумма долей превышает 100%, поскольку незначительная часть респондентов пользовались услугами как государственных, так и частных медучреждений.

7. Оплата услуг скорой медицинской помощи

Услуги скорой помощи реже всего оплачиваются пациентами. За последние 3 месяца перед опросом только 7% пациентов, вызывавших скорую помощь, платили в связи с этими вызовами. В общей совокупности опрошенных число пациентов, плативших за услуги скорой помощи, составило 35 человек, в том числе 27 человек платили за вызов государственной скорой помощи, и 8 – за частную скорую помощь. В среднем сумма платежей за услуги скорой медицинской помощи составила примерно 1,2 тысячи рублей.

Если судить по последнему случаю оплаты государственной скорой помощи (рис. 11), то в половине случаев пациенты платили в знак благодарности за оказанную помощь. Выплаченная сумма составляла в среднем примерно 800 рублей. В 29% случаев пациенты платили сотрудникам бригады скорой помощи за предложенные им лекарства и медицинские материалы. Средний размер платежа был равен примерно 400 рублей. В 28% случаев пациенты платили медицинским работникам за возможность госпитализироваться в предпочитаемую («хорошую») больницу. Сумма платежа за эту услугу составляла в среднем около 500 руб.

Кто выступал инициатором платежа? – В половине случаев сам пациент или его родственники предлагали деньги медицинскому работнику государственной скорой помощи (рис. 12); 30% плативших за скорую помощь

Рисунок 11

ЗА ЧТО ПЛАТИЛИ РАБОТНИКАМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ *(в % от числа плативших работникам скорой помощи)*

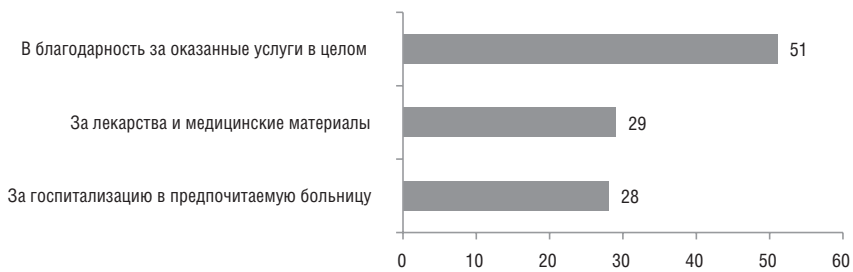
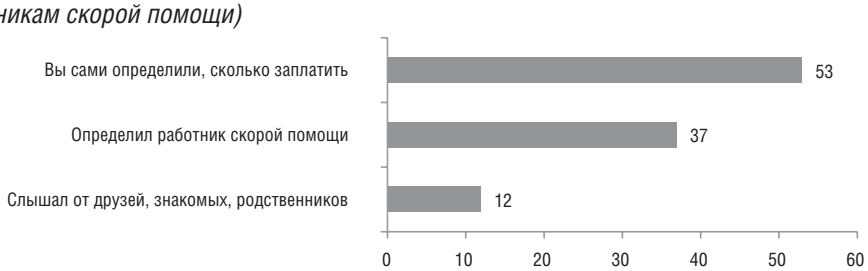


Рисунок 12

ПОЧЕМУ ПАЦИЕНТ ПЛАТИЛ РАБОТНИКАМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ *(в % от числа плативших работникам скорой помощи)*

Рисунок 13

КТО ОПРЕДЕЛЯЛ СУММУ, КОТОРУЮ ЗАПЛАТИЛИ ЗА ВЫЗОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ *(в % от числа плативших работникам скорой помощи)*



объяснили свое решение предложить деньги медицинским работникам тем, что «так принято», что слышали, как другие люди платят за вызов; 15% плативших сделали это потому, что и раньше платили за такие вызовы, т.е. поступили в рамках привычной для себя практики. Лишь в 20% случаев сам медицинский работник напрямую предложил пациенту оплатить медицинскую помощь.

В 53% случаев оплаты услуг государственной скорой помощи пациенты или их родственники сами определяли, сколько заплатить медицинскому работнику (рис. 13). Еще 12% плативших пациентов определили размер платежа, вспомнив, сколько платили в подобных случаях их родственники, знакомые, друзья. В 37% случаев сумму за оказанную услугу определил сам медицинский работник скорой помощи.

8. Готовность населения платить за медицинскую помощь

Многолетнее развитие платной медицины в России закономерно приводит к тому, что население довольно часто не только платит за получаемые услуги, но и высказывает одобрение такой практики (или, как минимум, ее не отторгает). Примерно две трети опрошенных (63%) сообщают о своей готовности оплачивать услуги системы здравоохранения при тех или иных условиях, и только треть (32%) не готовы платить ни при каких обстоятельствах (при 5% затруднившихся с ответом).

Чаще всего речь идет о готовности оплачивать использование современных технологий и оборудования при лечении (32%), услуги наиболее опытных специалистов (31%), более комфортное лечение (например, дополнительное обезболивание) (24%).

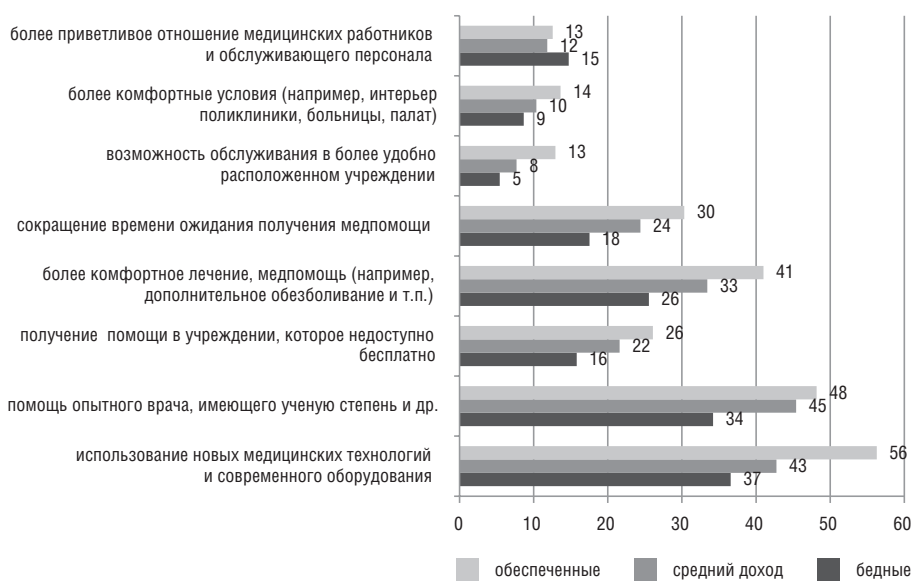
Не столь часто люди готовы платить за сокращение времени ожидания получения помощи (18%), или за помощь в тех учреждениях, которые недоступны при установленных порядках получения бесплатной помощи при заболеваниях.

Реже всего респонденты сообщали о готовности оплачивать комфортные условия оказания медицинской помощи (8%), приветливое отношение медицинских работников (9%), удобное расположение медицинских учреждений (6%), т.е. факторы бытового и психологического комфорта.

Готовность оплачивать медицинские услуги существенно различается по отдельным группам опрошенных. Как и следовало ожидать, отрицательное отношение к платежам свойственно людям старших возрастов, менее обеспеченным, хуже оценивающим свое здоровье. Наблюдаются более чем двукратные различия в частоте ответов «не готов платить ни за что» в зависимости от этих факторов. Однако во всех группах сохраняется одинаковая структура приоритетных направлений оплаты, отмечаемых теми, кто все же допускает возможность платежей за медицинскую помощь из семейного бюджета. Так, 54% в группе наименее обеспеченных граждан сообщили о том, что они не считают возможной оплату медицинских услуг ни при каких условиях, а сре-

Рисунок 14

ЗА ЧТО СОГЛАСИЛИСЬ БЫ ЗАПЛАТИТЬ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРЕДСТАВИТЕЛИ ГРУПП ОПРОШЕННЫХ ПО УРОВНЮ МАТЕРИАЛЬНОГО ДОСТАТКА *(% от числа согласных на оплату)*



ди обеспеченных доля таких ответов почти втрое ниже – 15%. Но гипотетическая структура платежей примерно одинакова (рис. 14.). Единственное различие – именно бедные пациенты более всего заинтересованы в психологическом комфорте лечения (в приветливом отношении медицинских работников и обслуживающего персонала)– и они чаще готовы его оплачивать!

Описанная устойчивая структура представлений о возможных предметах оплаты при оказании медицинской помощи отражает осознание гражданами существенных проблем в организации оказания бесплатной медицинской помощи, в первую очередь ее недостаточного технологического оснащения и низкого уровня квалификации медицинских кадров.

Позиция тех, кто заявляет о своем нежелании в принципе платить за медицинскую помощь, оказалась двусмысленной. Эта вербальная позиция вполне сочетается с довольно широким распространением фактических платежей за лечение. Более того, такие люди находят больше причин, чтобы оправдать свое поведение (чаще упоминают различные причины осуществления неформальных платежей), а также заметно чаще платят авансом.

9. Заключение

Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие главные выводы в отношении современных практик участия населения в оплате медицинской помощи:

1. В эти практики вовлечена уже значительная часть российских граждан. Те или иные услуги, связанные с лечением, оплачивают около половины (44%) пациентов, обращающихся за амбулаторной медицинской помощью, треть (32%) пациентов стационаров, более двух третей (69%) клиентов стоматологических клиник. И только скорая помощь остается, как правило, полностью бесплатной для населения: за ее услуги платили лишь 7% пациентов.

2. К оплате медицинской помощи прибегают представители всех основных социально-демографических групп. Разумеется, неравенство в возможностях обращения к платной медицине имеет место, но можно выделить совсем немного линий, по которым наблюдается значительная дифференциация частоты обращения представителей разных групп к оплате медицинской помощи. Различия между группами с разным уровнем дохода проявляются сильнее всего в распространенности оплаты амбулаторных услуг: более обеспеченные платят вдвое чаще. Намного реже оплачивают медицинскую помощь люди в пенсионном возрасте. Жители средних и больших городов намного чаще, чем жители малых городов и сел, платят за амбулаторную и стоматологическую помощь. Различия по другим социально-демографическим признакам и видам помощи выражены в меньшей мере.

3. Основная часть платной медицины концентрируется в государственном секторе, но и роль частного сектора уже весьма заметна: 41% среди тех, кто платил за амбулаторную медицинскую помощь, и 64% получавших платную стоматологическую помощь лечились в частных клиниках.

4. В государственных медицинских организациях наиболее распространенным предметом оплаты выступает то, что составляет содержание их основной деятельности и воплощает новые медицинские технологии и значительный человеческий капитал. При оказании амбулаторной помощи – это диагностические исследования и консультации врачей. При стационарном лечении – это лекарства, медицинские материалы и врачебные услуги (консультации, проведение операций, др.).

5. Оплата медицинской помощи в большой степени легализована. Случаи официальной оплаты преобладают при оплате всех видов амбулаторных услуг, за исключением услуг среднего медицинского персонала при проведении процедур. Основной объем платежей (80%) производится через кассу.

При оказании стационарной помощи степень легализации платежей меньше. Неформальные платежи преобладают при оплате врачебных услуг и услуг среднего и младшего медицинского персонала. Но официальные платежи, осуществляемые по большей части за лекарства и медицинские материалы, все же превалируют по объему – на них приходится 60% всех расходов пациентов на стационарное лечение.

6. Практики официальной и неформальной оплаты амбулаторной и стационарной помощи существуют как взаимоисключающие (пациенты платят либо только официально, либо только неформально), и очень редко – как взаимодополняющие (пациенты применяют оба способа оплаты).

Сравнение официальных и неформальных платежей показывает, что официальные платежи имеют более предметный характер, более обезличены, нейтральны к субъектам, оказывающим медицинскую помощь. Напротив,

неформальные платежи более персонифицированы, они адресованы персоналу, непосредственно оказывающему медицинскую помощь или отвечающему за доступ к нужной помощи. Эти платежи в большем объеме ориентирована на «сотрудничество» со старшим медперсоналом (хирургами, врачами-специалистами, лечащими врачами).

7. Неформальные платежи выполняют для пациентов двоякую функциональную роль: они используются как способ получения труднодоступных услуг (преодоления барьеров доступа и для сокращения времени ожидания) и как средство улучшения качества оказываемой им медицинской помощи и вознаграждения за ее результативность. В большинстве случаев неформальные платежи являются безальтернативными экономическими инструментами выполнения указанных выше функциональных ролей: две трети неформально плативших респондентов указывают, что у них не было возможности заплатить официально.

8. Сами практики теневой оплаты с точки зрения применяемых в них правил разбиваются на две большие группы: 1) практики, в которых используется рыночный безличный механизм формирования теневых тарифов на медицинские услуги, и 2) практики, в которых применяется персонализированный механизм вознаграждения поставщиков услуг их клиентами.

9. Выявленные характеристики практик неформальной оплаты свидетельствуют об их высокой укорененности и устойчивой воспроизводимости в теле российского здравоохранения. Это позволяет утверждать, что главной задачей государственной политики по отношению к этим практикам должно выступать их сдерживание и постепенная замена институтами официальной оплаты, способными выполнять те функции, с которыми существующие институты легальной оплаты справляются плохо. Без этого любые попытки в короткие сроки добиться ликвидации неформальных платежей не дадут ожидаемого результата.

Правда, начиная такую политику, нужно иметь в виду: более высокая степень легализации оплаты медицинских услуг означает и большие по размеру расходы пациентов на эти услуги.

10. Большая часть опрошенного взрослого населения занимает вполне конструктивную позицию в отношении перспектив развития платной медицины. Примерно две трети респондентов сообщают о своей готовности оплачивать услуги системы здравоохранения при тех или иных условиях, и только треть не готовы платить ни при каких обстоятельствах.

Наиболее часто высказывается готовность платить за использование в лечении современных технологий и оборудования и за лечение у наиболее опытных специалистов. Более комфортное лечение (например, дополнительное обезболивание) занимает третье по приоритетности место в этом ряду. Реже люди готовы платить как раз за то, за что чаще платят сейчас – за сокращение времени ожидания получения помощи и за получение помощи в тех учреждениях, которые недоступны без оплаты. И уж совсем редко отмечается готовность оплачивать сервисные условия оказания медицинской помощи, приветливое отношение медицинских работников и т.п.

11. Структура выявленных предпочтений населения заставляет скептически отнестись к предложенному в недавно опубликованном проекте Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг. введению института добровольного медицинского страхования, дополнительного к обязательному медицинскому страхованию (ОМС+), которое предусматривает предоставление застрахованным лицам медицинских и сервисных услуг, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования. Наше исследование показывает, что граждане готовы платить в первую очередь за более высокое качество собственно медицинских услуг, бесплатное оказание которых гарантируется государством, но качество которых, их, очевидно, не вполне устраивает. А то, что предлагается сделать предметом легальной оплаты в упомянутой Стратегии, для российских граждан, как выясняется, является наименее приоритетным.

11. Политикой, более адекватной выявленным характеристикам участия населения в оплате медицинской помощи, является внедрение новых институтов такой оплаты, гражданам получать за свой счет медицинскую помощь более высокого качества по сравнению с установленными стандартами и порядками оказания бесплатной медицинской помощи, , но без ущерба для доступности бесплатного лечения.