

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Назаров В.С. Соколов Д.В.

**Институциональное исследование российского
здравоохранения**

Москва 2017

Аннотация. Работа посвящена институциональному анализу российской системы здравоохранения 2014-2015 гг., роли и стратегии ее основных субъектов – лечебных заведений, страховых компаний, пациентов и др. Методами, использованными в этом экономическом анализе, являются качественный антрополого-социологический и дискурсивные методы. Основные рекомендации касаются введения разнообразной схемы соплатежей для пациентов, предоставления возможности практики в амбулатории врачам из стационара, развитие сельской и городской частной врачебной практики, приведение тарифов ОМС к рыночным показателям и другие.

Abstract. The paper presents the institutional analysis of the Russian health care system in 2014-2015 and roles and strategies of its main elements – medical centres, insurance companies, patients and etc. Economic analysis was conducted using the qualitative methods of anthropology and sociology, and the discourse method. Main recommendations contain introduction of variable schemes of cofounding payments for patients, allowing doctors from inpatient department to practice in outpatient department, development of private medicine in rural areas and in large cities, adjusting tariffs of the Mandatory Medical Insurance to the market ones and etc.

Назаров В.С. заместитель директора Института социального анализа и прогнозирования Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Соколов Д.В. старший научный сотрудник Международной лаборатории экономики реформы здравоохранения ИНСАП Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2016 год.

Содержание

СОДЕРЖАНИЕ	3
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	4
ВВЕДЕНИЕ	5
1 ОСНОВНЫЕ ЧЕРТЫ ПОРЕФОРМЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	9
1.1 Фискальные функции страховых компаний и «рынок диагнозов»	10
1.2 Страховая медицина без страхового принципа	14
1.3 «Рынок диагнозов»	16
1.4 «Трагедия первичного звена»	25
1.5 Барьер недоступности	28
1.6 Кадровый голод	32
2 МОДЕЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ: ЛПУ / ВРАЧ, ЛПУ / ПАЦИЕНТ, ВРАЧ / ПАЦИЕНТ -	
ПРОГНОЗЫ И РИСКИ РАЗВИТИЯ	37
2.1 Новое земство	38
2.2 Федералы против регионалов.....	43
2.3 Типология регионов.....	46
2.4 Профессиональные знания и доступ к профессии	47
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	50
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	52

Обозначения и сокращения

ОМС	Обязательное медицинское страхование
ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ВМП	Высокотехнологичная медицинская помощь
УЗИ	Ультразвуковое исследование
МРТ	Магниторезонансная томография
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ЯМРТ	Ядерно-магнитная резонансная томография
ДВФУ	Дальневосточный федеральный университет
ЭКГ	Электрокардиография

Введение

Экономические исследования здравоохранения в России затруднены, во-первых, не всегда релевантной и прозрачной статистикой, во-вторых, сложностью подбора объективных критериев оценки эффективности медицинских технологий (своих школ почти не осталось, а импорт методов лечения, оборудования и лекарственных препаратов осуществляется из разных стран и имеет существенные индивидуальные особенности). Трудно учитывать коррупционную составляющую, административный ресурс, растущие объемы неформальной медицинской помощи населению, как профессиональными врачами, так и парамедиками и шарлатанами.

Данная работа представляет результаты анализа материалов качественного социологического исследования по трем группам участников системы здравоохранения – медицинские работники, пациенты и администраторы здравоохранения, проведенного с апреля по октябрь 2014 года. География исследования охватывает Санкт-Петербург, Республику Дагестан, Иркутск, Владивосток, Сургут, Нефтеюганск, Нижневартовск, Пыть-Ях, Тюмень. В ходе исследований было собрано более 300 глубинных интервью, которые были транскрибированы и подвергнуты лингвистическому и институциональному анализу.

Применяемая методология представляет собой институциональный анализ материалов глубинных интервью, направленный на выявление основных групп интересов «административного рынка» здравоохранения и анализ их стратегий, а также предпринята попытка институционального анализа медицинских коллективов как отдельных частей медицинской корпорации путем проведения качественных исследований. Именно качественные исследования могут пролить свет на реакцию медицинской корпорации на реформы и другие внешние факторы.

Институциональные экономические исследования, а институты согласно Грейфу — «это система социальных факторов, которые совместно порождают регулярность поведения» [1], - требуют не столько количественного, сколько дискурсивного подхода. Ведь среди упомянутых в определении «социальных факторов», или «институциональных элементов», особое внимание уделяется таким, «как правила, убеждения и нормы, а также их проявлениям в виде организаций. Таким образом, можно расширить данное выше определение: институт — это система правил, убеждений, норм и организаций, которые совместно порождают

регулярность (социального) поведения». Здравоохранение – это целая мозаика институциональных конструкций, все элементы этой мозаики описываются текстом, их изучение требует подходов, которые в большей степени улавливают социальный контекст, позволяют работать с дискурсивными категориями. Текст (история или инструкция) – основной способ «оцифровки» институтов вообще и институтов здравоохранения в частности. Бюджеты клиник, количество пролеченных случаев, тарифы ОМС или ВМП почти ничего не говорят, если мы не знаем, как устроены социальные пространства и рынки, открытые или административные, медицинских услуг, профессиональных статусов, бюджетных и страховых финансовых потоков. Операции с цифрами без текста – все равно, что попытка описать лес, считая листья, не обращая внимания на корни, стволы и ветви крон.

В работе Аркелоффа и Шиллера «Роль историй в национальных экономиках» авторы объясняют применение дискурсивного подхода в экономических исследованиях: «Когда экономисты начинают строить свой анализ на историях, это часто воспринимается как непрофессионализм. Считается, что следует полагаться только на факты, цифры и теорию о том, что все стремятся оптимизировать экономические переменные: «...Но как быть, если истории сами способны двигать рынки?...Что если они сами по себе — часть экономики? В таком случае следует признать, что в своём пренебрежении историями экономисты зашли слишком далеко. Ведь истории не объясняют факты; они сами становятся фактами» [2].

В основе предлагаемых методологических размышлений – статья В. Ефимова «Дискурсивный анализ в экономике: пересмотр методологии и истории экономической науки», которая обосновывает и отстаивает «абсолютную необходимость применения дискурсивного подхода в экономике» [3].

Подробный анализ дискурсивного материала, собранного с максимальной полнотой о выбранном объекте исследования, дает заметный эффект, оправдывающий и месяцы работы в поле, и иногда, казалось бы, избыточно тщательную работу с собранными текстами. Во всех случаях высеченный из множества нарративов «текст», состоящий из историй, кодифицирующих правила поведения сотрудников медицинских коллективов, является объективной реальностью, позволяет сравнить социальные пространства поликлиники, тысячекоечного стационара, частной урологической клиники и специализированного медицинского текста. Результат, конечно, зависит от гипотезы и методологии, но

этот результат объективен, он всегда корректирует теорию, и он воспроизводим. Так, если в кардиоцентре репутации и статусы «раздает» коллектив профессионалов во главе с руководителем, то в поликлинике эффективность и профессионализм участкового хирурга определяется корректно составленной документацией, отсутствием жалоб пациентов и нареканий со стороны страховой компании.

По мнению Бруно Латура, критикующего количественные методы исследования, применяя дискурсивный метод, «мы возвращаемся к нашему определению объективности как способности объекта достойно противостоять тому, что о нём сказано. Если мы потеряем эту способность объекта влиять на научный результат (чем гордятся сторонники количественных методов), мы потеряем и саму объективность» [4].

Ефимов в своей статье для большей ясности даже «видоизменил фразу, предложенную О. В. Хархординим, редактором перевода книги «Нового времени не было», для характеристики этого центрального латуровского положения», сформулировав, «что основное свойство объекта исследования — это отметить фантазии учёных о нём» [5].

В полевой практике нарратив – это результат глубинного интервью, организованного, как частично структурированная беседа о различных аспектах профессиональной деятельности интервьюируемого, его представлениях и убеждениях. В пределах затрагиваются все значимые для врачебной практики. Важно не только описать каждодневный труд врача. Небольшой сдвиг фокуса в «оптике» исследователя, - и мы получаем новую проекцию (или новые слои) сложнейших и разнообразнейших социальных порядков сельских общин и городских сообществ.

С другой стороны, «нарратив — это слово для обозначения специального набора инструкций и норм, предписывающих, что следует и чего не следует делать в жизни, и определяющих, как тот или иной индивидуальный случай может быть интегрирован в некий обобщённый и культурно установленный канон» [5].

Исходя из этого под дискурсивным анализом в экономике предлагается понимать «анализ нарративов, имеющих непосредственное отношение к экономическим процессам и явлениям». Но иногда очень трудно определить, что относится к экономике, а что – нет. Скорее, все записанные истории и инструкции можно использовать для декодирования экономического поведения людей.

Поэтому авторы уже цитированной работы [2] не согласны со «стандартной экономической методологией, с её сосредоточенностью на статистическом анализе популяций», в противоположность антропологам, которые «на основании множества мельчайших подробностей, которые они записывают, и благодаря вниманию, которое они уделяют подтекстам того, что произносят люди... конструируют последовательную картину поведения людей. Действительно самые лучшие этнографические работы не просто записывают то, что говорят люди; они декодируют то, что те говорят и делают». Ведь «многие люди охотно описывают, как, по их мнению, они должны себя вести и как должны вести себя другие. Такого рода «признания» случаются при неформальном разговоре. Внешнему наблюдателю (например, антропологу), присоединившемуся к беседе, следует лишь послушать рассказы и разговоры других людей, чтобы понять их нормы».

Обсуждаемый методологический подход даже без подробных междисциплинарных экскурсий легко помещается в общенаучный дискурс, за которым можно обратиться и к Хайдеггеру («язык – это дом бытия»), и к Витгенштейну («Границы моего языка есть границы моего мира»), и к Льву Выготскому, состоящему в том, что человеческие взаимодействия, которые можно отнести к разряду социальных, опосредуются языком.

Вторая методологическая идея, которая должна быть отмечена в связи с дискурсивным методом, это упомянутая уже полнота сбора информации. Рассказы каждого следующего информанта совпадают с уже записанными и не содержат новых для исследователя норм и правил, то есть, существенно не меняют получающийся в результате работы с нарративами «итоговый текст».

1 Основные черты пореформенной системы здравоохранения

Введение одноканального подушевого финансирования здравоохранения в объеме ОМС привело к существенным изменениям дизайна административного рынка медицинских услуг. В целом можно говорить о следующих чертах системы здравоохранения:

1. Отсутствие страхового принципа при наделении административной функцией и территориальных фондов ОМС, и страховых организаций формирует специфический «административный рынок». А появление двух главных ресурсов, которые в пределе синхронизируются между собой – «потока пациентов» и распределения квот на высокотехнологическую медицинскую помощь приводит к формированию «рынка диагнозов», что, в свою очередь, приводит к расколу корпорации, к ее стратификации.
2. Ослабление первичного звена за счет низких тарифов по ОМС, слабой оснащенности современным диагностическим и лечебным оборудованием и дефицита кадров при декларации бесплатной медицинской помощи превращает медицинские услуги в первичном звене в дефицитный ресурс с последствиями, сходными с «трагедией общин», подробно описанной институционалистами, начиная с Гаррета Хардина [6].
3. В результате на уровне первичного звена создается «барьер недоступности» медицинской помощи, который и формирует, наряду с поликлиниками при специализированных или многофункциональных медицинских центрах, системой ДМС и службой скорой помощи, создающей «тоннельный эффект», инфраструктуру доступа населения к медицинским услугам.
4. Кадровый голод – разрушение медицинских школ, уход из профессии большого количества подготовленных специалистов, неэффективность использования квалифицированных сотрудников и дефицит среднего медицинского персонала. К тому же, медицинская корпорация делится на:
 - а) амбулаторно-поликлиническое звено, которое всегда перегружено, недофинансировано, персонал которого все равно приспосабливается к

сложившимся условиям и зарабатывает свои деньги на логистике и продаже доступа ко второму и третьему уровням системы¹;

- b) сложившиеся коллективы больших 1000-кочных больниц;
- c) специализированные центры, которые в состоянии побороться за квоты с федеральными специализированными медицинскими центрами, и на собственно специализированные центры, изначально поставленные в тепличные условия.

1.1 Фискальные функции страховых компаний и «рынок диагнозов»

Постепенно расширяющееся географически и по занимаемому месту в структуре финансирования здравоохранения одноканальное финансирование через систему ОМС привело к интересным институциональным последствиям:

1. Бюрократизация и формализация отношений пациент – ЛПУ и врач – администратор, что в целом неблагоприятно сказалось на качестве медицинского обслуживания населения в первичном звене, перенесся акцент ответственности врача с диагностики и лечения непосредственно, на корректное администрирование и правильный документооборот.
 - «Вот по последнему приказу Российской Федерации, это приказ федерального значения, на одного пациента мне дается тридцать минут, если я работаю с восьми до двух, шесть часов, в час двое, двенадцать человек. Вот двенадцать человек я должен принять. Конечно, я спрошу, как у тебя дела, что ты делал вчера, что ты кушал вчера, а я принимаю, в среднем, допустим, тридцать человек, тридцать пять человек и поэтому мне не до этого» [7];

¹ Стационарно-лечебные учреждения подразделяются на учреждения 1 уровня (участковые больницы, до 100 коек), учреждения 2 уровня (центральные районные и городские больницы, без специализированных отделений, 100-150 коек) и учреждения 3 уровня (центральные районные и городские больницы, оказывающие специализированную медицинскую помощь по рассматриваемому профилю патологии, более 150 коек), а также учреждения 4 уровня (ЛПУ областного подчинения, специализированные ЛПУ, клинические городские больницы, оказывающие специализированную помощь в полном объеме – диагностика и лечение).

- «Сегодня медсестра говорит, по телеку видела, буквально, на днях по федеральному каналу кто – то выступал, говорит, именно врачей превратили в писарей, в компьютерщиков. Человек заходит, я смотрю на компьютер, чтобы вбить фамилию. Потом оборачиваюсь и смотрю, укладываю, раздеваю, то, се, если нужна перевязка – в перевязочную, обратно за компьютер, печатаю. Такая система, я не скажу, что сильно плохо» [7];
 - «На пациента я оставляю там минуту – две, образно говорю, на компьютер я выделяю десять – пятнадцать минут, а на пациента – минуту» [7];
 - «Я не сказала про нагрузку на приеме! Я сказала про такие глаза и отчеты, вы понимаете, я сдаю ежемесячный, ежеквартальный, в поликлинике, полугодовой, годовой, плюс у нас еще проверки по акушерско - терапевтическому комплексу. По той же кардиологии устраивают нам и ежемесячные выбор ОМС, карточки, пока это все дело соберешь, пока предоставишь, уже вторая проверка, то есть, пусть это будет на электронном уровне, зачем вы меня дергаете, зачем я должна составлять перепись населения? Скажите мне, пожалуйста, зачем я должна ходить и переписывать население свое, есть электронная перепись населения, давно уже сформированная, зачем мне это. Я вот эту пустую работу, я ее не пойму. В меня государство вложило бешеные бабки, не заставляйте меня фигней страдать» [7];
 - «Он его не смотрит, над ним не думает, и отправляет к специалистам. И не потому что он врач плохой, чаще, потому что в таком цейтноте...» [7].
2. Одноканальное финансирование в сочетании с кодами диагнозов в ОМС и квотами на ВТМП превратили пациента с диагнозом в своеобразный ресурс, распределяемый на административном, но рынке. Можно говорить о борьбе ЛПУ, особенно второго и третьего уровня, за «пациентопотоки», или о «рынке диагнозов». Успешные игроки на этом рынке смогли получить оборудование в ходе модернизации, привлечь квалифицированных специалистов и обеспечить им высокий уровень заработной платы.

- «Сейчас и больница на самоокупаемости, им выгодно, чем больше больных, тем больница больше денег заработает» [7];
 - «В больницу приходишь, сразу больничный открывают, там не спрашивают, раньше больничный трудно было открыть. Приходили, кто не хочет работать, болит, проверяют, не дают» [7];
 - «Они тоже ОМС, неправильная структура, я считаю, они же убрали промежуточное звено, Министерство, Комитет по здравоохранению Сургута, управление по здравоохранению Сургутского района было, они сейчас напрямую «Хантам» подчиняются. Представь себе, Ханты-Мансийск, они деньги делят и Нижневартовск и Когалыму и Лангепасу и так далее. Через них, пока это пойдет, пока на нашу больницу деньги придут» [7];
 - «У нас все больницы переведены в статус окружных. Сургутская окружная больница, это там на Энергетиков, окружной центр травматологический, то есть мы работаем со всем округом, окружная клиническая больница» [7];
 - «Я скоро на улице буду прыгать-кричать, людей зазывать к себе» [8].
3. В силу низкого уровня исполнения тарифов ОМС (иногда – ниже 50%), бюрократизации первичного звена и возникновения привлекательных рабочих мест на втором (стационары городского и регионального значения) и третьем уровнях (специализированные и многофункциональные региональные и федеральные медицинские центры), в первичном звене кадровый дефицит усугубился отрицательным отбором для участковых специалистов.
- «У меня получилось сейчас времени на больных достаточно, я перешла сейчас в спокойное учреждение, где бывает там дни, где по десять - двенадцать человек, я вот с такими глазами, но я врач - консультант, мне по полчаса на брата и я вдумчиво так, перебежки между корпусами тоже учитываются, то есть я смотрю, а в поликлинике, там всегда будет мало, там время на пациента будет зависеть от количества врачей, сидящих на приеме в данный момент» [7];

- «Дополнительная диспансеризация, то есть у нас не хватает в поликлинике на десять или двенадцать терапевтических участков терапевтов, как вы думаете, она будет справляться с работой?» [7];
- «В Нижневартовске один педиатр на три участка. Очереди, толпы. До трех месяцев все дети должны попасть к детскому неврологу на осмотр, их три врача на весь город, принимают они раз в неделю по пол дня. Есть платный. Первичный осмотр - две тысячи. Так и живем» [7];
- «Здесь как, вот смотрите, я, почему на четырех поликлиниках работаю, с одной стороны, мой интерес, определенно, но я там у себя по основному, я там не напрягаюсь, я там пришел, свое дело сделал, ушел. Иногда думаешь даже, хоть бы вышел, там приехал кто-нибудь, Аслан, Магомед, уже не будешь, знаешь, что там занято, уже не пойдешь, а когда знаешь, что есть место, работа, и, в принципе, хочешь работать, поэтому, по сей день, уже третий год я, не хватает. Не хватает узких специалистов, вообще. Детский эндокринолог – дефицит» [7];
- «Пошли к платному. В Тюмени такая же почти ситуация с детскими врачами. С ними везде большая напряженность. На 26 августа была запись к окулисту, 24 позвонили и сказали, что он уволился, спустя месяц нового так и не нашли. Ортопеда не нашли в течение почти трех месяцев» [7];
- «Хотя в Нижневартовске с неврологами напряг такой, что даже у платного все расписано. В детских везде очереди» [7];
- «Сейчас вообще дефицит травматологов в детской поликлинике. У нас и взрослых, и детей принимает в детской поликлинике травматолог. У нас один нормальный есть там депутат. Он принимает, хороший врач как бы, а другой хирург за место травматолога, без диплома травматологического, без ничего принимает. Это тоже, мне кажется неправильно. Все равно диагнозы немножко не те он ставит» [7];
- «Кадровый голод в регионе: нет анестезиологов» [8].

1.2 Страховая медицина без страхового принципа

Фонды медицинского страхования и страховые компании – это две конкурирующие концепции организации государственного здравоохранения. Первая, как например, и больничные кассы в Эстонии – несут идею территориальности, административного, а не рыночного управления финансовыми потоками. Именно с такой моделью могут быть связаны проекты частно-государственного партнерства, когда инвестор строит высокотехнологичный медицинский объект, а государство, в лице территориального Федерального фонда ОМС, обеспечивает этот объект практически государственным заказом. Страховым компаниям в этой системе остается только ДМС, потому что в созданной, довольно эклектичной системе страховщики занимаются не медицинским страхованием, а, в модели все того же частно-государственного партнерства, выполняют скорее фискальные функции, создав систему своеобразного дополнительного налогообложения здравоохранения через систему штрафов.

В некоторых случаях эти штрафы даже перераспределялись снова для финансирования повышения квалификации или других потребностей ЛПУ, о чем с одобрением говорят некоторые руководители ЛПУ [8].

На первом этапе становления «страховой» медицины штрафы были довольно большими и грозили банкротством медицинским учреждениям. В некоторых случаях они достигали 10 – 20% годового бюджета ЛПУ. Постепенно, за два – три года система, что называется, притерлась. Страховщики получают премию 1 – 2% от суммы, выделяемой на пациента, и довольствуются минимальными штрафами по формальным претензиям.

Главный вопрос к страховым компаниям сейчас: какая от них польза? Защитой интересов пациента они не занимаются, поскольку качество лечения не контролируют. Часто встречающимися претензиями являются ошибки при заполнении медицинских карт и историй болезни.

- План койко-дней у нас есть, план ОМС, план мы должны выполнить по квотам. А если, ну образно говоря, инфарктом заболело в этом году шестьсот человек, а в следующем тысяча двести, я не выполню квоту, если мне девятьсот квот дано, а мне скажут: ага, вы девятьсот не выполнили, да, мы у вас их урежем. С людьми невозможно планы

строить, особенно с больными, а план койко-дней меня просто уничтожает, но я должна работать по нему, меня накажут, у нас с первого августа переходим на эффективный, так называемый, контракт, то есть нам просто урежут зарплату, проще говоря, раза в два, я так чувствую. Это все к этому идет, не к тому же, чтобы зарплату врачу поднять, а чтобы ее урезать» [7];

- «У них, если по правилам, на одно УЗИ сердца должно уходить полтора часа, там огромное количество параметров нужно, ну, естественно, никто этого не делает, потому что у нас же есть план, вот что меня больше всего убивает - план, я ненавижу это слово, меня трясет от него, я не могу понять, как в медицине вообще можно планы устанавливать, мы что пациента должны заставлять болеть, чтобы план выполнить. Парадокс получается, мы боремся за здоровое общество, за то, чтобы люди жили дольше и качественнее, но раз они становятся здоровее, живут дольше, они же к нам не приходят» [7];
- «Например, наша реабилитология из тарифов выходит сразу же, но то есть мы не предоставляем пациенту, вот если взять полностью пациента, как, например, в Германии существует реабилитология, если это онкобольной, то ему предоставляют парики, пусть они будут дешевые, это предоставляется женщинам, протезы молочных желез, какие - то первичные средства передвижения, если это, например, травматик, например, ходунки, коляски. Как у нас: мы людей учим адаптироваться к окружающей среде, вот, пожалуйста, в это кафе можно зайти?» [7].

В условиях кадрового дефицита и дефицита ресурсов ЛПУ не в состоянии выполнять все требования довольно динамично меняющихся протоколов и регламентов, большой документооборот увеличивает вероятность ошибок при составлении документов. Поэтому для «фискальной» деятельности страховщиков остается богатое поле возможностей. Врачи жалуются, в этой связи, что качественно пролеченный случай может вызвать претензии у страховой компании, тогда как «больной с идеальными документами, но в морге» никаких нареканий не вызывает [8].

Исследование опыта работы страховых компаний по ДМС и ОМС выявило принципиальные отличия двух этих инструментов друг от друга. В системе ОМС

основной заботой страховщиков является сохранение рамок, в которых предусмотрено финансирование ОМС, поэтому возможно изменение диагноза в процессе лечебно-диагностических мероприятий. Это, конечно, создает условия для максимизации выручки на втором уровне системы здравоохранения. Ведь стационарам и диагностическим центрам удастся провести все обследования и лечебные процедуры пациенту, которые хотя бы минимально ему показаны.

Страховые компании, осуществляющие услуги по ДМС внимательно следят за тем, по какому диагнозу пациент обратился: если по ходу обследования или лечения медики пытаются расширить диагностические мероприятия, или начать лечить сопутствующие заболевания, - страховщики либо вмешиваются на стадии принятия решения, либо отказываются оплачивать дополнительные манипуляции по страховке [8]. Аргументация медицинского характера в расчет не принимается. При всех неудобствах, которые создает такой подход врачам и пациентам, он существенно изменяет сознание участников процесса, повышает финансовую ответственность самого пациента и его лечащего врача. Это - та часть работы, которая страховыми компаниями в системе ОМС не выполняется: во-первых, нет заинтересованности, во-вторых, - не хватает квалифицированных медицинских экспертов. Вторая проблема существует и при обслуживании страховых случаев по ДМС. Нехватка медицинских экспертов не позволяет всей системе достаточно быстро «обучаться», компенсируя тем самым бюрократические недостатки.

1.3 «Рынок диагнозов»

- Финансирование ЛПУ второго, и, особенно, третьего уровня все больше и больше зависит от удачного подбора пролеченных случаев;
- «Приоритетный национальный проект «Здоровье»», а затем модернизация позволили многим ЛПУ обзавестись современным диагностическим и лечебным оборудованием;
- Фармакологические компании и поставщики оборудования способствовали обучению медицинских работников новым технологиям и методам лечения;

- «Да, я вот в Швеции была два дня по острому коронарному синдрому, фармкомпания возила в рамках образовательного европейского проекта» [7].

Некоторые главные врачи, обладающие хорошими организаторскими компетенциями, смогли, используя совмещение ставок, внебюджетные средства, оптимизацию средств, получаемых по кодам ОМС и квотам на ВМП создать хорошие условия для своих сотрудников, что позволило собрать сильные коллективы врачей:

- «У врачей есть гонорар, который определяется количеством пришедших пациентов, который позволяет выплачивать заработную плату работникам на приемлемом уровне» [8];
- «У нас же стимулирующие выплаты, за счет чего хорошо в центре получают, у нас есть оклад и есть стимулирующие выплаты, вот эти стимулирующие выплаты нам хотят урезать, кому - то, видимо, покоя не дает, что наши врачи хорошо получают» [7].

В таких ЛПУ осуществлялся целенаправленный подбор специалистов и оборудования под конкретные виды медицинской помощи (эндоскопическая хирургия, кардиохирургия, нейрохирургия и т.д.) и выстраивался соответствующий поток пациентов. Поэтому и возможности, связанные с модернизацией, использовались значительно эффективнее, чем в других стационарах, где порой закупка нового оборудования превращалась в обыкновенное освоение средств.

- «Нет проблем, в этом плане все новое, лучшее, если тебе что – то надо, без проблем дают» [7].

До сих пор стоит без дела, требует места для хранения, а иногда и организации охраны, дорогостоящее оборудование, которое некому использовать (аппараты УЗИ, недоукомплектованные томографы и эхокардиографы, рентгенпрозрачные хирургические столы, стойки для эндоскопической хирургии).

- «Оборудования тоже достаточно много поступает хорошего. Ожидаем вообще на 220 миллионов. Но весь в опрос в специалистах, специалисты. Я говорю: «Аппарат-то сам работать не будет, там же человек нужен» [9];
- «Когда на МРТ встаешь в очередь, тебе говорят: у нас один аппарат, и он сломался, и ты спрашиваешь: а когда его сделают? А когда лампочки привезут» [7];

- «А еще мне медсестры по секрету говорили, что у них очень много всякой аппаратуры, к которой никто не прикасается, потому что не знает, как она включается» [7];
- «МРТ аппарат у нас есть, у нас нет, кто будет делать, у нас врача нету, специалистов не хватает» [7];
- «Есть МРТ, но нет специалистов для работы с ним» [8];
- «В Гумбетовский район отправляют какой-то дорогостоящий диагностический аппарат, для подключения которого нужна постоянно проточная водопроводная вода, а там этой воды нет, водопровода нет. Отправляют то ли за миллион, то ли за два миллиона. Для чего? То ли ФАП, то ли участковую больницу, даже не районную...» [9];
- «Нет диагностической четкой, хорошей аппаратуры, на которую можно было бы опереться. Если я сижу, мне пришли лабораторные данные, почему я всегда должна быть настороже, то есть у нас в стране какой - то четкости исполнения нет» [7].

В итоге, за пределами первичного амбулаторно-поликлинического звена сформировался своеобразный, но конкурентный рынок пациентов с «выгодными» диагнозами и административный рынок квот.

1.3.1 Приобретение оборудования

Приобретение оборудования шло как в рамках модернизации, так и с использованием других административных инструментов. Но во всех случаях были важны несколько факторов, которые и неформально стратифицировали ЛПУ на несколько ступенек успешности/неуспешности. Во-первых, статусом ЛПУ (должны были быть изначальные предпосылки, которые позволили бы руководителю обосновать необходимость именно этого оборудования). Во-вторых, авторитетом руководителя. В-третьих, административными связями руководителя. В-четвертых, возможностями и заинтересованностью регионального или ведомственного руководства.

Так, приобретение оборудования для эндоскопической хирургии в районную больницу могло быть оправдано наличием специалиста и отношениями главного врача и регионального департамента здравоохранения. Приобретение ЯМРТ в

железнодорожную больницу Санкт-Петербурга определялось готовностью РАО РЖД оплачивать покупку [10].

Создание в Сургуте Окружного кардиологического диспансера «Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» («Кардиоцентра») было обусловлено высоким профессиональным уровнем главных врачей, сменявших друг друга, готовностью Сургутнефтегаза участвовать финансово в создании современного стационара, привлечением специалистов, под которых можно было «пробивать» оборудование [7].

Медицинский Центр при ДВФУ создавался при личном кураторстве И. Шувалова, под руководством главного врача, которому «заказчик» доверял как профессионалу и директору Центра. В таких случаях возникают проблемы с амортизацией дорогостоящего оборудования [8].

Создание межрайонного (по некоторым параметрам регионального) травматологического центра в селении Глох в Дагестане стало возможным после приглашения главным врачом участковой больницы выходца из села, опытного хирурга-травматолога, который учился в Кургане в центре Елизарова, а потом много работал на Урале и в других городах РФ. Инициатива исходила от сельского общества, создание цент было материально поддержано посредством «садака»² односельчан. Административная поддержка, в том числе и религиозных лидеров, помогла собрать необходимый комплект оборудования [9].

1.3.2 Привлечение специалистов

Это тоже заслуга или недоработка руководителя. Для того чтобы собрать работоспособный, квалифицированный коллектив специалистов недостаточно высокой оплаты труда, хотя это определяющий фактор. С конца 2000-х по 2014 год существовало пространство для маневра ставками и загрузкой врача, что позволяло оставлять доктору возможность для творческого подхода к профессии при сохранении высокой оплаты труда. Нужно сказать, что такие возможности, конечно, были преимущественно у руководителей стационаров.

Так, в одном региональном кардиоцентре удалось создать условия, при которых кардиолог получал 70 – 90 тысяч рублей и вел 15 пациентов одновременно.

² В исламе: пожертвование.

По сравнению с 40 – 50 тысячами рублями зарплаты и 25 пациентами на аналогичной позиции в соседнем ЛПУ – это существенное отличие, которое позволяет врачу развиваться как клиницисту, а не как диспетчеру [7].

Кроме заработной платы и комфортных условий труда не менее важно, чтобы доктор мог работать на современном оборудовании, имел возможность повышать свою квалификации и видел перспективу своего профессионального и карьерного роста в рамках ЛПУ:

- «Заработная плата не маленькая...Думаю 30 ну точно есть, но все-таки для этой работы недостаточная... Эти же деньги можно в Евросети получать продавцом, а нагрузки и ответственности в разы меньше» [7];
- «Когда я работала, если я с первой смены, у меня четырехчасовой рабочий день, а по производственной необходимости нам периодически увеличивали до пяти с оплатой интенсивности, плюс еще вызовы» [7];
- «А толку - то, вот мне сейчас скажи, возвращайся, мы тебе сто тысяч заплатим, сто пятьдесят, двести. Я скажу: знаете, что, ребята, а вот мои седые волосы, мне они нужны, я хочу жить спокойно и хочу думать, а не бегать вот с такими глазами, писать отчеты» [7].

В этой связи интересно, что иногда выигрывали те главные врачи, которые подыскивали для своих хороших сформировавшихся специалистов места в других, иногда еще более продвинутых медицинских центрах (во Владивостоке это даже Корея, Тайвань и США), давая молодым врачам возможность повышать свой статус в учреждении и показывая перспективу на будущее.

- «Потому что, если ты в Сургуте кардиологом работаешь, то лучше работать в кардиоцентре, это не только мое мнение, интересно, возможностей больше, аппаратуры больше, наукой можно заниматься» [7].

Большое значение имеют социальные программы (жилье, например, для врачей). Но это важно тогда, когда решены вопросы зарплаты и профессионального роста, и, если, например, разговор идет о врачах, работающих в стационаре. Амбулаторно-поликлиническое звено существенно отличается, там зарплата растет только за счет совмещения ставок, т.е., за счет превращения доктора в бюрократа. Поэтому привлечение на позицию участковых за счет предоставления жилья – формально перспективный способ решения кадровой проблемы. Почему

формальный – об этом будет рассказано чуть ниже, когда речь будет идти о кадровых проблемах в первичном звене здравоохранения.

- «На сегодня, кто приедет к нам врачом работать, дают миллион, определенный процент там пройдет, в течении года, полугода. Если раньше давали по частям, сейчас сразу дают, эта девушка, которая к нам поступила, она получит миллион. Раньше мы что делали, вот пришел человек к нам работать, участок давали, сразу, не взирая, получил он участок, не получил, этот участок тоже тысяч сто пятьдесят стоит. У нас три врача, начиная с меня, получили участок, какой – то стимул поднять» [7];
- «И вот так мне начали оплачивать, очень помогло, в сумме это двадцать тысяч рублей, оттуда снимали налог автоматически, допустим, если я за двадцать снимаю, налог две шестьсот автоматически снимают, остается семнадцать четыреста, к семнадцати четыреста я добавляю, чтобы двадцать сделать или двадцать одну, за сколько нашел и это меня чуть – чуть спасло» [7].

Наконец, все перечисленные факторы привлечения и удержания хороших специалистов по-настоящему работают только в профессиональном, дружном коллективе. Который, с одной стороны является результатом формирования здоровой мотивации для врача, с другой – сам коллектив, если он хорошо устроен, а иногда и фигура главного врача или ведущих специалистов, являются важнейшим фактором привлечения и удержания ценных сотрудников. Коллектив – основной инструмент положительного отбора. Или – отрицательного отбора, если что-то не получается.

- «Очень хорошо, мне нравится, у нас очень хороший коллектив, никто из врачей еще ни разу в помощи не отказал - бывает же, когда заведующий уходит в отпуск, спросить не у кого, вот, спрашиваешь, то в реанимации, то к кардиохирургам подойдешь, никто еще в помощи не отказал» [8].

1.3.3 «Пациентопоток»

Для формирования потока пациентов с нужными диагнозами при часто деградировавшем амбулаторном, первичном, звене в системе здравоохранения, необходимо современное оборудование. На это смотрят и потенциальные пациенты,

и ФОМС, и страховые компании, и врачи, направляющие на обследование и лечение, это важно при распределении квот.

- «Мы, конечно, на пробу, у нас хорошо организовано, так скажем, оповещение сотрудников палапластовской ³ компании о том, что высылают, если соответствующий диагноз есть, они нам добровольно высылают на какой - то период этому человеку, чтобы он попробовал, оформляется группа инвалидности, пишется листок реабилитации, там указывается, что палапластовских катетеров нужно столько-то, столько-то, но не всегда это бывает по времени, то есть расходы идут полосами...» [7].

Для формирования и удержания потока пациентов нужен достойный коллектив профессионалов, которые могут эффективно лечить пациентов и не допускать осложнений.

- «А пациенты тоже распробовали, они - то знают, что это такое, многие наблюдаются у наших рентгенологов, кардиологов, эндокринологов, не хочу я в свою поликлинику идти, я к вам пойду, они скандалят, а по закону мы, конечно, не имеем права отказать, пациент имеет право выбрать любое лечебное учреждение» [7];
- «Потеря финансов бесспорно. Тем более, сейчас в поликлиниках (...) будут платить. Если мне будут платить за 10 законченных случаев 100 рублей, грубо говоря. А если отправлю из них пятерых, будут платить только за пять. Соответственно, процент оплаты уже тоже уменьшится значительно. Уменьшится у меня доля оплаты» [7].

Нужны сильные административные позиции, позволяющие получать квоты (новый современный Медицинский центр при ДВФУ получил большой объем квот), поддерживать маршрутизацию пациентов в свою пользу, получать ресурсы на переоснащение и переподготовку медицинских работников.

- «У нас сейчас такой же поток, то есть одноканальное финансирование мы преодолели только благодаря тому, что у нас имя есть, потому что мы держимся за эту работу, потому что мы ее делаем. Если нам все это сейчас порежут, я не знаю, к чему все это приведет» [7].

³ Paraplast – название компании.

Кроме этих трех основных факторов существуют еще инструменты, которыми пользуются специализированные или многофункциональные медицинские центры:

- Рекламные компании, которые привлекают пациентов напрямую. Такие рекламные компании проводят амбулаторно-поликлинические ЛПУ, у которых есть уникальные диагностические или лечебные услуги, проводимые на платной основе или выгодные для учреждения в рамках ОМС:
- «Проводим акции - День пожилого человека, День борьбы с различного рода заболеваниями, профосмотры - чтобы привлечь пациентов к нам. Проводим диспансеризацию» [8];
- «У нас есть такая программа, как диагностика одного дня, система отлаженная, пациент пришел с утра и к вечеру он полное обследование получает, сердце, все анализы, ЭКГ, велосипед, еще что - то, консультацию эндокринолога, кардиолога, эта система у нас хорошо отлажена» [7].
- Организация приема врачей таких центров в поликлиниках. Часто кардиолог, гинеколог, невропатолог и т.д., работающий в МЦ регионального или федерального значения, ведет прием в поликлинике. Основная задача – отбор пациентов для дальнейшего лечения в своем центре, где есть соответствующие квоты, которые необходимо выбрать. Такие приемы организуются и в Сургуте врачами «Кардиоцентра» [7], и московскими клиниками в Махачкале [9], и Медицинским центром ДВФУ в других учреждениях края [8];
- Выездные приемы врачей центров в другие населенные пункты. Иногда они организуются, как например в ХМАО для хантов [7], в Томской области для жителей сельской местности [11], в Ленинградской области для сельских жителей и т.д., - десанты специалистов [10]. То есть в этих случаях - на бюджетные чаще деньги - организуются «гастроли» специалистов и оборудования по территории с целью выявления нужных диагнозов и направления пациентов на лечение;
- Открытие собственных поликлиник, часто специализированных. После введения общероссийских страховых полисов стало возможным и

эффективным при специализированных и многофункциональных медицинских центрах создавать собственные, иногда специализированные поликлиники, в которых работают на приеме врачи центра. Такая тактика позволяет формировать свой «пациентопоток», не зависящий от слабо оснащенной диагностическим оборудованием и недоукомплектованной специалистами амбулаторно-поликлинической сетью. Такие поликлиники открыты в Сургуте при «Кардиоцентре» [7], на острове Русский при Медицинском центре ДВФУ, при некоторых Областных клинических больницах. Например, при 1-й краевой клинической больнице во Владивостоке [8], при клинике Аскерханова в Махачкале и т.д. [9].

- Скорая помощь. Это своеобразный «тоннель» в амбулаторно-поликлиническом звене [7-9]. Для нейрохирургов и кардиохирургов, для травматологов – часть потока специализированных диагнозов может быть сформировано напрямую от скорой помощи или от приемных отделений других стационаров;
- Сеть пациентов и коллег, направляющих этих пациентов, у врачей, работающих в МЦ. Так, у специалистов, работающих в МЦ при ДВФУ [8], Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова [10], «Кардиоцентре» в Сургуте [7] и других, изученных нами специализированных центров, есть свои профессиональные и клиентские сети. На предварительном этапе исследования и анализа этого вопроса можно говорить о примерно 7 – 10 специалистах разных направлений, которыми средний работающий врач в стационаре и «закрывает» недостающие ему компетенции, и неформально маршрутизирует больного, и формирует и поддерживает клиентскую сеть. Это, конечно, тема для дополнительного и очень интересного исследования, но предварительно можно сказать, что клиентские сети, в силу провала позиции врача общей практики, в российской действительности удерживает не один врач, а неформальный коллектив медиков и коммуникаторов, вместе представляющих из себя «многофункциональный медицинский коллектив»:

- «Постепенно расширялись, теперь пациенты эти остаются у нас, мы их долечиваем, потом они к нам ложатся на вторые этапы или, если наступило ухудшение состояния, мы их забираем» [7].

Почти всегда главные врачи применяют комплексную стратегию. В одной районной больнице Дагестана (Карабудахкентский район) пригласили молодого хирурга, поставили по модернизации эндоскопическую стойку, проучили хирурга на эндоскописта. В итоге, около Махачкалы появилась возможность для малотравматичных эндоскопических хирургических вмешательств при хроническом и остром холецистите. Услуга была разрекламирована через знакомых и сельчан, и теперь в карабудахкентскую больницу едут даже из Махачкалы. Рука у хирурга уже набита, а цены ниже, чем в столице [9]. В новую поликлинику во Владивостоке на платный прием пригласили известного в городе гинеколога. Это позволило загрузить специалистов, которые востребованы для дополнительной диагностики (хирурги, терапевты), и диагностическое оборудование – все это получается, даже не считая внебюджетных средств, поступающих на счет ЛПУ [8].

1.4 «Трагедия первичного звена»

В первичном звене большинство способов создания условий для работы врача, которые приемлемы для стационаров, недоступны. Часто говорят, что по программе модернизации поликлиники оборудования не получили. Все, что есть – это уже почти выработавшее ресурс оборудование, полученное по Национальному проекту «Здоровье»:

- «Мне кажется, еще, в чем проблема, не только в том, что нет квалифицированных специалистов, проблема в том, что нет хорошего оборудования. Например, опять – таки аппаратов УЗИ нормальных, я так думаю, что кот наплакал. Я не знаю, бывает какое-то специальное медицинское оборудование, которое требует каких-то специальных вложений, но кто здесь будет вкладываться» [9].

Формирование высокой заработной платы участковым врачам возможно только при совмещении 2-х и более ставок - что сразу создает нагрузку, которая не предполагает, в большинстве случаев, совершенствование клинического мышления и получение новой информации и новых навыков. Врач-терапевт превращается в

такого «маршрутизатора»⁴, основным интересом которого остается не потерять слишком много денег при фондодержании:

- «А что такое вести двадцать пациентов, это легче застрелиться, потому что я превращаюсь в того врача, кем я была в поликлинике, сортировщика, а не врач кардиоцентра, кардиолог как он должен быть, как у нас имидж такой, кардиологи кардиоцентра должны быть лучшими, то есть, когда все отказываются, мы должны это сделать, а когда я буду это делать, когда я должна лечить двадцать человек, это нереально, я превращаюсь в передатчика: так, тому анализ крови, тому мочу, тому сердца сделать УЗИ, ну, так, в контролера» [7].

Ограниченность фондов именно на уровне первичного звена вступает в критическое противоречие с декларацией полного и бесплатного обеспечения населения медицинской помощью. Здесь не спасут оговорки про то, что медицинская бесплатная помощь обеспечивается в рамках ОМС:

- «Единственное, что иногда сложность, записаться, сначала к терапевту, потом у них немножко своя субординация существует, сначала к своему терапевту, терапевт тебе выписывает направление, с этим направлением нужно пойти в окружную больницу, записаться к узкому специалисту, а нам же всегда лень, мы один раз позвонили, нет на обследование» [7].

Но проблема не только в этом. Проблема в том, что сохранение финансового равновесия ЛПУ первичного звена ограничивает абсолютный объем диагностических и лечебных процедур, которые могут быть в целом предоставлены пациентам, как на месте, так и по направлениям. Фондодержание без достаточных человеческих и материальных ресурсов превращается в «фондоудержание». Когда администрация ЛПУ любой ценой (за счет сокращения объема выписываемых направлений, за счет внедрения на своем уровне максимального количества медицинских манипуляций, даже если для проведения диагностических и лечебных манипуляций нет кадров достаточного уровня) сокращают расходы и пытаются повысить свою логистическую эффективность. Единственный инструмент ограничения, который является законным (отказать в медицинской помощи или обследовании по показаниям врач не может), - это время ожидания:

⁴ Не следует путать с функцией врачей общей практики как «маршрутизатора» - который направляет пациентов во вторичную медицинскую помощь.

- «Они нам сказали, когда мы на приеме были, наверно, детский был, он нам сказал, мы вам сделаем без очереди, без ничего, только дайте двести тысяч, вам не надо вставать в очереди, никуда не надо ездить» [9];
- «И мне сделали по полису, а анализ на гормоны входит, только нужно ждать очередь. Все входит, просто нужно ждать очередь. Гормоны, после этого я ежегодно ездила проверяться, постоянно я ездила, платила, это быстрее. Дело в том, что можно записаться за полгода, а может, я в тот момент не смогу с работы уйти, а может какая накладка будет, а когда я еду платно, я знаю, ага, сегодня у меня высвободилось время, я села и уехала» [7];
- «Я не знаю, честно говоря, как поступают другие, я давно не болел, если даже болею – не хожу... до сих пор эти очереди... пойду больной с температурой, полдня потеряю там, пока терапевт мне напишет эти несколько... потом там с анализами надо таскаться, я больной еще времени терять... если я болею, меня жена полечит, самолечение, конечно это не очень хорошо, но выбора нет другого, это я так поступаю... там женщины и с детьми, и взрослые, люди старше меня есть.. получается сидишь в очереди, препятствуешь им еще, и самому, нервничаешь, с температурой...» [7];
- «Но пойти в поликлинику, бесплатная медицина, сидит очередь, там в три раза хуже можно заболеть, это же ужас какой-то...» [9].

И здесь формируется своеобразный отрицательный отбор пациентов. Чем больше стоит время пациента, тем менее доступным для него оказывается первичное звено. В пределе, и, что интересно, - на практике, главными потребителями медицинских услуг являются безработные и пенсионеры:

- «И там сидит очередь в поликлинике, говорят, еще десять человек примут и все, еще попадешь ли ты. Есть, конечно, пенсионерки, которые ни свет ни заря приходят туда, целый день в поликлинике, в очереди стоят, но работающему человеку нет возможности так тратить время, поэтому как-то легче. В платной ты записалась, говорят ты приди в такое – то время, пришла, зашла и все, и проблем нет» [9]

Иногда руководители ЛПУ говорят про них: «Наше все» [8]. Это связано, прежде всего, с тем, что пациенты, обладающие безграничным временным ресурсом,

не мотивированные быстрее закрыть больничный лист и вернуться к работе, являются идеальным инструментом для «выбирания объемов». Между ними и ЛПУ возникает что-то вроде общественного договора.

В итоге, декларированная бесплатность медицинской помощи и отсутствие страхового принципа превращают медицинскую помощь в дефицитный общий ресурс и мотивируют часть пациентов (до 50% фиксируемых на приеме) вести себя по модели «трагедии общин», сформулированной Хардиным для использования пастбищных и рыбных общих ресурсов. Это выглядит, как стремление обладателей страхового полиса, не ограниченных временными ресурсами, получить максимальное количество медицинских услуг. Что приводит к коллапсу амбулаторное звено и демотивирует медицинских работников.

1.5 Барьер недоступности

«Трагедия первичного звена» формирует барьер, который, в свою очередь, формирует стратегии «участников рынка».

Стратегии ЛПУ второго и третьего звена, которые вынуждены в условиях неэффективности первичного звена сами искать самостоятельно формировать «пациентопотоки». Эти стратегии мы уже описывали выше. Они сводятся к:

- созданию собственных амбулаторных подразделений;
- созданию «сетей доверия» среди коллег в амбулаторном и первичном звене;
- организации приема в поликлиниках собственными специалистами;
- организации выездных акций;
- работе с подстанциями и больницами скорой помощи;
- получению квот и возможности госпитализации по квотам.

Стратегии пациентов, которые вынуждены искать обходные пути для получения необходимого лечения:

- «Софинансирование». Пациент старается заинтересовать врача вознаграждением. Это может быть организовано в первичном звене, а может по знакомству сразу осуществляться на уровне стационара. В последнее время наметилась тенденция, при которой врачи, работающие с ВТМП, не заинтересованы в софинансировании со стороны пациентов.

С другой стороны, существует практика покупки квот на ВТМП в регионах, откуда осуществляется направление на лечение;

- «По знакомству». Не исключает софинансирование, является скорее комплиментарным ему инструментом. Знакомство может обеспечивать полный сервис, помощь в маршрутизации или просто рекомендации при выборе врача, который может заинтересованно выслушать и назначить лечение. По мере распространения среди врачей выходцев с российского Северного Кавказа, из Средней Азии и т.д., в системе здравоохранения «софинансирование» и «по знакомству» получает все больше распространение. Так, один из ведущих медицинских специализированных институтов, находящихся в Санкт-Петербурге, возглавляет выходец из одного из дагестанских сел. Так вот – самый дешевый способ получить в этом учреждении квалифицированную медицинскую помощь – обратиться через знакомых, выходцев из этого селения [9];
- Хорошая информированность и статус пациента. Даже в Дагестане, где принято платить деньги на каждом шагу, корреспондент международной радиостанции, живущий в селении и не имеющий больших заработков, смог определить – у кого он хочет оперировать спинномозговую грыжу, и через знакомых совершенно бесплатно прооперировался. В то же время, за молодого дальнобойщика, попавшего в аварию, сельчане заплатили полтора миллиона рублей, потому что действовать пришлось оперативно, в незнакомой среде (Волгоград) [9];
- «Скандал». Это когда пациент обладает необходимым ресурсом времени для защиты своих прав. Иногда медики видят «перспективного» клиента и заранее удовлетворяют его просьбы, «чтобы не связываться»:
 - «За приемное отделение давайте помолчим, ребенок ранил глаз, полчаса ждали врача, а потом он вообще сказал, что ничем не может помочь, я там такой хай подняла, мне лично ваш заведующий звонил, просил, чтобы я никуда больше не писала» [7];
 - «А так, конечно, каждый себя сам оценивает, у меня, например, низкая самооценка, к сожалению. Это я перед вами очень доброжелательная, но когда с агрессией, я чувствую во взгляде

агрессию, я сразу робею. Конечно, когда до белого каления доведут, там уже от робости ничего не остается, но это надо до белого каления дойти...» [7].

- «Через госпитализацию по скорой». Этот тоннельный эффект скорой помощи используется и при софинансировании, и по знакомству. Используется даже такой прием. Допустим, пациент после ДТП попадает в участковую или районную больницу в Московской области, где, по словам врачей «нет ничего». Он лежит там сутки без проведения диагностических и лечебных мероприятий. Рекомендация знакомого медика – отвезти на своей машине в московскую больницу и оттуда госпитализировать по скорой. Например, в I-ю Градскую больницу [12]. Там тоже часто необходимо либо «софинансирование», либо другие основания для оказания помощи пациенту, но услуга физически может быть предоставлена – есть врачи и оборудование.
- В некоторых муниципальных образованиях медицинская помощь вообще не может быть оказана, и пациентов везут на своем автотранспорте в региональные центры и госпитализируют через приемный покой, «софинансируя» каждый этап маршрута;
- «Через систему ДМС»: чаще страховка оформляется на сотрудников предприятий;
- «Платная медицина», в том числе – в европейских странах, в Израиле, в Тайване, Сингапуре, Южной Корее, Китае, США. Один из недостатков – полностью коммерциализированный процесс, в котором первичное звено – это туристическая компания, которая занимается медицинским туризмом. Такие структуры не занимаются диагностикой, тем более, - клинической. Поэтому, нужно либо платить за обследование, либо рисковать и оперировать как в косметологии – «Хотите стент? Выберите по каталогу!».

Стратегии врачей, которые могут выбрать амбулаторное звено, позицию парамедицинскую (УЗИ, томограф и т.д.), работу в стационаре, узкую хирургическую специальность, административную деятельность и т.д., мы перечислим ниже. Стратификация медицинской корпорации очень сложная и увлекательная тема, ее лучше рассматривать отдельно. Здесь мы просто перечислим

основные стратегии врачей на получившемся в результате реформы административном рынке.

- Работа в амбулаторном звене;

Конкуренция снижена, так как участковых врачей катастрофически не хватает. Требования к профессионализму снижены также: нет необходимости в формировании клинического мышления и сложных навыков. За счет совмещения можно достаточно быстро выйти на приемлемый уровень заработных плат. Очень важна коммуникабельность, административная дисциплина и работоспособность.

В итоге, в таких регионах, как ХМАО, Москва, Санкт-Петербург позиции участковых врачей и врачей, работающих на приеме и дежурными терапевтами, невропатологами, инфекционистами, педиатрами в стационарах, все чаще занимают мигранты, точнее – второе поколение – дети трудовых мигрантов с Северного Кавказа и Средней Азии [10,12]. В Западной Сибири во время формирования общих врачебных практик оказались востребованы выходцы из Киргизии и Казахстана. В Сургутском медицинском институте при Сургутском государственном университете учатся преимущественно дагестанцы (ногайцы, кумыки), таджики, казахи [7]. Такая же ситуация в Тюмени, где в Тюменской медицинской академии исследователями даже описывался «коллективный намаз» [13].

- Работа в стационаре;

Требует активного поиска возможностей повышения квалификации и получения необходимых навыков. Это непосредственное обучение на рабочем месте, которое затруднено в силу разрушения собственных медицинских школ и незаинтересованности более опытных врачей создавать себе конкуренцию. Это стажировки, самые эффективные из которых организуются производителями оборудования, фармакологическими компаниями или требуют оплаты.

Наряду с оплатой стажировок за счет ЛПУ [7] или бюджета все чаще практикуется обучение за собственные деньги [8]. В некоторых случаях эти затраты окупаются. Даже на менее престижном уровне, например, при получении специальности в области эндоскопической хирургии, на уровне районной больницы специалист может окупить затраты на собственное обучение (при условии софинансирования пациентами своего лечения).

- Административная работа.

Главный врач, как топ-менеджер ЛПУ является самой дефицитной компетенцией в российском здравоохранении. В период перехода на одноканальное финансирование и модернизации только единицы ЛПУ вышли на новый уровень работы. Это – единицы талантливых управленцев. Практически все успешные проекты связываются респондентами с персонами главных врачей, которые их реализовали [8].

1.6 Кадровый голод

Кадровый голод в медицине связан с катастрофическим недофинансированием отрасли, в результате которого из профессии ушли почти все выпускники конца 80-х – начала 90-х годов прошлого столетия, образовался поколенческий разрыв.

- «Я говорю, когда я сидела на сорок седьмом человеке разговаривать не могла, я девушка разговорчивая, но я сидела, на меня медсестра посмотрела: все, пять минут до конца приема, она: все, ломится мужчина: я на вас нажалуюсь, а меня хоть куда, то есть, понимаете, мне плевать, я дошла до такой ситуации, что мне плевать, я приходила домой, я падала» [7];
- «С трудом (направляют к другим специалистам), не потому что я такая плохая, а потому что у нас попасть к специалистам, ну, приглашаем сейчас, конечно, эндокринологов, кардиологов, но это укомплектованные отделения в больницах, в поликлиниках, как не хватало, так и не хватает» [7];
- «Я просто, я от безысходности помогаю, я не говорю, что я лечу, но помогаю своим знакомым, которые просят мелких, ну, посмотри, я ничего, то есть ребенок...Детская у нас развита ужасно» [7].

Кроме того, низкие зарплаты и сегодня не позволяют быстро восполнить недостающие кадры в здравоохранении. Кроме недофинансирования на дефицит медицинских кадров влияют: разрушение собственных научных школ, низкая квалификация управленцев, низкий социальный статус врача, низкая квалификация врачей, не позволяющая им в полном объеме выполнять работу, которая может быть хорошо оплачена.

- Недофинансирование;

Именно низкая заработная плата медиков на протяжении 20 лет, особенно в первичном звене и на периферии, явилась основной причиной того, что в поступление медицинские ВУЗы, за исключением южных регионов, стало менее престижным, что порой больше половины выпускников не работают по специальности. Хороший доктор – это большая ответственность, долгое обучение, ненормированный рабочий день и по умолчанию высокий социальный статус. В РФ все эти опции соответствуют зарплате от 100 тысяч рублей в месяц (это – минимум, для периферии). Если ситуация не изменится в ближайшее время, то медицина станет одним из следующих направлений, по которому в страну поедут трудовые мигранты. Кроме того, в первичном звене недофинансирование приводит и сейчас к тому, что единственный способ для участковых получать достойную заработную плату – совмещать два участка, как минимум. Это позволяет зарабатывать 60 – 70 тысяч рублей, но останавливает профессиональный рост и превращает врача, как мы уже писали, в маршрутизатора, и снижает качество оказываемой медицинской помощи.

- «Я на руки на полторы ставки пятьдесят получаю, но я терапевт, муж у меня получает больше, потому что он реаниматолог, он тоже работает на полторы ставки, но с дежурством» [7];
- «На полставках: на сегодняшний день работаю в четырех поликлиниках» [7];
- «У меня без интенсивности, чистая зарплата - тридцать тысяч. Если я сделаю больше, ну, я, например, на полторы ставки работаю, начнем с этого, то есть у меня вторая специальность есть функциональная диагностика» [7];
- «Ввиду нехватки специалистов многие врачи имеют по несколько специализаций» [8].

- Ликвидация собственных научных школ.

Нас здесь интересует только один аспект разрушения медицинской науки, которая была изолирована в СССР и просто не справилась с конкуренцией при открытии границ, - тем более что отечественную медицину и медицинскую науку практически перестали финансировать. Ее разрушение можно поставить в один ряд с

деиндустриализацией. Этот аспект – отсутствие научных школ, - не мотивирует опытных врачей на передачу своего опыта и знаний молодежи. В профессии существует конкуренция за хорошо оплачиваемые позиции, один из факторов конкуренции – обладание необходимыми навыками, чаще заимствованными из американской, европейской или восточноазиатской медицины. Ими просто не хотят делиться [8]. Появилась такая позиция в хирургии, которая называется «крючковец» - врач, который не оперирует сам, а лишь ассистирует более опытному и знающему коллеге. Одно из следствий – появление медицинских династий, которые могут иметь позитивный вполне имидж, но ведут к закрытости профессии, к уменьшению доступа к ней талантливых, но не имеющих родственных и иных связей молодых специалистов.

- «Вот вы знаете, а некоторые просто не допускают, есть оперирующий хирург, вот у нас отделение ортопедическое, а я знаю, что у них там дружащий с головой заведующий, он четко понимает, что с ним может случиться, все, что угодно, а его детище, он хочет, чтобы оно продолжилось, и он банально отбирает хирургов, он берет из нашего института, он за ними смотрит. Да, у него есть два человека, которые только держат крючки, но три допущены к столу. Один из них, то есть он может поставить его и начинающего, который подает надежды, чтобы учился, вот это позволяется. Что делается в Бакулевском институте, не допускаются кардиохирурги к столу, потому что чуть ли не платно, а почему, все, мы теряем опыт этого хирурга и продолжение дел этого хирурга» [7].

- Низкий статус врача;

Это связано и с низкой оплатой труда, и с общим недоверием общества медицине, и с тем, что врачи вынуждены брать подарки, в натуральной и денежной форме, что тоже меняет отношение к ним пациентов.

Отдельная история, - то, как с врачами разговаривают правоохранительные органы. И по поводу смертельных исходов во время операций, которые у нас приравниваются к непредумышленному убийству, что приводит к тому, что доктор скорее даст в определенных ситуациях пациенту умереть без помощи, чем возьмется за рискованное спасение. Та же самая ситуация складывается и в области

применения наркотических обезболивающих средств: за малейшие нарушения в безумном протоколе оборота которых врач имеет дело с офицером Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (Госнаркоконтроль), который разговаривает с доктором, как с наркодилером. Наши респонденты неоднократно указывали встречи с этим ведомством как одну из причин ухода из профессии:

- «Укомплектованность терапевтов составляет 48% в среднем, и они почти все находятся в послепенсионном возрасте. Профессия терапевта стала непрестижной, и поэтому выпускники медвузов выбирают другие специальности» [8];
- «И я столкнулась с больным с наркотиками, имеется в виду раковый пациент, у которого терминальная стадия, там уже ничего сделать нельзя, там невыносимые боли, ему назначают наркотики. Этот процесс я контролирую, естественно, под строгим учетом, малейшая ошибка и тебя могут просто вызвать в этот отдел» [7];
- «Да, а им же плевать, кто перед ними сидит, врач или наркоман, обращение одно. Но как - то так получилось, что, слава богу, за полгода работы с этим пациентом, пациентка умерла все - таки потом, я не сделала ни одной ошибки. Но это было дикое напряжение каждый раз» [7].

- Низкая квалификация врачей;

Кроме проблем для пациентов и самих врачей – это еще и снижение эффективности на каждую штатную единицу. Пациент, которого можно пролечить и выписать за пять дней, из-за ошибок диагностики и при неумелом лечении, например, при подборе препарата или из-за послеоперационных осложнений, проводит в стационаре недели и месяцы.

- «Вот у нас тоже целое рентгенологическое отделение, вот из семи докторов, пять у нас, двоих мы знаем. Пять работают, а двоих мы знаем...» [7].

Низкая квалификация управленцев касается как управления персоналом, создания правильных стимулов, так и отбора этого персонала.

- Неправильная мотивация персонала;

В амбулаторном звене врачи мотивированы на максимальное совмещение, оптимизацию отношений с пациентов, внедрения дополнительных услуг, вроде диспансеризации и профессиональных осмотров. В стационаре, поскольку оплата врача зависти от оборота коечного фонда, но, зачастую квалификация его остается слишком низкой, применяются различные симуляции, в которые включаются и врачи.

- Отрицательный отбор специалистов;

Это больше характерно для первичного звена, но в последнее время все чаще встречается в административном корпусе:

- «Фактически, да, у нас многие пациенты так и говорят, бывали такие случаи, помимо того, что качество, скажем так, работы и возможность какие мы можем пациенту предложить услуги, они на порядок выше, вследствие того, что у нас есть необходимое оборудование, наши врачи учатся постоянно, их отправляют, у нас обращение другое совсем с пациентами, как говорят, на западный манер. Бывали случаи, что многие пациенты попадали в больницу в первый раз в жизни к нам, до этого не общались никогда с поликлиниками. Я помню, однажды пациентка к нам снова попала, говорит, знаете, я так и думала, что так и должно быть, обращение вежливое, уважительное, спокойное, когда вы все расскажете, объясните, это нормально, так и должно быть, таким и должен быть врач. Когда я попадаю в поликлинику и на меня кричат, и заставляют в очереди сидеть, мне хамят, я сбежала, и больше туда ходить не буду, я буду ходить только к вам и делайте со мной что хотите. У нас это норма, у нас есть отдел качества услуг, отдельный заместитель главного врача, за этим следят, за жалобами пациентов» [7].

2 Модели взаимодействия: ЛПУ / врач, ЛПУ / пациент, врач / пациент - прогнозы и риски развития

Такая организация, как Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» начала свое развитие с 1999 года. Рост финансирования, достаточные потоки пациентов и удачная преемственность руководителей позволили привлечь хороших специалистов, создать здоровый коллектив, сформировать оптимальную практику, до последнего времени использовать ресурсы модернизации и реформы (внедрение федеральных стандартов и одноканального финансирования) и оптимизировать негативные факторы той же реформы:

- «А пациенты тоже распробовали, они-то знают, что это такое, многие наблюдаются у наших рентгенологов, кардиологов, эндокринологов: «не хочу я в свою поликлинику идти, я к вам пойду», - они скандалят, а по закону мы, конечно, не имеем права отказать, пациент имеет право выбрать любое лечебное учреждение» [7];
- «У нас сейчас такой же поток, то есть одноканальное финансирование мы преодолели только благодаря тому, что у нас имя есть, потому что мы держимся за эту работу, потому что мы ее делаем. Если нам все это сейчас порежут, я не знаю, к чему все это приведет» [7];
- «У нас же стимулирующие выплаты, за счет чего хорошо в центре получают, у нас есть оклад и есть стимулирующие выплаты, вот эти стимулирующие выплаты нам хотят урезать, кому - то, видимо, покоя не дает, что наши врачи хорошо получают» [7].

Там же, где роста доходов граждан не наблюдалось, а привлекать высококлассных менеджеров и специалистов было бессмысленно – там реформа просто ликвидировала и без нее затухающий лечебный процесс (как во многих ЛПУ на периферии). Не было прямого саботажа или противостояния реформе, просто основные «игроки» были заняты удержанием и перераспределением финансовых потоков и освоиванием средств, отпущенных на модернизацию, а ликвидация лечебного процесса стала побочным эффектом этой борьбы. Все дефицитные человеческие ресурсы оказались связаны бюрократическими процедурами:

- «Пример для сравнения: у меня дедушка заболел, в позапрошлом году было дело, что - то наподобие транзиторной ишемической атаки, звоню, что нужно как бы скорую, она не везет, извините, а сколько вам лет? Больше семидесяти пяти, все, мы не везем, мне приходится ехать в Ишим, то есть в другой город, самой договариваться с врачом отделения, что он положит, у меня есть возможность такая, но не у всех возможность такая есть - не каждая внучка, дочка смогут приехать из другого города, прилететь моментально и как - то помочь, и потом, когда я уже договорилась, звоню в скорую помощь: а точно положат, мы привезем, а нас обратно развернут. Это нормально? Как это, извините» [13].

В результате можно говорить о двух осях, на которых можно располагать учреждения здравоохранения.

Одна шкала – региональная. С одной стороны регионы, где ресурсов и институциональной инерции в системе здравоохранения было мало, как в Дагестане и Приморском крае. С другой стороны регионы, где их было много, там сформировалось «гибридное», использующее и рыночные, и административные механизмы регулирования, с большой долей платных услуг, разное по эффективности здравоохранение:

- «А вы знаете, в других местах медицина-то хуже, поэтому они здесь у нас, конечно, могут и скандалить и, так скажем, какие - то права качать, но когда они уезжают хоть в другой город, они приезжают прописываться обратно, получают в полном объеме нашу помощь, приводят родителей» [7].

Вторая ось – по уровням. В первичном звене, особенно на периферии (особенно показательно, как в достаточно хорошем с точки зрения здравоохранения регионе ХМАО, уже в небольшом городе Пыть-Яхе снижено финансирование заработной платы и качество медицинской помощи [7]), в результате реформы содержательная деятельность деградировала.

2.1 Новое земство

В Дагестане в целом уровень медицинского обеспечения населения можно описывать в терминах катастрофы, где скорая помощь работает «по

договоренности»⁵, где пациент может погибнуть от довольно простых в диагностике и лечении патологий, а гипс иногда накладывают на не совмещенные, находящиеся под углом друг к другу части конечностей с переломами. Но в одном из сел на вопрос о здравоохранении респонденты рассказывают не о том, как все плохо, а о том, как удалось решить проблему местного здравоохранения:

- «Очень плохая была больница, люди умирали ни от чего. Мы собрались джамаатом⁶ и решили пригласить хорошего врача. Один наш сельчанин работал в Москве, на хорошем месте, он кандидат наук, сильнейший врач... Дали ему от себя 30 тысяч рублей в месяц, к официальной зарплате. Он два года почти работает, теперь все в порядке в селе» [9].

Повторимся, что на вопрос к любому жителю этого села про уровень здравоохранения он скажет сначала, что все хорошо и расскажет, что «сильнейший московский врач работает», а уже потом, при выяснении подробностей перейдет к «дифференциальной диагностике» отрасли [9].

На этом, казалось бы, примитивном примере видно, как повышается лояльность населения к здравоохранению, если это «свой врач», как повышается ответственность врача перед сообществом, ответственность джамаата и местной муниципальной власти перед медициной и за медицину. Кроме того, сама ситуация создает такому «приглашенному» специалисту особый статус в местном профессиональном сообществе. Эффективность «системы здравоохранения» растет по всем показателям, даже по методам лечения такие «земские врачи» опережают не только своих коллег в селении, но и региональную медицину. В порядке исключения, конечно. Так, в селении Тлох⁷ в участковую больницу приглашен и работает выходец из этого села, высококлассный хирург-травматолог. К нему едут со всего Дагестана, а сельчане, местные власти и пациенты стараются помочь ЛПУ чем

⁵ Глава администрации одного из горных сел рассказывает, что когда он попытался вызвать транспорт для перевозки трупа погибшего в ДТП односельчанина, ему пришлось «найти аргументы». Сельский глава объяснил, что он обратится либо к главе администрации района, либо к главному врачу больницы, «с которым они друзья», и все равно главный врач станции скорой помощи «будет вынужден под их давлением машину отправить» [9].

⁶ Сельская семейно-родовая община в Дагестане, часто – и религиозная община.

⁷ Село в Ботлихском районе Дагестана.

могут, вплоть до того, что покупают расходные материалы и необходимое оборудование.

Тлохская участковая больница в Дагестане один из немногих примеров, когда программа модернизации здравоохранения оказалась эффективна на уровне сельской местности – и диагностическое, и операционное оборудование здесь есть, кому использовать. Пришлось, конечно, проявить гибкость и творческий подход, но собрать приличную диагностическую базу и операционную вполне удалось. В других местах аппараты УЗИ и эндоскопические стойки могут стоять без дела не только до окончания гарантийного срока обслуживания, но и до списания.

Пример Дагестана показывает, что в некоторых случаях местное самоуправление, собственно сельское общество оказывается значительно более эффективным и, главное, платежеспособным, заказчиком медицинских услуг, чем государство, ФОМС или страховая компания [9]. В пределе можно говорить о партнерстве государства (Федерального фонда ОМС) и местного общественного фонда (больничной кассы) или муниципалитета по организации системы здравоохранения в таких малообеспеченных тарифом ОМС и достаточно отдаленных сельских районах.

Другая крайность. Одна из городских поликлиник Владивостока, поликлиника с небольшим количеством приписанного населения (на 2 участка), причем около 50% - «постоянные посетители», имеющие очень большой запас времени. Для того, чтобы балансировать бюджет и платить зарплату персоналу (здесь, очевидно, почти нет ресурса совмещения ставок) администрация пошла на следующие шаги [8]:

1. Организовали школы для гипертоников, больных ишемической болезнью, диабетиков. Пациентов учат самостоятельно измерять и корректировать уровень артериального давления, сахара, вести себя правильно при ишемической болезни сердца, распознавать на ранних стадиях нарушения минерального и костного обмена. Эти школы пользуются большой популярностью.
2. Развивают функциональную диагностику, физиотерапию и т.д. на платной основе, что позволяет привлечь внебюджетные средства.
3. Ввели прием известных в городе врачей на платной основе. Оказалось, что, например, гинекологу-эндокринологу удобнее и выгоднее работать в

арендованном кабинете в государственной поликлинике, чем в частной клинике.

Это обобщенный опыт нескольких обследованных поликлиник и участковых больниц.

В Сургуте и других муниципалитетах ХМАО, где полевые исследования проводились в июне – июле 2014 года, часть респондентов утверждали, что попасть на прием к врачу невозможно, что в поликлиниках огромные очереди, а врачи ведут себя грубо и высокомерно: «Приходишь в медицинское учреждение, они себя высокомерно так ведут, будто не люди остальные» [7]. Другие говорили, что «медицина приличная», что врачи хорошие, «даже сложные операции на сердце делают» [7]. При более подробном обсуждении темы выяснялось, что большинство недовольных пациентов обращались в поликлинику или сталкивались с непрофессионализмом в приемном покое стационара при срочной госпитализации.

Те, кто давал положительную оценку системе здравоохранения признавали, что у них есть знакомства среди врачей и они «проникают» в стационар или на обследование через них. Либо это была госпитализация через приемный покой дежурной больницы. Что косвенно подтверждают и медицинские работники: «к нам, конечно, по скорой легче поступить, чем через поликлинику или вызов участкового врача (только если тот скорую сам не вызывает)» [7]. Иногда это была история, которую можно отнести к одному из «бродячих сюжетов»⁸. Больной поступал «по скорой в критическом состоянии». Врач «сам ставил диагноз» и предпринимал «сильнейшие методы лечения» и «буквально за сутки» ставил на ноги человека. Детали могут варьировать, но главное в здесь том, что предлагаемый нарратив изначально и повышает социальный статус врача, и характеризует с хорошей стороны родственников пациента, сделавших все для его спасения. Поэтому иногда опасность состояния завышается. Так, «сложнейшая, многочасовая операция», в «результате которой чудом спасли жизнь пострадавшему» приводит к выписке больного на следующий день, или через день»⁹ [9].

⁸ Бродячие сюжеты — устойчивые комплексы сюжетно-фабульных мотивов, составляющие основу устного или письменного произведения, переходящие из одной страны в другую и меняющие свой художественный облик в зависимости от новой среды своего бытования.

⁹ Прим. автора - прямо из реанимации с искусственной вентиляцией легких.

Резко негативное представление о медицине формируют конфликты, когда врачи по какой-то причине, иногда уважительной, иногда не очень (преклонный возраст, неудобный диагноз, отсутствие показаний и т.д.), - отказывают в госпитализации или в медицинской помощи, а пациент либо его родственники идут на конфликт и пытаются добиваться своего на месте.

По всей видимости, «отбор или сортировка» пациентов происходит по большому количеству признаков («перспективность» диагноза, уровень лояльности и образования пациента, который предполагает его готовность исполнять предписания врача и не создавать лишних проблем, платежеспособность пациента, его социальная сеть). Этот отбор – специальный навык медицинского работника, чем-то похожий на навык сотрудника ГИБДД, определяющего по нескольким словам и поведению водителя – можно ли брать с него деньги?

И этот отбор уже до оказания квалифицированной медицинской помощи делит совокупность пациентов на лояльных и нелояльных. Конечно, как и у других социальных групп, границы этих групп пациентов прозрачны. Но, по предварительным результатам качественных исследований, возможно не только говорить о таком разделении совокупности потенциальных и актуализированных пациентов, но и со временем предъявить набор признаков, эти группы дифференцирующих.

В медицину Сургута вложены большие для региональной медицины средства, которая профессионалами оценивается как динамичная, быстро развивающаяся сфера. Про которую пациенты говорят, что «в целом медицина неплохая». Но со сложными случаями все предпочитают ездить «на большую землю». С гематологией – в Екатеринбург, с кардиологией – в Новосибирск и т.д. При этом для большинства пациентов лицом сургутской медицины является очередь в поликлинике. Если учесть, что реформа здравоохранения загрузила участковых терапевтов, хирургов и педиатров бумажной работой настолько, что по свидетельствам большинства респондентов (среди врачей и пациентов во всех регионах) на больного остается 1 – 2 минуты, то при всей очевидной модернизации сургутской медицины, основные претензии пациентов сохраняются [7].

Оценка здравоохранения с точки зрения медицинских работников строится так же на основании множества факторов, о которых выше уже говорилось. Первый: возможность получать за свой труд адекватное материальное вознаграждение, в том

числе – обеспечение жильем. Второй (или просто достаточно важный): получение морального удовлетворения и уважения коллег. Это связано не только с квалификацией врача, но и с оснащенностью оборудованием, обеспеченностью расходными материалами и лекарственными препаратами, достаточное количество времени, которое врач может потратить на пациента, престиж профессии, возможность профессионального роста. Третий: социальный статус, который дает профессия врача. Это только часть факторов, формирующих отношение медицинских работников к своей профессии и их оценку системы здравоохранения.

Нужно отметить, что от отношения к системе здравоохранения врачей зависит и отношение пациентов, и оценка управленцев. Часто, высказывая критичное мнение о медицине респонденты ссылались на то, что «врачи сами так говорят».

2.2 Федералы против регионалов

Так или иначе, преодолев барьер первичного звена, пациент попадает на описанный выше «рынок диагнозов». Этот рынок имеет и рыночные, и административные механизмы регулирования. Рынок оборудования и квот – в большей степени административный. Собственно пациенты и их лечащие врачи выбирают того доктора и то ЛПУ, у которого есть репутация и рекомендации представляют собой уже рынок профессиональный. За время модернизации возникло довольно много хороших коллективов врачей, на приличной материальной базе, сумевших консолидировать «пациентопотоки».

Эти ЛПУ, на наш взгляд, можно классифицировать на два больших типа:

1. Возникшие в ходе региональной конкуренции за персонал, оборудование и квоты:
2. Созданные федеральным центром, изначально как специализированные или многофункциональные медицинские центры, в ручном режиме, под выделение квот и целевое финансирования. Пример второго – Медицинский центр при ДВФУ.

Пример первого типа – сургутский «Кардиоцентр» [7]. Сургутский «Кардиоцентр» создал идеальные, по региональным меркам условия для врачей. Более того, в качестве оперирующих хирургов удалось пригласить специалистов из

Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска. Маневрирование с квотами, кодами ОМС и платной медициной позволило дать высокую зарплату врачам и сохранить адекватную загрузку для кардиологов, которые ведут непосредственно пациентов. За счет кадровой политики, хорошего оборудования, и качественного спроса на кардиохирургию (пациенты преимущественно до 60-ти лет), и консолидации около 1000 квот на ВМП, центр развивался и подошел к той стадии развития, когда становится возможным хотя бы частичное воспроизводство кадров.

Но на этом этапе появилась идея внедрения эффективного контракта, в результате которой врачи должны получить увеличение загрузки и сокращение оплаты труда. Многие собираются увольняться, некоторые рассматривают, как вариант, эмиграцию, в том числе – и профессиональную. Если учесть, что за последние три месяца трое из наших респондентов – врачей, имеющие высокий профессиональный рейтинг и большой опыт работы, эмигрировали за границу (Израиль, Германия), где смогли найти работу по специальности, то можно говорить о том, что наше здравоохранение вышло на еще один конкурентный рынок: рынок труда. Как только мы подтягиваем свои кадры до международного уровня, конкурировать за них приходится на глобальном рынке оплаты труда.

Пример второго – Медицинский центр при ДВФУ [8]. Медицинский центр на острове Русский существует чуть больше года, с сентября 2013-го, когда он был открыт лично президентом В. Путиным. Идея создания Центра принадлежит Игорю Шувалову. В оборудование и строительство инвестировано порядка 7 млрд. рублей, оборудовано 8 первоклассных операционных, в которых сегодня делают 35 операций по классу ВМП в день. Главный врач, Олег Пак, нейрохирург, учившийся в США, внимательно следит, чтобы его сотрудники не оперировали грыжи и аппендициты, потому что только ВМП может окупить затраты, произведенные при создании центра. В центре собраны лучшие, по возможности, хирурги из краевой сети здравоохранения, что вызвало крайне негативную реакцию со стороны руководителей краевых ЛПУ.

Центр на сегодня выбирает 3149 квот по ВМП, почти все, что есть в крае, существенно «обокрав» и краевую клиническую больницу, и некоторые другие ЛПУ Владивостока [8]. При этом некоторые специалисты утверждают, что пока качество кардиохирургии в Хабаровске и в Новосибирске выше, чем на Русском, и пациенты теряют, попадая почти в приказном порядке в Медицинский центр при ДВФУ [8].

Тем не менее, для повышения уровня Центра активно привлекаются зарубежные специалисты. Две недели оперирует специалист из Тайваня, россиянин, закончивший Дальневосточный медицинский университет, но потом учившийся за свой счет на Тайване и оставшийся там работать. Приезжают специалисты из Японии.

Очевидно, что при переводе квот на ВМП в систему ОМС федеральные проекты будут конкурировать с региональными лидерами здравоохранения. Как показывает имеющийся на данный момент опыт – административный ресурс федеральных центров, созданных вручную, позволит им в этой конкуренции выиграть.

При безусловной полезности создания таких медицинских центров укажем на некоторые риски и недостатки:

1. Их создание не увеличивает существенно количество квалифицированных кадров, польза может быть только от внедрения новой, современной управленческой парадигмы, связанной с индустриализацией сферы;
2. Есть риск разрушения региональных лидеров. Дополнительно, при этом, когда некоторые специалисты, потерявшие в результате этого работу, смогут устроиться в медицинский центр федерального значения, то часть из них может уехать в другие страны;
3. Экономически такие центры не соразмерны нашему здравоохранению и при прекращении или существенном сокращении целевого финансирования (в ОМС, например), они не смогут выжить и сохранить свой высокий уровень специалистов, оснащения и управленческих технологий.

В результате – можем потерять квалифицированные кадры, ослабить региональные сети здравоохранения и не добиться значимых результатов в массовом здравоохранении.

Исходя из описанных моделей взаимодействия ЛПУ, возникших по различным сценариям, выглядит целесообразным максимально энергично внедрять платные услуги в первичное звено, административно ограничивать объем бесплатных услуг, а высвободившиеся средства переводить на финансирование urgentной медицинской помощи и ВМП через квоты в системе ОМС. При этом,

снижение тарифов по квотам нецелесообразно. Лучше ограничивать их количество и предлагать альтернативу через ДМС и платные услуги.

Определенный и экономически обоснованный заказ на ВТМП от системы ОМС позволит создать конкуренцию на этом рынке, причем желательно по экономической модели, условно, Сургутского кардиоцентра, а по технологической модели – Медицинский центр ДВФУ. Это позволит привлечь частные инвестиции в строительство подобных центров.

2.3 Типология регионов

Наблюдается несколько типов регионов, в которых трансформация здравоохранения идет по-разному.

1. Регион, в котором наблюдается (1) спрос, (2) большой региональный бюджет и (3) концентрация профессионалов создали уникальную для страны ситуацию.

Это Москва [12]. Спрос на медицинские услуги превышает предложение, особенно предложение качественных медицинских услуг, как и во многих других регионах. Но в Москве это – «избыточный спрос», который формирует практически заградительные цены на качественные услуги, но по некоторым позициям москвичи могут получить достаточно качественную бесплатную медицинскую помощь. Отчасти такое возможно и в других мегаполисах, например – в Санкт-Петербурге [10].

2. Регионы, в которых концентрация медицинских кадров, потоки пациентов и финансовые потоки позволили сохранить определенные организационные практики и импортировать, хотя бы частично, новые технологии. Например, Санкт-Петербург, Томск, Новосибирск, ХМАО [7, 10, 11].
3. Регионы, в которых спрос отсутствует, а государственное здравоохранение деградировало из-за недофинансирования и оттока наиболее квалифицированных кадров. В таких регионах средний возраст врачей стремится к пенсионному, новые методы лечения не внедряются, но некий симулякр бесплатной медицинской помощи сохранился. Это

преимущественно районные центры и некоторые региональные центры. Например, Тюмень [13].

4. Регионы, в которых наблюдался отток любых медицинских кадров, кроме национальных, оставшиеся включены в патрон-клиентские сети, а здравоохранение трансформировалось из административной системы в мафиозный рынок ресурсов и статусов. Например, Республика Дагестан [9].

2.4 Профессиональные знания и доступ к профессии

Комплекс рыночных, административных и сетевых механизмов (имеется в виду весь набор социальных связей актеров), регулирующих доступ к профессии представляет интерференцию нескольких социальных пространств.

Во-первых, это получение высшего медицинского образования и система повышения квалификации врачей. Поскольку технологически наше здравоохранение и медицинские школы существенно отстали от американских и европейских, значение последующего самообразования настолько высоко, что порой не важно, какой ВУЗ и в каком городе был закончен. Важно наличие способностей, образовательной базы, финансовых и сетевых ресурсов для последующего освоения специальностей. Иногда врач получает несколько специальностей, чтобы соответствовать импортируемым технологиям. Так врач-терапевт получает дополнительную квалификацию по функциональной диагностике и может работать кардиологом на более-менее современном уровне [7]. Травматолог имеет дополнительные специализации по УЗИ-диагностике и врача-рентгенолога, что делает его способным полностью вести травматологическое отделение без привлечения дополнительных человеческих ресурсов, что в условиях участковой больницы имеет принципиальное значение. Даже превращает участковую больницу в горном селе в межрайонный травматологический центр.

Во-вторых, освоение новых технологий, импортируемых вместе с оборудованием и лекарственными препаратами:

- «...рентгенолог, который закончил ординатуру по рентгенологии, он не идет в поликлинику сидеть там за десять тысяч рублей и смотреть флюшки целый день - это не интересно. И не учат их уже флюшки

смотреть, потому что некому учить флюшки смотреть, потому что выросло поколение преподавателей лучевой диагностики, которые знают КТ, магнит, позитронно-эмиссионную томографию, а классические снимки читать, показать где там легочная артерия, где бронх, как она идет, что это структура норма, - таких уже нет, потому что те, которые были, они вымерли или они старенькие» [10].

В-третьих, адаптация знаний, профессионального статуса и административного ресурса к существующим правилам игры и потокам пациентов.

Но чаще специализация приводит к тому, что диагностика превращается в набор опций по различным исследованиям. И цель этих исследований – сами исследования как отдельная оплачиваемая через ОМС или из кармана пациента услуга:

- «Нет рентгенологов, все, кто выпускаются рентгенологами, они хотят пройти специализацию по компьютерной томографии и сесть на кассовый аппарат, потому что томограф или магнит - это кассовый аппарат: больного засунул, деньги получил, иди. Реально, бесплатной компьютерной томографии больного с новообразованием в легких (нет – ДС). Они могут, конечно, в ОМС попасть, их из поликлиники записывают, но месяца на три вперед, что для больного с опухолью легкого три месяца - это не сильно актуальный срок, за три месяца вторая стадия может превратиться в третью или лимфоузлы могут вылезти, или метастазы где - то появиться» [10].

Регулирование потоков пациентов является одной из главных функций системы здравоохранения и для государства, как для заказчика системы, и для коллективов медицинских работников. Для медицинской корпорации привязанность финансовых ресурсов и обеспеченности ЛПУ современным оборудованием, при одноканальном финансировании и системе квот привязанные к пролеченным случаям, так же превращают регулирование потока пациентов в основной инструмент конкуренции за ресурсы и статусы.

В качестве одного из основных активов компетентные медицинские работники рассматривают «клиентскую сеть»:

- «...мои больные, которые приходят, они приходят из того круга людей с кем я общаюсь. Нейрохирурги там что-нибудь пришлют, это все

внутренний круг какой - то... Знакомые, родственники, бывает, что больные приводят своих знакомых, у меня есть пара пациентов, которые своих знакомых приводят, кому - то грыжу прооперировал, привел своего директора, большой строительной компании, прооперировал грыжу заму, кто его притащил не помню, по - моему травматологи, он привел своего директора - директора прооперировал, потом тот еще кого - то притащил, потому что результат его устроил. То есть, есть врачи (поставщики пациентов – ДС), а есть, когда больные тащат, когда результат устраивает, но это в общей хирургии (распространено – ДС), в легочной хирургии результат никогда никого не устраивает, потому что хирургия функционально ущербна, они могут прийти без жалоб, а уйти с дыхательной недостаточностью... Те, кто приходит с раком легкого, они живут годик, два, три максимум» [10].

В рамках этой институциональной системы медицинский работник, согласно своей картине мира и квалификации, может выбрать одну из стратегий становления специалиста и получения им соответствующего статуса.

Заключение

Результаты исследования позволили сформировать ряд рекомендаций по развитию региональных систем здравоохранения в т.ч.:

1. Развитие общей врачебной практики в рамках программы ОМС;
2. Усиление службы скорой помощи отделениями и больницами скорой помощи. Тем более, что пациенты все равно используют госпитализацию «по скорой» как способ обойти амбулаторное звено или травматологический пункт;
3. Предоставление площадки поликлиник для амбулаторного приема специалистов из стационаров и просто востребованных врачей. Ведь прием пациентов оперирующим хирургом или специалистом из стационара, в рамках ОМС, ДМС или платный – значительно эффективнее (по последствиям для пациента), чем прием хирурга в поликлинике. Замена системы участковых терапевтов и специалистов на врачей общей практики и ведущих прием специалистов из стационаров и специализированных клиник – путь к существенному сокращению штата и повышению эффективности первичного звена;
4. Увеличение производительности труда врача. Для этого необходимо освободить специалиста от бюрократических действий, повысить оплату труда и увеличить объем работы. Более подробное описание организации труда возможно при изучении опыта работы лучших зарубежных систем здравоохранения (например – Сингапура, Тайваня и т.д.);
5. Перераспределение фонда оплаты труда в пользу наиболее эффективных специалистов. Необходимо повысить возможности главных врачей при маневрировании ресурсами. Каких специалистов стоит сохранить, от каких возможно избавиться – это прерогатива главного врача, а не фонда ОМС, Минздрава или страховой медицинской организации. Это не исключает разработки систем оценки эффективности, квалификационных выплат и т.д., но необходимо создать возможность много зарабатывать эффективным и квалифицированным специалистам. Иначе в сложившейся финансовой ситуации не удержать хорошие коллективы;
6. Максимальное развитие частной врачебной практики в крупных городах и сельской местности. Опыт наблюдения опытных врачей, ведущих

платный прием в сельской местности показал, что они выигрывают конкуренцию за пациента у участковых больниц, ФАПов и амбулаторий. При этом такой, имеющий частную практику врач, становится микроинвестором в медицинское оборудование – аппараты УЗИ, стоматологические и гинекологические кресла, аптечная торговля и т.д. – все это появляется в сельской местности без участия государства. Если тарифа ОМС станут рыночными – возможно использование таких частнопрактикующих специалистов в системе ОМС. Опыт «земского здравоохранения», появившийся в Дагестане требует более детального изучения. Но при дальнейшем падении доходов системы ОМС – об этом тоже имеет смысл подумать;

7. Доведение тарифов ОМС до рыночных параметров. Только это позволит максимально эффективно использовать частный сектор для оказания услуг по ОМС, а также позволит продолжить привлекать частные инвестиции в здравоохранение;
8. Введение соплатежей. Было бы идеально ввести соплатежи при первичном посещении. Это, во-первых, правильно мотивировало бы амбулаторное звено, во-вторых, отсекло бы «вечных больных», которые съедают до половины ресурсов ЛПУ в амбулаторном звене. Необходимость соплатежей связана еще и с нехваткой средств ОМС на многие виды медицинской помощи. Альтернативными формами участия пациента в оплате могут стать приобретение дополнительной страховки или введение оплаты за услугу с установлением компенсаций для социально уязвимых категорий населения;
9. Возобновление исследовательских программ международных фармакологических компаний и стимулирования создания совместных предприятий по производству лекарственных препаратов и медицинского оборудования, совместных учебных центров и сотрудничества медицинских ВУЗов с производителями оборудования и медикаментов.

Список использованных источников

1. Грейф А. Институты и путь к современной экономике. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2013.
2. Акерлоф Дж., Шиллер Р. *Spiritus Animalis*: или Как человеческая психология управляет экономикой и почему это важно для мирового капитализма. М.: ООО «Юнайтед Пресс», 2010.
3. Ефимов В.М. Дискурсивный анализ в экономике: пересмотр методологии и истории экономической науки // Экономическая социология. 2011. - Т.12. - №3. - С.15-53.
4. Латур Б. Когда вещи дают отпор: возможный вклад «исследований науки» в общественные науки. В сб.: Вахштейн В. (отв. ред.). Социология вещей. М.: Территория будущего. С. 342–266.
5. Хархордин О. В. Предисловие редактора // Бруно Латур. Нового времени не было. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2006.
6. Hardin G. The Tragedy of the Commons // Science. - 1968. - No.162 (3859). P. 1243–1248.
7. Материалы полевых исследований рабочей группы, июнь-июль 2014 г., ХМАО.
8. Материалы полевых исследований рабочей группы, октябрь 2014 г., Владивосток.
9. Материалы полевых исследований рабочей группы, март 2014 г., Дагестан.
10. Материалы полевых исследований рабочей группы, июнь-июль 2014 г., Санкт-Петербург.
11. Материалы полевых исследований рабочей группы, Томск
12. Материалы полевых исследований рабочей группы, май 2014 г., Москва
13. Материалы полевых исследований рабочей группы, июнь-июль 2014 г., Тюменская область