

Кульминская Алина Владимировна

кандидат социологических наук,
доцент кафедры социологии и технологий
государственного и муниципального управления
Уральского федерального университета

Каташинских Варвара Сергеевна

кандидат социологических наук,
доцент кафедры социологии и технологий
государственного и муниципального управления
Уральского федерального университета

ОДНОКАНАЛЬНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ФАКТОР ТРАНСФОРМАЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

Аннотация:

В статье проведен анализ публикаций, посвященных реформированию системы финансирования здравоохранения России, определено место и задачи оказания платных услуг в структуре бюджета лечебно-профилактических учреждений. Выявлена недостаточная изученность проблем перехода к новой системе с позиции врачей. Приведены результаты прикладного социологического исследования с использованием экспертных интервью, раскрывающие проблемы взаимодействия между врачом и пациентом при оказании платных медицинских услуг в условиях одноканальной системы финансирования.

Ключевые слова:

социология медицины, одноканальное финансирование здравоохранения, платные медицинские услуги, социологическое исследование, экспертное интервью, взаимодействие, врач, пациент, качество медицинской помощи, оценка.

Kulminskaya Alina Vladimirovna

PhD in Social Science, Associate Professor,
Department of Sociology and Technology of
State and Municipal Management,
Ural Federal University

Katashinskikh Varvara Sergeevna

PhD in Social Science, Associate Professor,
Department of Sociology and Technology of
State and Municipal Management,
Ural Federal University

SINGLE-CHANNEL FINANCING OF HEALTH CARE AS A FACTOR OF TRANSFORMATION OF INTERACTION BETWEEN A PHYSICIAN AND A PATIENT IN THE PROVISION OF PAID SERVICES

Summary:

The article analyzes the publications devoted to the reform of the health care financing system in Russia, as well as determines the place and tasks of rendering paid services in the structure of the budget of medical and preventive institutions. The study reveals the insufficient knowledge of problems of transition to a new system from the point of view of the physicians. The paper presents the results of applied sociological research using expert interviews that reveal the problems of interaction between a physician and a patient in the provision of paid medical services in a single-channel financing system.

Keywords:

sociology of medicine, single-channel financing of health care, paid medical services, sociological research, expert interview, interaction, physician, patient, quality of medical care, evaluation.

Демографические и социально-экономические трансформации, происходящие в каждой стране, приводят к необходимости изменения социальной сферы государства. Реформирование таких крупных социальных институтов, как здравоохранение, всегда сопровождается множественностью противоречий. Россия вслед за западными странами увеличила роль страховых компаний, создав систему одноканального финансирования [1]. Прибыль лечебно-профилактических учреждений становится пропорциональна качеству услуг, которые оно оказывает. Таким образом, мы идем к «открытым инновациям» в здравоохранении [2], что формирует новую систему взаимодействия между пациентом и врачом.

Научный интерес к переходу на одноканальное финансирование достаточно велик, а тематика публикаций в основном лежит в области экономического анализа эффективности распределения средств и проблем проектного управления в области здравоохранения. В ходе анализа теоретического материала мы выделили три тематические группы.

Первая группа представляет особенности программно-целевого финансирования и распадается на два направления. Первое касается проблем приоритетного национального проекта «Здоровье» (Т.Р. Тимкин, Н.К. Фролова, З.Н. Ижаева; эти работы относятся в основном к запуску проекта, т. е. 2006–2008 гг.). Второе направление посвящено созданию и планированию небольших инновационных программ по лечению редких дорогостоящих заболеваний (Д.В. Федяев, Л.В. Максимова, В.В. Омеляновский).

Вторая группа материалов касается деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Особый интерес представляют работы М.С. Дадьяновой, Н.Г. Калева, Н.А. Кравченко, М.И. Кучмы, Л.Б. Лазаровой, И.В. Пономаревой, А.В. Рагозина, А.В. Решетникова, В.Б. Розанова.

Третья группа – публикации, освещающие особенности развития рынка медицинских услуг (А.А. Лебедев, М.В. Гончарова, И.А. Тогунов). Наиболее интересными представляются работы Т.А. Сибуриной, которые раскрывают сущность и механизмы участия муниципальных больниц на рынке медицинских услуг.

Таким образом, можно сделать вывод, что эффективность реформирования и функционирования системы здравоохранения оценивается по экономическим показателям и по мнениям потребителей медицинских услуг. Существует достаточно работ, отражающих оценку качества и доступности медицинской помощи с точки зрения пациентов, причины выбора платных медицинских услуг и особенности их потребления. При этом врачи воспринимаются исключительно инструментально, как рабочая единица: нам встретилось только одно исследование, сфокусированное на мнении врачей о национальном проекте «Здоровье» [3]. При этом А.В. Рагозин, Н.А. Кравченко и В.Б. Розанов указывают на вероятностный (по трактовке авторов: ремесленный) характер работы лечащих врачей в отношении как результата лечения, так и оценки его со стороны пациента [4, с. 4].

Наша работа призвана устранить эту асимметрию. А.В. Рагозин и др. указывают на то, что инструментальный подход к работе врачей, отношение к ним как к элементам системы здравоохранения невозможен: слишком силен фактор личности врача по отношению к результату лечения. Здесь возникает социологический аспект существования системы здравоохранения. При внесении изменений в деятельность лечебно-профилактических учреждений неизбежны изменения в системе взаимодействия между непосредственными участниками – врачом и пациентом. Заданное проблемное поле очень широко, поэтому в статье мы фокусируем внимание только на проблемах взаимодействия между врачом и пациентом в отношении оказания платных медицинских услуг. Под взаимодействием понимаем процесс влияния социальных объектов друг на друга, в котором взаимодействующие стороны связаны циклической причинной зависимостью [5, с. 127].

Для решения исследовательских задач осенью 2016 г. было проведено 15 экспертных интервью с врачами больниц Екатеринбурга. Все респонденты имеют стаж работы не менее пяти лет, непосредственно взаимодействуют с пациентами и заполняют медицинскую документацию. Беседа проводилась один на один на рабочем месте после окончания рабочего дня.

Отправной точкой рассуждений стал факт, что с 2013 г. постепенно вводится одноканальная система финансирования здравоохранения. Это означает, что средства могут быть получены только из территориального фонда обязательного медицинского страхования и только по факту оказанных услуг в случае правильного оформления медицинской документации. Ранее была введена система свободного выбора пациентов врача и лечебного учреждения, в совокупности с одноканальным финансированием она должна создать конкуренцию между лечебными учреждениями. Предполагается, что таким образом произойдет отсев слабых больниц с последующим их присоединением к более успешным организациям или объединением с целью создания новой структурной единицы.

Новая система финансирования представляет собой достаточно неповоротливый механизм, поэтому многие больницы для увеличения объема доступных средств стараются увеличить объем платных услуг. Это позволяет решить многие проблемы, например ускорить окупаемость аппаратуры и увеличить фонд зарплаты. Вместе с тем возникают дополнительные проблемы, в частности, не решен вопрос, кто несет ответственность за возможные негативные последствия оказанной или неоказанной услуги.

Оказание платных медицинских услуг происходит достаточно бесконтрольно: нарушается механизм движения пациента от терапевта к узким специалистам или на дополнительные диагностические процедуры. Респонденты, работающие в диагностических подразделениях, сталкиваются с желанием пациента пройти обследование без направления или сделать это без должной подготовки. В обоих случаях есть риск осложнений, но далеко не каждый пациент способен это понять даже после мотивированного отказа. В результате он остается недоволен качеством медицинского обслуживания и пишет жалобу. Наши эксперты видят проблему в том, что фактически ответственность за здоровье теперь несет пациент. Это проявляется, во-первых, в стремлении пройти максимум диагностических процедур «на всякий случай» вне зависимости от риска и вероятности дальнейших действий в случае выявления патологии. Во-вторых, в доступности излишней информации о заболеваниях в средствах массовой информации и сети Интернет. «Пациент приходит уже с готовым диагнозом и хочет, чтобы врач с ним согласился», – отмечает один из респондентов, врач звена первичной помощи.

Такое противоречие влияет на показатели качества оказания медицинских услуг, а именно – удовлетворенность пациентов, и показатель удовлетворенности – количество жалоб. Респонденты указывают на то, что при разборе жалобы зачастую не принимается во внимание ее обоснованность, хотя часто жалоба – результат неосведомленности пациента о каких-то нюансах (возможные осложнения после процедур, необходимость профилактических мер и т. д.). Говоря образно, маятник качнулся в другую сторону. Если раньше пациент был объектом медицинских манипуляций и врач определял их объем и необходимость, то сейчас пациент обрел субъектность, но выражается она зачастую в неудовольствии и критике как следствии малой информированности. Мы не исключаем случаи, когда жалобы действительно обоснованы, но в ходе исследования не удалось зафиксировать четкий механизм разбора конфликтов между врачом и пациентом. Более того, в больнице может быть введено негласное правило: жалоб быть не должно, вне зависимости от ситуации. Таким образом, на врача перекладывают ответственность за доходы больницы. В сочетании с введением системы страхования личной ответственности врача (до 2017 г. ответственность за врачебную ошибку несла больница) такая ситуация может привести к оттоку специалистов из профессии.

В связи со свободой пациента в выборе лечебных и диагностических процедур эксперты упомянули о возможной гипердиагностике и создании медицинских мифов. В качестве примера можно привести активную борьбу с вирусом папилломы человека и, как следствие, навязывание женщинам репродуктивного возраста прививок или попытку свести все болезни к существованию *helicobacter pylori* в организме. И в том и в другом случае, по мнению экспертов, рынок медицинских услуг отреагировал на результаты научных исследований и создал ажиотажный спрос на соответствующие услуги. И многие пациенты действительно хотят, чтобы у них нашли проблему и начали ее лечение, так как иначе обращение в лечебно-профилактическое учреждение будет бессмысленным.

С нашей точки зрения, нарушение взаимодействия между врачом и пациентом порождено именно одноканальной системой финансирования. Пациенту дали дополнительные права, но не связали его обязанностями. Свобода выбора лечебно-профилактического учреждения, врача и степень выполнения рекомендаций в значительной мере переносит ответственность за поддержание здоровья на самого пациента, врач в такой ситуации выступает только помощником. В то же время на врача помимо обязанности помочь в сохранении здоровья возлагается ответственность за репутацию больницы, формирование потока пациентов, повышение удовлетворенности качеством обслуживания. И сами сотрудники лечебно-профилактических учреждений настаивают на том, что они оказывают помощь, а не услуги, как считают пациенты. Именно такое несовпадение установок часто становится почвой для конфликтов с пациентами.

Ссылки:

1. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 29 нояб. 2010 г. № 326-ФЗ (послед. ред.). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
2. Brodie J. Open innovation in health care management in the UK: reflecting on the challenges and opportunities // *Journal of Hospital & Medical Management*. 2015. Vol. 1, no. 1:3.
3. Ижаева З.Н. Национальный приоритетный проект «Здоровье»: вопросы реализации и оценка врачей // *Власть*. 2008. № 6. С. 19–21.
4. Рагозин А.В., Кравченко Н.А., Розанов В.Б. Эффективность национальной системы здравоохранения: соответствует ли используемая модель финансирования здравоохранения объективным условиям страны // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2013. № 5. С. 3–8.
5. Фролов С.С. *Общая социология*. М., 2008.

References

- Brodie, J 2015, 'Open innovation in health care management in the UK: reflecting on the challenges and opportunities', *Journal of Hospital & Medical Management*, vol. 1, no. 1:3, <https://doi.org/10.4172/2471-9781.100003>.
- Frolov, SS 2008, *General sociology*, Moscow, (in Russian).
- Izhaeva, ZN 2008, 'National priority project "Health": implementation issues and evaluation by physicians', *Vlast'*, no. 6, pp. 19-21, (in Russian).
- Ragozin, AV, Kravchenko, NA & Rozanov, VB 2013, 'Efficiency of the national health care system: does the healthcare financing model match the objective conditions of the country?', *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*, no. 5, pp. 3-8, (in Russian).