



Оценка финансового бремени населения при получении медицинских услуг в рамках пакета государственных гарантий в Республике Таджикистан

С.Р. Миралиев

*Отдел анализа политики здравоохранения Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан;
кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики
с курсом истории медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино*

Проведена оценка уровня финансового бремени за стационарные и амбулаторные медицинские услуги в пилотных районах. Результаты 4-х раундов исследования показали, что с внедрением пакета государственных гарантий (ПГГ) в целом, доля пациентов, производящих выплаты, уменьшилась в пилотных районах по сравнению с контрольными районами более чем в два раза; однако средневзвешенный размер производимых ими выплат увеличился более чем в 2 раза, за этот же период.

Несмотря на положительную динамику, внедрение ПГГ всё же не снизило финансовое бремя пациентов на стационарном уровне в абсолютных показателях, оно только снизило долю пациентов, оплачивающих ту или иную часть расходов на собственный уход за здоровьем. Это объясняется тем, что сооплата заменила всего лишь часть, но не весь объём неофициальных платежей. Более того, отмечается, что ПГГ способствовал снижению общего финансового бремени льготных категорий пациентов, по сравнению с не льготными. Доля пациентов, которые производили общие выплаты в пилотных по ПГГ районах, снизилась с 81% до 30% (в 2007 и 2012 гг., соответственно); средневзвешенный размер производимых ими выплат также уменьшился более чем в 3 раза, за этот же период.

Ключевые слова: пакет государственных гарантий, льготные категории населения, сооплата

Введение. Пакет государственных гарантий регулирует права граждан Республики Таджикистан на получение медицинских услуг посредством ряда определённых правил, которые устанавливают порядок внесения оплаты и пользования льготами при получении доступа к медико-санитарным услугам. Основной целью ПГГ является снижение финансового бремени населения Республики Таджикистан при получении медицинских услуг посредством создания предсказуемой и прозрачной системы прав и обязанностей пациентов, с фокусом на льготные категории населения, включая рожениц [1-3].

Подобный механизм ПГГ также внедряется и в других постсоветских странах, таких как Молдова и Кыргызстан. Однако важно отметить, что в этих странах ПГГ внедряется повсеместно в рамках обязательного медицинского страхования. Также как и в Таджикистане, он направлен на защиту населения от финансовых рисков при получении медицинских услуг, в особенности льготных категорий населения [4,5].

На сегодняшний день ПГГ внедряется в 14 районах страны, более того Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ намерено разработать план расширения внедрения ПГГ на всю страну в предстоящие годы. В связи с этим, в марте 2013 года был проведён 4-й раунд исследования, с целью оценить влияние реализации ПГГ на финансовую доступность населения к медицинским услугам на амбулаторном и стационарном уровнях.

Цель исследования. Оценка уровня финансового бремени за стационарные и амбулаторные медицинские услуги и анализ пропорции выплат из кармана пациентов: формальные и неформальные (карманные) платежи.

Материал и методы. Данное исследование проводилось Отделом анализа политики здравоохранения (ОАПЗ) Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ (МЗ И СЗН РТ) при технической поддержке странового офиса ВОЗ в РТ



и финансовой поддержке Европейского Союза. В основу данного анализа легли четыре раунда опроса, проведённые с пациентами, посетившими учреждения ПМСП и пациентами, выписанными из стационаров 4-7 месяцев спустя, а также были выборочно опрошены руководители медицинских учреждений ПМСП и стационаров. Опросы проводились в августе 2007 г. (базовые), ноябре 2007 г., марте 2009 г. и марте 2013 г. профессиональными интервьюерами, исследовательских компаний, с целью получения достоверных ответов респондентов, участвовавших в этих исследованиях.

Методология, использованная во всех четырёх исследованиях, была идентичная, и применялись смешанные подходы для оценки влияния ПГГ «разница-в-разнице», количественные и качественные подходы. Такой подход позволяет реально оценить, действительно ли ПГГ снижает финансовое бремя на население при получении медицинских услуг или не оказывает никакого влияния. Это возможно при сравнении результатов, полученных в пилотных по ПГГ (Дангара, Турсунзода, Спитамен, Рашт) и контрольных (Гиссар, Куляб, Ганчи, Канибадам) районах.

Выборка имела многоступенчатую структуру: на первом уровне, для отбора районов, больниц и отделений, использовалась стратифицированная выборка, а на втором уровне, для отбора пациентов по данным статистического учёта МЗ И СЗН РТ, число пациентов было отобрано случайной выборкой. Опрошенных пациентов было 3200, из них выписанных из стационара – 1920, и 1280 человек, посетивших амбулаторные учреждения в период, определённый в рамках этих двух исследований.

Пациенты были идентифицированы на основе регистрации и записей, которые ведутся в медучреждениях. Выборка была произведена пропорционально уровню использования медицинских услуг на уровне ПМСП и стационара отдельно в течение периода, который был определён в рамках каждого из четырёх исследований. Для того чтобы получить данные о выплатах населения на амбулаторном и стационарном уровнях, были разработаны вопросы для каждого уровня в отдельности.

Выплаты, включённые в эти исследования, были сгруппированы в такие категории как: (а) оплата медицинскому персоналу, агрегированная из разных вопросов относительно произведённых выплат пациентами их лечащим врачам, хирургу, анестезиологу и медсёстрам, семейному врачу, (б) оплата за госпитализацию, (в) оплата за медикаменты, (г) оплата за медицинские расходные материалы, (д) оплата за лабораторные анализы, (е) общие расходы на стационарном и (ж) амбулаторном уровнях.

Результаты и их обсуждение. После внедрения ПГГ доля пациентов, производящих оплату за

госпитальные услуги, значительно увеличилась в пилотных районах, по сравнению с контрольными районами. Это связано с тем, что с внедрением ПГГ в пилотных районах неофициальные выплаты были легализованы и взимаются как официальная сооплата, которая вносится некоторой категорией населения при госпитализации. Далее, в последующий год наблюдалось незначительное снижение этого показателя, и в 2012 г. не отмечается никакого изменения, тогда как в контрольных районах этот показатель вырос. Средний размер выплат существенно вырос за весь исследуемый период, как в пилотных, так и в контрольных районах. В пилотных районах процент пациентов, оплачивающих госпитализацию, повысился на 28% (30% – в 2007 и 58% – 2012 гг.) и в последний год не наблюдалось никаких изменений. А средний размер оплаты, среди внесших такую оплату, существенно увеличился – на 55 сомони (7 сомони – в 2007 и 62 сомони – в 2012 гг.). Это указывает на то, что медицинские учреждения осуществляют сбор сооплаты, которая служит им в качестве источника дохода, и эта практика уже прижилась, как было отмечено менеджерами медицинских учреждений в пилотных районах. В то же время доля пациентов, производящих выплаты за госпитальные услуги и средний размер выплат, также увеличилась в контрольных районах, но это увеличение значительное (с 41% до 86% и с 9 сомони до 19 сомони, в 2007 и 2012 гг., соответственно).

Наблюдается значительный спад в объёме выплат медицинскому персоналу в пилотных районах по сравнению с контрольными районами. В пилотных районах количество пациентов, выплачивающих деньги медицинскому персоналу, снизилось на 43% в течение 2007 – 2013 гг.; однако размер выплат остался на том же уровне – 75-76 сомони, за тот же обследуемый период. В контрольных районах также наблюдалась схожая картина – снижение доли пациентов, производящих выплаты, но размер выплат увеличился в 1,5 раза. Это связано с тем, что с 2010 г. ежегодно увеличивается заработная плата государственных служащих в социальном секторе, включая и медицинские учреждения, с 20% до 40%. Так в апреле 2007 г. средний размер заработной платы врача был 58,24 сомони, а в 2008 г. – 122,3 сомони и в 2012 г. – 651 сомони. Кроме того, как отмечают менеджеры больниц, участвовавшие в опросе, Агентство по борьбе с коррупцией усиленно отслеживает факты неформальных платежей медицинскому персоналу.

Тем не менее, в 2012 г. можно увидеть, что разница в средневзвешенном размере выплат среди тех, кто платил (условный показатель) в пилотных и контрольных районах составила 90 сомони. Если предположить, что если бы ПГГ не внедрялся, то в пилотных районах можно было бы увидеть картину, схожую с контрольными районами. Таким образом, результаты этих исследований, демонстрируют, что

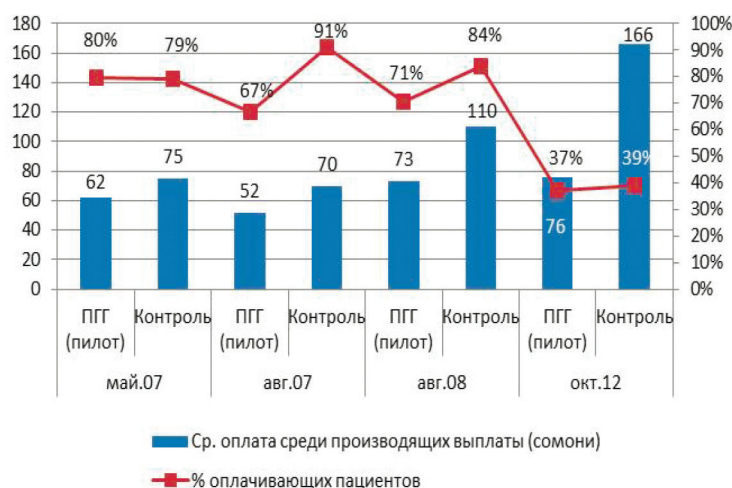


РИС. 1. РАСХОДЫ ПАЦИЕНТОВ НА МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ

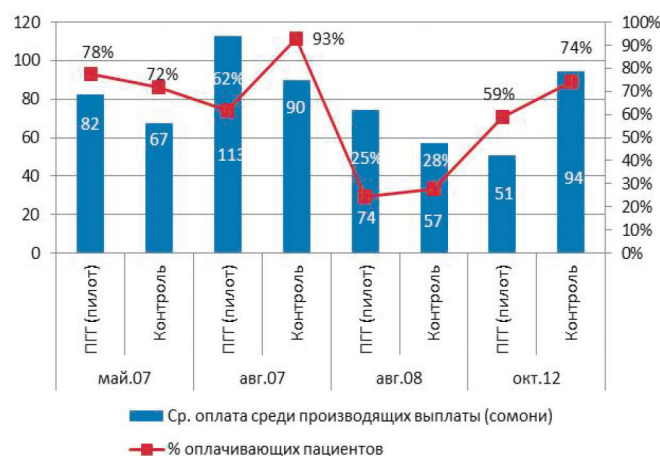


РИС. 2. РАСХОДЫ ПАЦИЕНТОВ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

действительно, в тех районах, где внедряется ПГГ финансовое бремя на население значительно ниже, нежели в контрольных районах.

Отмечается снижение количества пациентов, производящих выплаты за лекарства, и средневзвешенный размер выплат в пилотных районах по сравнению с контрольными районами. В пилотных районах количество пациентов, оплачивающих лекарства, снизилось на 19% в течение 6 лет. Однако за последние 4 года этот показатель в пилотных районах увеличился чуть более, чем в два раза, а в контрольных – почти в три раза. Это связано со снижением государственного финансирования на лекарства почти в 2 раза в 2012 г. по сравнению с 2008 г. как в пилотных ПГГ районах, так и контрольных. В 2008 году расходы на лекарственные средства в общем бюджете стационаров пилотных по ПГГ районов составляли 4%, а в 2012 г. – только 2%, а в контрольных районах – 3% и 1%, соответственно. Как отметили менеджеры

медицинских учреждений, в 2012 году были трудности с предоставлением лекарств, так как выделялось недостаточно бюджетных средств, и в связи с этим население было вынуждено покупать большинство лекарств за свой счёт.

В 2012 г. вероятность оплаты за лекарства в пилотных районах была ниже на 15% в сравнении с контрольными районами. Это говорит о том, что в тех районах, где внедряется ПГГ, финансовое бремя на население ниже, чем в контрольных районах, следовательно, и финансовая защита населения от выплат значительно лучше. Это также подтверждается и средневзвешенным размером выплат среди пациентов: в пилотном районе этот показатель составил 51 сомони, тогда как в контрольных районах – 94 сомони, т.е. на 43-44 сомони меньше оплачивали в пилотных по ПГГ районах. Сравнительный анализ (с предыдущими годами) также демонстрирует снижение в средневзвешенном размере выплат в

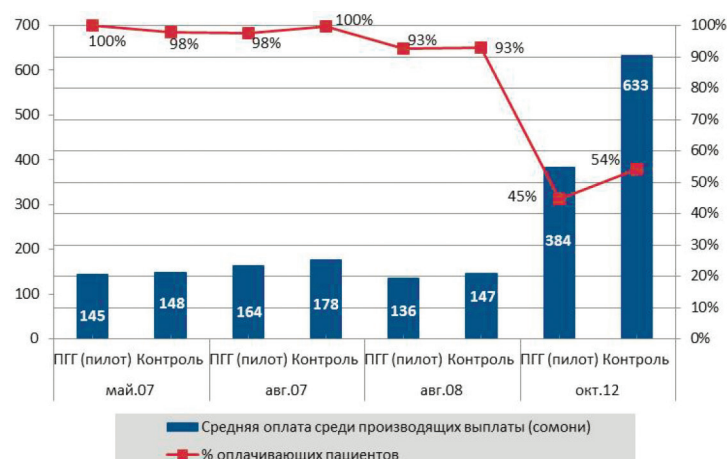


РИС. 3. ОБЩИЕ ВЫПЛАТЫ ВЫПИСАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

пилотных по ПГГ районах, так с 2008 по 2012 гг. этот показатель снизился на 23 сомони, тогда как в контрольных районах -- увеличился на 37 сомони.

Наблюдается снижение количества пациентов, производящих выплаты за лабораторные и диагностические анализы, как в пилотных районах, так и контрольных районах, однако размер выплат вырос в 2012 г. по сравнению с базовым годом до внедрения ПГГ. Однако, видно, что картина неоднозначная и смешанная в течение всего исследуемого периода. Так, за последние четыре года (с 2008 по 2012 гг.), в пилотных районах показатель -- процент оплачивающих пациентов -- всё же незначительно увеличился, на 8% в 2012 г., тогда как в контрольных районах можно наблюдать обратную картину -- снижение на 14% за этот же год. Средневзвешенный размер выплат среди тех, кто платил (условный показатель) повысился как в пилотных, так и в контрольных районах на 7 сомони: в пилотных районах -- с 14 сомони в 2008 г. до 21 сомони -- в 2012 г., и в контрольных -- с 15 до 22 сомони (в 2008 и 2012 гг., соответственно). А в 2012 г. разница в оплате между пилотными и контрольными районами была незначительной -- пациент, госпитализированный в пилотном по ПГГ районе, платил на 1 сомони меньше, нежели в контрольном районе. Такая картина не является позитивной, так как в рамках ПГГ эти манипуляции должны покрываться за счёт государственного бюджета.

В целом, доля пациентов, которые сказали, что производили общие выплаты в стационарах в тех районах, где внедряется ПГГ, значительно снизилась с 2007 по 2012 гг.; однако средний размер производимых ими выплат увеличился более чем в 2 раза, за этот же период. Так, 45% пациентов в 2012 г. сказали, что производили выплаты за полученные медицинские услуги в больницах в районах, где внедряется ПГГ, тогда как в 2008 г. этот показатель составил 93%.

Такую позитивную динамику, можно связать с тем, что внедряется ПГГ, который направлен на снижение бремени населения при получении медицинских услуг. Однако и в контрольных районах наблюдается тенденция к снижению доли пациентов, которые сказали, что производят выплаты (с 93% до 54%, в 2008 и 2012 гг., соответственно). Это связано с тем, что меньшее количество людей производили выплаты медицинскому персоналу, а также наблюдалось сокращение выплат населения на лекарства в течение 6 лет (с 2007 по 2012 гг.).

Проанализировав государственный бюджет стационаров в тех регионах, где реализуется ПГГ, отметили его увеличение в 3 раза в 2012 году по сравнению с 2008 годом (с 5 млн. сомони до 15 млн. сомони, в 2008 и 2012 гг., соответственно). В контрольных районах бюджет также был увеличен чуть более чем в 2 раза (с 6 млн. сомони до 14 млн. сомони, в 2008 и 2012 гг., соответственно). Так, при расчёте показателя государственных расходов на душу населения установили, что в 2012 г. в пилотных районах он составил 25 сомони, а в контрольных районах -- 20 сомони, тогда как в 2008 году выделялось по 9 сомони как в пилотных, так и в контрольных районах.

Средний размер выплат как в пилотных, так и контрольных районах значительно вырос за последние четыре года, на 248 сомони и 486 сомони, соответственно. Безусловно, это связано с инфляцией и увеличением цен в стране не только на услуги здравоохранения, но и в целом. Однако же, несмотря на рост этого показателя, абсолютная разница между выплатами в пилотных и контрольных районах составила 238 сомони, т.е. в тех районах, где внедряется ПГГ, финансовое бремя на население значительно ниже, чем в контрольных районах. Если предположить, что если бы ПГГ не внедрялось, то можно было бы увидеть в пилотных районах схожую картину, что и в контрольных районах.

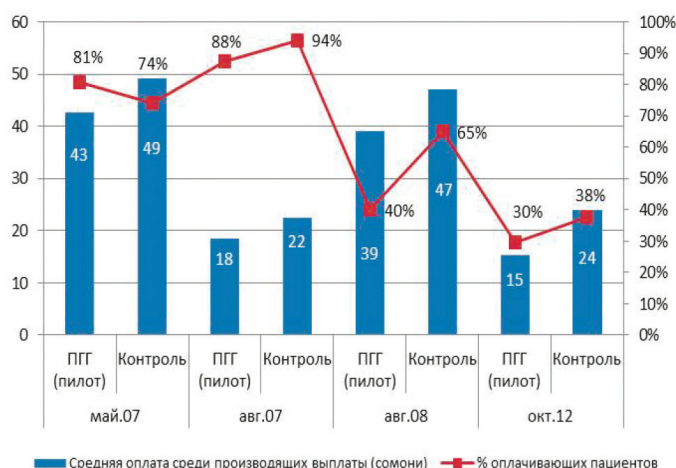


РИС. 4. ОБЩИЕ ВЫПЛАТЫ ПАЦИЕНТОВ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

При рассмотрении общего финансового бремени на пациентов-льготников на стационарном уровне, отметили незначительное снижение доли льготных пациентов, которые сказали, что производили выплаты, среди всех льготных категорий в пилотных районах по сравнению с контрольными районами. За последние четыре года в пилотных районах этот показатель вырос на 4%. Такая динамика не является позитивной, так как в рамках ПГГ расходы льготных категорий населения должны покрываться за счёт государственного бюджета. Однако, например в 2012 г., общие расходы государственного бюджета на здравоохранение составили лишь 7% от общих государственных расходов, тогда как на образование выделялось 17%. Безусловно, такой уровень финансирования сектора здравоохранения недостаточен, т.е. очевидно, что ПГГ недофинансируется, и поэтому наблюдается такой высокий уровень выплат льготных категорий пациентов.

Проанализировав государственный бюджет учреждений ПМСП в тех регионах, где реализуется ПГГ, отметили его увеличение в 4,5 раза в 2012 году по сравнению с 2008 годом (с 3,7 млн. сомони до 16 млн. сомони, в 2008 и 2012 гг., соответственно). В контрольных районах бюджет также был увеличен почти в 5 раз (с 3 млн. сомони до 15,8 млн. сомони, в 2008 и 2012 гг., соответственно). Так, при расчёте показателя государственных расходов на душу населения, в 2012 г. в пилотных районах он составил 27 сомони, а в контрольных районах – 23 сомони, тогда как в 2008 году выделялось 7 сомони и 5 сомони, соответственно.

В пилотных районах пациенты чуть лучше осведомлены о необходимых выплатах при госпитализации, по сравнению с контрольными районами. Данный показатель в пилотных районах не значительно изменился в 2012 году по сравнению с 2007 годом, до внедрения ПГГ (48% и 57%, соответственно). Однако

нужно отметить, что по сравнению с 2008г. не наблюдается никакого изменения, и 2012г. показатель был на том же уровне. А в контрольных районах в 2012 году немного больше населения знало о том, сколько нужно будет выплачивать до госпитализации, по сравнению с 2007г. (27% и 21%, соответственно). Такая картина говорит о том, что население всё ещё недостаточно осведомлено о ценах, предполагаемых для выплат в рамках ПГГ.

Доля пациентов, которые сообщают, что нахождение денег для госпитализации было затруднительным или очень затруднительным, увеличилась в пилотных районах с 63% до 81% за последние четыре года. Точно также доля пациентов, которые сообщают об отсрочке госпитализации, из-за необходимости сбора финансовых ресурсов, увеличилась на 2% за этот же период. Большая часть населения использует свои сбережения, для того, чтобы оплатить своё лечение на стационарном уровне, как в пилотных, так и в контрольных районах; и такая тенденция отмечается в течение всего исследуемого периода.

Таким образом, полученные данные исследования показывают смешанную картину влияния внедрения ПГГ на финансовое бремя пациента на стационарном уровне, по сравнению с амбулаторным уровнем. Но всё же можно определённо сказать, что ПГГ был успешен в сокращении доли пациентов, которые производят неофициальные выплаты при госпитализации, что вносит свой вклад в улучшение прозрачности в системе финансирования здравоохранения Таджикистана. Результаты исследований на амбулаторном уровне – положительные. Так, в целом, доля пациентов, которые сказали, что производили общие выплаты в пилотных по ПГГ районах, снизилась с 81% до 30% (в 2008 и 2012 гг., соответственно); средневзвешенный размер производимых ими выплат также уменьшился более чем в 3 раза, за этот же период.



ЛИТЕРАТУРА

1. Программа государственных гарантий по обеспечению населения пилотных районов Республики Таджикистан медико-санитарной помощью на 2012-2013гг. постановление Правительства Республики Таджикистан от 3 января 2014г, №20.
2. Оценка финансового бремени на население при получении медицинских услуг на стационарном и амбулаторном уровнях при внедрении ПГГ в Республике Таджикистан. Представительство ВОЗ в РТ, 2013г.
3. Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010 – 2020 годы / Душанбе. – 2010. – 156 с.
4. Отчёт по результатам исследования «Определение финансового бремени и степени удовлетворённости пациентов медицинскими услугами на уровне первичной медико-санитарной помощи и на госпитальном уровне до внедрения программы государственных гарантий», Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, Центр реализации проекта общинного и базового здравоохранения, Общественный фонд «Панорама», 2007г.
5. Отчёт по промежуточному исследованию по Пакету государственных гарантий и бремя финансовых расходов пациента на уровне стационара / Мелитта Яакоб (ВОЗ), Б.Акказиева (ВОЗ), К.Кожокеев (Центр развития системы здравоохранения, Кыргызстан), Э.Манжиева (ВОЗ), З.Бобоходжаева, Ф.Магзумова (Отдел анализа политики здравоохранения, Таджикистан), 2009г.

Summary

Evaluation of the financial burden of population to obtain medical services in the package of state guarantees in Tajikistan

S.R. Miraliyev

Department of Health Policy Analysis Unit of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan; Avicenna Tajik State Medical University

The evaluation of the level of financial burden for inpatient and outpatient medical services in the pilot areas is conducted. Results of 4 Rounds studies have shown that with the introduction of a package of state guarantees (PSG) as a whole, the proportion of patients making payments decreased in the pilot areas compared with control areas more than doubled; but the average size of payments made by them has increased by more than 2-fold during the same period.

Despite the positive trend, the introduction of PSG is still not reduced the financial burden on patients at the hospital level in absolute terms, it only reduced the proportion of patients who pay for this or that part of cost for own health care. This is due to the fact that the co-payments replaced only part, but not the entire amount of unofficial payments. Moreover, it is noted that the PSG helped reduce the overall financial burden of privileged categories of patients, compared to non-preferential. The proportion of patients who make general payments pilot at PSG areas decreased from 81% to 30% (in 2007 and 2012, respectively); average size of payments made by them is also reduced by more than 3 times during the same period.

Key words: package of state guarantees, preferential categories of the population, co-payments

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Миралиев Салохидин Раджабович – руководитель
Отдела анализа политики МЗ и СЗН РТ; Таджикистан,
г.Душанбе, ул. Шевченко, 69 E-mail: smiraliyev@mail.ru