

Акынбеков К., Сманкулова Н.С., Ибраимова Д.Д.

НЕФОРМАЛЬНЫЕ ПЛАТЕЖИ НАСЕЛЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ (на примере г. Бишкек)

УДК: 61+614.26+657.28+325.1/3+614.211/215

На основе данных опросов работников здравоохранения и пациентов г. Бишкек в 2003 году были получены ответы на распространенность и размеры неформальных платежей населения за медицинские услуги. Результаты исследований, позволили выявить причины использования практики неформальной оплаты медицинской помощи в связи с низкой заработной платой медицинских работников. Обоснована необходимость усиления политики дифференциации официальных платежей и четкого разграничения расходов на медицинскую помощь для разных доходных групп населения.

The aim of this study - to know magnitude and size unofficial payment by patients for health care in 2003 year. The interview were held with doctors and patients in Bishkek. The results were received that the cause informal payments were low salary of doctors. In conclusion, health care was need accelerate policy introduce formal payment and strong graduate spending money of medical service for different group people.

С началом политико-экономических преобразований в бывших союзных республиках происходило сокращение государственных расходов на здравоохранение. Это повлекло за собой увеличение расходов населения на медицинские услуги, производимые в легальных и в теневых формах [1]. Шейман И.М. [2] отмечает, что все большее число медицинских работников взимают с больных плату за свои услуги, оказанные в государственных и муниципальных учреждениях. Масштабы неформального сектора настолько велики, что можно говорить о скрытой приватизации в здравоохранении. Основной причиной широкого распространения неформальных платежей в странах Центральной, Восточной Европы и СНГ является низкая заработная плата медицинских работников [3].

Поэтому целью данного сообщения является определение размеров и распространенности неформальных платежей среди населения г. Бишкек за медицинские услуги для правильного понимания общей ситуации ответственности за охрану здоровья между государством и гражданами.

Материал и методы исследования

Проводился анкетный опрос у 82 работников службы здравоохранения и 70 больных пациентов в 2003 году. Выбор ответчиков через третье лицо позволил получить более реальные результаты даже на самые чувствительные вопросы. Интервью проводили среди больных и врачей терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профилей, лаборантов и медицинских сестер. Возрастной состав был от 25 до 60 лет. Больные пациенты были подразделены на 5 финансовых групп.

А - нет денег на продукты (за чертой бедности);

В - есть денежные средства на покупку еды, но нет на одежду;

С - имеются денежные средства на покупку еды и вещей, но нет возможности на приобретение существенных вещей;

Д - могут позволить себе купить предметы домашнего обихода, бытовую технику и ювелирные изделия;

Е - могут позволить себе купить дом, машину, проводить развлечения, туризм.

Результаты и их обсуждение

Практика благодарения пациентами медицинских работников конфетами, алкоголем, продуктами питания, а также и деньгами возникла и развивалась с момента постсоветского времени. Деньги выступали и выступают средством не только благодарности медицинским работникам за их труд, мало оплачиваемый государством, но и средством получения доступа к медицинским услугам более высокого качества, ускорения нужного обследования, операции и т.п.

Таблица 1

Распределение ответов на вопрос, в каких случаях был сделан платеж (в %)

	Медицинский персонал	Пациенты
Были благодарны	56	60
Обязаны	38	60
Хотели получить сверх лечения	47	75
Хотели больше внимания	59	60
Хотели получить качественное медицинское обслуживание	81	75
Хотели установить отношение для будущего обращения	-	60
Хотели иметь люкс палаты и удобства	47	50

Как видно из таблицы 1, неформальная оплата производилась за широкий спектр услуг. Большинство пациентов (75%) испытывают потребность в высоком качестве и полном объеме медицинских услуг. Такого же мнения придерживаются и медицинские работники (81%). Многие имели просто желание отблагодарить (в пределах 60%). Некоторые пациенты предпочитают платить за быстрое обслуживание, за лучшее оборудование и условия госпитализации (47-50%).

В Кыргызской Республике в 2001 году была внедрена официальная сооплата за медицинские услуги в стационарах, с целью изыскания дополнительных ресурсов по обеспечению услуг в секторе

здравоохранения. Размеры сооплаты были дифференцированы для разных категорий населения.

Убеждения медицинских работников и пациентов о том, должна ли существовать сооплата, были разными (таблица 2). По мнению бедного населения (45%), они станут новой своеобразной формой солидарного участия в оплате медицинских услуг и снятия значительных расходов на лечение. Кроме того, легально установленные размеры соплатежей могут учитывать реальные возможности населения оплачивать медицинские услуги.

Таблица 2

Распределение ответов на вопрос должна ли существовать официальная оплата (сооплата)

		Да (%)	Нет (%)	Я не знаю (%)
Медперсонал	Мед. сестры	3	3	3
	Лаборанты	3	6	9
	Терапевты	13	16	9
	Гинекологи	6	9	0
	Хирурги	6	6	7
	Всего	31	41	28
Пациенты по финансовому уровню	А – нищие	-	-	5
	В – очень бедны	45	5	-
	С – бедны	10	5	5
	Д – средний класс	10	-	10
	Е – хороший достаток и благополучие	5	-	-
	Всего	70	10	20
	Итого медперсонал и пациенты	46	29	25

Определенная часть медицинских работников (31%) полагают, что сооплата будет не только повышать доходы работников стационаров, но и содействовать развитию материальной базы лечебных учреждений. Другая их часть (41%) убеждены в обратном, что легализация части платежей может узаконить в общественном сознании правомерность взимания врачами неформальной оплаты с пациентов за услуги. Таким образом, 46% врачей и пациентов высказались за официальную оплату в стационарах, 29%-против и 25% не определились во мнении.

Таблица 3

Сколько было оплачено неофициально до и после внедрения официального платежа – сооплаты

	до	после
Медицинский персонал	M=680сом = 16\$ max=119\$ min=1,2\$ p<0,005	M=305сом=7\$ max=88\$ min=1,2\$ p<0,005
Пациенты	M=714 сом=17\$ max=119\$ min=1,2\$ p<0,005	M=455 сом=11\$ max=97\$ min=1,2\$ p<0,005
Медикаменты	M=1372 сом =33\$	M=162 сом =3,8\$
Медицинские принадлежности	M=880 сом =21\$	M=152 сом =3,6\$
Всего	M=2302сома=57,8\$	M=311сом=7,4\$

Как показал опрос (таблица 3), суммарный размер неофициальной оплаты достаточно высок и составил до введения сооплаты, в среднем 2302 сома, после введения - 311 сомов. После введения официальной сооплаты, доля пациентов, не производивших дополнительных расходов при лечении в стационарах существенно увеличилась.

Существование системы неофициальной оплаты трудно объяснить однозначно, но большинство авторов [1,4,5] считают, что неофициальная оплата вызвана недостаточностью заработной платы медицинского персонала и пока ее размер остается на том же уровне неофициальная оплата будет существовать.

Муминов Т.А., Камалиев М.А. [5] предлагают применение более жестких санкций против фактов неофициальной оплаты для борьбы с этим злом, а Всемирный Банк [6] предостерегает о любой компании по борьбе с неофициальными платежами, если она не будет сопровождаться следующими мероприятиями;

- повышением уровня доходов медицинских работников;
- национальной политикой, декларирующей неприемлемость платежей в обход официальных механизмов;
- повышением ответственности руководителей медицинских учреждений.

Становится очевидным, что варианты должны определяться индивидуальными особенностями разных стран.

Следовательно, разработка приемлемой ценовой политики за оказание амбулаторно – диагностической и стационарной помощи является главной задачей нашего государства, требующей решения.

Литература:

1. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет /Шишкин С.В., Бесстремьянная Г.Е., Красильникова М.Д. и др.; Независимый институт социальной политики. - М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2004. - 248 с.
2. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. Москва: Издатцентр, 1998. - 336 с.
3. Салтман Р.Б., Фигейрос Дж. Реформы здравоохранения в Европе. Москва; 2000. - 360 с.
4. Мейманалиев Т. Кыргызская модель здравоохранения. -Б.: "Учкун", 2003. - 638 с.
5. Муминов Т.А., Камалиев М.А. Анализ здравоохранения с позиций социального маркетинга. - Алмааты, 2003. - 160 с.
6. World Bank. Making Transition Work for Everyone: Poverty and Inequity in Eastern Europe and Central Asia. Washington D.C., 2000.