

К ВОПРОСУ ОБ УЧАСТИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЕЕ СОФИНАНСИРОВАНИИ*

Л. С. Шевченко, Т. А. Солохина

Научный центр психического здоровья РАМН

В финансовом обеспечении российского здравоохранения обращают на себя внимание три негативные тенденции.

Первая связана с общим объемом финансирования здравоохранения, который в последние годы характеризуется как «стабильно-дефицитный». Такая характеристика подтверждается, с одной стороны, данными официальной статистической отчетности, с другой – финансовыми индикаторами Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ). По данным Госкомстата РФ рассчитано, что в течение 1998–2002 гг. финансирование здравоохранения за счет основных источников (бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования, личных средств граждан на оплату медицинских услуг и средств добровольного медицинского страхования) составляет 3,5–3,6% валового внутреннего продукта (ВВП) страны, то есть достаточно стабильно (1, 6). Согласно же рекомендациям ВОЗ для успешного функционирования здравоохранения необходимо, чтобы этот уровень был не ниже 5% ВВП (5).

Вторая негативная тенденция связана с изменениями в структуре источников финансирования здравоохранения. Если в 1998 году в структуре финансовых ресурсов отрасли средства бюджетов всех уровней составляли 66%, то в 2002 году – всего 51% или снизились на 15 пунктов.

Принципиальной такая тенденция представляется для психиатрии, поскольку она, как социально значимая дисциплина, финансируется, главным образом, за счет бюджетных средств.

Объемы медицинской помощи, определенные Правительством РФ в «Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» (4) не могут быть удовлетворены в полной мере только за счет этих двух источников. В 2002 году дефицит финансирования Программы госгарантий составил по экспертным оценкам от 10,2 до 16,8 % от на-

меченных заданий (2, 6). Очевидно, что наиболее полное удовлетворение в объемах медицинской помощи возможно в том случае, если население само примет участие в финансировании здравоохранения.

Удельный вес средств населения в общей структуре финансирования здравоохранения составляет 13–14% и имеет тенденцию к увеличению.

Вместе с тем, по свидетельству экспертов (7, 9, 11, 12), реальные средства граждан, идущие на оплату медицинской помощи в 2–2,5 раза превышают официальные показатели платности в здравоохранении и поступают, в основном, по теневым каналам – и это является третьей негативной тенденцией в финансовом обеспечении здравоохранения.

Нерегулируемые размеры платности медицинской помощи усиливают социальную несправедливость. Недостаточная развитость организационных, правовых и экономических механизмов привлечения средств населения в здравоохранение, в первую очередь, отражается на наиболее незащищенных и нуждающихся в медицинской помощи слоях населения, к которым относятся лица, страдающие хроническими психическими заболеваниями. В этой связи актуализируется поиск социально приемлемых способов и форм привлечения средств населения в финансирование здравоохранения.

В настоящее время рассматриваются следующие варианты участия населения в финансировании здравоохранения или формы его софинансирования (3, 9, 11): 1) добровольное медицинское страхование (ДМС) – дальнейшее развитие системы ДМС за счет увеличения числа участников программ; 2) сострахование в области обязательного медицинского страхования (ОМС) – участие в формировании фондов ОМС работающего населения; 3) прямая оплата медицинской помощи – расширение круга предоставляемых платных услуг, оплачиваемых населением; 4) соплатеж за медицинскую помощь – в каждый момент обращения в медицинское учреждение потребитель платит фиксированную денежную сумму, которая не зависит от объемов и видов помощи (например, при обращении

* Статья принята к печати в порядке обсуждения

нии в психоневрологический диспансер (ПНД) – за каждое посещение ПНД).

Для достижения реальной сбалансированности государственных обязательств в области предоставления гражданам медицинской помощи и сокращения теневых каналов поступления средств, любой из представленных выше вариантов улучшит экономическое положение отрасли.

Что же касается психиатрии, которая до сих пор не включена в систему обязательного и добровольного медицинского страхования, наиболее приемлемым механизмом ее финансирования населением, с нашей точки зрения, является соплатеж за медицинскую помощь. Некоторые авторы (8, 10) высказывают мнение, что для ряда категорий больных, например, с хроническими заболеваниями, либо неработающих пациентов, следует установить предельные размеры соплатежа или полностью освободить от него эти категории населения. Для реализации этого механизма необходима четкая нормативно-законодательная база. Еще одним важным условием является готовность потребителей психиатрической помощи к ее финансированию на основе предложенного механизма.

В связи с этим, **цель** настоящего исследования состояла в оценке возможного участия потребителей психиатрической помощи в финансировании психоневрологического диспансера по механизму соплатежей.

В задачи исследования входило: 1) разработать методический инструментарий для выяснения мнения потребителей психиатрической помощи о возможном их участии в финансировании психоневрологического диспансера (ПНД); 2) оценить удовлетворенность респондентов оказываемой психиатрической помощью; 3) выявить факторы, влияющие на готовность населения участвовать в финансировании психиатрической помощи.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в ПНД № 11 г.Москвы в 2002–2003 гг. В качестве респондентов были выбраны родственники пациентов с хроническими психическими расстройствами одного из врачебных участков. Всего в исследовании приняли участие 62 родственника 13% пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением данного участка. Подавляющее большинство родственников (84,6%) проживало вместе с больными и вело с ними совместное хозяйство; не работали 56,4% опрошенных.

Все респонденты были разделены нами на три группы, исходя из уровня дохода семьи. Первую группу (34,3% респондентов) составили родственники, уровень дохода которых был ниже или равен одному прожиточному минимуму (в период проведения опроса родственников психически больных прожиточный минимум в г.Москве составлял 1 970 руб. на одного чел.), а средний доход на одного человека в семье равнялся 1 576 рублей. Вторая группа – 51,4% от общего числа опрошенных, сформирова-

ровалась из лиц, уровень дохода которых превышал один прожиточный минимум, но был не более 2-х кратного его размера. Средний доход на одного человека в этой группе составил 2 445 рублей. В третью группу (14,3% от общего числа респондентов) вошли лица, уровень дохода которых был более двух прожиточных минимумов, а средний доход на одного члена семьи составил 6 538 рублей. Таким образом, установлено, что 85,7% респондентов имели весьма низкий уровень материального обеспечения семьи.

Использовались разработанные нами «Карта по изучению социально-экономического положения семей и возможности их участия в финансировании внебольничной психиатрической помощи» и «Опросник по оценке удовлетворенности родственников психически больных деятельностью психоневрологического диспансера». Перед социологическим опросом родственники проходили инструктаж о целях исследования, им также разъяснялось понятие «соплатежи».

Рабочая гипотеза проведенного исследования состояла в том, что готовность потребителей участвовать в финансировании психиатрической помощи зависит от степени их удовлетворенности оказываемой помощью, а также от материального положения семьи. При этом мы полагали, что чем ниже показатели удовлетворенности оказываемой помощью, тем выше будет готовность респондентов к финансированию ПНД.

Результаты исследования

Во всей обследованной когорте «вполне удовлетворенных помощью в целом» оказалось лишь 46,8% респондентов. Анализ полученного материала показал, что наименее низкие показатели удовлетворенности медицинской помощью в ПНД оказались в первой и второй группах опрошенных родственников, то есть у респондентов с наименьшим уровнем дохода. Среди них только 26,1% (первая группа) и 52,4 % (вторая группа) родственников были «вполне удовлетворены помощью в целом». При оценке отдельных сторон деятельности диспансера, наибольшую неудовлетворенность респондентов вызывала плохая обеспеченность пациентов лекарственными средствами (82,5% опрошенных), низкая доступность социальной, психологической и психотерапевтической помощи (от 65 до 80,2% опрошенных в зависимости от вида помощи), недостаточное время врачебного приема для обсуждения проблем, волнующих родственников (25%), малый объем предоставляемой врачами информации о заболевании и лечении пациента (50,0 и 57,5% соответственно). Полученные данные показывают, что большинство опрошенных родственников третьей группы (75,2%) вполне удовлетворены помощью в целом. Однако в ответах, отражающих конкретные стороны деятельности учреждения, те же респонденты высказали много претензий. Установлено, что родственники этой группы, так же, как

и двух других групп, придавали большое значение взаимопониманию, уважительному отношению персонала к их мыслям и суждениям, а также вежливости и терпению врача. Не менее важными для них являлось соответствие их ожиданий профессиональному поведению врача, а именно умению вселить уверенность, признание пациента и его родственников активными партнерами в лечении, вовлечение семьи в лечебный процесс, возможность обсудить возникшие проблемы, доверительные отношения, время, затраченное на прием. На практике такие ожидания далеко не всегда оправдывались. В то же время, большая лояльность в ответах респондентов третьей группы при оценке помощи связана, с нашей точки зрения, с тем, что практически все из них имели возможность приобрести лекарственные препараты за счет собственных средств (90,8% опрошенных), пользоваться платными медицинскими услугами (66,6% против 47,6% и 40,6% в 1 и 2 группе соответственно), использовать другие возможности. Однако это является прямым доказательством того, что потребности больного в помощи в психоневрологическом диспансере полностью не удовлетворяются, и косвенным подтверждением неудовлетворенности родственников этой группы деятельностью ПНД.

Результаты исследования показали, что в целом за участие в соплатежах за каждое посещение диспансера высказались 79,0% респондентов. Чрезвычайно важно отметить, что большая часть респондентов первой и второй групп (соответственно 74,4% и 80,1% опрошенных) высказались за участие в софинансировании ПНД, несмотря на низкий уровень дохода.

С нашей точки зрения основным мотивом является их низкая удовлетворенность оказываемой помощью. В третьей группе респондентов, характеризующейся более высоким уровнем дохода и удовлетворенности помощью в целом, 88,3% родственников также готовы участвовать в соплатежах, что свидетельствует об их надеждах на улучшение деятельности диспансера при дополнительном финансировании. Таким образом, фактор удовлетворенности потребителей помощи во многом определяет готовность потребителей помощи к софинансированию диспансера, что подтверждает наши первоначальные предположения. Уровень материального положения семьи оказался решающим при определении размера возможного соплатежа за каждое посещение диспансера. Его средняя величина по всей обследованной когорте составила 13,0 рублей и заметно колебалась в зависимости от группы респондентов. Так, в первой группе с наименьшим доходом она равнялась 8,4 рубля за каждое посещение диспансера, во второй группе родствен-

ников, среднедушевой доход в которой несколько выше, – 10,1 рубля, а в третьей группе величина соплатежа в среднем составила 33,3 рублей.

Обсуждение результатов

Результаты исследования показали, что большая часть опрошенных родственников готова участвовать в софинансировании ПНД на основе соплатежа за каждое его посещение, однако размах в его суммах очень велик и зависит от уровня дохода семьи. В связи с этим весьма ответственным является выбор собственно величины соплатежа, который должен быть увязан как с экономическими возможностями семьи, так и с потребностями самого диспансера.

Анализ финансово-экономической деятельности диспансера выявил, что в момент исследования в нем недофинансировались, главным образом, статьи, связанные с хозяйственным обеспечением – приобретение оборудования, текущий ремонт и т.д. Расчеты показали, что для финансового обеспечения запланированных расходов по этим статьям за каждое посещение необходимо доплачивать 4,35 рубля. Что же касается таких статей как заработная плата, питание в дневном стационаре, медикаменты, то они финансировались в полном объеме относительно плановых цифр. Однако нормативы финансирования по этим статьям низкие и не обеспечивают как полного удовлетворения потребностей пациентов в современных психофармакологических средствах, так и достойной заработной платы медицинских работников.

Если соплатеж будет одинаковым для всех групп потребителей помощи, например 13,0 рублей (это обеспечивает принцип общественной солидарности и составляет среднюю величину по всей обследованной когорте), то этих средств будет больше не только для обеспечения плановых потребностей диспансера по всем статьям расходов сметы, но и для материального поощрения сотрудников, дополнительного приобретения мягкого инвентаря, лекарственных средств. Однако эта величина превышает средние показатели возможного соплатежа по двум группам родственников с наименее низкими доходами. В этом случае бремя соплатежей окажется более ощутимым для бедных слоев населения и может встать вопрос о необходимости их адресной поддержки. Не исключено, что для соблюдения принципа справедливости в софинансировании медицинской помощи, соплатежи должны быть дифференцированы с учетом материального положения семей.

Таким образом, целесообразно дальнейшее изучение этой проблемы в психиатрических учреждениях, в том числе стационарах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойков В.Э., Фили Ф., Шейман И.М., Шишкин С.В. Участие населения в финансировании здравоохранения // Здравоохранение. – 2000. – № 2. – С. 32–46.

2. Кравченко Н.А., Баженова А.И., Флек В.О., Селезнев И.Ю. Экономический анализ реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной ме-

дицинской помощи в 2002 году // *Здравоохранение*. – 2004. – № 1. – С. 15–30.

3. Линденбратен А.Л., Гололобова Т.В. Об участии пациента в финансировании медицинской помощи // *Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко*. – М., 2000. – С. 20–24.

4. Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальной программы государственных гарантий обеспечения населения Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. – М., 1999. – 35 с.

5. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Под ред. Э.Моссиаполоса. – Бакингем: Open University Press, 2002. – 306 с.

6. Флек В.О., Шляев Д.Р., Яновский А.С., Селезнев И.Ю. Экономический анализ реализации Программы госгарантий – основа разработки и финансирования государственных и муниципальных заданий медицин-

ским организациям // *Здравоохранение*. – 2004. – № 7. – С. 25–37.

7. Шевченко Ю.Л. Десять уроков реформы // *Экономика здравоохранения*. – 2001. – № 7–8. – С. 16–18.

8. Шевченко Ю.Л. Врач и государство, здравоохранение и нравственность, медицина и право // *Экономика здравоохранения*. – 1999. – № 11–12. – С. 5–14.

9. Шейман И.М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении // *Экономика здравоохранения*. – 2000. – № 5–6. – С. 47–55.

10. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. – М.: Грант, 1998. – 335 с.

11. Шишкин С.В. и соавт. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. – М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2004. – 248 с.

12. Ястребов В.С., Шевченко Л.С., Солохина Т.А., Ротштейн В.Г. К вопросу о реальном финансовом обеспечении здравоохранения // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2001. – Т. 11, № 2. – С. 11–14.