

# ОПЛАТА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЗА НАЛИЧНЫЙ РАСЧЕТ: РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Л. С. Шевченко, Т. А. Солохина, К. Н. Жуков

Научный центр психического здоровья РАМН, ГУПБ № 14 г.Москвы

Для России, как и для большинства стран постсоветского пространства, характерной особенностью стал значительный разрыв между гарантируемыми правами граждан на получение бесплатной медицинской помощи и их реальным финансовым обеспечением. Недофинансирование здравоохранения из государственных источников привело к увеличению расходов на медицинское обслуживание за счет личных средств населения. Это наглядно продемонстрировано в табл. 1.

Как показывают данные табл. 1, за период 2002–2004 гг. финансирование здравоохранения из государственных источников сократилось с 3,0 до 2,8% валового внутреннего продукта (ВВП), а расходы населения на оплату медицинской помощи выросли в 1,5 раза и составили в 2004 году 1,8% ВВП против 1,6 % ВВП в 2002 году.

Необходимо отметить, что в нашей стране расходы населения на здравоохранение складываются из оплаты лекарств и изделий медицинского назначения, приобретаемых в розничной сети; расходов на санаторно-оздоровительные услуги; затрат на услуги, предоставляемые в медицинских учреждениях на платной основе; взносов по добровольному медицинскому страхованию, а также теневого (неформальных) платежей. В научных публикациях чаще употребляется термин «неформальные платежи».

По определению ряда авторов (1, 14) неформальные платежи – это платежи институтам и индиви-

дам деньгами или услугами вне официальных каналов, либо приобретение того, что должно быть гарантировано бесплатно. В России неформальные платежи понимают несколько уже – как оплату деньгами, производимую в «руки» медицинским работникам, то есть их отождествляют с незаконными платежами, взятками. Отсюда и использование в качестве синонима термина «теневые платежи». По данным некоторых исследователей (2, 13), размеры теневой оплаты услуг в амбулаторно-поликлиническом секторе можно оценить равными примерно 49% от величины легальных расходов населения на услуги этих учреждений; в стационарном секторе – примерно 69% от величины официальных расходов населения в стационарах; в секторе стоматологических услуг неформальная оплата составляет 28% от размера платежей населением в кассу этих учреждений. Всего, с учетом оплаты услуг работников скорой помощи и услуг врачей и медсестер на дому, доля оплаты медицинской помощи в «руки» достигает 42% от величины оплаты медицинских услуг в кассу медицинских учреждений.

С экономической точки зрения наличие нелегальных (теневых) платежей означает, что эти финансовые потоки не могут быть учтены при определении приоритетов государственной политики финансирования здравоохранения, поскольку препятствуют пониманию реального распределения финансовых средств. В ситуации классического рынка желание и возможности пациентов платить за конкретные виды медицинской помощи определяют направления перераспределения ресурсов между производителями этой помощи. Государственная поддержка оказывается тем секторам здравоохранения, где возможности пациентов минимальны, а потребность в медицинской помощи высока. При наличии теневого сделок такого перераспределения не происходит. В результате страдают те, кто не способен заплатить, то есть бедные слои населения и хронически больные. Постепенно они вытесняются из числа потребителей качественной медицинской помощи.

Таблица 1

## Финансирование системы здравоохранения РФ в 2002–2004 годах (9, 10)

Показатели (млрд. рублей)	2002	2003	2004
Средства федерального бюджета	30,6	37,0	45,9
Средства консолидированного бюджета субъектов	171,7	198,9	241,9
Средства системы ОМС	133,4	155,6	191,8
Итого государственные расходы	335,7	391,5	479,6
% от ВВП	3,0	2,9	2,8
Средства населения	195,2	241,7	290,8
% от ВВП	1,6	1,7	1,8

С целью максимального сохранения прав граждан в получении бесплатной медицинской помощи, а также легализации неформальных платежей, в большинстве постсоциалистических стран была модифицирована государственная политика в области финансирования здравоохранения. В некоторых из них – Албании, Болгарии, Македонии, Киргизии, Словении, Хорватии, Чехии, Эстонии – введены фиксированные соплатежи<sup>1</sup> населения за медицинское обслуживание. Однако размеры этих соплатежей незначительны по сравнению со стоимостью предоставляемых услуг.

В нашей стране также рассматриваются различные варианты изменений государственной политики в области финансирования здравоохранения и механизмы участия населения в его финансировании. В настоящее время обсуждаются (8, 13):

- 1) возможное введение легальных замещающих платежей (соплатежей) в момент получения медицинской помощи для всех потребителей услуг;
- 2) бесплатное предоставление всем гражданам лишь определенного минимума услуг, а сверх него – за плату;
- 3) бесплатное предоставление всех медицинских услуг лишь самым бедным слоям населения, а всем остальным – за плату;
- 4) предоставление медицинской помощи без каких-либо изменений в условиях ее оплаты населением.

Однако окончательного варианта участия населения в оплате медицинской помощи, в том числе механизма легализации теневых платежей, пока не найдено.

В связи с этим актуализируется поиск социально приемлемых способов участия населения в софинансировании здравоохранения.

Данное исследование нацелено на получение сведений об участии населения в оплате медицинской помощи и перспективах ее трансформации. В задачи исследования входило изучение фактического опыта респондентов в получении платной медицинской помощи и существующих практик ее оплаты, а также определение позиции респондентов относительно изменения механизмов оплаты медицинской помощи. Исследование проводилось методом социологического опроса. Для этого нами была разработана «Анкета по изучению мнения родственников пациентов об оплате медицинской помощи», которая

<sup>1</sup>Понятие, механизм и возможности реализации соплатежей в психиатрии рассматривались в статье Л.С.Шевченко и Т.А.Солохиной [11].

содержала 24 вопроса и позволила решить поставленные в исследовании задачи. Объектом исследования являлись родственники пациентов, госпитализированных в психиатрическую больницу № 14 г.Москвы. На этом контингенте изучался опыт получения платных медицинских услуг не только в психиатрическом стационаре, но и лечебных учреждениях других профилей и видов деятельности. В анкетировании приняли участие 106 респондентов.

### Обсуждение результатов

Социально-демографическая характеристика респондентов представлена следующими категориями: пол, возраст, степень родства, трудовая деятельность, образование.

Среди участников анкетирования 68,9% (73 чел.) – женщины и 31,1% (33 чел.) – мужчины. Средний возраст опрошенных составил 49,7 года, женщин – 52,4 года, мужчин – 43,8 года. По степени родства респонденты распределились следующим образом: мать (отец) – 41,5% (44 чел.), жена (муж) – 20,7% (22 чел.), дочь (сын) – 18,9% (20 чел.) и в другой степени родственных отношений состояли 20 человек опрошенных (18,9%). Высшее образование имели 39,8% участников опроса, среднее специальное – 32,4%, среднее образование было у 18,5% анкетированных и начальное – у 9,3%. По трудовой деятельности получены следующие показатели: 51,9% (55 чел.) работали; 25,5% (27 чел.) – неработающие пенсионеры; 13,2% (14 чел.) – работающие пенсионеры; 1 человек – учащийся; не работали и не учились – 9,3% (9 чел.). Проживали со своими больными родственниками и вели с ними совместное домашнее хозяйство 76,4% участников опроса.

Для изучения материального положения семей, респондентам было предложено отметить в анкете пределы месячного дохода на каждого члена семьи. Анализ результатов ответов позволил выяснить, что среднедушевой доход по всей совокупности опрошенных составляет 4 749,1 рублей и колеблется от 1 500 до 16 300 рублей.

Для проведения последующего анализа все участники опроса были распределены нами на 3 группы по уровню доходов. В основу формирования этих групп был положен принцип «прожиточного минимума», который на момент исследования (октябрь 2004 г.) в г.Москве составлял 2 350 рублей.

Распределение участников опросов в зависимости от среднедушевого дохода представлено в табл. 2.

Первую группу составили лица, уровень дохода которых был ниже или равен одному прожиточно-

Таблица 2

**Распределение респондентов в зависимости от уровня среднедушевого дохода**

Группа респондентов	Уровень дохода (в прожиточных минимумах)	Средняя величина дохода (руб.)	Удельный вес от общего числа респондентов (%)
I	≤1ПМ*	1 844,4	16,9
II	>1ПМ ≤2ПМ*	3 042,6	44,3
III	≥2ПМ*	7 980,5	38,8
Всего	—	4 749,1	100,0

Примечание: \* ПМ – прожиточный минимум.

му минимуму. Средний доход на одного человека составлял в этой группе 1 844,4 рубля. В нее вошло 16,9% респондентов. Вторая группа – 44,3% от общего количества опрошенных, сформировалась из лиц, уровень дохода которых превышал один прожиточный минимум, но был не более двукратного его размера. Средний доход в этой группе 3 042,6 рублей. В третью группу вошли лица, уровень дохода которых был более двух прожиточных минимумов со средним доходом на одного члена семьи 7 980,5 рублей. Таких лиц было 38,8% от общего числа респондентов.

Для выяснения фактического опыта респондентов в получении платной медицинской помощи в анкету был включен вопрос: «Приходилось ли Вам в течение последних 12 месяцев оплачивать медицинскую помощь, включая психиатрическую, за счет собственных средств?». После обработки данных стало очевидным, что менее половины опрошенных (46,2%) получали в течение года различные платные услуги в медицинских учреждениях г.Москвы (медицинских и клинично-диагностических центрах, клиниках ВУЗов и НИИ, прочих лечебных учреждениях). Отметим для сравнения, что доля населения, участвующая в оплате медицинской помощи (легальным и нелегальным способом), согласно данным опроса ВЦИОМ, составляет 50,9% (3). Таким образом, опыт получения платных медицинских услуг у анкетированных родственников оказался несколько ниже общероссийского.

Как отметили участники опроса, их выбор в пользу платной помощи связан, главным образом, с более высокой профессиональной квалификацией персонала, внимательным его отношением к проблемам пациентов и отсутствием очередей. Однако лишь у 2/3 респондентов (69,4%), оплативших медицинскую помощь, ожидания оправдались. У 3/4 (79,6%) из них оплата медицинской помощи вызвала «большие» и «некоторые» проблемы в семейном бюджете.

Анализ полученных данных показал, что по мере роста дохода повышается возможность оплаты медицинских услуг. Так, только 7 человек (38,8%) из 18 респондентов первой группы могли воспользоваться платным обслуживанием, во второй группе таких было 22 человека (46,8%) из 47 опрошенных, а в третьей – уже 20 человек (48,8%) из 41 анкетированного.

Таким образом, полученные данные не являются исключением и подтверждают выводы исследователей (4, 6), что «современная ситуация в здравоохранении разделила пациентов на богатых, то есть тех, кто может заплатить за медицинское обслуживание и бедных, то есть тех, кто не в состоянии этого сделать».

Далее мы проанализировали существующие практики оплаты медицинской помощи. Для этого в анкету был включен вопрос: «В какой форме Вы осуществляли оплату медицинских услуг в различных лечебных учреждениях?». Установлено, что в кассе медицинского учреждения услуги оплатили только 34,4% респондентов, большая часть передала

деньги в «руки» персоналу (41,3%), остальные (24,3%) заплатили за медицинские услуги и в кассу, и персоналу в «руки».

Таким образом, полученные нами результаты подтверждают выводы некоторых российских ученых (5, 7), что теневая оплата встречается в государственных лечебных учреждениях как «узаконенная» форма оплаты медицинских услуг. По их мнению, такая форма оплаты не дает возможности пациентам с низким уровнем доходов получить качественную услугу, что усиливает социальную несправедливость и приводит к поляризации общества. Вместе с тем, они отмечают, что наряду с негативными моментами наличие теневых практик оплаты медицинских услуг позволяет сохранить персонал в государственной системе здравоохранения, предотвратить ее развал в условиях недостаточного финансирования и обеспечить выравнивание доходов работников здравоохранения с доходами в других отраслях народного хозяйства.

Мы проанализировали также фактический опыт респондентов в оплате психиатрической помощи. Оказалось, что он имеется у 71,4% респондентов, подтвердивших оплату помощи в различных медицинских учреждениях. Детальный анализ состава и структуры расходов на платную психиатрическую помощь показывает, что, в первую очередь, они идут на приобретение лекарственных средств – 46,6%, затем на оплату консультаций специалистов – 28,6%, на третьем месте стоят расходы респондентов на стоматологическую помощь в психиатрическом учреждении – 14,3% и далее на диагностические и прочие услуги – 10,5%.

Для получения более достоверной информации о том какие услуги, по мнению респондентов, в перспективе могут быть преимущественно платными в психиатрическом стационаре, в анкету был включен соответствующий вопрос. Более половины (54,5%) из числа ответивших на него, считают, что ими могут быть дополнительные диагностические исследования, 44,4% – консультации врача-психиатра высшей категории, 42,4% – услуги психотерапевта, 33,3% – услуги юриста, 30% – палаты повышенной комфортности. Отметим, что незначительное число анкетированных назвали среди платных услуг дополнительное обеспечение медикаментами и улучшенное питание (18,2% и 8% соответственно). По-видимому, в последние годы в психиатрических стационарах г.Москвы, проблема лекарственного обеспечения и недостаточного питания не так актуальна, как несколько лет назад. Как показывает анализ полученных данных, среди основных причин неудовлетворенности стационарной медицинской помощью в редких случаях называется плохая обеспеченность пациентов лекарственными препаратами и плохое питание. Значительно чаще респонденты отмечают скученность в палатах, отсутствие в отделении телефона, скудное оформление палат и помещений, низкую доступность социальной, психологической и психотерапевтической помощи. Не удовлетворены респонденты также

малым объемом предоставляемой врачами информации о заболевании и лечении пациента. Возможно, чтобы компенсировать эти негативные проблемы, родственники готовы в будущем оплачивать ряд услуг за счет собственных средств.

Для решения второй задачи нам необходимо было выяснить отношение респондентов к предполагаемым изменениям государственной политики в области финансирования здравоохранения, то есть изменениям в оплате населением медицинских услуг, легализации теневых платежей.

Распределение ответов на вопрос «Какой из нижеперечисленных вариантов участия населения в оплате медицинской помощи Вы считаете наиболее предпочтительным?» представлено в табл. 3. Для проведения сравнений и выводов мы воспользовались вариантами ответов, предложенными Независимым институтом социальной политики (НИСП) при проведении социологического опроса населения в рамках проекта «Анализ взаимосвязи формальных и неформальных правил предоставления социальных услуг населению на примере оплаты медицинской помощи», выполненного в 2003 году (13).

Оценка участниками опроса наиболее предпочтительных форм оплаты медицинской помощи оказалась весьма неоднородной. Так, более 1/3 части опрошенных считают, что никаких изменений в оплате населением медицинской помощи не должно происходить, что свидетельствует об осторожном отношении людей к инновациям. По нашему мнению, это закономерно, поскольку в результате реформ население обычно проигрывает в социальном плане.

Другая треть анкетированных полагает, что необходимо избрать в будущем второй сценарий государственной политики в области финансирования здравоохранения. Заметим, что такой механизм оплаты считается наиболее перспективным среди официальных лиц Минздравсоцразвития РФ. По мнению заместителя министра В.И. Стародубова (8), «проблема нерегулируемого замещения государственных расходов частными будет решаться посредством развития легальной оплаты медицинской помощи сверх установленных гарантий».

Еще одна треть отметила, что должен быть выбран третий вариант участия населения в оплате медицинской помощи. Почти 90% респондентов, выбравших этот вариант государственной политики, имеют доходы, равные двум прожиточным ми-

нимумам и ниже. Это еще раз подчеркивает, что при разработке единой государственной политики не может сбрасываться со счетов мнение низкодоходных слоев населения.

Обращает на себя внимание довольно низкий процент респондентов, выбравших первый вариант участия населения в софинансировании здравоохранения. Ряд исследователей (11, 12) предполагали, что он окажется наиболее адекватным для социально незащищенных слоев населения. Напомним, что диспансерный контингент потребителей психиатрической помощи высказался именно за эту форму участия населения в оплате медицинской помощи (11). Вероятно, низкий показатель объясняется тем, что уровень соплатежа за каждый день, проведенный в стационаре, представляется респондентам достаточно высоким (хотя в исследовании он не оговаривался), поэтому общественной солидарности предпочли самостоятельное решение проблем.

Если сравнивать наши результаты с результатами, полученными НИСП в 2003 году, то окажется, что по первому варианту участия населения в оплате медицинской помощи (соплатежи), цифры сопоставимы (5,7% и 6% соответственно). Различия по другим группам объясняются тем, что участники данного исследования предпочли ничего не менять в практике получения медицинской помощи, выбрав четвертый вариант. За него высказались 34,0% анкетированных, тогда как результаты НИСП свидетельствуют о том, что этот вариант был выбран всего 11,8% участников опроса. Возможно, что социально-демографический портрет респондентов, который мы составили по их характеристикам, позволит глубже понять людей, которые сочли этот вариант приоритетным. Итак, это мать пациента, предпенсионного возраста (54,8 года), работающая, со среднедушевым доходом несколько выше двух прожиточных минимумов (5 179 руб.), имеющая среднее специальное образование. Как правило, она проживает совместно со своим больным родственником, который госпитализируется в стационар чаще одного раза в год. Она посещает его 2 раза в неделю и тратит при этом дополнительные средства (в среднем 154,7 руб. за посещение) на сигареты, «гостинцы», предметы личной гигиены, покупку телефонных карт и т.д. Она редко обращается за получением платной медицинской помощи (только 25% от числа респондентов, пожелавших ничего не

Таблица 3

**Наиболее предпочтительные варианты участия населения в оплате медицинской помощи (в % от участвующих в опросе)**

Варианты ответов	НИСП, 2003	НЦПЗ РАМН, 2004
1. Все должны доплачивать определенную сумму (соплатеж) за любую услугу: посещение поликлиники; каждый день, проведенный в стационаре; вызов скорой помощи и т.д.	6,0	5,7
2. Государство будет предоставлять всем гражданам гарантированный минимум. Для получения дополнительных услуг гражданин должен заплатить в кассу лечебного учреждения.	24,8	31,1
3. Государство будет предоставлять бесплатно все виды помощи только бедным. Остальные граждане должны ее оплачивать в кассе медицинского учреждения.	56,9	29,2
4. Оставить все как есть.	11,8	34,0

менять в практике оплаты медицинской помощи, имеют опыт оплаты медицинских услуг).

Мы попытались также проанализировать зависимость мнений респондентов о трансформации оплаты медицинских услуг от некоторых социальных и экономических характеристик, используя для этого методы корреляционного и регрессионного анализа.

Установлено, что по мере роста дохода участники опроса выбирают второй вариант изменений в оплате за наличный расчет (введение гарантированного социального минимума для всех граждан). Если респонденты первой группы выбрали этот вариант в 11,1% случаев, то во второй группе в 25,5%, а в третьей группе их удельный вес составил уже 46,3%.

В зависимости от трудовой активности участников опроса выбор в предлагаемых формах участия населения в оплате медицинской помощи складывается также в пользу второго варианта. Если неработающие пенсионеры отдали ему предпочтение лишь в 7,4% случаев, то среди работающих пенсионеров таких уже было 28,6%, а работающих граждан – 43,6%.

По мере увеличения частоты госпитализаций приоритетным вариантом оплаты медицинской помощи становится третий вариант (бесплатно все виды услуг только бедным). Так, анкетированные, чьи родственники госпитализируются в стационары реже одного раза в год, выбрали этот сценарий развития событий в 24,4% случаев; респонденты, у которых родственники госпитализируются 1 раз в год, отметили этот вариант уже в 34,4% случаев; 2 раза в год и чаще – 40,9%.

Таким образом, данные, полученные в исследовании о предпочтительных формах участия населения в софинансировании здравоохранения очень разнообразны. Это свидетельствует о том, что выбор варианта единой государственной политики финансирования здравоохранения и механизмов

легализации оплаты медицинской помощи чрезвычайно затруднителен.

Проведенное исследование позволило нам сформулировать следующие выводы:

1. Большинство участников опроса ограничены в финансовых возможностях и не могут приобрести медицинские услуги за плату. Опыт получения платных услуг имеется только у 46,2% опрошенных.

2. Большая часть респондентов (66,0%) согласны с необходимостью изменения государственной политики в области финансирования здравоохранения.

3. Выбор вариантов изменения политики финансирования здравоохранения разделил респондентов на две почти равные части. Первая из них (31,1%) предпочла доплачивать собственные средства дополнительно к гарантированному государством социальному минимуму. Другая часть (29,2%) считает необходимым предоставление бесплатной медицинской помощи только бедным слоям населения, а для всех других групп – помощь должна стать платной.

4. Довольно большая часть опрошенных (34%) считает, что никаких изменений в практике оплаты медицинской помощи происходить не должно.

В заключение заметим, что простого решения в принятии нового варианта государственной политики в области финансирования здравоохранения быть не может. В этой связи возрастает необходимость разработки:

– государственных приоритетов, которые позволят переориентировать финансовые потоки в те отрасли, где потребность в них выше;

– медико-экономических стандартов, гарантирующих бесплатное получение помощи;

– системы контроля за их соблюдением. Как показало проведенное исследование, именно лица, страдающие психическими заболеваниями, нуждаются в первоочередной государственной поддержке.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аюшев А.Д., Баженов А.М. Личные средства граждан как источник финансирования здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 11–12. – С. 28–37.
2. Бойков В.Э. и соавт. Участие населения в финансировании здравоохранения // Здравоохранение. – 2000. – № 2. – С. 32–46.
3. Единый архив социологических данных. – www.socpol.ru
4. Григорьев Ю.И., Жукова М.В. Некоторые аспекты платного сервисного обслуживания в медицине // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 11–12. – С. 49–55.
5. Котова Г.Н., Нечаева Е.Н., Гучек П.А., Карасева Л.Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. – 2001. – № 4. – С. 22–27.
6. Морозов П.Н. Оценка стационарной помощи по результатам социологического опроса пациентов // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 5–6. – С. 41–44.
7. Накатис Я.А., Кадыров Ф.Н. Теневая оплата медицинских услуг в здравоохранении: причины и следствия, методы и противодействия // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 8. – С. 28–34.
8. Стародубов В.И. Управление здравоохранением на современном

этапе // Материалы III Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». – М., 2004. – С. 89–98.

9. Флек В.О., Кравченко Н.А., Шилиев Д.Р., Вялкова Г.М. Реализация Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2004 году // Здравоохранение. – 2005. – № 9. – С. 15–24.

10. Флек В.О., Дмитриева Е.Д., Арапова И.Г. Расходы граждан Российской Федерации на здравоохранение из личных средств // Здравоохранение. – 2005. – № 10. – С. 29–40.

11. Шевченко Л.С., Солохина Т.А. К вопросу об участии потребителей внебольничной психиатрической помощи в ее софинансировании // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 1. – С. 83–86.

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

13. Шишкин С.В. и соавт. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. – М., 2004. – 245 с.

14. Lewis M. Who is paying for health care in Europe and Central Asia? – World Bank, 2000.

## PAYING IN CASH FOR MEDICAL SERVICES: RESULTS OF A SURVEY AMONG USERS OF PSYCHIATRIC HOSPITALS

L. S. Shevchenko, T. A. Solokhina, K. N. Zhoukov

The article presents the data of a sociological survey of family members of the patients treated in a psychiatric hospital in the city of Moscow. It describes actual experiences of respondents with commercial

medical care and current practice of payments. The authors analyze opinions concerning mechanisms of payment for medical services.