



## Информационный обзор №3 Политика сооплаты в Кыргызской системе здравоохранения

### 1. Что такое сооплата?

- Сооплата – это оплата, производимая напрямую пользователями услуг здравоохранения непосредственно в учреждениях здравоохранения. Сооплата на законных основаниях требуется там, где введена система «единого плательщика».
- Сооплата требуется (а) за специализированную амбулаторную помощь в Центрах Семейной Медицины (ЦСМ) и Амбулаторно-Диагностических Отделениях (АДО); а также (б) за стационарную помощь в больницах. Сооплата не берется за первичную медико-санитарную помощь.
- Пациенты, которые внесли официально сооплату, не платят за лекарства или непосредственно медицинскому персоналу.
- Для специализированной амбулаторной помощи уровни сооплаты варьируют в зависимости от типа оказанной услуги. За стационарную помощь, от пациентов требуется оплатить установленную фиксированную сумму при госпитализации. Уровень сооплаты зависит от трех факторов (Таблицы 1а, 1б и 1с):
  - За госпитализацию с хирургическим вмешательством устанавливается оплата выше, чем за остальные, где необходима только диагностика и лечение; хирургические госпитализации также подразделяются на низкокзатратные и высококзатратные госпитализации с хирургическим вмешательством.
  - Застрахованные пациенты при наличии направления вносят меньшую сооплату за услуги (амбулаторная специализированная помощь и стационарная помощь), чем незастрахованные пациенты;
  - Пациенты без направления платят выше сооплату, чем пациенты с направлением;
- Некоторые группы населения полностью или частично освобождаются от сооплаты. Поставщики получают более высокую оплату из ФОМСа за лечение освобожденных пациентов. Таким образом, у них нет стимулов оказывать больше внимания тем пациентам, которые могут внести сооплату. Данные группы населения включают пенсионеров с низкими доходами, больных раком, больных туберкулезом, ветеранов ВОВ и т.д. В больницах также имеется резервный фонд, на средства которого предоставляются льготы тем, кто не в состоянии платить.
- Размер сооплаты устанавливается Министерством здравоохранения и ежегодно обновляется.
- Сооплата вводилась постепенно, в соответствии с этапами внедрения системы «единого плательщика».
  - 1-ый этап (2001): Иссык-Кульская и Чуйская области;
  - 2-ой этап (2002): Таласская и Нарынская области;
  - 3-й этап (2003): Жалалабатская и Баткенская области;
  - 4-й этап (2003/04): города Бишкек и Ош.

Таблица 1а. Уровни сооплаты за госпитализацию, только диагностика и лечение (2004)

	освобж	застрах	незастр	без направл
Бишкек, не респ. мед. учр-ия	200	690	970	1,790
Бишкек, рес. учр	200	830	1,110	2,100
Чуйская область	200	600	870	1,630
Иссык-Кульская	200	600	870	1,590
Нарынская обл	200	530	800	1,580
Таласская обл	200	530	800	1,460
Ошская область	200	430	710	1,190
город Ош	200	500	780	1,340
Джалал-Абадская обл	200	500	780	1,320
Баткенская обл	200	430	710	1,260



**Таблица 16. Уровни сооплаты за госпитализацию с хирургическим вмешательством (2004)**

	освоб	застрах	незастрах	без направл
Бишкек, без респ. учрежд.	260	900	1,602	2,330
Бишкек, респ. учр	260	1080	1,440	2,730
Чуйская область	260	780	1,130	2,130
Иссык-Кульская	260	780	1,130	2,1200
Нарынская обл	260	690	1,040	2,060
Таласская обл	260	690	1,040	1,900
Ошская область	260	560	920	1,550
город Ош	260	500	780	1,340
Джалал-Абадская обл	260	500	780	1,320
Баткенская обл	260	430	710	1,260

**Таблица 1с. Уровни сооплаты за госпитализации с низкозатратным хирургическим вмешательством (2004)**

	освоб	застрах	незастрах	без направл
Бишкек, без респ. учрежд.	200	690	970	1,790
Бишкек, респ. учр	200	830	1,110	2,100
Чуйская область	200	600	870	1,630
Иссык-Кульская	200	600	870	1,590
Нарынская обл	200	530	800	1,580
Таласская обл	200	530	800	1,460
Ошская область	200	430	710	1,190
город Ош	200	500	780	1,340
Джалал-Абадская обл	200	500	780	1,320
Баткенская обл	200	430	710	1,260

## 2. Почему вводится сооплата?

- Сооплата была введена для трансформации уже существующих неофициальных выплат врачам в официальную и прозрачную оплату как часть общей стратегии мобилизации средств сектора здравоохранения.** Непосредственная оплата врачам пациентами не стала новшеством для Кыргызской системы здравоохранения. Пациенты платили врачам неофициально, а также платили за медикаменты и изделия медицинского назначения, необходимые для лечения. Общественное исследование домашних хозяйств, проведенное Национальным Статистическим Комитетом в

1994 году, стало первой попыткой оценить уровень неофициальных выплат и их влияние на благосостояние домашних хозяйств. Во время исследования было выявлено следующее:

- 69% амбулаторных больных и 86% стационарных больных платили какую-то сумму, обращаясь за помощью к поставщику.
- Что касается пребывания в стационаре, 60% наличных выплат производилось за медикаменты, 18% - оплата персоналу, 14% - за изделия медицинского назначения при хирургических вмешательствах, и 3% составила официальная оплата.
- 25% опрошенных, обратившихся за медицинской помощью в амбулаторные учреждения, платили за саму консультацию врачу (дополнительно к оплате за медикаменты, питание и транспортные расходы).
- Перед введением официальной сооплаты, в ходе предварительного опроса госпитализированных пациентов, был сделан вывод о том, что средний уровень расходов пациента в больницах варьировал от 364 сомов до 1801 сомов.
- Сооплата была введена, чтобы защитить лиц с низкими доходами и серьезными заболеваниями от обедняющего воздействия расходов на медицинскую помощь посредством прозрачных точно определенных механизмов предоставления льгот.** В вышеупомянутом исследовании домашних хозяйств 1994 года, было выявлено, что неофициальные выплаты тяжело обременили домашние хозяйства с низкими доходами, и тех, кто имеет хронические заболевания. Было очень неожиданно узнать, что врачи во всех странах с переходной экономикой, утверждают, что неофициальные выплаты являются справедливыми: те, кто может платить, платят, а те, кто не может, получают лечение бесплатно. Опросы домашних хозяйств и интервью с пациентами показывают явно другую картину. Выводы 1994 года:



- 70% бедного населения были не в состоянии приобрести все препараты, указанные в рецепте по сравнению с 36% из общего населения.
- 32% населения сообщили, что не могли позволить себе получить необходимую медицинскую помощь.
- Каждый третий пациент занимал деньги, чтобы покрыть расходы на медицинскую помощь.
- В сельской местности 45% продавали продукты или скот, чтобы покрыть расходы на медицинскую помощь.
- Другие способы покрытия расходов на медицинскую помощь включают: обращение за помощью к родственникам, сокращение других расходов, использование сбережений.

Эти выводы подтвердились во время опроса домашних хозяйств, который проводился в 2000/01 Национальным Статистическим Комитетом: 1/3 госпитализированных пациентов платили более, чем 1,000 сомов в связи со своим лечением неофициально. Те, кому требовалось хирургическое вмешательство платили значительно больше, чем эта сумма<sup>ii</sup>. Эти очень высокие расходы как раз ведут к обеднению. Официальная сооплата ограничивает такие высокие затраты, и следовательно, имеет потенциальную возможность снижать обеднение из-за расходов на медицинскую помощь.

### 3. Работает ли политика сооплаты?

ВОЗ оказывает поддержку в проведении ежегодного опроса выписанных пациентов, чтобы выяснить действительно ли политика сооплаты сокращает уровень неофициальных выплат. Здесь мы сообщаем о результатах исследований, проведенных в 2001 и 2002 годах, после того, как сооплата была введена в Иссык-Кульской и Чуйской областях:

- Оплата медицинскому персоналу в Иссык-Кульской и Чуйской областях сократилась, тогда как подобные выплаты увеличились в других областях, где не была введена сооплата (Рисунок 1а).

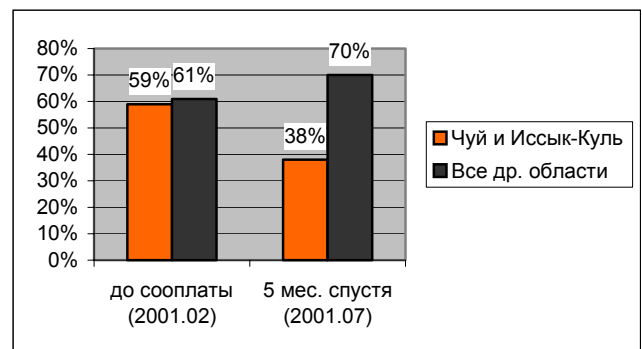
- В Иссык-Кульской области, оплата персоналу снизилась с 64% пациентов, плативших что-либо до реформ, до 28% спустя пять месяцев после реализации реформ, и до 38% пациентов спустя год после реформ.

- В Чуйской области, распространенность выплат сократилась с 55% пациентов, плативших до реформ, до 47% спустя пять месяцев после реформ, и до 45% спустя год.

- Также, сократилась оплата за медикаменты и изделия медицинского назначения (Рисунок 1б).

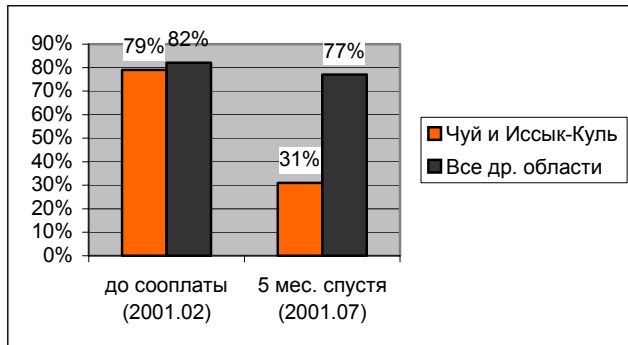
- Суммируя все выплаты, в том числе официальную сооплату и другие выплаты, произведенные во время госпитализации, можно сделать вывод, что, по всей видимости, общие расходы пациента не сократились и не увеличились. Поэтому, официальная сооплата не является дополнительным источником для сектора здравоохранения, а просто заменяет предыдущую систему неофициальных выплат.

Рисунок 1а. Процент госпитализированных пациентов, производивших оплату медицинскому персоналу





**Рисунок 16. Процент госпитализированных пациентов, производивших оплату за лекарства и медицинские инструменты**



- Для пациентов, освобожденных от сооплаты, в 4-раза сократились общие расходы во время госпитализации после введения сооплаты. Это стало серьезным показателем того, что система льгот работает и защищает их получателей от обедняющего воздействия расходов на медицинскую помощь.
- Финансовая неопределенность, связанная с лечением снизилась там, где была введена сооплата. До введения сооплаты, около 20% пациентов отвечали, что знали заранее о том какую сумму необходимо заплатить. После того, как соплата была введена в Иссык-Кульской и Чуйской областях, 46% госпитализированных пациентов сообщали, что заранее знали сколько им придется заплатить.

#### 4. Что думают пациенты о политике сооплаты?

Кроме количественных исследований, Кыргызско-Швейцарским Проектом Поддержки Реформы Здравоохранения проводились качественные исследования с целью узнать мнение пациентов о политике сооплаты<sup>iii</sup>.

- Восприятие политики было неоднозначным, но в основном положительным.
- Около 75% опрошенных пациентов говорят, что соплата лучше, чем предыдущая система неформальных выплат. Респонденты с низкими доходами придерживаются того же мнения о том, что соплата лучше, чем неофициальная система, которую она заменила.

- Многие застрахованные пациенты платят меньше с сооплатой, чем они платили до этого за то же лечение. Особенно, это имеет отношение к хирургическому лечению, но не ко всем случаям.
- Пациенты знают заранее сколько платить и могут подготовиться к этому.
- Улучшилось качество помощи. В частности, лекарства имеются в наличии и пациентам нет необходимости покупать их в аптеках. Моральное состояние персонала и отношение к пациентам улучшились, питание обеспечивается.
- Люди в целом соглашались с тем, что лечение не может быть бесплатным. Пациенты считают разделение финансового бремени между государством и отдельными лицами справедливым.

#### Источники дальнейшей информации

- <sup>i</sup> Опрос выписанных пациентов, разработанный и проведенный ВОЗ, Национальным Статистическим Комитетом и Фондом Обязательного Медицинского Страхования в 2001 году.
- <sup>ii</sup> Джейн Фолкингер, 2001 «Здоровье, поведение при обращении за помощью и наличные расходы из кармана пациента в Кыргызстане в 2001 году» (анализ при финансовой поддержке DFID)
- <sup>iii</sup> Тобиас Шют, 2001. «Восприятие политики сооплаты пациентами и персоналом: Краткое Оценочное Исследование в пилотных Чуйской и Иссык-Кульской областях», Швейцарский Красный Крест.