



ПРОЕКТ АНАЛИЗА ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «МАНАС»

Документ исследования политики 13

ВОСПРИЯТИЕ ПОЛИТИКИ СООПЛАТЫ ПАЦИЕНТАМИ И МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

Тобиас Шют, Швейцарский Красный Крест

Ноябрь 2001

**Всемирная Организация Здравоохранения
Министерство здравоохранения, Главное управление
координации и внедрения реформы здравоохранения
совместно с
Швейцарской корпорацией по развитию**

Кыргызстан, Бишкек 720405, ул. Тоголок-Молдо 1, тел. +996 (312) 660438, 666244
Факс +996 (312) 663649, e-mail: moh@manas.elcat.kg

Список сокращений

ЦРБ	Центральная районная больница
ГСВ	Группа семейных врачей
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ООб	Областная объединенная больница
PRA	PRA – Оценочное исследование мнения сельского населения
ШКК	Швейцарский Красный крест
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

Участники команды, проводившей исследование мнения населения

Шакен Жанакеева

Тренер по укреплению здоровья, Кыргызско-Швейцарский проект по поддержке реформ здравоохранения, Швейцарский Красный крест, в прошлом Руководитель ГСВ, г.Нарын

Темир Тологонов

Тренер по укреплению здоровья, Кыргызско-Швейцарский проект по поддержке реформ здравоохранения, Швейцарский Красный крест, в прошлом Практический менеджер ГСВ (Кеминский район), Руководитель Правления Национальной Ассоциации ГСВ (АГСВ)

Толкун Джамангулова

Тренер по укреплению здоровья, Кыргызско-Швейцарский проект по поддержке реформ здравоохранения, Швейцарский Красный крест, в прошлом Ассистент кафедры, Республиканский центр непрерывной подготовки медицинских и фармацевтических работников (г.Бишкек)

Жумадил Самудинов

Тренер по укреплению здоровья, Кыргызско-Швейцарский проект по поддержке реформ здравоохранения, Швейцарский Красный крест, в прошлом хирург-травматолог, Нарынская областная объединенная больница

Асель Саргалдакова

Перевод

Координатор по вопросам здравоохранения, Кыргызско-Швейцарский проект по поддержке реформ здравоохранения, Швейцарский Красный крест, Кыргызстан

Тобиас Шют

Дизайн и организация исследования

Координатор проекта, Кыргызско-Швейцарский проект по поддержке реформ здравоохранения, Швейцарский Красный крест, Кыргызстан

Содержание

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	I
УЧАСТНИКИ КОМАНДЫ, ПРОВЕДИВШЕЙ ИССЛЕДОВАНИЕ МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ	I
СОДЕРЖАНИЕ	III
СПИСОК ТАБЛИЦ.....	IV
РЕЗЮМЕ.....	V
РЕЗЮМЕ.....	V
1. ВВЕДЕНИЕ	1
2. ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	1
3. МЕТОДОЛОГИЯ.....	2
3.1 Тип исследования	2
3.2 Быстрая оценка среди лиц, находившихся на лечении в стационаре	2
3.2.1 Место проведения.....	2
3.2.2 Участники	3
3.2.3 Методы.....	5
3.3 Семинар с практическими врачами центральных районных больниц.....	6
3.3.1 Участники	6
3.3.2 Методы.....	6
3.4 Обсуждения в фокусных группах с персоналом ГСВ	7
4. РЕЗУЛЬТАТЫ	7
4.1 Информированность о политике сооплаты	7
4.2 Затраты пациентов, находившихся на лечении в рамках политики сооплаты	7
4.2.1 Сооплата	7
4.2.2 Другие оплаты	8
4.3. Сравнение затрат пациентов при прежней системе и при новой политике сооплаты	9
4.4. Качество помощи	9
4.4.1 Наличие бесплатных лекарств и перевязочных материалов.....	10
4.4.2. Наличие бесплатных диагностических тестов.....	11
4.4.3. Качество питания.....	11
4.4.4 Отношение медицинского персонала.....	11
4.4.5 Общая удовлетворенность от пребывания в стационаре	12
4.5 Сравнительная оценка старой и новой политик	12
4.5.1 Все случаи, за исключением родов.....	12
4.5.2 Роды	14
4.6 Конкретные случаи относительно доступности к стационарной помощи	15
4.7 Обсуждения в фокусных группах с персоналом ГСВ	15
4.8 Семинар с персоналом стационаров.....	16
4.8.1 Позитивные и негативные аспекты политики сооплаты	16
4.8.2 Сравнение с прежней системой.....	18
4.8.3 Рекомендации	19
Рекомендации в отношении вопроса зарплаты.....	20
4.8.4 Черный ящик	21
Голосование по вопросу сокращения персонала.....	22
ПРИЛОЖЕНИЕ: ОБРАЗЦЫ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИНСТРУМЕНТОВ	23

Список таблиц

Таблица 1: Распределение по месту проведения	2
Таблица 2: Распределение участников	4
Таблица 3: Наличие лекарств и перевязочных материалов	10
Таблица 4: Наличие бесплатных диагностических тестов	11
Таблица 5: Качество питания.....	11
Таблица 6: Отношение медицинского персонала.....	11
Таблица 7: Общая удовлетворенность от пребывания в стационаре	12
Таблица 8: Распределение результатов индивидуального голосования среди всех пациентов по вопросу: в целом, вы думаете политика сооплаты лучше, такая же или хуже, чем прежняя система	12
Таблица 9: Оценка бедных пациентов: Индивидуальное голосование среди бедных пациентов по вопросу: в целом, что вы думаете политика сооплаты лучше, такая же или хуже, чем прежняя система.....	13
Таблица 10: Адекватная сумма сооплаты за нормальные и патологические роды (объяснение: см. текст).....	14
Таблица 11: Положительные аспекты политики сооплаты, по мнению персонала стационаров	16
Таблица 12: Негативные аспекты политики сооплаты, по мнению персонала стационаров	17
Таблица 13: Основные рекомендации данные медицинским персоналом по улучшению политики сооплаты	20
Таблица 14: Комментарии персонала из анонимного «черного ящика».....	21

Резюме

1. Новый метод финансирования стационарной медицинской помощи был введен на пилотной основе в двух Чуйской и Иссык-Кульской областях с марта 2001 года. Данный метод, именуется «политикой сооплаты» в силу его основной характеристики, требующей оплаты потребителя при поступлении в стационар. Уровень оплаты варьирует от 0 до 1890 сом, в зависимости от статуса застрахованности и других факторов. Проект ВОЗ по Анализу политики здравоохранения в Кыргызстане обратился к Швейцарскому Красному кресту с просьбой провести данное исследование качественного типа на предмет изучения понимания политики сооплаты пациентами и поставщиками медицинских услуг. Основные вопросы, подлежащие исследованию, были:
 - как население и медицинский персонал воспринимают политику сооплаты,
 - действует ли политика сооплаты в целом, так как и предполагалось, и
 - существует ли препятствие к стационарной помощи для бедных категорий населения в силу наличия сооплаты при поступлении.
2. Исследование было проведено в октябре 2001 г. Оно было запланировано как исследование, состоящее из 3 звеньев. Мнение населения изучалось в селах в 31 сессиях с 246 пациентами, выписанными из стационаров; из них 207 находились на стационарном лечении в рамках политики сооплаты (включая 16 пациентов, имевших также опыт лечения до введения сооплаты, при прежней системе) и 39 пациентов находились на стационарном лечении только в рамках прежней системы, до введения сооплаты. Во время этих сессий, участники обсуждения применяли инструменты, разработанные в соответствии с принципами PRA (Оценочное исследование мнения сельского населения), для обсуждения и документирования своего мнения. Восприятие медицинского персонала было изучено во время проведения однодневного семинара с 19 участниками, представителями медицинского персонала 6 Центральных районных больниц. И последним звеном было проведение 9 обсуждений в фокусных группах с персоналом ГСВ, чтобы конкретно изучить вопрос доступности к медицинской помощи для бедных категорий пациентов.
3. Большинство пациентов информированы о том, что сейчас стационарное лечение требует внесения сооплаты при поступлении в стационар. Большинство не знают, сколько точно они должны заплатить, хотя большинство знают свою категорию застрахованности. Но население знает, что если они застрахованы, то платить будут меньше.
4. На настоящий момент, политика сооплаты частично выполняет свою основную функцию по замещению всех других затрат пациентов, связанных со стационарным лечением. Почти все пациенты (96%) внесли правильную сумму по сооплате в соответствии со своим статусом застрахованности. Большинство пациентов (59%) не имело дополнительных расходов на стационарное лечение, в то время как 41% пациентов заплатил что-то сверх положенной сооплаты. Эти дополнительные оплаты были почти исключительно (88%) напрямую связаны с лечением пациента, т.е. покупка лекарств (24% пациентов), оплата диагностических тестов (7% пациентов) или внесение мелких вкладов в товарном

виде¹ (21% пациентов). В среднем сумма дополнительных оплат была значительно выше в Чуйской области (310 сом), чем в Иссык-Кульской области (57 сом). С другой стороны, неформальные выплаты медперсоналу (взятки) были редки. Только у 10 пациентов (5%) медперсоналом было запрошено сделать 15 неформальных выплат. Большинство из них представляют собой стандартные ставки, затребованные медперсоналом в определенных отделениях, определенных стационаров. Средняя величина оплаты, осуществленная этими 10 пациентами, составила 403 сом (454 сом в Чуйской, 200 сом в Иссык-Кульской области). Средняя сумма общих затрат (расходов на лечение и на неформальные выплаты медперсоналу) составила 196 сом (453 сом в Чуйской и 74 сом в Иссык-Кульской области).

Эти данные, по-видимому, предполагают, что персонал стационаров получает средства, не в полной мере, они недостаточны для лечения пациентов и что им приходится просить пациентов внести вклад в лечение. Эти данные также подкрепляются данными семинара с медперсоналом, высказывавшим удовлетворение по поводу лучшего лекарственного обеспечения после введения сооплаты, но жаловались на проблемы, связанные с обеспечением. Принимая во внимание факт того, что ФОМС получает от Социального фонда только часть положенных средств, то это может быть справедливой причиной. Однако значительная разница между Чуйской и Иссык-Кульской областями предполагает возможное наличие других факторов, также играющих роль, например разница схем лечения или экономического положения населения.

5. Несмотря на все эти недостатки, население также как и медперсонал воспринимают политику сооплаты, безусловно, как улучшение по сравнению с прежней системой. Наиболее важным фактором такого восприятия является то, что затраты пациентов на стационарное лечение определено ниже прежних. В среднем, сейчас в рамках политики сооплаты затраты на стационарное лечение, включая все затраты сверх сооплаты, были в 2.5 раза ниже (491 сом), чем при прежней системе (1342 сом).
6. В дополнение пациенты ощущают значительное улучшение качества медицинской помощи в рамках введения сооплаты. Большинство пациентов ответили, что они получили все лекарства бесплатно во время их пребывания в стационаре (60% пациентов²), также как и бесплатные диагностические тесты (75% пациентов) по сравнению с 20% и 56% пациентов соответственно при прежней системе. Качество питания было оценено как хорошее 40% пациентов в рамках политики сооплаты против 16% при прежней системе. Отношение медперсонала, хотя и оценивалось

¹ Вклад в товарном виде не включает еду, приносимую из дома. Исследование не изучало затраты на питание.

² Проценты, представленные в этом параграфе не могут быть коррелированы с цифрами данными в параграфе 4 выше, так как инструмент, примененный для определения процентных соотношений в параграфе 6 дал возможность субъективного голосования по *восприятию* полного охвата лекарственными средствами. Например, как было представлено в параграфе 4, 24% пациентов имели дополнительные затраты на лекарства и перевязочные материалы; т.е. у 76% пациентов таких затрат не было. Однако, факт по второму инструменту (см методологию на предмет деталей) таков, что только 60% пациентов ответили, что получили все лекарства бесплатно. Это может объясняться тем, что были пациенты, которые чувствовали, что не получили всех лекарств, которые им действительно были необходимы, но их не просили купить лекарства дополнительно. Сходное объяснение и по другим различиям между цифрами, представленными в параграфах 6 и 4.

как хорошее 69% пациентов при прежней системе, было даже выше при политике сооплаты, где 85% пациентов определили его как хорошее. Последнее, оценка общего удовлетворения своим пребыванием в стационаре, показала, что 61% пациентов, находившихся в стационаре в рамках политики сооплаты, определили его как хорошее по сравнению с 38% пациентов, находившихся на лечении при прежней системе.

На вопрос о прямом сравнении обеих систем, стало ли при политике сооплаты хуже, без изменений или лучше, чем при прежней системе, 70% участников ответили, что при политике сооплаты лучше, 23% что хуже и 7% без изменений (данные по всем медицинским услугам, за исключением родов). Основная причина такого позитивного суждения в том, что 570 сом за лечение является гораздо более допустимым (по средствам) чем прежние затраты на стационарное лечение. Пациенты осознают, также другое важное преимущество того, что им не приходится искать и покупать лекарства в аптеках, т.к. лекарства теперь имеются в наличии в стационаре. Особенно, при неотложных случаях, что позволяет оказать быструю и эффективную помощь. Многие из тех, кто оценили политику сооплаты хуже, по сравнению с прежней системой, были незастрахованными. Они аргументировали это, тем, что 1140 сом является значительной суммой, которую трудно найти. Некоторые сказали, что политика сооплаты помешала им обратиться в стационар.

7. По-видимому, сооплата не является основным препятствием для бедных людей в доступе к стационарной помощи. Участники сессии в селях, также как персонал ГСВ знали только несколько примеров, когда сооплата помешала пациентам обратиться за стационарной помощью. Основная причина этому, по-видимому, в том, что наличие справки Айыл Окмоту о тяжелом (бедном) экономическом положении пациента давала ему или ей доступ к стационарной медицинской помощи. Сравнительный анализ двух систем, в частности для бедных, подтверждает эту оценку. 68% бедных пациентов считают, что политика сооплаты в целом лучше, чем прежняя система, 22% что хуже и 9% без разницы.

Однако бруцеллез, по-видимому, представляет собой особую проблему. Многие из впервые диагностированных случаев не обращаются за соответствующим лечением, потому что они не могут платить трижды сооплату при поступлении в стационар для прохождения трехкратного курса лечения в течение краткого промежутка времени.

Часто встречающимся фактом, по-видимому, являются пациенты, кто задерживаются с поступлением в стационар, избегая госпитализации, терпя до тех пор, пока это возможно или пока соберут или сэкономят деньги необходимые для сооплаты. Этот феномен отмечался персоналом стационаров, ГСВ и группами пациентов.

8. Исключением из этой общей позитивной картины является восприятие сооплаты за роды. При настоящем уровне сооплаты за роды размером в 570 сом за нормальные роды большинство матерей (68%) ответили, что при политике сооплаты хуже чем при прежней системе, в то время как 27% сказали, что лучше при политике сооплаты. На вопрос о допустимом уровне сооплаты за нормальные роды, около половины ответила, что роды должны быть бесплатными, другая

половина проголосовала за сооплату размером от 100 до 300 сом. С другой стороны, около половины считают, что 600 сом является допустимой сооплатой за патологические роды, в то время как $\frac{1}{4}$ матерей предложила, чтобы они также были бесплатными.

9. Персонал Центральных районных больниц считает, что политика сооплаты лучше по сравнению с прежней системой, как в отношении качества медицинской помощи, так и в отношении медицинского персонала. Из 19 участников семинара 16 посчитали, что в отношении качества медицинской помощи для пациентов стало лучше по сравнению с прежней системой, 2, что хуже и 1 не видел разницы. В отношении медперсонала, 15 посчитали, что лучше, 3 что хуже (1 не голосовал).

В отношении качества медицинской помощи, были даны причины такого позитивного сравнения с прежней системой (в порядке убывания): улучшение лекарственного обеспечения, улучшение оказания неотложной помощи, бесплатные диагностические процедуры и улучшение оказания медицинской помощи льготным категориям пациентов. Те, кто указали на ухудшение качества медицинской помощи, объясняют это, тем, что сооплата ведет к запоздалой госпитализации или уклонению от госпитализации.

В отношении ситуации с медицинским персоналом, основные причины позитивного сравнения с прежней системой (в порядке убывания): улучшение морального климата, т.к. персонал в состоянии лучше обслужить пациентов; следствием этого является повышение уважения со стороны пациентов. И повышение зарплаты (хотя в большинстве повышение зарплаты незначительное). Те трое, кто восприняли ситуацию с медперсоналом худшей по сравнению с прежней, аргументировали это тем, что методология политики сооплаты тщательно не проработана и увеличение зарплаты незначительное.

1. Введение

Новый метод финансирования стационарной медицинской помощи был введен на пилотной основе в двух Чуйской и Иссык-Кульской областях с марта 2001 года. Данный метод, именуется «политикой сооплаты» в силу его основной характеристики, требующей оплаты потребителя при поступлении в стационар. Уровень оплаты варьирует от 0 до 1890 сом, в зависимости от статуса застрахованности и других факторов.

Вскоре после введения данной политики в пилотных областях, Швейцарский Красный крест, по поручению Министерства здравоохранения КР и Проекта анализа политики здравоохранения ВОЗ, провел быстрое оценочное исследование мнения населения о новой политике³. Это очень ограниченное исследование представило следующие основные результаты:

1. В целом политика сооплаты выполняет свою функцию, как и должна. Она достигает своей основной цели по замещению всех формальных и неформальных выплат одной оплатой потребителя.
2. Население выразило единое неприятие сооплаты размером в 1140 сом за нормальные роды.
3. В отличие от родов, среди населения существует предусмотрительная всеобщая поддержка новой политики сооплаты.

Два расширенных исследования, сравнивающих опыт населения до и после введения политики сооплаты были проведены в 2001 году⁴. Для того, чтобы дополнить данные этих исследований количественного типа, Проект Анализа политики здравоохранения в Кыргызстане обратился к Швейцарскому Красному кресту с просьбой провести данное исследование качественного типа на предмет изучения понимания политики сооплаты пациентами и поставщиками медицинских услуг.

2. Цели исследования

Основной целью данного исследования было оценить мнение населения и поставщиков медицинских услуг в отношении политики сооплаты в двух пилотных Чуйской и Иссык-Кульской областях.

Нижеследующие вопросы были вопросами особой заинтересованности:

- Действует ли политика сооплаты, так как и предполагалось ей действовать и где имеются проблемы?
- Какой уровень общей удовлетворенности политикой сооплаты среди населения и медицинского персонала?
- Как новая политика сооплаты сравнима, по мнению населения и персонала с прежней системой финансирования стационарной помощи?

³ Шют, Т. (2001). «Перспективы населения, связанные с политикой сооплаты: Краткое оценочное исследование в пилотных Чуйской и Иссык-Кульской областях». Проект анализа политики здравоохранения, Программа «МАНАС», Документ исследования политики 8. Бишкек, Кыргызстан: Всемирная организация здравоохранения и Министерство здравоохранения.

⁴Эти исследования финансировались Проектом анализа политики сооплаты. Первое из них было проведено в Мае-Июне для пациентов, выписанных в Феврале. Второе было внедрено в декабре, для пациентов выписанных в Июле.

- Создает ли политика сооплаты проблему доступности, в частности для бедных категорий населения?
- Принимается ли населением настоящий уровень оплаты в 570 сом за нормальные роды?
- Какой уровень информированности среди населения в целом о политике сооплаты?

3. Методология

3.1 Тип исследования

Быстрая оценка из трех звеньев с применением инструментов PRA (PRA – Оценочное исследование мнения сельского населения)

Звено 1: Быстрая оценка с 246 участниками, получившими стационарное лечение

Звено 2: Семинар с 19 Заведующими и Старшими медсестрами отделений из 6 ЦРБ

Звено 3: Обсуждения в фокусных группах с персоналом 9 ГСВ

3.2 Быстрая оценка среди лиц, находившихся на лечении в стационаре

3.2.1 Место проведения

14 стационаров были отобраны, по 7 в каждой области (см Таблицу 1). ООБ и 6 ЦРБ были выбраны в каждой области, таким образом, чтобы охватить как центральные, так и отдаленные районы. В целом были проведены 31 сессия, 28 сессий с теми, кто проживает в сельской местности и 3 сессии с теми, кто проживает в городе или пригороде.

Таблица 1: Распределение по месту проведения

	Стационары, где участники исследования находились на стационарном лечении	Число сессий
Чуйская область	Чуйская областная больница	2
	Сокулукская ЦРБ	2
	Токмакская горбольница	2
	Иссык-Атинская ЦРБ	2
	Московская ЦРБ	1
	Панфиловская ЦРБ	2
	Кеминская ЦРБ	2
	Всего по Чуйской области	13
Иссык-Кульская область	Иссык-Кульская областная объединенная больница	2
	Тонская ЦРБ	3
	Тюпская ЦРБ	3
	Жеты-Огузская ЦРБ	2
	Иссык-Кульская ЦРБ	3
	Балыкчинская горбольница	3
	Ак-Суйская ЦРБ	2
	Всего по Иссык-Кульской области	18
Всего		31

3.2.2 Участники

Отбор

В исследовании участвовали 246 лиц в 31 обсуждении в группах. 198 были женщинами, 48 мужчинами. 207 находились на стационарном лечении в рамках политики сооплаты. Это число включает 16 пациентов, имевших также опыт лечения до введения сооплаты, при прежней системе. 39 пациентов получили лечение только в рамках прежней системы, т.е. всего 55 участников имели опыт лечения при прежней системе, до введения сооплаты. 55 находились на лечении в отделениях хирургического профиля (хирургия, гинекология, травматология), 115 были матерями, родившими в стационаре, и 76 находились на стационарном лечении в других отделениях нехирургического профиля. Более детальная информация по распределению участников представлена в Таблице 2.

Участники были определены следующим образом. Команда, проводившая исследование просматривал списки пациентов, выбывших из стационара (в отобранных стационарах) и определяла села, где было, по меньшей мере, 5 недавно выписанных пациентов.

Затем команда выезжала в эти села и приглашала этих пациентов на сессию вместе с другими людьми из этого села, кто находился на стационарном лечении до введения политики сооплаты. Таким образом, опыт двух систем был представлен в группах. В дополнение, 16 пациентов были знакомы с обеими системами, т.к. они госпитализировались в стационар при обеих системах. В трех сессиях процедура отличалась, т.к. в одной ЦРБ команде не были предоставлены списки выписанных пациентов. В данном стационаре, команда провела 3 сессии с пациентами, находившимися в стационаре, гарантируя то, чтобы персонал их не беспокоил и не наблюдал за ними.

Команда провела 8 сессий с 60 матерями, в частности по вопросу родов. Все они родили в стационаре после введения сооплаты. 4 из этих сессий были проведены в стационаре и 4 в селах.

Время сбора данных

6-14 октября и 26-27 октября 2001г

Команда

4 фасцилитатора были разбиты в 2 команды, состоящие из одного мужчины и одной женщины. Фасцилитаторы имели всесторонний опыт проведения качественных исследований с инструментами PRA.

Пилотное исследование

Исследование было предварительно протестировано с лицами, которые находились на стационарном лечении в 2 стационарах Чуйской области.

Таблица 2: Распределение участников

а) Все участники (n=246)

<i>По полу</i>		<i>По системе оплаты</i>	
Мужчины:	48	Госпитализированные в рамках политики сооплаты:	207
Женщины:	198	Госпитализированные при прежней системе:	39

Таблица a1: Распределение всех участников по экономическому статусу

	Чуйская область	Иссык-Кульская область	Всего
Бедные	45	97	142 (58%)
Среднего достатка	49	55	104 (42%)
Богатые	-	-	0
Всего	94	152	246

Таблица a2: Распределение всех участников по местоположению, отделениям и системам оплаты

Отделения	Чуйская область		Иссык-Кульская область		Всего
	Госпитализированные		Госпитализированные		
	Политика сооплаты	Прежняя система	Политика сооплаты	Прежняя система	
Хирургия, Травматология, Гинекология	14	4	33	4	55
Терапия, Кардиология, Нефрология, Урология, Инфекционные заболевания, Оториноларингология	14	13	37	9	73
Родильное	45	2	58	7	112
Детское отделение	1	-	5	-	6
Total	74	19	133	20	246

б) Среди пациентов, находившихся на стационарном лечении в рамках политики сооплаты (n=207)

Таблица b1: Распределение пациентов, пролеченных в рамках политики сооплаты по экономическому статусу

	Чуйская область	Иссык-Кульская область	Всего
Бедные	32	87	119 (57%)
Среднего достатка	42	46	88 (43%)
Богатые	-	-	0
Всего	74	133	207

В соответствии с категорией застрахованности

Незастрахованные 63
Застрахованные 183

Среди застрахованных были

Роды (нормальные) 93
Пенсионеры (не льготники) 24
Работающие 25
Льготники 27
Фермеры 5
Студенты 1

Дети (>1года) 9 Безработные 0

Распределение среди застрахованных пациентов в соответствии с профессией

Безработные: 36
Фермеры: 10
Роды до Мая 2001 12
Иностранцы: 1

3.2.3 Методы

В групповых сессиях с населением были применены шесть инструментов. Четыре визуальных инструмента были созданы в соответствии с принципами PRA. Два других инструмента были вербальными. Они описаны в последовательности, в какой они были применены в сессиях. Образцы инструментов показаны в Приложении к отчету.

Обсуждения в фокусных группах об информированности участников о политике сооплаты.

Таблица с информацией о категориях пациентов в соответствии с их диагнозами, уровнем страхования и оплатами, произведенными во время пребывания в стационаре. Команда также определяла участников по трем категориям их экономического уровня (богатые, среднего достатка и бедные) с помощью 3-4 простых вопросов, таких как источник доходов, наличие долгов, поддержка детей, уровень пенсий. Данная таблица служит для понимания того, что люди фактически платили, что они должны были заплатить в соответствии с политикой сооплаты, и заместила ли она другие формальные и неформальные выплаты («Работает политика сооплаты?»). Кроме того, данная таблица предоставляет основу для дальнейшего анализа, предпринимаемого самими людьми.

Упражнение со шкалой показывает индивидуальную оценку людей по следующим аспектам стационарного лечения:

наличие бесплатных лекарств и перевязочных материалов,
наличие бесплатных диагностических процедур,
качество питания,
отношение персонала, и
общая удовлетворенность стационарным лечением.

Использование различных цветов для тех, кто находился на стационарном лечении в рамках политики сооплаты и для тех, кто лечился при прежней системе, позволило сравнить оценку населением качества лечения до и после введения политики сооплаты. Это упражнение было проведено с 23 группами.

Упражнение со шкалой, изучающее индивидуальные оценки людей политики сооплаты в целом: население голосовало, отвечая на вопрос о том, стало лучше, хуже или без изменений для них при новой политике по сравнению с прежней системой. Коррелирование этих результатов, с экономическими категориями опрошенных, позволило посмотреть в частности на то, как воспринимают политику сооплаты бедные люди.

В 8 сессиях с 60 матерями, недавно родившими в стационаре, был задан вопрос о сравнении обеих политик по отношению к родам. Этим группам был также задан вопрос об определении уровня сооплаты, который с их точки зрения является адекватным для родов, отдельно для нормальных и патологических родов. Для этого они должны были обозначить соответствующую точку на шкале от 0 до 600 сом.

Сбор конкретных случаев, примеров из жизни о лицах, нуждающихся в стационарном лечении, но не обратившихся за ним из-за наличия сооплаты.

3.3 Семинар с практическими врачами Центральных районных больниц

Целью семинара было узнать мнение практических врачей периферических ЦРБ о политике сооплаты.

Время и место проведения

Однодневный семинар, 22 октября 2001г, г.Бишкек

3.3.1 Участники

24 Заведующих и Старших медсестер отделений из 6 стационаров были приглашены. Отбор стационаров был осуществлен методом случайной выборки, также как и отбор Заведующих и Старших медсестер отделений, в рамках следующих зафиксированных условий. Обе области должны быть представлены тремя ЦРБ каждая, из которых 8 Заведующих отделений, представляющих хирургические дисциплины (4 хирурга и 4 гинеколога), 8 Заведующих отделений, представляющих нехирургические дисциплины (по 3 из терапии и педиатрии, и по 2 из инфекционных отделений) и 8 Старших медсестер различных отделений. Каждый стационар должен был быть представлен 4 участниками. В соответствии с этими предпосылками стационары и медперсонал были отобраны методом случайной выборки. Отобранные стационары – Балыкчинская городская больница, Иссык-Атинская ЦРБ, Жеты-Огузская ЦРБ, Кеминская ЦРБ, Иссык-Кульская ЦРБ, Панфиловская ЦРБ.

В семинаре участвовали 19 из 24 отобранных представителей медперсонала. Остальные не смогли участвовать в силу различных причин. Все отобранные стационары были представлены. Участвовало 4 хирурга, 3 гинеколога, 2 педиатра, 1 инфекционист и 6 медсестер.

3.3.2 Методы

Участники семинара были разбиты на 3 группы: врачи оперирующих дисциплин (хирурги и гинекологи), врачи не оперирующих дисциплин (терапевты, педиатры, инфекционисты) и медсестры (представители всех дисциплин). При работе в группах были применены три инструмента для того, чтобы ответить на следующие вопросы:

- Перечисление и приоритизация позитивных и негативных аспектов политики сооплаты.
- Сравнение политики сооплаты с прежней системой путем индивидуального голосования по вопросу: считаете ли вы что в целом политика сооплаты лучше или хуже прежней системы а) в отношении качества медуслуг для пациента и б) для медицинского персонала?
- Перечисление и приоритизация рекомендаций, направленных на совершенствование политики сооплаты.

Мы заверили участников, не бояться высказывать критику. Они были проинформированы о том, что были отобраны методом случайной выборки, и что их

работа в группах не будет находиться под наблюдением модераторов семинара и что группы состоят из представителей различных стационаров. Таким образом, результаты групповой работы не могут отследить какой-то конкретный стационар. В дополнение, если у участников были комментарии, которые они боялись высказать открыто, то они могли написать их на карточках и отпустить в закрытый ящик для голосования («черный ящик»).

3.4 Обсуждения в фокусных группах с персоналом ГСВ

Обсуждения в фокусных группах (ОФГ) были проведены с медперсоналом 9 ГСВ в 4 районах. Целью ОФГ было оценить является ли политика сооплаты препятствием к стационарному лечению для простых людей. Так как групповые сессии были проведены с теми, кто лечился в стационаре, то мы хотели использовать знания ГСВ о тех людях, кому стационарное лечение было показано, но они не обратились за ним в стационар.

4. Результаты

4.1 Информированность о политике сооплаты

Обсуждения в фокусных группах по информированности показали, что большинство людей знают, что требуется внести сооплату за стационарное лечение, даже если они не имели опыта лечения в рамках новой политики. Большинство также знали о своем статусе застрахованности, но здесь имело место определенная неуверенность. Многие пенсионеры не знали о том, что они застрахованы, т.к. у них не было карты социальной защиты. Некоторые фермеры/владельцы крестьянских хозяйств не знали о том, как застраховаться. Некоторые безработные считали себя все еще застрахованными в соответствии с их прежней работой. Среди тех, кто знали о своем статусе застрахованности, лишь немногие знали, сколько они должны внести по сооплате. Однако население становится все более и более заинтересованным узнать о деталях, потому что они знают, что если они застрахованы, то будут платить меньше чем незастрахованные лица. Общий уровень информированности вырос по сравнению с маем 2001г.

4.2 Затраты пациентов, находившихся на лечении в рамках политики сооплаты

4.2.1 Сооплата

Почти все пациенты (96%), пролеченные в рамках политики сооплаты, произвели правильную оплату в соответствии со своим статусом застрахованности. Только 8 пациентов внесли неправильную оплату. 4 из них заплатили меньше, чем они должны; по-видимому, персонал принял такую оплату из-за бедности пациента. 4 пациента заплатили больше: один случай патологической беременности 570 сом (вместо бесплатной госпитализации), один льготник заплатил 190 сом, один

незастрахованный внес 1200 сом (вместо 1140 сом). Все эти случаи были в различных стационарах и отделениях, что, по-видимому, не предполагает наличия систематической ошибки или правонарушения.

4.2.2 Другие оплаты

4.2.2.1 Вклад в затраты по лечению

59% (123) пациентов не внесло никаких дополнительных оплат к сооплате или льготному статусу. 41% (84) заплатил что-то в дополнение к лечению; так как некоторые пациенты внесли больше одной оплаты, то средняя сумма дополнительных оплат составила 122 сом. Средняя сумма этих дополнительных затрат составила 196 сом со значительной разницей между Чуйской и Иссык-Кульской областями (453 сом в Чуйской и 74 сом в Иссык-Кульской областях). Небольшая часть этих оплат была неформальными выплатами медицинскому персоналу (15, или 12%), в то время как большинство из них (107, или 88%) были прямыми вкладами к затратам по лечению соответствующего пациента, в большей степени на лекарства и диагностические тесты. Средняя сумма дополнительных расходов на затраты, связанные с лечением составила 132 сом, со значительной разницей между Чуйской (319 сом) и Иссык-Кульской областями (57 сом). Распределение дополнительных оплат за лечение было следующим (за исключением неформальных выплат медперсоналу):

- 48 (24% всех пациентов) заплатили за **лекарства и перевязочные материалы**, в среднем 250 сом (в Чуйской области 461 сом, в Иссык-кульской области 126 сом);
- 15 (7% всех пациентов) заплатили за **диагностические процедуры**, в среднем 33 сом;
- 44 (21% всех пациентов) внесли вклады в товарном виде (тетради, и т.д.), в среднем на сумму 32 сом (в Чуйской области 80 сом, в Иссык-Кульской области 21 сом). (Эти затраты в товарном виде не включают в себя затраты на питание, принесенное из дому; исследование не рассматривало эти затраты).

4.2.2.2 Неформальные выплаты медицинскому персоналу

Неформальные выплаты медицинскому персоналу были определены в данном исследовании как выплаты персоналу, которые были персоналом явно затребованы (не подарки или выражение благодарности). В целом, 10 пациентов (5% всех пациентов) в рамках политики сооплаты осуществили 15 неформальных выплат персоналу (8 в Чуйской, 2 в Иссык-Кульской области). Средняя сумма этих выплат, осуществленных 10 пациентами, составила 403 сом (454 сом в Чуйской и 200 сом в Иссык-Кульской областях). По-видимому, имеется 2 категории таких выплат. Одна является неформальной выплатой персоналу. Но в некоторых родильных отделениях пациенток просили внести оплату, необходимую для функционирования или развития медучреждения. И это было в большей или меньшей степени обязательным. В одном из отделений, все матери заплатили, поддавшись некоторому давлению. В другом отделении, по меньшей мере, одна пациентка отказалась и, несмотря на это, получила необходимое лечение. Неформальные выплаты более характерны и систематичны для Чуйской области. В то время как в Иссык-Кульской области едва ли существуют. Детали по этим выплатам следующие:

- 4 оплаты были произведены «в карман персонала» (взятки);

- 5 оплат были затребованы за «выписку» из родильного отделения;
- 6 оплат были затребованы как «вклад в отделение», все 6 в двух различных родильных отделениях (большинство объяснялось как взнос в отделение неонатологии).

Два случая выплат, имевших место в Иссык-Кульской области были осуществлены в 2 различных стационарах. Одна размером в 300 сом персоналу, другие 100 сом как взнос в родильное отделение (с этой матери спросили внести что-то, т.к. у нее были патологические роды, и она не вносила сооплату).

В Чуйской области 8 пациентов заплатили в среднем 454 сом (интервал от 25 до 2000 сом). В одном стационаре, по-видимому, имеется стандартная ставка за гинекологические операции (2000 сом) и за хирургические операции (500 сом). В другом стационаре все матери, находившиеся на лечении в родильном отделении, должны были заплатить «оплату за выписку» персоналу (сумма варьировала от 25 до 250 сом) и в дополнение они также заплатили «взнос в отделение неонатологии» в сумме 100 сом каждая.

Резюмируя, большая часть пациентов заплатила что-то в дополнение к сооплате, но почти все эти оплаты были осуществлены для покрытия прямых затрат на лечение (88%). Это предполагает, что стационары не получают необходимых средств, чтобы покрыть затраты на все лекарства, перевязочные материалы и диагностические процедуры, и пациентов просят внести вклад на то, чего не хватает. Это было также подтверждено участниками семинара. С другой стороны, неформальные выплаты медперсоналу (взятки) редко имеют место (5% от всех пациентов), хотя это является систематическим для определенных стационаров.

4.3. Сравнение затрат пациентов при прежней системе и при новой политике сооплаты

Несмотря на дополнительные оплаты, общие затраты на лечение пациентов в рамках политики сооплаты являются значительно меньшими, чем при прежней системе. Средние затраты на пребывание в стационаре при политике сооплаты составили 491 сом в нашей выборке, включая сооплату и дополнительные оплаты (знаменателем для этой средней были все 207 пациентов, пролеченных в рамках новой политики сооплаты, т.е. включая льготные категории, кто ничего не платил). Средние затраты на пребывание в стационаре при прежней системе составили 1342 сом, почти в 2.5 раза выше (знаменателем снова были все пациенты, пролеченные при прежней системе, включая льготников).

4.4. Качество помощи

Исследование рассматривало четыре индикатора качества медицинской помощи. Наличие бесплатных лекарств, перевязочных материалов и диагностических процедур, качество питания и отношение медицинского персонала. В дополнение мы оценивали также общую удовлетворенность пребывания в стационаре. Для каждого из этих индикаторов был дан интервал выбора между все и ничего, и между очень хорошо и очень плохо. Участники определяли свой ответ путем размещения

окрашенной точки по шкале рядом со сделанным выбором. Пациентам, пролеченным в рамках политики сооплаты, были даны зеленые карточки, а пациентам, пролеченным при прежней системе – красные карточки. Это позволило сравнить их голосование. Данное упражнение было выполнено с 23 группами. Общее число голосов варьирует, потому что не все участники всегда участвовали в упражнении или голосовали по всем вопросам, а также вследствие того, что те пациенты, которые имели опыт пребывания в стационаре при обеих системах голосовали по обоим системам. Распределение результатов голосования пациентов, пролеченных при прежней системе должно рассматриваться с осторожностью, т.к. число их было небольшим – 55 участников, и не все из них принимали участие в голосовании. Несмотря на это, результаты ясно показывают тенденцию предпочтений пациентов. По всем индикаторам, участники оценили политику сооплаты как лучше по сравнению с прежней системой.

4.4.1 Наличие бесплатных лекарств и перевязочных материалов

Участникам был задан следующий вопрос: В какой степени вы получили лекарства и перевязочные материалы бесплатно во время пребывания в стационаре: все, большинство, немного или ничего?

60% пациентов, пролеченных в рамках политики сооплаты, ответили, что они получили все лекарства и перевязочные материалы бесплатно, 8% пациентов сказали, что они вообще ничего не получали. По сравнению с прежней системой, где только 20% наших участников получали все лекарства и перевязочные материалы бесплатно и 43% не получали вообще ничего, налицо имеется явное улучшение. Как показано в пункте 5.2.1.1 24% пациентов произвели дополнительные оплаты за лекарства и перевязочные материалы, это означает, что 76% пациентов не произвели дополнительных оплат. Кажется, что это противоречит 60% указанным в этом параграфе, как проценту пациентов получивших все лекарства бесплатно. Причина этой разницы в том, что инструмент, использованный для оценки параметров качества медицинской помощи, и заданные вопросы позволили осуществить субъективное голосование по восприятию полного охвата, например лекарствами. Тот факт, что согласно этого инструмента только 60% пациентов ответили, что они получили все лекарственные средства бесплатно, может быть интерпретирован в том смысле, что были пациенты, которые чувствовали, что они не получили все те лекарства, которые в действительности им были нужны, но также и то, что их не просили покупать лекарства дополнительно. И действительно были комментарии пациентов о таком восприятии этого вопроса. Это же применимо к другим различиям в цифрах в этом пункте, по сравнению с пунктом 5.2.1.1

Таблица 3: Наличие лекарств и перевязочных материалов

Полученные бесплатно	Политика сооплаты		Прежняя система	
все	87	60%	10	20%
большинство	26	18%	10	20%
немного	20	14%	9	18%
ничего	12	8%	22	43%
Итого	145	100%	51	100%

4.4.2. Наличие бесплатных диагностических тестов

Для диагностических тестов разница между политикой сооплаты и прежней системой менее очевидна. Однако, у 75% пациентов все тесты были проведены бесплатно в рамках политики сооплаты, по сравнению с 56% пациентов в рамках прежней системы.

Таблица 4: Наличие бесплатных диагностических тестов

Полученные бесплатно	Политика сооплаты		Прежняя система	
все	100	75%	23	56%
большинство	16	12%	8	20%
немного	8	6%	4	10%
ничего	9	7%	6	15%
Итого	133	100%	41	100%

4.4.3. Качество питания

Что касается питания, то участники отметили улучшение ситуации с питанием в рамках политики сооплаты. 78% сказали, что питание было хорошее или среднее, в то время как 22% отметили, что питание было плохое или очень плохое. Соответствующее процентное распределение по питанию в рамках прежней системы – 44% против 56%.

Таблица 5: Качество питания

Качество питания	Политика сооплаты		Прежняя система	
хорошее	55	40%	4	16%
среднее	54	39%	7	28%
плохое	27	19%	10	40%
очень плохое	3	2%	4	16%
Итого	139	100%	25	100%

4.4.4 Отношение медицинского персонала

Отношение медицинского персонала к пациентам всегда воспринималось как хорошее. Но и по этому вопросу участники отметили небольшое улучшение. 86% сказали, что отношение было очень хорошее или хорошее в рамках политики сооплаты против 69% в рамках прежней системы.

Таблица 6: Отношение медицинского персонала

Отношение персонала	Политика сооплаты		Прежняя система	
очень хорошее	2	1%	0	0%
хорошее	116	85%	33	69%
среднее	10	7%	11	23%
плохое	8	6%	3	6%
очень плохое	0	0%	1	2%
итого	136	100%	48	100%

4.4.5 Общая удовлетворенность от пребывания в стационаре

Когда мы задавали вопрос об общей удовлетворенности, большинство участников говорили, что они удовлетворены своим пребыванием в стационаре в рамках политики сооплаты по сравнению с прежней системой. 61% пациентов, получивших лечение в рамках политики сооплаты, сказали что их пребывание в стационаре было хорошим против 19%, которые сказали, что оно было плохим или очень плохим. Соответствующие цифры для пациентов, пролеченных в рамках прежней системы – 38% отметили свое пребывание в стационаре как хорошее и 26% как плохое или очень плохое.

Таблица 7: Общая удовлетворенность от пребывания в стационаре

Общая удовлетворенность	Политика сооплаты		Прежняя система	
очень хорошее	0	0%	0	0%
хорошее	80	61%	16	38%
среднее	27	21%	15	36%
плохое	19	15%	10	24%
очень плохое	5	4%	1	2%
Итого	131	100%	42	100%

4.5 Сравнительная оценка старой и новой политик

4.5.1 Все случаи, за исключением родов

Если попросить пациентов, имевших опыт лечения при обеих системах, сравнить в общем, политику сооплаты с прежней системой, то большинство 70% пациентов предпочитают политику сооплаты против 23%, которые считают, что при ней хуже. 7% пациентов не видят никакой разницы (из всех 173 пациентов, см. таблицу 8). Та же самая ситуация возникает, если проанализировать голоса пациентов, которые получили определенный опыт только в рамках политики сооплаты (всего 135 голосов, 74% лучше, 9% так же, 17% хуже). Существенной разницы во мнениях между пациентами Чуйской и Иссык-Кульской областей не существует.

Таблица 8: Распределение результатов индивидуального голосования среди всех пациентов по вопросу: в общем, вы думаете политика сооплаты лучше, такая же или хуже, чем прежняя система

	Голоса всех пациентов (n = 173)		
	Лучше	Так же	Хуже
Чуйская область (n = 53)	37 (70%)	2 (4%)	14 (26%)
Иссык-Кульская область (n = 120)	84 (70%)	10 (8%)	26 (22%)
Итого (n = 173)	121 (70%)	12 (7%)	40 (23%)

Причины, приведенные для того, что бы доказать, что политика сооплаты лучше, чем прежняя системы связаны с тем фактом, что теперь за 570 сом лечение является более возможным по средствам, чем прежде. Кроме того, знание того, сколько средств

необходимо, чтобы оплатить лечение помогает заранее подготовиться к поступлению в стационар. Другая причина, которую часто приводят – это то, что сейчас не нужно ходить, искать и покупать лекарства, перевязочные материалы в аптеках, так как они, в основном, имеются в наличии в стационарах. В особенности при экстренных случаях – это позволяет получить быстрое и эффективное лечение.

Те, кто оценил политику сооплаты как «хуже» по сравнению с прежней системой были незастрахованными. Они считают, что 1140 сом – это значительная сумма, которую трудно собрать сразу. Некоторые сказали, сооплата помешала им пойти в стационар.

Если обратить внимание на тех пациентов, которых участники команды отнесли к категории «бедные», то ситуация та же самая (см. таблица 9), которая показывает, что даже среди бедных категорий населения большинство видят преимущества для себя в политике сооплаты. Однако отмечается существенная разница между бедными пациентами Чуйской и Иссык-Кульской областей. Хотя число бедных пациентов по Чуйской области было незначительное (только 23 пациента были отнесены в категорию бедных), поражает то факт, что их голоса разделились примерно поровну между «лучше» и «хуже». В противоположность, по Иссык-Кульской области 74% бедных пациентов воспринимают политику сооплаты как более лучшую для них и только 17% - как более худшую.

Объяснением этой разницы в восприятии политики сооплаты между Чуйской и Иссык-Кульской областей может быть различие в дополнительных оплатах за лечение, которые были указаны выше. Все 8 пациентов, которые получали стационарное лечение в рамках политики сооплаты и которые оценили политику сооплаты как более худшую по сравнению с прежней системой, вынуждены были производить дополнительные оплаты, наряду с сооплатой, которые варьировали от 245 до 950 сом. Во всех случаях она включала в себя неофициальные выплаты медперсоналу от 25 до 250 сом. В противоположность, среди 11 бедных пациентов в Чуйской области, которые оценили политику сооплаты как более лучшую, по сравнению с прежней системой, только двое произвели дополнительные оплаты наряду с сооплатой: один пациент купил лекарства (200 сом), а другой неофициально оплатил услуги медперсонала (100 сом). Более того, в Иссык-Кульской области, среди 8 бедных пациентов, которые проголосовали «хуже», только два пациента сделали небольшие взносы в товарном виде (на сумму около 20 и 30 сом). И среди 62 бедных пациентов Иссык-Кульской области, которые проголосовали «лучше», никто не производил никаких дополнительных оплат, кроме самой сооплаты.

Таблица 9: Оценка бедных пациентов: Индивидуальное голосование среди бедных пациентов по вопросу: в целом, что вы думаете политика сооплаты лучше, такая же или хуже, чем прежняя система

	Голоса всех бедных пациентов (n = 173)		
	Лучше	Так же	Хуже
Чуйская область (n = 23)	11 (48%)	2 (9%)	10 (42%)
Иссык-Кульская область (n = 84)	62 (74%)	8 (9%)	14 (17%)
Итого (n = 107)	73 (68%)	10 (9%)	24 (22%)

4.5.2 Роды

Во время 8 сессий 60 матерей сравнивали обе политики в отношении родов. Результат оказался противоположным по сравнению с общим восприятием. Только 27% из них оценили политику сооплаты как более лучшую и 68% как более худшую по сравнению с прежней системой. Причиной того, что они дали такую оценку, было то, что 570 сом – это слишком большая сумма для нормальных родов. Кроме того, неприятие сооплаты за роды была ниже, чем в мае, когда нужно было платить 1140 сом за обычные роды. В то время политика сооплаты получила полное неприятие⁵, по сравнению с 27% положительных голосов в этот раз.

Когда мы спросили, какая сумма сооплаты является адекватной за нормальные роды, то около половины (27) сказали, что роды должны быть бесплатными и другая половина (30) отдала свои голоса за сооплату от 100 до 300 сом (3 выше 400 сом), (см. график 1).

В общем, складывается ситуация, которая является полной противоположностью существующей практике, при которой патологические роды являются бесплатными, а при обычных родах необходимо вносить сооплату размером 570 сом.

Таблица 10: Адекватная сумма сооплаты за нормальные и патологические роды (объяснение: см. текст)

Нормальные роды			Патологические роды		
Но карточек n=60	Карточки, размещенные матерями	Уровень сооплаты (сом)	Но карточек n=60	Карточки, размещенные матерями	Уровень сооплаты (сом)
1	□	600	35	□□□□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□□ □□□	600
		500			500
2	□□	400	1	□	400
11	□□□□□□□□ □□□	300	7	□□□□□□□	300
12	□□□□□□□□ □□□□	200	3	□□□	200
7	□□□□□□□	100			100
27	□□□□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□	0	14	□□□□□□□□ □□□□□□	0

⁵ Шют, Т. (2001). «Перспективы населения, связанные с политикой сооплаты: Краткое оценочное исследование в пилотных Чуйской и Иссык-Кульской областях». Проект анализа политики здравоохранения, Программа «МАНАС», Документ исследования политики 8. Бишкек, Кыргызстан: Всемирная организация здравоохранения и Министерство здравоохранения

4.6 Конкретные случаи относительно доступности к стационарной помощи

Во время каждой сессии, участников спрашивали, знают ли они кого-либо из своего села, которым необходимо было обратиться в стационар за помощью, но они этого не сделали из-за наличия сооплаты. Было рассказано несколько таких случаев, и среди них были в основном роды на дому. Кроме того, люди сказали, что существует много впервые выявленных случаев заболевания бруцеллезом и люди не обращаются за соответствующим лечением, потому что они не могут платить трижды сооплату при поступлении в стационар для прохождения трехкратного курса лечения в течение короткого промежутка времени

Более часты случаи, когда пациенты слишком поздно идут в стационар, так как они либо пытаются избежать госпитализации и сооплаты, либо они сберегают деньги необходимые для сооплаты. Медперсонал стационаров, персонал ГСВ и группы пациентов упомянули об этом феномене.

4.7 Обсуждения в фокусных группах с персоналом ГСВ

Мы задали вопрос персоналу ГСВ о пациентах, которым показана госпитализация, но они не идут из-за наличия сооплаты. И опять, только несколько таких случаев было упомянуто. Персонал ГСВ сказал, что для большинства очень бедных пациентов это не является проблемой получить медицинскую помощь в стационаре, так как у них есть справки Айыл Окмоту, подтверждающие их неплатежеспособность, что дает им возможность получить бесплатную медицинскую помощь.

Во время обсуждений в фокусных группах с персоналом ГСВ, мы получили от них другие очень полезные мысли. Они направляют пациентов в стационары и объясняют им, что они должны платить только фиксированную сумму сооплаты согласно их страхового статуса. После чего пациенты часто возвращаются и жалуются на то, что это неправда и им пришлось производить дополнительные оплаты. Персонал ГСВ считает, что эти дополнительные оплаты в дополнение к сооплате дискредитируют политику сооплаты.

На основании карточек стационарного лечения выписанных пациентов, у персонала ГСВ создалось впечатление, что многие пациенты не получают все те лекарства, которые необходимы для лечения их болезни. Если это правда, то это может быть еще одним показателем того, что стационары не получают все ресурсы необходимые для лечения больных.

Что касается родов, то персонал ГСВ отметил, что в сейчас сократилось количество родов на дому по сравнению с начальным периодом введения политики сооплаты. Они считают, что имеется три причины этому. Первое, с сооплатой в сумме 570 сом, теперь меньше препятствий в доступе. Второе, во время протекания беременности персонал ГСВ готовит матерей к необходимости производить сооплату и многие семьи делают для этого сбережения. И третье, сейчас в осенний период, у людей есть больше наличных денег после сбора урожая и персонал ГСВ ожидает, что в весенний период количество родов на дому опять увеличится.

4.8 Семинар с персоналом стационаров

4.8.1 Позитивные и негативные аспекты политики сооплаты

Сначала 19 представителей из 6 ЦРБ во время работы в группах перечислили позитивные и негативные аспекты политики сооплаты и затем ранжировали их в зависимости от их значимости. Положительные аспекты – это улучшение лекарственного обеспечения, улучшение оказания помощи в экстренных случаях, возможность освобождения очень бедных пациентов от сооплаты и использования резервных фондов для этого, и уменьшение финансового бремени для пациентов хирургических отделений. Так как улучшение зарплаты медперсонала было незначительным, то это не выделялось как улучшение (см. таблицу 11 и 12).

Таблица 11: Положительные аспекты политики сооплаты, по мнению персонала стационаров

Категория	1 группа (зав. хирургических и гинекологических отд)	2 группа (заведующие не-хирургических отд)	3 группа (сестры из всех отделений)
1	Улучшение лекарственного обеспечения	Улучшение лекарственного обеспечения, врачи принимают решение о том какие лекарства назначать, принимая во внимание имеющиеся в наличии лекарства	Нет необходимости для пациентов бегать и искать лекарства
2	Бесплатные диагностические и лабораторные анализы	Экстренная помощь предоставляется бесплатно	Наличие лекарственных средств в экстренных случаях
3	Резервные фонды позволяют лечить очень бедных пациентов	Существование категорий льготников при сооплате (когда они ничего не платят)	Улучшение питания, снабжения мягким инвентарем
4	Повышение зарплаты, но незначительное	Резервные фонды позволяют лечить очень бедных пациентов	Пациенты хирургических отделений удовлетворены низкой оплатой за хирургическое лечение
5	Улучшение питания	Улучшение питания, снабжения мягким инвентарем (но не в сельской местности)	
6	Политика сооплаты хороша для очень сложных случаев заболеваний и хирургических случаев	Повышение зарплаты (незначительное, так как стационары мало зарабатывают)	

Что касается негативных аспектов, то они в основном касаются недостаточного и нерегулярного обеспечения финансовыми средствами, беспокойством по поводу доступности получения лечения из-за наличия сооплаты и различных ограничений и несовершенства политики, с которыми сталкиваешься на практике.

Таблица 12: Негативные аспекты политики сооплаты, по мнению персонала стационаров

Категория	1 группа (зав. хирургических и гинекологических отд)	2 группа (заведующие не-хирургических отд)	3 группа (сестры из всех отделений)
1	Необоснованно наложенные штрафные санкции Фонда ОМС уменьшают зарплату работников и это влияет на моральное состояние мед.персонала	Низкий жизненный уровень населения и не все люди могут платить за лечение (в особенности в сельской местности)	Недифференцированный уровень сооплаты и неудовлетворенность пациентов, у которых заболевание не очень сложное. Более низкий уровень доступности у пациентов с инфекционными заболеваниями. В результате, они остаются дома и инфицируют других.
2	Против правил, администрация стационаров берет на себя выполнение функций лечебно-контрольной комиссии по вопросу использования средств Резервного Фонда	Устаревшая инфраструктура (материально-техническая база) стационаров	Недостаточное лекарственное обеспечение
3	Некоторые пациенты покидают стационары, не заплатив, и доктора вынуждены посещать их на дому для того, что бы получить сооплату	В число льготников должны входить дети до 3-х лет	Громоздкая документация (в особенности по Резервному Фонду)
4	Ограниченность списка разрешенных лекарственных средств (Перечня жизненно-важных лекарств)	Нет возможности закупать дорогостоящие лекарства, так как средства, собираемые по сооплате, ограничены. Мы обманываем пациентов, прописывая им самые дешевые лекарства для того, что бы растянуть ресурсы, заведомо зная ограниченность собираемых средств.	Медицинский персонал не освобожден от внесения сооплаты
5	Фонд ОМС производит выплаты несвоевременно и не в полном объеме	Снизилась обращаемость за стационарной медицинской помощью	Снижение обращаемости больных в стационары
6	Уровень общей суммы зарплаты не определен	Несоответствие между уровнем сооплаты и расходами на лечение	Плохое питание
7	Медицинский персонал не освобожден от внесения сооплаты	Если количество очень бедных пациентов очень большое, то тогда это приносит убытки стационару, так как ресурсы Резервного фонда лимитированы	
8	Необходимость переливания донорской крови (и ее	Низкая информированность пациентов об их правах и путях	

	стоимость) не приняты во внимание (раньше в случае необходимости переливания крови, родственники предоставляли кровь) Сейчас пациенты считают, что если они оплатили, то им должно быть все предоставлено.	их реализации (низкая юридическая грамотность)	
9	Плохо, что за нормальные роды нужно платить	Нет Резервного Фонда для мед.персонала	
10	За патологические роды нужно платить	Слишком много бумажной работы и проверок, громоздкое делопроизводство (по сооплате, по ОМС, по детям, по взрослым)	
11	В некоторых стационарах питание не улучшилось	Нерегулярное поступление финансовых средств является результатом нерегулярного снабжения лекарствами	
12	Оплата, требуемая с иностранцев, слишком высокая	Удержание из зарплаты мед.персонала за пациентов, которые покинули стационар не заплатив сооплату	
13	Громоздкая документация	Нет возможности пролечить диспансерные группы больных, так как многие люди не имеют средств на сооплату и не налажена работа ГСВ по вторичной профилактике)	
14	Отношения с добровольными медицинскими страховыми компаниями неотработанны.	Нет работы ГСВ по сложным случаям заболеваний, нет профилактической работы.	

4.8.2 Сравнение с прежней системой

После проведения этого анализа медицинский персонал провел общую оценку политики сооплаты по сравнению с прежней системой а) по качеству предоставляемой помощи пациентам, б) по поводу их собственного положения, как персонала стационаров. Мы попросили их расположить по одной индивидуальной карточке по каждому из этих вопросов, определяя политику сооплаты лучше, без изменений или хуже, по сравнению с прежней системой. Кроме того, мы попросили их написать комментарии на карточках, почему они проголосовали так, а не иначе.

Результаты были ясны: все проголосовали в пользу политики сооплаты. По поводу качества предоставляемой помощи, 16 из 19 участников проголосовали, что политика сооплаты является улучшением по сравнению с прежней системой, 2 участника отметили ухудшение и 1 участник не увидел никакой разницы. По поводу вопроса о медицинском персонале 15 участников отметили улучшение, в то время как 3 участника подчеркнули ухудшение (1 не голосовал).

По поводу качества предоставляемой медицинской помощи были отмечены следующие основные причины в пользу политики сооплаты по сравнению с прежней системой (в порядке убывания):

Улучшение лекарственного обеспечения

Улучшение оказания экстренной помощи

Бесплатные диагностические услуги

Льготники получают более качественную помощь (наличие лекарственных средств)

Те, кто отметил ухудшение качества оказываемой помощи, написали, что сооплата ведет к запоздалой госпитализации в стационар или к недоступности медицинской помощи вообще.

В отношении вопроса с медицинским персоналом были отмечены следующие основные причины в пользу политики сооплаты по сравнению с прежней системой (в порядке убывания):

Моральное состояние персонала стало лучше, потому что улучшение ситуации с лекарственным обеспечением и диагностикой позволяют им чувствовать, что они обслуживают пациентов лучше; кроме того, повысилось уважение к персоналу со стороны пациентов.

Повышение зарплаты (хотя в большинстве случаев очень незначительное повышение).

Те, кто воспринял ситуацию с медицинским персоналом, как ухудшение по сравнению с прежней системой отметили, что методика сооплаты не отработана тщательно и повышение в зарплате очень незначительное.

4.8.3 Рекомендации

Мы попросили персонал стационар разработать в своих группах рекомендации для улучшения политики сооплаты. Основные рекомендации касались вопросов повышения зарплаты и улучшения обеспечения стационаров лекарственными средствами (см. таблицу 13).

По поводу вопроса зарплаты, участники сравнили их уровень зарплат с уровнем зарплат работников других государственных учреждений, например, они говорили, что бухгалтер только что закончивший шестимесячные бухгалтерские курсы получает около 3000 сом в месяц. А врачи после многих лет учебы и специализации получают около 600 сом в месяц. Это, они отметили, не идет ни в какое сравнение. Для того, что бы исправить положение, по их мнению, необходимо увеличить в бюджете страны долю финансирования сектора здравоохранения. Только персонал одного стационара, кажется, в настоящее время получает значительно увеличенную зарплату (врачи около 1500 сом) в результате проведения реформирования. Персонал из всех других стационаров получает незначительно повышенную зарплату, чем раньше.

По поводу вопроса улучшенного лекарственного обеспечения, было сделано несколько конкретных предложений (см. таблицу 13). Среди всех других рекомендаций, одно заслуживает особого внимания. Персонал просит не беспокоить их бесконечными визитами различных комиссий. По этому поводу участники сказали, что, кроме того, что эти комиссии мешают нормальной работе, то их еще необходимо

кормить обедом. Так как на такие расходы бюджет не предусмотрен, то они покрываются из кармана медицинского персонала. Они подчиняются из-за страха, что комиссия напишет плохой отчет о работе стационара.

Таблица 13: Основные рекомендации данные медицинским персоналом по улучшению политики сооплаты

Рекомендации в отношении вопроса зарплаты

- Повысить уровень гарантированной зарплаты до 2000-3000 сом, путем повышения правительством бюджетного финансирования сектора здравоохранения
- Консолидировать все источники зарплат (бюджет, Фонд ОМС, сооплата) в одну оплату
- Производить оплату зарплаты без задержек
- Ввести льготы для медицинского персонала

Рекомендации по улучшению лекарственного обеспечения

- Объединить все источники поступления лекарственных средств в один (Фонд ОМС, бюджет, сооплата и гуманитарная помощь)
- Если это невозможно, то, по крайней мере, объединить лекарственные средства, поступающие из Фонда ОМС для детей и взрослых в один (меньше бумажной работы и более гибкая система использования лекарств).
- Создать фонд в стационаре для постоянной закупки лекарственных средств, независимо от задержек в выплат средств Фонда ОМС, бюджета, доходов по сооплате и т.д.
- Дать возможность закупать стационарам лекарственные средства в кредит.
- Фонд ОМС должен производить выплаты стационарам своевременно и в полном объеме.
- Позволить использовать лекарства из Фонда ОМС для лечения незастрахованных пациентов, так как они уже оплатили 1140 сом при поступлении в стационар.
- Позволить просить тех пациентов, у которых есть желание сделать это, покупать лекарства самим в дополнение к лекарствам, полученным в больнице, если в этом есть необходимость.

Рекомендации по вопросу эффективности

- Улучшить инфраструктуру стационаров, включая снабжение канцтоварами, мягким инвентарем и т.д. (это только потому, что люди сейчас оплачивают и они ожидают должный уровень обслуживания)
- Упростить работу с документами (бумажную работу) (например, иметь только один список для одного пациента, что бы регистрировать в нем все лекарственные средства, получаемые им из разных источников).
- Не мешать работе персонала путем проведения множества комиссий. «Мы хотим нормально работать, а не для комиссий». «Комиссии ожидают получить хороший обед, за который мы должны платить из своего собственного кармана, иначе они напишут плохой отчет».

Рекомендации по вопросу уровня сооплаты

- Уровень сооплаты при обычных родах должен быть очень низким
- Должна быть сооплата при патологических родах

4.8.4 Черный ящик

Многие участники воспользовались случаем и написали комментарии и положили их анонимно в черный ящик. В таблице 14 перечислены комментарии, которые не нашли свое отражение в выше указанных рекомендациях.

Таблица 14: Комментарии персонала из анонимного «черного ящика»

По вопросу зарплаты

Зарплата медицинскому персоналу не оплачивалась с июля месяца, но медицинскому персоналу необходимо закупать канцтовары, моющие средства и мыло для нужд персонала в стационаре.

Заведующие отделений и старшие медсестры заставляют врачей платить за тех пациентов, которые ушли из стационара не внося сооплату.

Пересмотреть ставку гарантированной зарплаты для медицинского персонала независимо от дополнительных оплат в зависимости от деятельности стационара (сооплата, средства Фонда ОМС). Иначе, если показатели деятельности низкие и план не выполнен, то персонал получает только гарантированный уровень зарплаты, который является очень низким.

По вопросу специфических групп пациентов и уровней оплат

Обратить больше внимания на медицинскую помощь, предоставляемую детям – снабжение лекарствами, питание, наличие горячей воды и улучшение условий в детских отделениях

Ввести льготы для пациентов по четырем инфекционным заболеваниям (по крайней мере, для детей до 14 лет) для того, что бы гарантировать, что они будут получать лечение в стационаре, а не находиться дома и не заражать других дома: - вирусный гепатит А, гастроэнтероколит, брюшной тиф, паратиф «А», тяжелое течение ОРИ

Изменить уровень сооплаты для отдельных случаев (например, для детей 190 сом).

Общие комментарии по вопросу политики сооплаты

Необходимо ввести политику сооплаты в г. Бишкек для того, что бы прекратить взяточничество там.

Ввести политику сооплаты по всей стране.

Обеспечить правовую защищенность врачей.

Обеспечить хорошую работу ГСВ по увеличению уровня информированности населения по вопросам реформирования и политики сооплаты.

Врачи не должны собирать сооплату с пациентов. Позволить врачам работать с пациентами только по вопросам их лечения.

Уже существует Фонд ОМС. Зачем нужна сооплата? Пациенты страдают дома, так как не могут оплатить сооплату.

В начале введения политики сооплаты, был Резервный Фонд, позже медицинскому персоналу в нашем стационаре сказали, что никакого Резервного Фонда не существует.

Увеличить объем гуманитарной помощи в стационарах.

Голосование по вопросу сокращения персонала

Увеличение эффективности стационаров в рамках реформирования сектора здравоохранения, означает так же, что необходимо сократить численность медицинского персонала. Некоторые главные врачи из Иссык-Кульской и Чуйской областей информировали Министерство здравоохранения, что медицинский персонал их стационаров проголосовал за сохранение прежнего низкого уровня зарплаты для того, что бы сохранить весь медицинский персонал. Участники семинара ответили, что этот вопрос им не задавался, хотя большинство из них продолжают получать примерно такую же низкую зарплату, как и раньше, только с незначительным повышением. Поэтому мы попросили участников провести секретное голосование по этому вопросу, опустив карточки в черный ящик. Результаты показали, что большинство предпочитает сократить количество персонала, если это будет означать более высокую зарплату. 2 голоса - за сохранение того же самого количества медицинского персонала, 7 голосов - за сокращение персонала для получения более высокой зарплаты. Другие карточки дали различные формулировки повышения зарплаты, не сокращая при этом количество персонала или же они не сделали четкий выбор между двумя вариантами. В одной из комментариев было сказано, что средства сэкономленные в результате сокращения должны быть распределены на практический медперсонал, а не на чиновников.

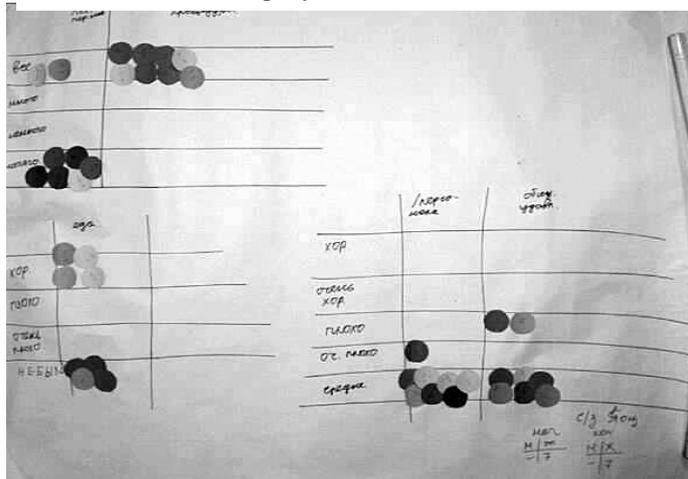
Представители одного из стационаров, где количество медицинского персонала было сокращено и оставшийся персонал получает в настоящий момент значительно более высокую зарплату, прокомментировал, что объем работы в стационаре реорганизован без каких-либо потерь в отношении качества предоставляемой медицинской помощи.

Приложение: Образцы использованных инструментов

Таблица с перечнем пациентов с информацией по их статусу и затратам

№ п/п	Классификация	Ф.И.О.	Сумма плат	Допол. расходы			Итого	Источники денег	Кат-3	Обсуждение
				А+М	Тотал	Сумма				
1	КПР	Охот НОРИ	570	—	—	570	СВОИ	2.	НАЧ	М
2	КПР	РАНА ОТОРАИ	570	—	—	570	ЗАРАБ.	2		3
3	ИНОЧ	ГЕДАТИР	570	500	—	1070	СНИ, ДОУС	2	КОН.	М
4	ИНОЧ	ТАМА САР	—	—	2000	2000	СВОИ	3		3
5	ИНОЧ	БРОКИТ	570	—	—	570	ПЕНСИЯ	2	С. БОКОНБАЕВО	
6	ИНОЧ	САРГАТ	1140	—	—	1140	ДОЛГ	3	10 ОКТЯБ	ТЕМИР, ЛУНАРИ.
7	РОД. ДОМ	АНЕНКО	1140	—	—	1140	ДОЛГ	3		
8	ИНОЧ	ЕРЛТИ	—	2000	—	2010	СВОИ	2		
9	РОД. ДОМ	РОРМ	—	400	100	500	ЗАРАБ.	2.		

Голосование по вопросу качества медицинской помощи



Общее сравнение между политикой сооплаты и прежней системой

