

СЕКЦИЯ 2: Социальная и гуманитарная сфера

Соплатежи в здравоохранении — перспективы введения

Гурова А.А.
Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики;
студентка магистратуры
Чагаева Т.В.
Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики;
студентка магистратуры
Зарочинцева И.В.
Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики;
студентка магистратуры

Увеличивающийся разрыв между необходимым ростом расходов на здравоохранение и возможностями государства финансировать его на приемлемом уровне представляется одной из основных проблем здравоохранения. В связи с недостаточностью государственного финансирования в сфере здравоохранения остро встает проблема восполнения этого дефицита.

Многие европейские страны, такие как Эстония, Венгрия, Польша, Болгария и пр., уже ввели дополнительный источник финансирования — соплатежи. Соплатежи — оплата части стоимости предоставляемых медицинских услуг, установленная законодательно. В России пока что личные платежи осуществляются только через механизм платных услуг, оплаты лекарственного обеспечения и неформальные платежи.

И.М. Шейман¹ приводит несколько доводов в пользу введения соплатежей:

* соплатежи в отличие от неформальных платежей и платных услуг являются более солидарной формой личных расходов;

* соплатежи способны позитивно влиять на эффективность, так как данная форма платежей развивается в рамках общей системы закупки медицинской помощи, поэтому сильнее связана с приоритетами в политике здравоохранения. Кроме того, соплатежи могут способствовать выбору более эффективных форм вмешательств.

Для практической реализации соплатежей за медицинскую помощь требуется создание комплексной модели. В данной работе была просчитана одна из возможных моделей введения и действия системы соплатежей в России. Исходя из предпосылок их введения, была поставлена цель — увеличение финансирования Программы государственных гарантий в 1,5 раза.

Данные по объемам и финансовым нормативам на единицу помощи (вызов/посещение/койко-день/пациенто-день) взяты из Доклада о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2010 году. Для наших расчетов мы использовали данные, выделенные желтым цветом в таблицах, представленных ниже.

Таблица 1

Нормативы объемов медицинской помощи по условиям ее предоставления и их фактическая реализация в рамках Программы за период с 2008 по 2010 гг.
(на одного жителя в год; по данным статистической формы № 62)²

Условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Норматив по РФ на 2010 г.	Фактически выполнено в		
			2008 г.	2009 г.	2010 г.
1. Скорая медицинская помощь	вызов	0,318	0,343	0,344	0,336
2. Амбулаторная медицинская помощь	посещение	9,500	9,126	9,314	9,312
3. Стационарная медицинская помощь	койко-день	2,780	2,878	2,828	2,733

¹ Шейман, И. М. Соплатежи населения за медицинскую помощь: опыт Киргизской Республики и его значение для российского здравоохранения / Шейман И. М. // Экономика здравоохранения. — 2007. — № 1. — С. 17–29.

² Доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2010 году.

Условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Норматив по РФ на 2010 г.	Фактически выполнено в		
			2008 г.	2009 г.	2010 г.
4. Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	пациенто-день	0,590	0,496	0,509	0,523

Таблица 2

Финансовое обеспечение Программы в 2009 и 2010 гг. по условиям предоставления медицинской помощи
(рублей в расчете на единицу объема медицинской помощи; по данным статистической формы № 62)

Условия предоставления медицинской помощи	Норматив по РФ на 2010 г.	2009 год		2010 год	
		Фактический показатель	Приведенный показатель*	Фактический показатель	Приведенный показатель*
1. Скорая медицинская	1 710,1	1 280,9	1 070,1	1 354,6	1 131,7
2. Амбулаторная медицинская помощь	218,1	204,1	170,5	221,5	185,0
3. Стационарная	1 380,6	1 254,3	1 047,9	1 368,1	1 142,9
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	478,0	323,5	270,2	346,6	289,6

Для просчета более гибкой модели мы решили разделить население РФ на 4 группы по возрасту. дети до 5 лет, дети с 5 до 14 лет, «трудоспособные» — с 15 лет до 65 лет у мужчин и до 60 лет у женщин и пенсионеры. Мы взяли данные из статьи Применение подушевого финансирования в России и других постсоветских странах (Edward Frid, Russia, Kemerovo):

Таблица 3

Коэффициенты потребления медицинской помощи жителями различного возраста и пола.

За единицу принято среднероссийское потребление³

Возрастная группа	Коэффициент потребления медицинской помощи	
	Мужчины	Женщины
1	2	3
0–4	2,1868	1,9829
5–9	1,2197	1,1219
10–14	1,0636	1,0205
15–19	0,7390	0,8900
20–24	0,4223	1,0439
25–29	0,3979	1,0271
30–34	0,4172	0,8586
35–39	0,4520	0,7059
40–44	0,5307	0,6550
45–49	0,7056	0,8299
50–54	0,9590	1,0283
55–59	1,2879	1,1449
60–64	1,5167	1,3440
65–69	1,4650	1,3078
70 и старше	1,9390	1,4108

³ Шейман, И. М. Платные медицинские услуги или фиксированные соплатежи? / И. М. Шейман — (Зарубежный опыт) // Здравоохранение. — 2007. — N 4. — С. 53–65.

Мы просчитали скорректированный коэффициент потребления медицинской помощи, вычислив среднее арифметическое для мужчин и женщин и по возрастным группам:

Таблица 4

Среднее арифметическое для мужчин и женщин по возрастным группам

Возрастная группа	Средневзвешенный коэффициент потребления медицинской помощи
0–4	2,08485
пять — 9	1,1708
десять–14	1,0421
15–19	0,8145
20–24	0,7331
25–29	0,7125
30–34	0,6379
35–39	0,5790
40–44	0,5929
45–49	0,7678
50–54	0,9937
55–59	1,2164
60–64	1,4304
65–69	1,3864
70 и старше	1,6749

- дети до 5 лет — 2,0849
- подростки — 1,1064
- в трудоспособном возрасте — 0,8217
- пенсионеры — 1,4933

Сначала мы скорректировали объемы потребления каждого вида помощи разными группами населения, умножив норматив из таблицы 1 на просчитанные нами коэффициенты (2,0849; 1,1064; 0,8217; 1,4933)

Кроме того, мы использовали данные Росстата по общей численности населения РФ и по численности возрастных групп.

По данным переписи населения 2010 г. численность населения в России — **141 900 000**

По данным Росстата численность населения по выделенным нами группам следующая:

- дети до 5 лет 7956000
- дети от 5 до 14 лет 13445000
- трудоспособные 88360000
- пенсионеры 30700000

Для вычисления объема финансирования мы использовали формулу:

$$P * V * N = F$$

где P — фактический показатель на единицу объема;

V — объем в расчете на человека, скорректированный для разных возрастных групп;

N — численность населения в выделенных группах;

F — объем финансирования для каждого вида помощи для каждой возрастной группы

Сумма всех F — сумма программы госгарантий без учета 7 нозологий, ВМП, регионального сегмента по ОНЛС, орфанных заболеваний, равная 913 558 259 130 руб.

Для того, чтобы просчитать сумму F, мы создали модель, в которой скорая помощь освобождается от соплатежей. За 1 амбулаторный прием детей до 5 лет и детей от 5 до 14 лет соплатеж составит 20 руб., для трудоспособных он составит 60 руб. и 30 для пенсионеров.

При лечении в стационаре за детей до 5 лет и детей от 5 до 14 лет должен уплачиваться соплатеж в размере 200 рублей за 1 койко-день, трудоспособные и пенсионеры заплатят по 900 и 300 рублей за один койко-день соответственно.

В условиях дневного стационара соплатеж взимается только с трудоспособных и пенсионеров — по 150 и 50 рублей за один пациенто-день соответственно.

Для исчисления измененного объема финансирования мы использовали следующую формулу:

$$(P + S) * V * N = F$$

где P — фактический показатель на единицу объема;

S — размер соплатежа

V — объем в расчете на человека, скорректированный для разных возрастных групп;

N — численность населения в выделенных группах;

F — объем финансирования для каждого вида помощи для каждой возрастной группы

При этом, общий объем соплатежей для амбулаторной помощи составит 56 105 064 821, для стационарной помощи 369 589 906 344, а для дневного стационара 6 563 796 079 руб. Итоговый размер соплатежей для всех видов помощи 432 258 767 243. Прибавив его к общему объему финансирования для всех видов помощи и возрастных групп, получаем 1 264 631 571 277. Таким образом, прирост составляет 34%.

Приоритет был отдан первичной помощи, целью которой является предотвращение хронических заболеваний. В связи с этим мы постарались сделать ее максимально бесплатной. Также было решено освободить от соплатежа скорую помощь как безотлагательную. Это привело к тому, что при прочих равных условиях нам пришлось обложить соплатежами стационарную помощь. Кроме того, было решено возлагать соплатеж на тех, кто может платить (трудоспособное население). Таким образом, схемы введения соплатежа для разных видов помощи и категорий населения должны различаться. Однако, соплатежи установленные в виде фиксированной суммы, не дифференцированы по регионам в зависимости от их финансового положения. Теоретически этот подход представляется обоснованным, но располагаемые материалы не позволяют оценить его практическую осуществимость. Необходимо учесть, что при расчетах население было поделено на 4 группы по возрастам, коэффициент потребления был агрегирован в соответствии с классификацией, а финансовые нормативы на единицу объема медицинской помощи одинаковы для всех групп. Также не учитывалась ценовая эластичность и неформальные платежи. Параметры этой модели представлены в таблице 5.

Таблица 5

Модель соплатежей на основе презумпции увеличения объема финансирования
Программы государственных гарантий

Виды помощи	Численность и структура населения	Объем	Фактический показатель на единицу объема	Сумма соплатежа	Метод расчета соплатежа за вызов/посещение е/к-день	Общий объем соплатежа по группам населения
Скорая	дети до 5 лет	0,7005096	1 354,60		освобождается	
	дети от 5 до 14	0,3717588	1 354,60		освобождается	
	трудоспособные	0,276084126	1 354,60		освобождается	
	пенсионеры	0,50175552	1 354,60		освобождается	
	Среднее	0,336	1 354,60			
Амбулаторная	дети до 5 лет	19,4141232	221,5	20	фиксированная сумма 20 руб.	3 089 175 284
	дети от 5 до 14	10,3030296	221,5	20	фиксированная сумма 20 руб.	2 770 484 659
	трудоспособные	7,651474358	221,5	60	фиксированная сумма 60 руб.	37 438 166 909
	пенсионеры	13,90579584	221,5	30	фиксированная сумма 30 руб.	12 807 237 969
	Среднее	9,312	221,5			
Стационарная	дети до 5 лет	5,69789505	1 368,10	200	фиксированная сумма 200 руб.	9 066 490 604
	дети от 5 до 14	3,023859525	1 368,10	200	фиксированная сумма 200 руб.	8 131 158 263
	трудоспособные	2,245648563	1 368,10	900	фиксированная сумма 900 руб.	180 977 292 156
	пенсионеры	4,08124356	1 368,10	300	фиксированная сумма 300 руб.	171 414 965 321
	Среднее	2,733	1 368,10			
Дневной стационар	дети до 5 лет	1,09037655	346,6		освобождается	
	дети от 5 до 14	0,578660275	346,6		освобождается	
	трудоспособные	0,429738089	346,6	150	фиксированная сумма 150 руб.	5 640 418 855
	пенсионеры	0,78100636	346,6	50	фиксированная сумма 50 руб.	923 377 224
	Среднее	0,523	346,6			

Итого (руб.):
432 258 767 243

После проведения расчетов по модели стало понятно, что первоначальная цель не может быть достигнута при условии соблюдения требования о приемлемости (acceptability) соплатежа. Ожидаемый прирост финансирования сферы здравоохранения посредством соплатежей составляет лишь 34%. Несмотря на то, что эта модель в большей степени экономическая и ориентирована на достижение эффективности, а не солидарности, она не позволит достичь установленного целевого значения.

Однако, необходимость введения соплатежей в перспективе является актуальной, как минимум в качестве возможности перевода неформальных платежей в формальные и как максимум — возможности для увеличения объема финансирования отрасли при увеличении благосостоянии населения. В связи с этим введение соплатежей приведет не к росту финансирования, а скорее к созданию прецедента.

Кроме того, после проведения расчетов стало понятно, что соплатеж будет применяться в большем объеме для тех видов помощи, где затраты максимальны.

Мы считаем, что нужно вводить более гибкую модель введения соплатежей (таблица 6), в которой для разных групп населения будет предусмотрено некоторое количество бесплатных вызовов/посещений/койко-дней/пациенто-дней, но для последующих будет введен соплатеж. Однако, при такой модели размер соплатежа должен быть больше, нежели в просчитанной нами, чтобы введение соплатежа было оправдано и позволило не только покрыть транзакционные издержки, но и увеличить финансирование в долгосрочной перспективе. К сожалению, расчет такой гибкой модели невозможен ввиду отсутствия данных.

Таблица 6

Модель соплатежей основанная на солидарности

Виды помощи	Численность и структура населения	Общий объем посещений	Объем бесплатных посещений	Объем платных посещений	Фактический показатель на единицу объема	Метод расчета соплатежа за вызов/посещение/койко-день
Скорая	дети до 5 лет	0,70051	0,70051		1 354,60	освобождается
	дети от 5 до 14	0,37176	0,37176		1 354,60	освобождается
	трудоспособные	0,27608		0,2761	1 354,60	11%
	пенсионеры	0,50176	0,50176		1 354,60	освобождается
	Среднее	0,336			1 354,60	
Амбулаторная	дети до 5 лет	12,30062	5	7,3006	221,5	фиксированная сумма 100 руб. с 6 посещения
	дети от 5 до 14	6,52791	3	3,5279	221,5	фиксированная сумма 100 руб. с 4 посещения
	трудоспособные	4,84791	2	2,8479	221,5	150 руб. с 3 посещения
	пенсионеры	8,81059	3	5,8106	221,5	фиксированная сумма 50 руб. с 4 посещения
	Среднее	5,90000			221,5	
Стационарная	дети до 5 лет	26,68608	3	23,6861	1 368,10	фиксированная сумма 300 руб. с 4 посещения
	дети от 5 до 14	14,16224	3	11,1622	1 368,10	фиксированная сумма 300 руб. с 4 посещения
	трудоспособные	10,51749	2	8,5175	1 368,10	100%
	пенсионеры	19,11450	3	16,1145	1 368,10	100%
	Среднее	12,80			1 368,10	
Дневной стационар	дети до 5 лет	23,9758		23,9758	346,6	фиксированная сумма 20 руб.
	дети от 5 до 14	12,7239		12,7239	346,6	фиксированная сумма 20 руб.
	трудоспособные	9,4493		9,4493	346,6	фиксированная сумма 20 руб.
	пенсионеры	17,1732		17,1732	346,6	фиксированная сумма 20 руб.
	Среднее	11,5000			346,6	

Данная модель является предпочтительной, поскольку:

— Соплатежи могут способствовать переходу к системе здравоохранения, ориентированной на амбулаторное лечение, дневные стационары, стационары на дому. Пациенты

становятся заинтересованы в сокращении своего пребывания в больнице, ведь если им придется оплачивать часть расходов.

— Соплатежи могут решить проблему непрозрачности системы неформальных соплатежей. Поскольку неформальные платежи во многом сопряжены с неопределенностью потребительских ожиданий. Пациенты не могут распланировать, сколько придется платить, поэтому часто отказываются от медицинской помощи.

Безусловно необходимо при введении системы соплатежей продумать механизмы защиты пациента, например, предусмотреть возможность вернуть соплатеж с помощью страховой медицинской организации в случае некачественного оказания медицинской помощи. Также необходимо разделить профилактические и лечебные вмешательства, чтобы дать пациентам новый стимул к ведению здорового образа жизни. Несомненно, такие меры помогут улучшить эпидемиологическую обстановку, снизив заболеваемость.