

УДК 369.253:614.812] (476)

## ГОТОВНОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТЬ СОФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЕМ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

<sup>1</sup> И.Н.Кожанова, <sup>2</sup> М.Ю.Овчинникова, <sup>2</sup> В.М.Писарик,  
<sup>1</sup> В.В.Тихоновец, <sup>2</sup> М.М.Сачек

<sup>1</sup> Белорусский государственный медицинский университет,  
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации,  
управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ),  
ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

*Разработаны методические подходы к изучению готовности населения к софинансированию расходов на здравоохранение. Проведено анкетирование населения республики с целью определения готовности к софинансированию расходов на медицинские услуги. Разработаны научно обоснованные предложения по введению софинансирования населением расходов на здравоохранение. Проведенное исследование дало возможность сформулировать ряд выводов для рационального планирования и принятия управленческих решений с целью обеспечения успешного функционирования системы здравоохранения в рамках реальных финансовых ограничений.*

*Ключевые слова: Республика Беларусь; население; софинансирование медицинских услуг; готовность софинансирования медицинских расходов; возможность софинансирования медицинских расходов; анкетный опрос; анализ результатов.*

В последние годы в связи с ростом расходов на здравоохранение, в том числе на оказание медицинских услуг и лекарственные средства, объемы государственного финансирования недостаточны для их полного покрытия. Поиск дополнительных источников финансовых средств и принятие мер по их привлечению являются актуальной задачей современного этапа развития здравоохранения. Дополнительными источниками финансовых средств могут быть: косвенные налоги для целей здравоохранения, спонсорская финансовая помощь, соплатежи населения, медицинское страхование. В условиях всевозрастающих потребностей населения в качественной медицинской помощи и появления значительного количества часто дорогостоящих медикаментозных, хирургических, диагностических и других медицинских технологий, большое значение имеет оценка возможности потребителя данных технологий их финансировать.

Четкое представление о возможностях и потребностях населения необходимо для формирования дифференцированных подходов к оплате услуг и товаров медицинского назначения и рационального распределения бюджетного финансирования. Актуальность определения возможности софинансирования населением расходов на здравоохранение определяется, с одной стороны, высокой стоимостью медицинских технологий, а, с другой стороны, – ограниченностью бюджета здравоохранения. В связи с этим необходимо принимать аргументированные управленческие решения с учетом мнения потребителей услуг здравоохранения.

**Цель** настоящего исследования – разработать научно обоснованные предложения по софинансированию населением расходов на здравоохранение. Объектом исследования являлась потенциальная возможность софинансирования расходов на здравоохранение.

**Материал и методы.** В ходе исследования были изучены принципы проведения исследований о возможностях населения по софинансированию расходов на медицинскую помощь и лекарственные средства. Разработан опросник на русском языке для социологического опроса с целью определения личного, семейного и общественного порога готовности платить и оценки возможности софинансировать затраты на медицинскую помощь [3, 5, 6].

Опросник включал несколько частей. Общая часть состояла из социально-демографических вопросов, таких как пол, возраст, образование, наличие госпитализаций за последние пять лет самого респондента, наличие госпитализаций за последние пять лет близкого родственника, вид деятельности. Вторая и третья части анкеты были специализированными и включали перечень вопросов для оценки пороговой готовности платить, потребности и возможности финансирования медицинских услуг.

Так как ранее подобные масштабные исследования в Республике Беларусь не проводились, исследование носило характер точечного разведывательного (пилотажное, зондажное) с последующей описательной и аналитической обработкой результатов.

Проведено анкетирование методом опроса 1054 респондентов, представлявших собой фокус-группы: студенты учреждений высшего образования (в том числе, медицинского и фармацевтического образования), врачи-организаторы здравоохранения (в период планового прохождения повышения квалификации), провизоры, работники учреждений дошкольного и среднего образования, посетители государственных и частных организаций здравоохранения (г. Минск и Дзержинский район). Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office 2010 и программного пакета для статистического анализа STATISTICA 10.0. Достоверность различия данных, характеризующих качественные признаки в исследуемых группах, определяли на основании величины критерия соответствия ( $\chi^2$ ) или одностроннего критерия Фишера (F). Результаты исследования считали достоверными, различия между показателями значимыми при вероятности безошибочного прогноза не менее 95,5% ( $p < 0,05$ ) [2, 7].

**Результаты.** Совокупность вопросов общей части позволила дать комплексную демографическую характеристику респондентов. 57% опрошенных отметили общее состояние здоровья на момент опроса как «хорошее» или «очень хорошее» – 49,8% и 7,2% соответственно. 58% проанкетированных не заметили изменений собственного здоровья в течение последнего года. Всего было проанкетировано 755 женщин и 282 мужчины. Большинство (69,6%) респон-

дентов находится в возрасте от 21 до 50 лет. 44% респондентов имеют высшее образование, 7,6% окончили только среднюю школу. Больше половины респондентов (58,9%) проживают в городе, что отражает характер расселения в стране – доля городского населения в Республике Беларусь составляет более 77%. Большинство опрошенных замужем или женаты (60%) и имеют детей (66,1%), при этом только 36,6% респондентов имеют детей или других лиц на иждивении, из них половина указали на наличие одного лица на иждивении. Менее половины, но значительная часть (44,9%) опрошенных имеют отношение к системе здравоохранения, являясь медицинскими работниками. Две трети респондентов отметили личный ежемесячный доход в пределах от 3 до 10 миллионов неденоминированных белорусских рублей (BYR), в этом же диапазоне 53,8% ответивших определили уровень семейного ежемесячного дохода. Преобладающее большинство опрошенных (95,4%) оценили свой личный уровень дохода как низкий, ниже среднего и средний.

Анализ пользования платными медицинскими услугами за счет собственных средств показал, что 69,9% респондентов пользуются платными медицинскими услугами (включая диагностические, исключая протезирование зубов, покупку лекарственных средств и изделий медицинского назначения). Женщины чаще мужчин обращаются за платными медицинскими услугами (72,12% по сравнению с 63,90%;  $\chi^2=6,48$ ,  $p=0,01$ ). Достоверно большая часть опрошенных пользуется платными медицинскими услугами ( $\chi^2=323,73$ ,  $p=0,00$ ) преимущественно эпизодически. Платными услугами на постоянной основе чаще пользуются мужчины (7,22%) по сравнению с женщинами (4,83%), без достижения статистической значимости ( $\chi^2=2,24$ ,  $p=0,13$ ). Чаще пользуются платными услугами респонденты в возрастной категории 31–55 лет.

Опрошенные с разным уровнем доходов не одинаково часто пользуются платными услугами ( $\chi^2=19,43$ ,  $p=0,0016$ ). Тем не менее, более половины опрошенных каждой группы градации по доходам, за исключением группы «очень низкий», пользуются платными медицинскими услугами.

Пациенты, отметившие наличие хронических заболеваний, чаще обращаются за получением платных медицинских услуг – 73,87% по сравнению с 62,98% ( $\chi^2=13,57$ ,  $p=0,0002$ ), однако на уровень обращения за платными медицинскими услугами на постоянной основе наличие хронического заболевания не влияет – 8,98% и 8,26% в обеих группах соответственно ( $\chi^2=0,11$ ,  $p=0,74$ ).

Место проживания не определяло различий по факту пользования респондентами платными ме-

дицинскими услугами: сельский населенный пункт – 65,85%, поселок городского типа – 67,06%, город – 72,71%, с увеличением доли в городе, но без достижения статистической значимости как в общем по группам ( $\chi^2=4,82$ ,  $p=0,09$ ), так и между группами, в частности, городской поселок – город ( $\chi^2=2,08$ ,  $p=0,15$ ). Различия между сельским населенным пунктом и городом находятся на границе значимости ( $\chi^2=3,97$ ,  $p=0,05$ ).

Уровень личных средств, которые респонденты потратили на укрепление собственного здоровья и здоровья близких родственников (санаторий, фитнес, БАДы, в том числе витамины, и пр.) и на лечение (острых или хронических заболеваний) (включая протезирование зубов, покупку лекарственных средств и изделий медицинского назначения) за прошедший год показал, что затраты на себя и на родственников были сопоставимы, за исключением суммы от 100 до 500 тысяч BYR, которая чаще упоминалась при ответе на вопрос о затратах на собственное здоровье ( $\chi^2=0,31$ ,  $p=0,007$ ).

При анализе влияния наличия хронического заболевания на объем средств, расходуемых на собственное здоровье, выявлены различия между респондентами с хроническими заболеваниями и отсутствие различий по затратам на здоровье ( $\chi^2=13,93$ ,  $p=0,016$ ). Достоверны различия в сумме менее 100 тысяч BYR ( $\chi^2=7,46$ ,  $p=0,006$ ) – такой ответ чаще выбирали пациенты без хронических заболеваний. Различия недостоверны для указанных сумм в 100–500 тысяч BYR ( $\chi^2=2,77$ ,  $p=0,096$ ), 500 тысяч – 1 миллион BYR ( $\chi^2=0,51$ ,  $p=0,48$ ), 1–5 миллионов BYR ( $\chi^2=0,37$ ,  $p=0,54$ ), более 10 миллионов BYR ( $\chi^2=0,70$ ,  $p=0,40$ ). Для суммы в 5–10 миллионов BYR различия достоверны с пограничной значимостью ( $\chi^2=3,88$ ,  $p=0,05$ ).

В соответствии с проведенным опросом значения затрат на медицинские услуги в течение года на укрепление собственного здоровья находятся в диапазоне от 1 579 239 BYR до 3 876 043 BYR (от 85 до 208 долларов США).

В соответствии с проведенным опросом, значения затрат на медицинские услуги в течение года для близкого родственника (родители, дети, братья/сестры, супруг/супруга) находятся в диапазоне от 1 612 801 BYR до 3 961 143 BYR (от 86 до 212 долларов США). Уровень расходов на здоровье близкого родственника в течение года практически совпадает с уровнем расходов на собственное здоровье.

Исходя из проанализированных выше данных, 18 тысяч долларов США в год (трехкратный ВВП на человека в год) являются очень значительной суммой. Для большинства опрошенных такие рас-

ходы в случае заболевания возможны только в случае их компенсации/поддержки государством [4]. 72,5% опрошенных считают, что оплата из бюджета такой суммы является разумной, 27,5% считают иначе. Мнение мужчин и женщин по вопросу выделения суммы 18000 долларов США из бюджета совпадают ( $\chi^2=1,42$ ,  $p=0,23$ ). Представители обеих групп скорее согласны на подобные выплаты из бюджета (69,7% и 73,7%). У респондентов с наличием или без сопутствующих хронических заболеваний также отсутствует достоверная разница в ответах («за» – 73,13% и 72,53%;  $\chi^2=0,04$ ,  $p=0,84$ ).

Мужчины и женщины с одинаковой вероятностью готовы оплачивать посещение врача (68,19% и 65,56%;  $\chi^2=0,62$ ,  $p=0,43$ ). Обнаружены определенные возрастные различия в готовности оплачивать первый визит к врачу ( $\chi^2=15,99$ ,  $p=0,01$ ). Доля респондентов, не согласных с оплатой посещения врача, увеличивается в возрастной группе моложе 20 лет до 48,84%, 56–60 лет – до 43,59%.

Респонденты с большей вероятностью выбирают дешевый, менее эффективный метод лечения при условии оплаты из собственных средств. При анализе гендерной структуры предпочтений обнаружены различия в ответах ( $\chi^2=11,70$ ,  $p=0,00063$ ) за счет достоверно большей доли мужчин, выбирающих дешевый, менее эффективный метод лечения ( $\chi^2=22,78$ ,  $p=0,0000$ ) – 19,86 по сравнению с 30,19. В возрастном аспекте между ответами респондентов имеются различия ( $\chi^2=63,54$ ,  $p=0,0000$ ) за счет несколько более высокой доли респондентов старше 56 лет (44% и 43%), а также респондентов моложе 20 лет (36,59%), которые выбрали дорогой метод лечения. Следует отметить, что дешевый способ лечения предпочли респонденты трудоспособного возраста 21–55 лет – практически во всех группах частота готовности выбрать дешевое лечение превысила 70%.

**Обсуждение.** В связи с тем, что чаще и охотнее платными услугами пользуются пациенты в возрасте от 30 до 55 лет, то есть категория пациентов, имеющих более высокий уровень доходов, рационально предложение платных услуг этой категории населения с выделением приоритетных потребностей (отдельно отметим, что эти потребности необходимо изучить). В то же время, необходимо усиление поддержки со стороны государства молодой (до 30 лет) и старшей (после 55 лет) групп населения. Так как имеется тенденция к более частому пользованию платными услугами на постоянной основе мужчинами, рекомендуется обратить внимание на формирование пакетных предложений медицинских услуг для мужчин.

Исходя из полученных данных, рациональным выглядит вынесение в категорию платных услуг ситуационных (краткосрочных) услуг с аккумулярованием государственных средств для лечения хронических и дорогостоящих состояний.

Уровень дохода не является однозначно определяющим в отказе от пользования платными медицинскими услугами. Поскольку даже невысокий доход не останавливает от обращения за платными услугами, следует обсуждать принципиальную доступность бесплатных услуг.

Практически во всех группах респондентов платными медицинскими услугами на постоянной основе пользуется незначительное количество опрошенных, за исключением малочисленной группы респондентов, указавших высокий доход (именно в ней оказалось наибольшее количество респондентов с постоянным использованием платными медицинскими услугами). Тем не менее, большинство пользуется платными медицинскими услугами эпизодически.

Очевидно, существуют факторы (возможно, в первую очередь материальные), которые не позволяют пользоваться платными услугами на долгосрочной основе. С другой стороны, следует отметить, что сектор государственных услуг, очевидно, должен ориентироваться на долгосрочные программы работы с пациентами (хронические заболевания, дорогостоящие заболевания, льготные категории населения). Острые краткосрочные относительно недорогие процедуры – область обсуждения платных услуг.

Наличие хронического заболевания не является поводом пользоваться платными медицинскими услугами на постоянной основе, то есть заключать долгосрочные договоры на оказание платных услуг. Использование платными услугами здравоохранения достоверно чаще носит ситуационный характер и происходит «по потребности». Потребность в платных медицинских услугах сопоставима в сельской местности и в городе.

В опрашиваемой популяции наличие хронического заболевания не влияет значительно на затраты на здоровье, то есть затраты ограничиваются финансовыми возможностями населения, а не наличием хронического заболевания. Таким образом, нельзя ожидать от людей с хроническими заболеваниями экстра-затрат на здоровье.

#### **Выводы:**

1. Проведенный анализ позволил разработать и апробировать систему оценки возможности софинансировать затраты на здравоохранение путем формирования анкеты с включением структурированного перечня вопросов. Данный подход мо-

жет использоваться для проспективного мониторинга, включая использование электронных методов опроса.

2. Проведенный анализ также позволил определить гендерные и возрастные особенности возможности оплаты медицинских услуг, что позволяет обосновывать усиление поддержки со стороны государства молодой (до 30 лет) и старшей (после 55 лет) групп населения и формирование предложений платных услуг для пациентов возрастной группы 30–55 лет.

3. Рекомендуется помимо традиционных пакетных услуг для женщин (родовспоможение и т.д.) обратить внимание на формирование пакетных предложений медицинских услуг для мужчин.

4. Медицинская помощь при хронических и тяжелых дорогостоящих заболеваниях должна рассматриваться для приоритетного бюджетного финансирования. В целом, сектор бюджетных государственных услуг, очевидно, должен ориентироваться на долгосрочные программы работы с пациентами (хронические заболевания, дорогостоящие заболевания, льготные категории населения).

5. Пациенты с хроническими заболеваниями не могут рассматриваться как дополнительная группа в числе субъектов, принимающих участие в софинансировании расходов здравоохранения.

6. Развитие системы платных услуг для острых ситуационных состояний не должно ограничиваться крупными городами, так как потребность в подобных услугах сопоставима в городе и сельской местности.

Таким образом, исходя из полученных данных, рациональным выглядит вынесение в качестве платных медицинских услуг ситуационных (краткосрочных) услуг с аккумулярованием государственных средств для лечения хронических и дорогостоящих состояний. Многолетнее декларирование бесплатного здравоохранения, возможно, привело к принципиальной неготовности населения оплачивать медицинские услуги. Оценка спроса населения на медицинские услуги с одновременной оценкой технологических и ресурсных возможностей организаций здравоохранения, оптимизация лечебной сети и ее модернизация и выделение перспективных направлений платного медицинского обслуживания должны базироваться на реальных возможностях населения к софинансированию системы здравоохранения. Принятие управленческого решения о выборе медицинской технологии из множества альтернатив должно базироваться на комплексной оценке, включающей экономическую оценку технологии на основе формализованных общепринятых коэффициентов. Особенность

национальной системы здравоохранения, где основным заказчиком и поставщиком медицинских услуг является государство, привела к появлению у потребителя медицинских услуг высоких ожиданий при достаточно скромных личных возможностях (относительно развитых стран и стоимости современных медицинских технологий) прямой оплаты медицинских услуг.

Проведенное исследование дало возможность сформулировать ряд выводов для рационального планирования и принятия управленческих решений с целью обеспечения успешного функционирования системы здравоохранения в рамках реальных финансовых ограничений. Решение данных задач достигается взаимодействием различных областей деятельности – клинической, общественно-политической и социально-экономической. Оптимальное соотношение объемов предлагаемых населению платных услуг и гарантированной оплачиваемой из республиканского бюджета медицинской помощи позволит сосредоточить ресурсы для решения стратегических задач системы здравоохранения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Shiroiwa, T.* International survey on willingness-to-pay (WTP) for one additional QALY gained: what is the threshold of cost effectiveness? / T.Shiroiwa [et al.] // Health Econ. – 2010 Apr. – Vol.19, No.4. – P.422–437 (doi: 10.1002/hec.1481).
2. *Гланц, С.* Медико-биологическая статистика / С.Гланц. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
3. *Зеленова, О.В.* Современные методы исследования готовности платить в сфере здравоохранения / О.В.Зеленова // Менеджер здравоохранения. – 2011. – №6. – С.61–69.
4. *Кожанова, И.Н.* Порог готовности платить как основа принятия управленческих решений при выборе медицинской технологии / И.Н.Кожанова, М.М.Сачек // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – №1. – С.17–23.
5. *Оперативные социологические исследования: методика и опыт организации* / под ред. Д.Г.Ротмана, А.Н.Данилова. – Минск: БГУ, 2001.
6. *Социология: курс лекций для студентов всех направлений и специальностей* / под ред. В.А.Михайлова. – Ульяновск: УлГТУ, 2004. – 207 с.
7. *Реброва, О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю.Реброва. – М.: Изд-во «Медиа Сфера», 2002. – 312 с.

#### WILLINGNESS AND POSSIBILITIES OF MEDICAL SERVICES CO-FINANCING BY POPULATION OF THE REPUBLIC OF BELARUS

<sup>1</sup> I.N.Kozhanova, <sup>2</sup> M.Yu.Ovchinnikova, <sup>2</sup> V.M.Pisaryk, <sup>1</sup>V.V.Tikhonovets, <sup>2</sup> M.M.Sachek

<sup>1</sup>Belarusian State Medical University, Dzerzhinski Ave. 83, 220116, Minsk, Republic of Belarus, <sup>2</sup>Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), P.Brovki Str. 7a, 220013, Minsk, Republic of Belarus

Methodological approaches to the study of public willingness to healthcare costs co-financing were developed. The survey of state population to determine willingness to healthcare costs co-financing was performed. Evidence-based proposals to healthcare costs public co-financing introduction were developed. The research made it possible to formulate a number of conclusions in order to facilitate decision-making process in healthcare system in the framework of real financial limitations.

Keywords: Republic of Belarus; population; medical services co-financing; willingness to medical expenses co-financing; possibility of medical expenses co-financing; questionnaire survey; results analysis.

#### Сведения об авторах:

**Кожанова Ирина Николаевна**, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра клинической фармакологии; тел.: (+37529) 6870401; e-mail: kozhanovairina@mail.ru.

**Овчинникова Марина Юрьевна**, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория основ стандартизации и оценки медицинских технологий, научный сотрудник; тел.: (+37529) 2918316; e-mail: Ovchinnikova@belcmt.by.

**Писарик Виталий Михайлович**, канд. биол. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория организационно-экономических инноваций, ведущий научный сотрудник; тел.: (+37529) 5665269; e-mail: pisaryk@tut.by.

**Тихоновец Виктория Витальевна**, УО «Белорусский государственный медицинский университет», студентка лечебного факультета; тел.: (+37544) 7466620; e-mail: viktoriya2703@yandex.ru.

**Сачек Марина Михайловна**, д-р мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», директор; тел.: (+37529) 6703237; e-mail: msachek@belcmt.by.

Поступила 28.12.2016 г.