

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ Г. ЕКАТЕРИНБУРГА)¹

Н. Л. Антонова, к.с.н., доцент кафедры теории и истории социологии факультета политологии и социологии Уральского государственного университета им. А. М. Горького

Ключевой задачей эффективного функционирования системы здравоохранения в России выступает повышение качества медицинского обслуживания населения. В 2006 г. здравоохранение стало национальным приоритетом, началась реализация национального проекта «Здоровье», согласно которому из федерального бюджета были выделены значительные финансовые ресурсы для укрепления первичного звена медицинской помощи — увеличение заработной платы медицинским работникам, строительство медицинских центров, наращивание (развитие) новых методик и технологий и др. Думается, что данный проект также станет важным шагом в решении проблемы качества медицинской помощи и повысит доступность медицинского обслуживания населения.

Основной целью исследования был анализ качества медицинского обслуживания населения в системе обязательного медицинского страхования и построение социологической модели его оценки. Опрос пациентов проводился в поликлинических учреждениях г. Екатеринбурга, включенных в систему ОМС.² Мы сознательно не стали обращаться к другим типам медицинских учреждений (стационары, женские консультации, скорая медицинская помощь и др.), поскольку медицинское обслуживание в каждом из них имеет свою специфику. Для комплексного системного представления о качестве медицинского обслуживания населения нами были проинтервьюированы руководители, специалисты медицинских учреждений и страховых медицинских организаций.³

Разработанная нами комплексная социологическая оценка качества медицинского обслуживания представляет собой матрицу показателей, совокупность которых дает целостную статичную картину возможных блоков исследования и позволяет высветить особенно важный момент: систему субъективного восприятия данных показателей пациентами, застрахованными в ОМС (рис. 1).

Следует особо подчеркнуть, что данная модель не является универсальной и «беспроблемной». Это авторская трактовка возможной оценки качества, которая продемонстрировала свои работающие способности в условиях полевого исследования.

Остановимся подробнее на базовых показателях качества медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования.

¹ Настоящая статья написана на основе материалов исследования, проведенного в 2006 г. при поддержке Независимого института социальной политики. Участники проекта: Н. Л. Антонова (руководитель), П. Д. Карачев, Т. А. Лугинина.

² Общий объем выборочной совокупности составил 800 человек: 400 пациентов поликлиник, обслуживающих взрослое население, и 400 родителей, чьи дети получают медицинскую помощь в детских поликлиниках. Доля опрошенных воспроизводит половозрастную структуру населения г. Екатеринбурга.

³ Общее число интервью — 21: руководители медицинских учреждений — 12 интервью, руководители и специалисты страховых медицинских организаций — 9 интервью.

Рисунок 1. Социологическая модель субъективной оценки качества медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования



Бесплатность медицинского обслуживания. В соответствии с Программой государственных гарантий медицинское обслуживание в поликлиниках должно осуществляться на бесплатной для пациента основе. Вместе с тем более половины опрошенных признались, что оплачивали ряд медицинских услуг, причем большая часть оплативших — это пациенты от 18 лет и старше. Вот как оценивает данный факт один из экспертов страховой медицинской организации: «Это вытекает из государственной политики в отношении оказания медицинской помощи детям. Взять, например, такое заболевание, как ОРВИ. У детей стоимость тарифа медико-экономического стандарта выше, нежели у взрослого человека. Следовательно, обеспеченность лекарственными средствами в медицинских учреждениях, где лечатся дети, будет выше».

Обратимся к тем видам медицинских услуг, которые оплачивались пациентами. В структуре оплаченных медицинских услуг лидируют лабораторные обследования (анализы) — 31% опрошенных. Следует отметить, что нормативными документами для поликлинических отделений, имеющих тот или иной уровень лицензирования, определен обязательный перечень и объем проводимых исследований, которые финансируются за счет средств обязательного медицинского страхования. «На сложные дорогостоящие исследования, — отмечает один из экспертов страховой медицинской организации, — часто бывает очередь пациентов. В результате некоторые из них, не желая ожидать в очереди проведения бесплатного исследования, оплачивают их из собственных средств. Также на часть исследований, финансирование которых предусмотрено за счет средств бюджета, поликлиническим учреждениям выделяются квоты, которые быстро заканчиваются, а потребность в этих видах дорогостоящих исследований сохраняется».

Следующую позицию среди пациентов детских поликлиник занимают ультразвуковые обследования (13,8%), а для каждого третьего взрослого опрошенного — консультация врача-специалиста. В данном случае можно утверждать, что отсутствие узкого специалиста в поликлинике снижает доступность медицинского обслуживания и вынуждает пациента обращаться за платными медицинскими услугами.

В системе обязательного медицинского страхования объем медицинских услуг для каждого медицинского учреждения строго и жестко регламентирован. Медицинский персонал должен известить пациента о возможностях прохождения той или иной процедуры, обследования бесплатно для пациента, однако каждый третий пациент «взрослой» поликлиники и каждый четвертый родитель утверждают, что им не была предоставлена возможность получения медицинской услуги на бесплатной основе, то есть никто из медицинского персонала не объяснил, когда и при каких условиях возможно получение услуги.

Наиболее распространенным способом оплаты медицинской помощи является оплата медицинских услуг через кассу медицинского учреждения (53,7%). Это «отработанный» механизм, который «прописался» и существует в лечебных учреждениях. Практика добровольного медицинского страхования

слабо развита в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Екатеринбурга, совсем незначительная часть пациентов обратилась к ней, причем, как отмечает один из специалистов страховой медицинской организации, «страховым медицинским организациям не выгодно иметь своих представителей в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Это связано с тем, что большинство пациентов, как правило, лица пожилого возраста, необходимый объем бесплатной помощи при соблюдении ряда условий им будет предоставлен бесплатно. Страховой организации гораздо выгоднее заключить договор с одним пациентом на несколько тысяч рублей на проведение высокотратного или высокотехнологичного способа диагностики или лечения или же с предприятием, организацией на группу лиц...».

Одной из неформальных норм, существующих в системе здравоохранения, выступает «благодарность» медицинскому персоналу за оказанное медицинское обслуживание. По данным исследования, проведенного под руководством С. В. Шишкина, неформальные платежи в поликлиниках встречаются реже, чем в стационарах. «Пациенты, располагающие деньгами, предпочитают получать необходимую помощь в частных или платных поликлиниках, пользоваться консультациями знакомых врачей, оценивая уровень лечебных услуг, предоставляемых в муниципальных поликлиниках, достаточно низко» [Неформальные платежи... 2003: 56]. Результаты нашего исследования подтверждают данный тезис: только 23% пациентов благодарили не только на словах, причем доля родителей превышает численность пациентов — клиентов поликлиник, обслуживающих взрослое население (27,8% и 18,3% соответственно). По мнению экспертов — руководителей поликлинических учреждений и специалистов страховых медицинских организаций, неформальные платежи осуществляются пациентами с целью получения медицинской помощи лучшего качества, иного, более дружественного, отношения с врачом и медицинским работником. Инициатором подарка в большинстве случаев выступает сам пациент, на этот факт указали 64,7% опрошенных. Каждый пятый пациент старше 18 лет отметил, что благодарность с его стороны была вынужденной, на ней настаивали сами медицинские работники.

Интервью со специалистами страховых медицинских организаций и администрацией поликлинических учреждений показало противоречивость позиций по данному вопросу. Так, страховщики утверждают, что проблема «взимания денег с пациента» за медицинскую помощь одна из ключевых, именно она является доминирующей в структуре жалоб в страховые медицинские организации: «Уважаемые врачи за время безденежья привыкли уже к этой форме дохода, я не скажу, что это было поголовно, но большая часть осталась в уверенности, что, если пациент предлагает деньги, их надо брать, а если не предлагает, то надо дать понять: или встанешь в очередь, или будем лечить, как всех, а если хочешь позаботиться о здоровье, заплати...». Руководители медицинских учреждений считают, что платные медицинские услуги оказываются населению в соответствии с нормативной базой: «В амбулаторно-поликлинической службе все приемы идут бесплатно. У нас есть платные услуги, но они оказываются в рамках постановления правительства нашей Свердловской области, у нас имеется разрешение, калькуляция, нас все время проверяют». Однако есть еще один взгляд на проблему бесплатного медицинского обслуживания: «Бесплатный уровень — это всегда какие-то рамки. Больному всегда хочется получить больше. Материальных ресурсов лечебного учреждения не всегда хватает на то, чтобы полностью удовлетворить пациентов». Данное утверждение затрагивает проблему полноты и объема

назначенного лечения и диагностики. С одной стороны, как утверждает информант, пациенты требуют большего, поскольку не могут оценить должным образом действия врача, однако, с другой стороны, как отмечает один из специалистов страховой медицинской организации: «Платная медицина плоха тем, что она, делая медицинскую услугу бизнесом, ведет к гипердиагностике и гиперназначениям. Врач, заинтересованный в увеличении посещений и диагностировании, назначает, часто в створе с определенными своими партнерами, большое количество процедур, которые на самом деле не оправданы».

В целом ситуация по оплате медицинских услуг более благоприятна в детских поликлиниках, причем родители готовы оплачивать медицинские услуги для своих детей, для них характерны неформальные нормы благодарности медицинскому персоналу за оказанную помощь. Степень удовлетворенности бесплатным медицинским обслуживанием населения старше 18 лет ниже среднего, поликлинические учреждения активно используют практику предоставления медицинских услуг на платной основе.

Доступность медицинского обслуживания. Современные трактовки доступности медицинского обслуживания касаются не только и не столько финансово-материальной стороны, сколько наличия/отсутствия необходимых специалистов и удаленности места проживания от центральных больниц.

Как показали результаты нашего исследования, среди основных лидирующих проблем при получении медицинского обслуживания были названы трудности с получением талона на прием и очереди на прием к врачу, при получении процедуры, обследования. Каждый десятый опрошенный признал, что причиной отказа в медицинском обслуживании стало отсутствие в поликлинике необходимого специалиста, причем эта проблема затрагивает большей частью детские поликлинические учреждения.

Исследовательские данные показывают, что 65% опрошенных, смирившись с отказом, не предпринимали никаких действий для получения медицинского обслуживания, 29% пациентов обратились в другое государственное (муниципальное) медицинское учреждение, причем доля получивших бесплатное медицинское обслуживание и обслуживание на платной основе примерно равна.

Страховщики выделили две ключевые проблемы доступности: «неукомплектованность медучреждений кадрами и трудности с получением высокотехнологичных видов лечения». Руководители поликлинических учреждений также отмечают кадровую проблему: «Не всегда можно попасть на прием, потому что либо какого-то доктора нет, или он так занят, что принять всех не может. Укомплектованность участковыми врачами составляет 50%. Обязать работать их на две и более ставки мы просто не в состоянии». Особый интерес представляет мнение заведующего поликлиникой одной из ЦГБ г. Екатеринбурга: «... Очень часто пациенты необоснованно считают, что им необходим только узкий специалист... слово «хочу» здесь не правомочно, все-таки надо наблюдаться в большей степени у терапевта».

В целом в системе медицинского обслуживания проблема доступности представлена в следующих аспектах: организация приема врачей, кадры, высокотехнологичные формы диагностики.

Взаимодействие с медицинским персоналом. Взаимодействие врача и пациента — это стержень, определяющий успешность диагностики и лечения: от характера отношений, которые складываются с врачом, во многом зависят конечный результат и дальнейшая профилактика.

Большая часть пациентов (62,9%) характеризуют свои отношения с врачом с позиций их формализации. Западные исследователи и специалисты

считают, что для более эффективного взаимодействия и высокого качества результата отношения должны иметь, скорее, нейтральный, формальный характер. Каждый третий опрошенный оценивает отношения как дружеские, поскольку «дружба способствует повышению доступности к медицинским услугам различной направленности».

В процессе практически любого взаимодействия, так или иначе, могут возникнуть столкновение интересов взаимодействующих сторон, конфликтные ситуации. 83% опрошенных отметили, что в течение года отсутствовал повод для возникновения конфликта с медицинским персоналом. Отсутствие конфликтов свидетельствует о своего рода благополучности системы взаимодействия по вектору «медперсонал—пациент»/ «медперсонал — родители ребенка-пациента», что, несомненно, повышает качество медицинского обслуживания в целом. Вместе с тем 13% опрошенных определили круг причин, которые послужили основанием для возникновения конфликта. Среди них:

- невнимательность, грубость со стороны медперсонала — 54,4%;
- отказ врача принять пациента (невозможность попасть на прием) — 14,6%;
- неверная постановка диагноза (врач не может поставить точный диагноз) — 8,7%.

Интересным представляется мнение заместителя руководителя одной из ЦГБ г. Екатеринбурга: «Известные психологи и психотерапевты указывают на то, что в некоторых специальностях, в том числе и у врачей, есть синдром эмоционального выгорания. Когда врач постоянно находится в состоянии стресса, то многие профессиональные действия делаются на автоматизме, а больные — недовольны».

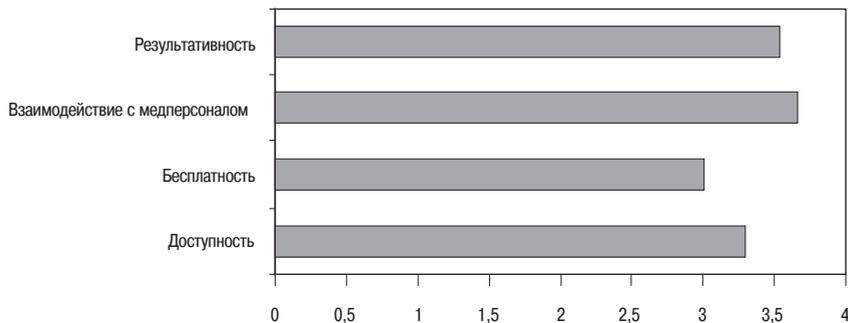
Руководители медицинских учреждений, характеризуя взаимодействие пациентов с медперсоналом, отмечают необоснованность обид и претензий со стороны пациентов: «Пациент не всегда себя объективно оценивает. Он считает, что все ему должны. Именно сторона отношения самого пациента к персоналу — это тоже проблема. Не всегда пациент оценивает должным образом тот титанический труд, который вложен врачом и медперсоналом в его спасение. Человеку жизнь спасли, а он потом начинает по каким-то мелочам придирается, забывая, что в принципе он мог просто не выжить».

В целом степень удовлетворенности взаимодействием с медперсоналом выше среди родителей детей-пациентов, чем среди пациентов, получающих медицинское обслуживание во взрослых поликлиниках.

Результативность медицинского обслуживания. Оценка пациентами результативности медицинского обслуживания опирается на субъективные ощущения, причем объективно комплекс медицинских мероприятий, назначенных лечащим врачом, пациент, в силу отсутствия медицинского образования и глубоких медицинских знаний, оценить не может. Поэтому в исследовании пациенты охарактеризовали общую оценку удовлетворенности результатом, под которым понималось общее улучшение/ухудшение самочувствия, исчезновение симптомов заболевания. Родители оценили результаты медицинской помощи выше, чем пациенты «взрослых» поликлиник; что касается страховщиков и руководителей медицинских учреждений, то мнения экспертов разделились. Так, специалисты страховых медицинских организаций ставят результативности медицинского обслуживания «троечку с минусом», поскольку, как отмечает один из специалистов, «за конечный результат как-то сегодня никто не болеет». Руководители амбулаторно-поликлинического звена оценивают результативность как очень высокую, обосновывая свою позицию «активным применением новых технологий».

В целом система оценки пациентами качества медицинского обслуживания, которая складывается из показателей удовлетворенности бесплатностью, доступностью, результативностью и взаимодействием с медперсоналом, выглядит следующим образом (рис. 2).

Рисунок 2. Оценки пациентами показателей качества медицинского обслуживания



Оценки пациентами показателей качества медицинского обслуживания позволяют прийти к следующим выводам. Во-первых, выше всего среди показателей качества пациенты оценивают отношение со стороны медицинского персонала и результативность медицинской помощи. Во-вторых, родители детей — пациентов детских поликлиник оценивают все показатели качества медицинской помощи выше, нежели пациенты, получающие медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях, обслуживающих взрослое население. Наибольшие различия в оценках таких показателей, как доступность и бесплатность медицинского обслуживания. В-третьих, более высокую оценку качеству медицинского обслуживания в целом дают родители несовершеннолетних пациентов, чем пациенты поликлиник, обслуживающих взрослое население: средний балл для детских поликлиник составляет 3,78, для «взрослых» поликлиник — 3,19.

Руководители медицинских учреждений оценивают качество медицинского обслуживания как хорошее, страховщики же ставят качеству удовлетворительную оценку, отмечая некоторые различия в качестве медицинского обслуживания детского и взрослого населения: «Детское население гораздо качественнее получает медицинскую помощь, традиционно педиатры — более дисциплинированная категория медицинских работников. В детской медицине очень развита гипердиагностика, она сложнее. Не очень квалифицированное медицинское вмешательство в детском возрасте создает серьезные проблемы для здоровья уже взрослого населения».

Каковы возможные пути решения проблемы качества медицинского обслуживания? В ходе интервью специалисты страховых медицинских организаций и руководители лечебно-профилактических учреждений выделили следующие направления:

- наращивание (развитие) новых методик и технологий;
- повышение квалификации, профессионального мастерства медицинских работников, включая среднее звено;
- материальное стимулирование медицинского персонала;
- повышение престижности профессии в обществе;
- улучшение материально-технической базы медицинских учреждений.

Несомненно, эти идеи заложены в национальном проекте «Здоровье», который можно считать важным условием, способным повысить качество медицинского обслуживания при получении первичной медико-социаль-

ной помощи в амбулаторно-поликлиническом звене. Респондентам было предложено оценить современный уровень оказания медицинской помощи в сравнении с предшествующим годом. Большая часть респондентов (68%) считает, что изменений в качестве медицинского обслуживания не произошло, каждый четвертый опрошенный утверждает, что качество улучшилось. Такие позитивные изменения отмечают в основном родители, то есть речь идет о том, что повышение качества медицинской помощи характерно в большей мере для детских поликлинических учреждений.

Оценивая идею реализации национального проекта «Здоровье», страховщики с осторожностью комментируют ее эффективность: «Национальную программу «Здоровье» расцениваю как массированное вливание денег без соответствующего планирования, без соответствующего определения целей. Точнее, качество изменится, оно изменится в лучшую сторону, но по соотношению объема вкладываемых денег и полученного результата... это крайне плохое соотношение». Руководители медицинских учреждений более эмоционально и оптимистично смотрят на реализацию национального проекта: «Безусловно, качество улучшится! Мы уже это на себе почувствовали. Это даже не подлежит сомнению... Национальная программа «Здоровье» по этому проекту выделила нам очень много аппаратуры: рентгеновский аппарат, эндоскопическая аппаратура, лабораторные анализаторы. Естественно, качество улучшится. Это все пойдет в поликлиники, все пойдет на обслуживание населения».

Основные выводы и рекомендации. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования — вопрос, который на сегодняшний день не решен в полной мере. Функционирование обязательного медицинского страхования имеет ряд болевых зон, которые требуют оперативного вмешательства.

1. Для повышения доступности медицинского обслуживания необходимо, чтобы в каждом медицинском учреждении был график работы медицинских работников с указанием фамилии, имени, отчества, специальности, квалификационной категории, времени приема или выполнения исследования.

2. В медицинских учреждениях следует организовать систему видеонаблюдения (либо у дежурного администратора поликлиники, либо у другого ответственного лица): увидев на экране очередь перед окном регистратуры или врачебного кабинета, возможно принятие административных и организационных мер по регулированию текущей ситуации — дирижирование потоками пациентов, перераспределение сил и средств поликлиники.

3. Оптимизация системы предварительной записи пациентов на прием, на исследования (по телефону, по журналу самозаписи к тому или иному специалисту).

4. Органами Управления здравоохранения, ТФОМС, СМО при перевыполнении объемных показателей муниципального заказа должны проводиться проверки медицинского учреждения, в частности по обоснованности применения платных медицинских услуг, вплоть до их ограничения.

5. Исходя из существующей нормативной базы, необходима разработка памятки для пациентов применительно к каждому медицинскому учреждению с указанием условий предоставления бесплатной медицинской помощи и видов бесплатных медицинских услуг, причем памятка должна вручаться в момент обращения в регистратуру.

6. Необходима разработка нормативных документов на федеральном уровне и уровне субъекта РФ об ответственности руководителей медицинских учреждений в случаях нарушения права граждан на бесплатную медицинскую помощь.

7. С целью контроля за видами медицинской помощи, которые должны предоставляться бесплатно, необходимо, чтобы медицинские работники в журналах учета и в другой медицинской документации регистрировали посещения, проведенные методы исследования и лечения, оказанные на бесплатной основе и платно (с учетом письменного подтверждения со стороны пациента о том, что он проинформирован о возможных вариантах бесплатного оказания медицинских услуг и согласен на проведение платных услуг), то есть организация раздельного учета платных и бесплатных медицинских услуг.

8. Пересмотр и утверждение администрацией медицинских учреждений функциональных обязанностей, прав и ответственности специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи.

9. Разработка и утверждение приказом главного врача учрежденческих стандартов заполнения и ведения медицинской документации, разработка алгоритмов направления на необходимые консультации к другим специалистам, на исследования.

10. Размещение в медицинских учреждениях «на видном месте» положений основных документов, регламентирующих предоставление бесплатной медицинской помощи, и желательное местное радиовещание.

11. Организация специальных телевизионных программ на местном телевидении, раскрывающих особенности медицинского обслуживания в ОМС, права и обязанности пациента и врача с привлечением специалистов Управления здравоохранения, ТФОМС, СМО.

12. Использование в амбулаторно-поликлинических учреждениях разработанной социологической методики измерения качества медицинского обслуживания в мониторинговом режиме.

ЛИТЕРАТУРА

Головнина, Н. Реформы здравоохранения в постсоветской России: итоги и проблемы./ Н. Головнина, П. Ореховский// Общество и экономика. 2005. № 3. с. 54–87.

Овчарова, Л. Н. Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность/ Л. Н. Овчарова, рук. авт. колл. — М.: Изд. Дом ГУ ВШЭ, 2005.

Заборовская, А. Трансформация гарантий получения образования и медицинской помощи в странах с переходной экономикой/ А. Заборовская, С. Шишкин// Общество и экономика. 2005. № 1. с. 168–192.

Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления/ Отв. ред. С. В. Шишкин — М.: Поматур, 2006.

Здоровье и здравоохранение в условиях рыночной экономики/ Отв. ред. Л. С. Шилова, Л. В. Ясная — М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2000.

Неформальные платежи за медицинскую помощь в России — М., 2003.

Панова, Л. В. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи/ Л. В. Панова, Н. Л. Русинова// Социол. иссл. — 2005. — № 6. — с. 127–135.

Вишневский, А. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: доклад VII Междунар. Науч. Конф. «Модернизация экономики и государство»/ А. Г. Вишневский, Я. И. Кузьминов, В. И. Шевский и др. — М.: Изд. Дом ГУ ВШЭ, 2006.