

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ ДОСТУПНОСТЬЮ И КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Шиляев Д.Р., Трофимов В.В., Чумаков А.С., Васильева Т.П., Кулигин О.В.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, медицинской информатики и истории медицины

ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет Росздрава»

РЕЗЮМЕ Рассматриваются вопросы совершенствования методических подходов к анализу процессов обеспечения качества медицинской помощи в условиях медицинского страхования. Оцениваются состояние и соотношение объемов финансирования здравоохранения и неудовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, объемы финансирования, доступность медицинской помощи.

Для всех стран мира задача дальнейшего развития здравоохранения относится к основным приоритетам социальной политики. Этот процесс сопровождается ощутимым ростом финансовых расходов на обеспечение населения медицинскими услугами. Именно по этой причине получение более точной информации о финансировании системы здравоохранения становится важным элементом разработки политики в данной отрасли.

Несмотря на наличие конституционной нормы (ст. 41 Конституции РФ) о гарантиях бесплатной медицинской помощи населению в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, механизма реализации этой нормы в новых экономических условиях до 1999 г. не было.

В целях применения единых подходов к планированию расходов на здравоохранение за счет средств бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования (ОМС), а также определения гарантируемых государством объемов медицинской помощи и требуемых для их выполнения фи-

нансовых ресурсов постановлением Правительства Российской Федерации № 1096 от 11 сентября 1998 г. была утверждена Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Программой определены виды медицинской помощи, предоставляемые населению бесплатно за счет средств бюджетов всех уровней и средств ОМС, нормативы объемов медицинской помощи и подушевые нормативы финансирования их оказания.

В последующие годы проводились разработка и совершенствование территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Полноценное функционирование системы финансирования ОМС началось с 2001 г. Группа соавторов провела анализ его эффективности по методике проф. В.О. Флека за период 2001—2002 гг. Цель настоящего исследования — проанализировать эффективность финансирования ОМС за период 2003—2005 гг.

Shilayev D.R., Trofimov V.V., Chumakov A.S., Vasilyeva T.P., Kuligin O.V.

INSURED PERSONS' SATISFACTION WITH AVAILABILITY AND QUALITY OF MEDICAL SERVICE

ABSTRACT Questions of methodic approaches improvement for the analysis of medical service quality providing in medical insurance system are discussed. State and correlation of financing volumes in public health and population dissatisfaction with quality and availability of medical service are analyzed.

Key words: quality of medical service, financing volumes, availability of medical service.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Отличие данной методики состоит в том, что наряду с анализом уровней реализации программы ОМС по видам и объемам оказания и финансирования медицинской помощи в нее включен (проводится впервые!) сопоставительный анализ удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи по округам и территориям.

На первом этапе проведена оценка каждого из нижеприведенных показателей в сравнении с нормативами и среднетерриториальными показателями выполнения программы ОМС в территориальном аспекте и отклонениями от них. Анализ подвергнуты следующие показатели.

I. Объемы видов медицинской помощи:

- скорой медицинской помощи, выраженные в вызовах в расчете на 1 человека населения;
- амбулаторно-поликлинической помощи, выраженные в посещениях в расчете на 1 человека населения;
- стационарной помощи, выраженные в койко-днях в расчете на 1 человека населения;
- медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания и стационарах на дому, выраженные в днях лечения в расчете на 1 человека населения.

II. Финансовое обеспечение территориальных программ ОМС:

- фактическое бюджетное финансирование, выраженное в рублях в расчете на 1 человека населения;
- фактическое финансирование за счет средств ОМС, выраженное в расчете на 1 человека населения;
- фактическое финансирование территориальных программ ОМС в целом, выраженное в рублях в расчете на 1 человека населения;
- фактические расходы на единицу объема соответствующего вида медицинской помощи, выраженные в рублях;
- уровень исполнения территориальных программ ОМС по видам и объемам медицинской помощи, выраженный в процентах (соотношение нормативных, рас-

четных и фактических объемов медицинской помощи);

- уровень исполнения территориальных программ ОМС по объемам финансирования, выраженный в процентах (соотношение нормативных, расчетных и фактических объемов финансирования).

На втором этапе нашего исследования проводилась комплексная оценка реализации территориальных программ ОМС в округах и субъектах РФ с распределением их на четыре группы.

- 1-я группа — округа и субъекты Российской Федерации, в которых более 70% показателей реализации территориальных программ ОМС соответствовали или имели отклонения на 15% от нормативов (высокий уровень реализации территориальных программ ОМС),
- 2-я группа — округа и субъекты Российской Федерации, в которых от 51 до 70% показателей реализации территориальных программ ОМС соответствовали или имели отклонения на 15% от нормативов (выше среднего уровень реализации территориальных программ ОМС),
- 3-я группа — округа и субъекты Российской Федерации, в которых от 40 до 50% показателей реализации территориальных программ ОМС соответствовали или имели отклонения от 15% от нормативов (ниже среднего уровень реализации территориальных программ ОМС),
- 4-я группа — субъекты Российской Федерации, в которых менее 40% показателей реализации территориальных программ ОМС соответствовали или имели отклонения на 15% от нормативов (низкий уровень реализации территориальных программ ОМС).

На третьем этапе нами проводился анализ удовлетворенности застрахованных доступностью и качеством медицинских услуг с учетом уровня финансирования территориальных программ ОМС за период 2002—2005 гг. на основании определения распространенности и структуры обращений и жалоб граждан за 3 года (2003—2005 гг.) в территориальные фонды ОМС, их филиалы и страховые медицинские организации. Обращения регистрировались в отчетной форме № 42, утвержденной приказом ФФОМС от 06.05.1999 г. При этом доступность ме-

дицинских услуг определялась по пяти причинам обращений граждан с обоснованными жалобами, а именно:

- 1) на нарушение обеспечения страховыми медицинскими полисами;
- 2) на отсутствие возможности выбора лечебного учреждения;
- 3) на отсутствие возможности выбора врача;
- 4) на нарушения в режиме работы ЛПУ;
- 5) на отказ в оказании медицинской помощи;
- 6) на взимание денежных средств за оказанную медицинскую помощь.

Качество медицинских услуг определялось по одной причине обращений и жалоб граждан: на качество медицинских услуг.

На четвертом этапе проводилось сравнение территорий, отнесенных к разным группам по уровню финансирования, с принадлежностью их к группам выполнения программы ОМС по объемам и видам, а также по доступности и качеству оказания медицинских услуг.

На пятом этапе разработаны предложения по повышению эффективности реализации единого механизма обеспечения территориальной программы ОМС и организации контроля за их выполнением.

Базой исследования явились: 7 федеральных округов (ФО) и 79 субъектов Российской Федерации (из обработки материала были исключены те субъекты, полных и достоверных исходных данных по которым за все исследуемые годы мы не имели).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По итогам анализа выполнения и финансирования объемов и видов медицинской помощи, показателей, характеризующих доступность и качество медицинских услуг, получена матрица распределения ФО и регионов на группы соответствия фактических показателей нормативам и среднетерриториальным показателям. На основании сопоставления уровней объемов деятельности и финансирования в соответствии с предлагаемой методикой все исследуемые регионы были разбиты на четыре группы:

1. Полное соответствие показателей выполнения объемов деятельности и фи-

нансирования медицинских услуг в пределах анализируемого года. Эта группа подразделялась в свою очередь на четыре подгруппы в зависимости от уровней совпадения показателей: 1.1. высокое; 1.2. выше среднего; 1.3. ниже среднего; 1.4. низкое.

2. Неполное соответствие показателей выполнения объемов деятельности и финансирования медицинских услуг в пределах анализируемого года. Эта группа в свою очередь подразделялась на две подгруппы в зависимости от уровней совпадения показателей: 2.1. превышение объемов финансирования над объемами деятельности и 2.2. превышение объемов деятельности над объемами финансирования.
3. Значительное несоответствие показателей выполнения объемов деятельности и финансирования медицинских услуг в пределах анализируемого года. Эта группа подразделялась в свою очередь на две подгруппы в зависимости от уровней совпадения показателей: 3.1. превышение объемов финансирования над объемами деятельности и 3.2. превышение объемов деятельности над объемами финансирования.
4. Полное несоответствие показателей выполнения объемов деятельности и финансирования медицинских услуг в пределах анализируемого года (отнесение регионов к различающимся на 3 ранга группам по уровню выполнения объемов деятельности и финансирования). Эта группа подразделялась, в свою очередь, на две подгруппы в зависимости от уровней совпадения показателей: 4.1. превышение объемов финансирования над объемами деятельности и 4.2. превышение объемов деятельности над объемами финансирования.

Применение данной дифференциации регионов позволило распределить все обследованные регионы 4 группы и 12 подгрупп. Полное совпадение уровней исследуемых показателей отмечено в 2003 г. в 3 ФО и 25 регионах, в том числе с высоким уровнем — 3 ФО и 17 регионов, уровень выше среднего — 4 региона, ниже среднего — 4 региона. Неполное совпадение отмечено в 2 ФО и 26 регионах, в том числе

с превышением уровня финансирования — в 5 регионах, с превышением уровня деятельности — в 2 ФО и 21 регионе. Значительное несовпадение отмечено в 2 ФО и 21 регионе, в том числе с превышением финансирования — в 6 регионах, с превышением деятельности — в 2 ФО и 15 регионах. Полное несовпадение отмечено в 8 регионах, в том числе с превышением финансирования — в 1 регионе, с дефицитом финансирования — в 7 регионах. Таким образом, недофинансирование выполняемых объемов деятельности определяется в большинстве регионов — в 4 (из 7) ФО и 43 (из 79) регионах. В 2004 г. ситуация значительно изменилась в связи с резким увеличением группы высокого уровня полного соответствия показателей (до 5 ФО и 29 регионов) и снижением числа регионов с недофинансированием (до 2 ФО и 29 регионов). Однако в 2005 г. ситуация усугубилась резким ростом регионов с недофинансированием по отношению к выполняемым объемам деятельности — до 5 ФО и 58 регионов, в особой степени — регионов с полным несоответствием изучаемых показателей.

Дифференциация регионов по степени соответствия показателей объемов финансирования и удовлетворенности населения доступностью медицинских услуг позволила распределить все обследованные регионы на 4 группы и 12 подгрупп.

По результатам распределения регионов на группы соответствия уровня финансирования и удовлетворенности населения доступностью медицинской помощи за 2003—2005 гг. получены данные, характеризующие недостаточно высокую согласованность изучаемых показателей: полное соответствие зафиксировано только в 2 (из 7) ФО и 14 (из 79) регионах, при этом соответствие высокого уровня резко снизилось по сравнению с 2003 и 2004 гг. и характерно только для 1 ФО и 7 регионов, выше среднего — в 2 регионах, ниже среднего — в 2 и низкий уровень — в 1 ФО и 3 регионах. Неполное соответствие возросло и определено в 1 ФО и 23 регионах, при этом превышение уровня финансирования над доступностью медицинских услуг обнаружено в 1 ФО и 11 регионах. Значительное несоответствие показателей характерно для 2 ФО и 16 регионов, при этом превышение финансирования над доступностью медицинских услуг выявлено только в 1 ФО

и 3 регионах. Полное несоответствие выявлено в 1 ФО и 26 регионах, только один из которых имел значительно более высокий уровень финансирования по сравнению с доступностью медицинских услуг. Несоответствие уровней финансирования удовлетворенности населения доступностью медицинских услуг, при котором уровень финансирования ниже уровня доступности характерен в целом для 3 ФО и 50 регионов, в том числе неполное соответствие — для 12 регионов, значительное несоответствие — для 1 ФО и 13 регионов, полное несоответствие — для 2 ФО и 25 регионов.

Применение дифференциации регионов позволило распределить все обследованные регионы на 4 группы и 12 подгрупп по степени соответствия показателей объемов финансирования и удовлетворенности населения качеством медицинских услуг.

По результатам распределения регионов на группы соответствия уровня финансирования и удовлетворенности населения качеством медицинской помощи за 2003—2005 гг. получены данные, характеризующие недостаточно высокую согласованность изучаемых показателей: полное соответствие зафиксировано только в 1 (из 7) ФО и 22 (из 79) регионах, при этом соответствие высокого уровня резко снизилось по сравнению с 2003 и 2004 гг. и характерно только для 8 регионов, выше среднего — для 4, ниже среднего — для 2 и низкий уровень — для 1 ФО и 8 регионов. Неполное соответствие возросло и определено в 2 ФО и 16 регионах, при этом превышение уровня финансирования над качеством медицинских услуг обнаружено в 2 ФО и 5 регионах. Значительное несоответствие показателей характерно для 2 ФО и 16 регионов, при этом превышение финансирования над качеством медицинских услуг выявлено только в 1 ФО и 5 регионах.

Полное несоответствие выявлено в 2 ФО и 24 регионах, только пять из которых имели значительно более высокий уровень финансирования по сравнению с качеством медицинских услуг.

Несоответствие уровней финансирования и удовлетворенности населения качеством медицинских услуг, при котором уровень финансирования ниже уровня качества характерен в целом для 3 ФО и 50 регионов, в том числе неполное соответствие — для 11 регионов, значительное несоответст-

вие — для 1 ФО и 11 регионов, полное несоответствие — для 2 ФО и 19 регионов.

Таким образом, анализ согласованности отнесения 4 показателей (объемов деятельности, финансирования и удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинских услуг) к группам по степени их соответствия нормативам и среднетерриториальным уровням, проведенный по специально разработанной матричной методике, в основе которой — сопоставление групп в динамике за 3 года (2003—2005), показал достаточно высокий уровень согласования показателей объемов финансирования и степени удовлетворенности населения доступностью медицинских услуг, а также объемов финансирования и степени удовлетворенности населения качеством медицинских услуг. Это позволяет рекомендовать к внедрению предложенную методику **анализа выполнения программы ОМС**, основой

которой является то, что наряду с анализом уровней реализации программы ОМС по видам и объемам оказания и финансирования медицинской помощи в нее включен сопоставительный анализ удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи по округам и территориям.

Для повышения уровня управления программой ОМС необходима разработка методических подходов к реализации анализа **соответствия** показателей объемов и видов деятельности и финансирования с показателями явной и скрытой удовлетворенности доступностью и качеством медицинских услуг, а также результативными показателями деятельности медицинских учреждений и состояния здоровья населения на основе непрерывного медико-социального мониторинга реализации Программы государственных гарантий населению.

Поступила 12.03.2007 г.