

# ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ

© А. В. РЕШЕТНИКОВ, 2012  
УДК 616-058:368

*А. В. Решетников*

## СОЦИОЛОГИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (Часть 1)

НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования, Москва

### Содержание

1. Система обязательного медицинского страхования
2. Социологическая оценка состояния территориальной системы обязательного медицинского страхования
  - 2.1. Принципы выделения составляющих социологической оценки
  - 2.2. Принципы построения выборочной совокупности и социально-демографическая характеристика пациентов, принявших участие в опросе
  - 2.3. Основные элементы медико-социологического мониторинга

### Темы и проблемы

Современные методы исследования дают возможность изучать процессы формирования общественного мнения о медико-социальных явлениях и тем самым получать информацию в форме не только статистических показателей функционирования системы обязательного медицинского страхования (ОМС), но и субъективных оценок осуществляемых мер. Анализ медико-социологической информации позволяет осуществлять оперативную обратную связь с пациентами и участниками системы ОМС, принимать конкретные управленческие решения и оценивать их эффективность, а в итоге разрабатывать новые медико-социальные технологии.

Регулярное изучение медицинских, экономических, политических и социальных проблем охраны здоровья населения путем создания постоянной системы сбора и оценки информации есть один из основных методов прогноза развития как позитивных, так и негативных тенденций функционирования системы ОМС.

Многолетние исследования в данной области, высокий профессиональный потенциал специалистов территориального фонда ОМС г. Москвы (МГФОМС) и сотрудников НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова позволили на примере территориальной системы ОМС г. Москвы впервые разработать целостную технологию медико-социологического мониторинга.

Целью проведения мониторинга системы ОМС является своевременное получение информации оперативного и прогнозного характера, использование которой в процессе подготовки и принятия управленческих решений позволит проводить целевую политику в системе ОМС.

### 1. Система обязательного медицинского страхования

Составляющие медико-социальной характеристики территориальной системы ОМС рассмотрим на примере системы ОМС г. Москвы.

В соответствии с Законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" система ОМС г. Москвы включает в качестве участников: МГФОМС, страховые медицинские организации, медицинские организации и в качестве субъектов медицинского страхования: застрахованных лиц, страхователей и Федеральный фонд ОМС (ФФОМС). В соответствии с "Типовым положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования", утвержденным приказом Минздравсоцразвития № 15н от 21.01.2011 г., фонд является некоммерческой организацией, созданной субъектом РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС на территории субъекта РФ. Территориальный фонд ОМС (ТФОМС) обеспечивает реализацию предусмотренных законодательством РФ прав граждан в системе ОМС; обеспечивает гарантии бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и базовой программ ОМС; создает условия для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС; обеспечивает осуществление государственных гарантий соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика.

МГФОМС является некоммерческой организацией, подотчетной правительству Москвы и ФФОМС, его деятельность основана на управлении финансовыми ресурсами. Источниками финансовых средств территориальной системы ОМС г. Москвы служат:

- межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда в соответствии с законодательством РФ;
- платежи г. Москвы на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы ОМС;
- платежи г. Москвы на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;
- доходы от размещения временно свободных средств;
- межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета г. Москвы в случаях, установленных законодательством г. Москвы;
- начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджет территориального фонда в соответствии с законодательством РФ;
- иные источники, предусмотренные законодательством РФ.

*А. В. Решетников* — акад. РАМН, д-р мед. наук, д-р социол. наук, проф., директор (socmed-1mgmu@mail.ru).

Финансовые средства, аккумулируемые в МГФОМС, направляются в первую очередь на реализацию Московской городской программы ОМС, которая включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленных базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваемости в Москве: нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо; нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо; нормативы финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

Основой для территориальной программы ОМС является базовая программа ОМС, утверждение которой относится к полномочиям Правительства РФ. Базовая программа ОМС является составной частью Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Обеспечивая права застрахованных жителей Москвы на территориях других субъектов РФ, МГФОМС оплачивает медицинские услуги, оказанные своим застрахованным вне территории страхования.

Для обеспечения финансовой устойчивости Московской городской системы ОМС при резких изменениях внешней среды в системе ОМС предусмотрены нормированный страховой запас МГФОМС, страховые резервы страховой медицинской организации (СМО), а также возможность получения субвенции от ФФОМС и возможность управлять величиной финансовых средств через тарифное соглашение.

Управление МГФОМС в соответствии с Положением о МГФОМС осуществляется директором. Директор территориального фонда организует и осуществляет общее руководство текущей деятельностью территориального фонда, несет персональную ответственность за ее результаты, подотчетен правлению территориального фонда. Правление территориального фонда является коллегиальным органом, определяющим основные направления деятельности территориального фонда и осуществляющим текущий контроль за его деятельностью, а также иные полномочия в соответствии с федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними законами г. Москвы.

В период между заседаниями правления директор решает все вопросы, связанные с деятельностью фонда, кроме тех, которые входят в исключительную компетенцию правления.

### Отношения в территориальной системе ОМС

**Застрахованный.** Под застрахованным в системе ОМС понимается гражданин РФ, получивший полис ОМС. В Федеральном законе от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" указано, что ОМС — вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы ОМС.

Застрахованные имеют право на возмещение ущерба, причиненного им в результате оказания медицин-

ской помощи, в установленных судом порядке и размерах. Для защиты своих прав застрахованный может обращаться к администрации ЛПУ, в СМО, выдавшую ему страховую медицинскую полис, в ТФОМС, в суд.

В территориальной системе ОМС г. Москвы различают три вида пациентов: застрахованный, иногородний и неидентифицированный. Пациент — это потребитель медицинской услуги, обращающийся в ЛПУ или к медицинскому работнику за медицинской помощью.

В соответствии с "Договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования", заключенным между СМО и МГФОМС, СМО выдает страховой медицинский полис ОМС каждому застрахованному в порядке, установленном "Правилами обязательного медицинского страхования", утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ № 158н от 28.02.2011 г. Все граждане Москвы, застрахованные по ОМС, должны для получения первичной медико-санитарной помощи зарегистрироваться в одном из ЛПУ.

В соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" гражданам РФ, получившим полис ОМС на территории другого субъекта РФ ("иногородние пациенты"), в медицинских организациях г. Москвы будет оказана медицинская помощь в объеме базовой программы ОМС граждан РФ.

Гражданам, у которых отсутствует полис ОМС ("неидентифицированные пациенты"), при обращении в ЛПУ г. Москвы также будет оказана медицинская помощь в объеме базовой программы ОМС граждан РФ.

**Медицинские организации.** К медицинским организациям в сфере ОМС относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой. Между СМО и медицинской организацией заключается "Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС". По этому договору медицинская организация обязуется оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС.

Основные задачи медицинских организаций в системе ОМС: оказание медицинской помощи застрахованным гражданам РФ; проведение профилактической работы с прикрепленным населением.

Функции медицинских организаций: бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ ОМС; вести персонализированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам; предоставлять СМО и ТФОМС сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи; предоставлять отчетность о деятельности в сфере ОМС в порядке и по формам, которые установлены ФФОМС; использовать средства ОМС, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами ОМС; размещать на своем официальном сайте в сети Интернет информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи; предоставлять застрахованным лицам, СМО и ТФОМС сведения о режиме работы,

видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи.

Медицинская организация может состоять из следующих типовых служб<sup>1</sup>: лечебные и другие отделения; бухгалтерская служба; информационно-статистическая служба; административно-хозяйственная служба ЛПУ.

Медицинская организация несет ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованным в соответствии с условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в процессе проведения медицинского страхования.

В Москве в работе системы ОМС принимают участие 619 ЛПУ, в том числе 91 ЛПУ — ведомственные и негосударственные.

Порядок оплаты медицинских услуг, предусмотренных Московской городской программой ОМС и оказанных застрахованным гражданам в пределах территории Москвы, определяется "Правилами обязательного медицинского страхования", утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н. Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил ОМС.

*Страхователи.* Страхователями для работающих граждан являются работодатели, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам (предприятия, учреждения и организации всех форм собственности; индивидуальные предприниматели; физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями), а также индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты. Страхователи обязаны осуществлять уплату страховых взносов на ОМС в территориальные органы Пенсионного фонда РФ, откуда страховые взносы будут направлены в ФФОМС.

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов РФ. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на ОМС неработающего населения. В соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" страховые взносы на ОМС неработающего населения направляются в ФФОМС.

Страховые взносы всех страхователей в виде субвенций поступают из бюджета ФФОМС в бюджеты ТФОМС.

*Страховая медицинская организация.* СМО — это юридическое лицо, осуществляющее ОМС и имеющее государственную лицензию на право заниматься медицинским страхованием. В соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" СМО осуществляет отдельные полномочия страховщика. Финансовые отношения между СМО и ТФОМС регулируются "Договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования" и "Правилами обязательного медицинского страхования".

Основные задачи СМО: проведение ОМС путем оплаты медицинской помощи, предоставляемой в со-

ответствии с территориальной программой ОМС и договорами, заключаемыми в системе ОМС; осуществление контроля за объемом и качеством медицинских услуг; защита прав застрахованных.

Функции СМО: перечислять в медицинские организации средства за медицинские услуги, оказанные застрахованным по принятым счетам-фактурам; в установленном порядке создавать страховые резервы; оформлять (переоформлять), выдавать полис ОМС застрахованному лицу; вести учет сведений о гражданах, не обратившихся в СМО за выдачей полисов ОМС; в течение трех рабочих дней информировать их письменно о факте страхования и необходимости получения полиса ОМС; собирать, обрабатывать, обеспечивать сохранность и конфиденциальность сведений и информации при осуществлении персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и медицинской помощи, оказанной им; защищать права застрахованных; предоставлять ТФОМС необходимую информацию о деятельности в системе ОМС; заключать договоры с медицинскими организациями на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Финансовые средства, полученные от ТФОМС по дифференцированным подушевым нормативам, СМО направляют на оплату медицинских услуг, формирование резервов, оплату расходов по ведению дела по ОМС.

СМО реализует мероприятия по защите прав застрахованных, в том числе обеспечивает информированность граждан о правах в области охраны здоровья. СМО осуществляет защиту прав застрахованных вплоть до предъявления в судебном порядке исков медицинскому учреждению и (или) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине. СМО является юридическим лицом, защищающим права застрахованных на получение медицинской помощи в объеме территориальной программы ОМС.

СМО может состоять из следующих типовых служб: бухгалтерия; финансово-экономическая служба; служба информационного обеспечения; служба организации ОМС и методического обеспечения деятельности; служба обеспечения прав застрахованных; служба полисного обеспечения застрахованных; служба медицинской экспертизы; служба кадрового обеспечения; служба юридического обеспечения; административно-хозяйственная служба.

В зависимости от размера страхового поля конкретной СМО указанные типовые службы могут быть объединены и иметь другие названия (например, департамент, управление, отдел, группа и т. п.).

## 2. Социологическая оценка состояния территориальной системы ОМС

### 2.1. Принципы выделения составляющих социологической оценки

Для эффективного решения проблем, возникающих в ходе реформы системы здравоохранения, необходимо иметь четкое представление о механизмах охраны здоровья населения, изменениях механизмов оплаты медицинской помощи и определении приоритетов в повышении качества медицинского обслуживания, эффективности системы защиты прав застрахованных, нуждах и запросах людей, их представлениях о том, какой должна быть медицина.

Изучение отношения населения к переменам, произошедшим в системе здравоохранения за последнее де-

<sup>1</sup> В зависимости от размера конкретного ЛПУ указанные типовые службы могут, во-первых, иметь другие названия (например, отделение, отдел и т. п.) и, во-вторых, быть объединены.

сятилетие, в ходе организации комплексного многопланового медико-социологического исследования позволяет не только выявить и изучить мнение населения о состоянии системы ОМС и ее роли в здравоохранении, но и сформировать аспекты и показатели мониторинга состояния территориальной системы ОМС.

В число основных составляющих социологической оценки состояния территориальной системы ОМС следует включить изучение: мнения населения о динамике процессов, происходящих в системе здравоохранения и медицинском страховании; удовлетворенности населения отдельными составляющими организации медицинской помощи и качеством предоставляемых услуг; платной медицинской помощи; поддержки работодателями при получении медицинской помощи; использования застрахованными собственных средств для оплаты медицинских услуг.

Первое пилотное медико-социологическое исследование с целью определения значимости выделенных составляющих социологической оценки состояния территориальной системы ОМС г. Москвы было проведено в 2000 г. Начиная с 2005 г. исследования проводятся ежегодно в рамках утвержденной в МГФОМС Программы медико-социологического мониторинга.

Объектом исследования являлись жители столицы и иногородние граждане, имеющие полис ОМС и пользующиеся услугами амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) г. Москвы.

Исследования опирались на данные анкетных опросов, позволяющих охватить наибольшее количество респондентов при минимальных затратах времени. Опрос проводился по серии анкет, вопросы в которых были разделены на блоки: о контактах с системой здравоохранения; о ресурсном обеспечении системы здравоохранения; о качестве медицинской помощи; о платных медицинских услугах (отношение к частной системе здравоохранения и готовность респондентов участвовать в соплатежах); об информированности граждан о правах на получение медицинской помощи по Московской городской программе ОМС; об обеспеченности защиты прав застрахованных.

Результаты анализа показали, что мониторинг изменений состояния территориальной системы ОМС играет ведущую роль в повышении эффективности системы ОМС: обеспечения соответствия средств, выделяемых на финансирование здравоохранения, с той отдачей, которую застрахованные ожидали получить от системы; повышения эффективности системы здравоохранения с точки зрения ее реагирования на потребности пользователей, что способствует получению удовлетворения от качества оказываемой медицинской помощи; обеспечения более совершенной защиты прав пациента; предоставления застрахованным более широких прав и полномочий путем повышения для них доступности более эффективной информации и возможности выбора.

Выявленные в ходе исследований составляющие состояния территориальной системы ОМС могут быть использованы в качестве ключевых точек медико-социологического мониторинга системы ОМС.

## **2.2. Принципы построения выборочной совокупности и социально-демографическая характеристика пациентов, принявших участие в опросе**

Качество медико-социологической информации в значительной степени зависит от обоснованности

принципов и критериев, используемых на этапе проектирования выборочной совокупности. При проектировании выборки для настоящего исследования были заложены следующие критерии репрезентативности: административный округ; возраст респондентов (трудоспособный или старше трудоспособного); пол; тип поликлиники (опросы проводились в АПУ города).

Первые три критерия позволили соблюсти репрезентативность выборки относительно генеральной совокупности. Последний критерий обеспечил представительство в исследовании пациентов, прикрепленных к разным по уровню качества медицинских услуг поликлиникам города. Для этого в каждом округе необходимо было провести опрос в трех поликлиниках на основании критериев качества: полнота представления в данной поликлинике спектра услуг, входящих в программу ОМС; диагностические процедуры (флюорография, спектр анализов, УЗИ, рентген и т. п.); лечебно-профилактические процедуры (физиотерапия, лечебная физкультура и др.); укомплектованность штата врачей; санитарно-гигиеническое состояние; оснащенность техникой; качество медицинского обслуживания (при наличии подобных показателей).

Таким образом, в каждом округе были выбраны 3 поликлиники:

- 1-я поликлиника: максимальный набор медицинских услуг, максимальное количество специалистов по наибольшему количеству направлений, чистота внутренних помещений (возможно, недавний ремонт), разнообразное современное диагностическое оборудование;

- 2-я поликлиника: минимальный набор медицинских услуг, поликлиника давно не ремонтировалась, проведение анализов, УЗИ, флюорографии, рентгена невозможно или затруднено, для получения консультации у специалиста необходимо направление в другое медицинское учреждение и т. п.;

- 3-я поликлиника: находится на среднем уровне, что-то в ней представлено (например, специалисты), что-то находится на низком уровне (например, плохие санитарно-гигиенические условия).

Всего было опрошено 424 человека, из них 142 мужчины и 282 женщины. Более половины (62,9%) опрошенных состояли в браке, 36,8% были одиночками. Такой низкий процент состоящих в браке обусловлен большим количеством студентов и пенсионеров. Общее количество людей с высшим образованием самое высокое (41,8%) в сравнении с любым другим уровнем образования. Почти треть (28,4%) опрошенных имеют среднее специальное образование. Из общего числа респондентов количество людей, имеющих начальное или неполное среднее образование, составило всего 2,9%.

По социальному статусу среди опрошенных оказалось больше всего ИТР, служащих (35,4%), также достаточно много было пенсионеров (30,4%), из них 52,0%, находясь на пенсии, прекратили трудовую деятельность, а 48,0% продолжали работать. Почти десятая часть (11,5%) были рабочими.

Оценивая материальное положение своей семьи по отношению к минимальному прожиточному уровню (в Москве в период проведения исследования он составлял 5688 рублей на одного человека), 5,0% опрошенных (в том числе почти половина пенсионеров) указали, что оно ниже или едва достигает размера прожиточного минимума, у 17,2% опрошенных среднедушевой доход находился на уровне прожиточного мини-

му и выше, у трети (32,7%) — приблизительно в 2 раза больше прожиточного минимума, у 19,0% — в 3 раза больше прожиточного минимума, у 25,1% доходы на одного члена семьи в 3,5 раза и более превышали средний прожиточный минимум по Москве.

Описывая основные характеристики опрошенных, следует упомянуть частоту контактов с системой здравоохранения. Респонденты, наиболее часто посещающие АПУ, могут выступить в качестве контрольной группы. Они, часто контактируя с медицинскими учреждениями, могут быть лучше осведомлены о процессах, происходящих как в АПУ, к которому прикреплены, так и в здравоохранении в целом. Основная масса (44,2%) опрошенных бывает в АПУ не чаще чем 1—2 раза в год. Почти треть (30,3%) посещают поликлинику приблизительно 1 раз в месяц, 16,3% — примерно 1 раз в год. В контрольную группу войдут 9,2% респондентов, посещающих АПУ несколько раз в месяц, а пятая часть контактирует с системой здравоохранения вообще несколько раз в неделю.

### 2.3. Основные элементы медико-социологического мониторинга

*Динамика процессов, происходящих в системе здравоохранения и медицинском страховании.* В ходе исследования респондентам было предложено оценить изменения, произошедшие в системе ОМС за последние 5 лет по таким показателям, как качество медицинской помощи, организация оказания медицинских услуг, взаимоотношения врач—пациент, а также высказать свое отношение к действующей системе ОМС и реформам, проводимым в здравоохранении в рамках реализации национального проекта "Здоровье".

Анализ показал, что положительную динамику качества медицинской помощи отмечают 17,9% респондентов. По мнению 32,9% опрошенных в течение последних 5 лет качество медицинской помощи стало "в чем-то лучше, в чем-то хуже". Каждый четвертый (24,5%) не отметил никаких изменений, и только 15,3% считают, что произошедшие изменения носили негативный характер.

Аналогичным образом распределились мнения респондентов относительно изменений, произошедших за последние 5 лет в организации оказания медицинских услуг: 18,4% отметили явные улучшения, 23,3% — "в чем-то лучше, в чем-то хуже", почти треть опрошенных (29,1%) считают, что ничего не изменилось, и 10,9% отметили ухудшение.

Что касается динамики отношений между врачом и пациентом, то подавляющее большинство (35,9%) респондентов не отметили никаких изменений, пятая часть (20,9%) считает, что стало в чем-то лучше, в чем-то хуже, 16,7% опрошенных отмечают положительную динамику и 7,7% думают, что стало хуже.

Более детальный анализ социологической информации показал, что контрольная группа (сформирована из респондентов, посещавших АПУ несколько раз в месяц) за последние 5 лет отметила положительную динамику качества медицинской помощи (28,2%), процесса организации оказания медицинской помощи (32,5%), взаимоотношений в системе врач—пациент (27,1%).

Изучая отношение к системе ОМС, выявили, что положительно относятся 41,7% опрошенных, тогда как доля респондентов, затруднившихся ответить на этот вопрос, достаточно высока (47,8%). Это свидетельствует о низком уровне информированности пациентов о процессах, происходящих в системе ОМС.

В результате реализации национального проекта "Здоровье" половина опрошенных существенных изменений в здравоохранении не увидела, а больше трети респондентов считают, что ситуация должна улучшиться.

Подводя итог, следует отметить, что за последние 5 лет значительных изменений качества медицинской помощи, организации оказания медицинских услуг, взаимоотношений между врачом и пациентом не произошло. Вместе с тем наблюдается положительная тенденция: по всем показателям доля респондентов, позитивно оценивших произошедшие изменения, в 2 раза превышает долю тех, кто отмечает исключительно негативные перемены; преобладает также число позитивных оценок у респондентов, посещавших АПУ чаще других.

*Удовлетворенность населения отдельными составляющими организации медицинской помощи и качества предоставляемых услуг.* С целью изучения состояния процесса оказания медицинской помощи в АПУ Москвы респондентам было предложено, используя пятибалльную шкалу, оценить работу своей поликлиники по следующим параметрам: уровень лечебно-профилактических процедур, диагностических процедур, оснащенность техникой, наличие врачей-специалистов, график работы врачей, санитарно-гигиенические условия.

Анализ показал, что опрошенные достаточно высоко оценивают работу своего АПУ: доля респондентов, давших оценки "отлично" и "хорошо", колебалась от 43,4% (показатель "оснащение техникой") до 68,4% (показатель "уровень лечебно-профилактические процедуры"). Суммарные оценки "плохо" и "очень плохо" были минимальными: от 1,9% (показатель "уровень лечебно-профилактических процедур") до 12,5% (показатель "оснащение техникой"). Оценка по всем показателям также оказалась высокой: лечебно-профилактические процедуры — 4,1; диагностические процедуры — 4,1; санитарно-гигиенические условия — 4,0; наличие врачей-специалистов — 4,0; график работы врачей — 3,9; оснащенность техникой — 3,4.

При достаточно высоких оценках основных показателей организаторам здравоохранения следует обратить особое внимание на оснащенность АПУ современной техникой, укомплектованность врачами-специалистами и оптимизацию графика работы врачей.

После ответов на блок вопросов, посвященных изучению удовлетворенности опрошенных организацией процесса оказания медицинской помощи, респондентам было предложено в открытой форме высказать свои пожелания относительно изменений в работе своей поликлиники. Респонденты отметили: "уменьшение очередей"; "оснащение поликлиники большим количеством специалистов как узкого, так и широкого профиля"; "увеличение возможности проведения более глубоких исследований"; "улучшение отношения врача к пациенту"; "обеспечение специалистов компьютерными технологиями"; "обеспечение врачей служебным транспортом"; "благоустройство внутреннего убранства поликлиники".

*Платная медицинская помощь.* Мнение респондентов о платных медицинских услугах таково: почти четверть опрошенных (в основном пенсионеры) ответили, что никогда не пользовались услугами платных медицинских учреждений. При этом более половины (53,1%) опрошенных не поддерживают развитие част-

ной системы здравоохранения, почти треть (32,1%) затруднились ответить на данный вопрос и только 14,8% респондентов одобряют существование платной медицины. Ответы респондентов на данный вопрос коррелируют с материальным положением и возрастом опрошенных: максимальный удельный вес поддерживающих частную систему здравоохранения в более молодых возрастных категориях и среди респондентов с высоким среднедушевым уровнем доходов, минимальный — среди самых старших возрастных групп и лиц с минимальными доходами.

Почти половина (47,5%) опрошенных уверены, что платные медицинские услуги являются залогом высокого качества медицинской помощи. Вместе с тем 86,3% респондентов считают, что предоставление бесплатной медицинской помощи — это обязанность государства. 89,4% отметили, что государство должно обеспечить всем оказание минимальной медицинской помощи, а граждане, которые хотят получить больше услуг, помимо необходимых, могут их оплачивать дополнительно.

Из числа опрошенных только 11,8% имели полис добровольного медицинского страхования (ДМС). Следует отметить, что в настоящее время, как и 10 лет назад, ДМС доступно для незначительной части москвичей (по данным медико-социологического мониторинга МГФОМС в 2000 г. удельный вес тех, кто пользовался медицинскими услугами по программам ДМС, составлял 12,3%). Среди владельцев полисов ДМС в основном люди трудоспособного возраста, имеющие постоянную работу (91,7%), почти для половины из них полисы ДМС приобрели работодатели. Основными причинами, побудившими респондентов пользоваться медицинскими услугами в рамках программ ДМС стали: отсутствие очередей (29,4%), более высокий уровень профессионализма (26,6%), более внимательное отношение к пациентам (20,6%), большой спектр специалистов (11,8%), использование новейших технологий в диагностике и лечении (8,8%).

*Поддержка работодателями при получении медицинской помощи.* На момент опроса работающими были 74,9% респондентов, 44,7% из них работодатели оказывают поддержку при получении медицинской помощи (73,0% предоставляют санаторно-курортное лечение, 31,8% осуществляют ДМС сотрудников, 26,9% частично оплачивают оказание медицинской помощи, 30,2% имеют на предприятии ведомственные медицинские учреждения или медицинские пункты).

Воспользовались поддержкой работодателя при получении медицинской помощи только 58,7% работающих, в том числе поликлиникой (включая стоматологию) — 89,2% опрошенных, медицинским учреждением предприятия — 18,9%, санаторием или медицинским центром — 37,8%.

*Использование застрахованными собственных средств для оплаты медицинских услуг, проблема "теневых платежей".* Анализ показал, что подавляющее большинство (58,8%) респондентов не готово участвовать в соплатах и почти четверть (23,9%) затруднились ответить на этот вопрос. В эту категорию вошли пенсионеры и опрошенные с низким уровнем среднедушевых доходов.

Удельный вес респондентов, склонных к участию в соплате, составляет всего 17,3%, из них 28,6% могут потратить на соплаты сумму в пределах 2000—3000 руб. в год, 24,3% готовы израсходовать 3000—4000 руб., 20,0% могут истратить от 4000 руб. и более.

Чуть более четверти (27,1%) респондентов, ответивших положительно на вопрос о готовности к соплате, не могут себе позволить большие материальные траты: 15,7% готовы расходовать от 1000 до 2000 руб., а 11,4% — менее 1000 руб. в год.

Особый интерес для исследования представляет проблема "неофициальных теневых платежей". Почти половина (48,2%) респондентов подтвердили, что тратили средства из семейного бюджета на "благодарность" медработникам при получении медицинской помощи. Исследование подтвердило, что такой своего рода "соплатеж" на сегодня существует. Вместе с тем масштабы данного явления в 2010 г. статистически значимо меньше, чем в начале 2000-х годов (по данным опроса МГФОМС, проведенного в 2000 г., с "теневыми платежами" сталкивались 69,1% опрошенных).

Следует отметить, что инициаторами "благодарности" в большинстве случаев (66,8%) выступают сами пациенты и только треть случаев (33,2%) "теневых платежей" связана по сути с вымогательством со стороны медицинских работников.

Данные медико-социологического мониторинга свидетельствуют о распространенности такого явления, как "благодарность" медицинским работникам со стороны пациентов. Именно так следует называть это явление, поскольку инициатива в подавляющем большинстве случаев исходит именно от потребителя медицинской услуги и в редких случаях связана со злоупотреблениями со стороны медицинского персонала. Пациенты готовы выражать материально свою "благодарность" непосредственно медицинскому работнику и совершенно не готовы официально принимать участие в соплатах за медицинскую помощь.

Как показывает практика, для эффективного решения проблем здравоохранения и системы ОМС необходимо четкое представление о состоянии здоровья населения в конкретном регионе и качестве предоставляемой медицинской помощи в конкретных медицинских организациях.

Только при условии создания банка данных единого информационного пространства на основе данных медико-социологического мониторинга становится возможным осуществление оперативной оценки и дальнейшее прогнозирование развития системы здравоохранения с целью контроля, анализа и последующего принятия решений по управлению конкретными медицинскими организациями и территориальной системой ОМС.

*Ключевые слова:* *территориальная система обязательного медицинского страхования, застрахованные, страхователи, страховые медицинские организации, медицинские организации, медико-социологический мониторинг, качество медицинской помощи, платная медицинская помощь, соплаты, "теневые платежи"*

The sociology of mandatory medical insurance: Part 1.

A.V. Reshetnikov

The research institute of sociology of medicine, health economics and medical insurance, Moscow

The practice experience proves that to effectively resolve health and medical insurance problems an accurate interpretation of population health in a specific region and quality of medical care in specific medical organizations is needed. The implementation of operational evaluation of health system development is possible only under the conditions of foundation of integrated information field data bank. The analysis and further decision making concerning the management of specific medical institutions and territorial health care system proceed.

*Key words:* *territorial system of mandatory medical insurance, insured person, insurer, insurance medical organization, medical*

*organization, medical sociological monitoring, quality of medical care, paid medical care, joint payment, "twilight payment"*

#### ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства Москвы от 25.10.2011 г. № 494-ПП "Об утверждении Положения о Московском городском фонде обязательного медицинского страхования". — М., 2011.
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.01.2011 № 15н "Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования". — М., 2011.
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н "Об

утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 10.08.2011 № 897н). — М., 2011.

4. Решетников А. В. Процессное управление в социальной сфере: Руководство. — М., 2001.
5. Решетников А. В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. — М., 2003.
6. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 30.11.2011 г.) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". — М., 2011.

Поступила 23.03.12

© Ю. П. ЛИСИЦЫН, 2012  
УДК 61:001.8

Ю. П. Лисицын

### ТРИЕДИНАЯ МЕДИЦИНА

В научной литературе и в учебно-методических изданиях, в том числе в энциклопедиях, справочниках и других источниках, медицина всесторонне рассматривается как естественнонаучная дисциплина. Имеется обширная литература, посвященная содержанию, истории понятия, связям медицины с другими науками и отраслями знаний, но в обыденной жизни, в представлении большинства населения она определяется и понимается просто как наука и практика лечения заболеваний. При этом почти никто не обращает внимания, что это одностороннее представление о медицине, исторически сформировавшееся как основная ее парадигма, без других ее составляющих, в том числе профилактики и того ее раздела, который был назван санологией (Ю. П. Лисицын). Об этих сторонах медицины и пойдет далее речь, поскольку о ней как о лечебной отрасли известно достаточно. Итак, забегая вперед, сразу же постараюсь определить модель или структуру этой отрасли знаний и практики.

Никто, надеюсь, не будет возражать против определения содержания медицины, включающего патологию, профилактику заболеваний и их лечение. Здесь, по-видимому, излишне доказывать эти понятия: патология складывается из научно обоснованных взглядов о причинах заболеваний (этиологии), механизмах их возникновения и формирования (патогенезе), способах и методах лечения и определения прогноза и восстановления утраченного здоровья — реабилитации. Именно изучение этих составляющих патологии, их практического значения и соответствующих способов избавления от нее составляло (и до сих пор составляет) основу понимания содержания медицины со времен глубокой древности.

Что же касается ее другой стороны — профилактики заболеваний, то о ней стали судить позже, хотя, по-видимому, никому еще не удалось более или менее точно определить, когда, с какого исторического периода профилактику стали рассматривать и оценивать как немаловажную составную часть медицины — медицинской науки и практики предупреждения заболеваний. Хотя из истории известны высказывания о важности недопущения возникновения и развития болезней.

Наверное, трудно приводить бесспорные доказательства профилактики, ее приемов и методов у людей

первобытной общины, хотя какие-то меры по предупреждению заболеваний как вмешательства потусторонних сил, гнева Богов, природных катаклизмов и т. п. в первобытном обществе и в последующем в древних государствах предпринимались, но они не имели причинно-обусловленного, системного характера.

Лишь с развитием цивилизации в древних Греции, Риме, Китае, Египте и других странах высказывались взгляды о значении мер, предупреждающих болезни. Но в основном они ограничивались предохранением от инфекционных, паразитарных заболеваний, соблюдением примитивных гигиенических правил (чистоты тела, питания, защиты от неблагоприятных климатических факторов и пр.). Научными, т. е. основанными на наблюдениях и опыте, в строгом смысле слова такие меры назвать трудно. Обычно гигиенические, профилактические рекомендации имели общественный, а обращенные к персоналиям — личный характер со стороны медиков, а подчас монахов и других лиц вплоть до представителей так называемой народной медицины. Известны даже рукописные источники, в которых выдвигались гигиенические, профилактические советы и требования (Нейдзин, Китай; Сушрута, Индия; папирус Эберса, Египет; Гиппократ, Греция, и др.).

Развитие профилактических, гигиенических знаний и навыков продолжается в средние века и в позднейший период. Но и они также были обращены к отдельным лицам, за исключением, может быть, попыток введения карантина в Европе и санитарных кодексов в некоторых городах. И в это время вплоть до середины XIX века профилактических мер в общегосударственном масштабе не принимали, хотя подчас обнародовались рескрипты, кодексы, обязывающие соблюдать профилактические, главным образом противоэпидемические, меры. Следовательно, профилактическое направление медицины не могло быть общей стратегией борьбы с заболеваниями. Не могло быть такого направления еще и потому, что отдельные меры предупреждения заболеваний не базировались на бесспорных научных данных о причинах инфекционных, эпидемических и других болезней. Лишь с открытием микроорганизмов в этиологии заболеваний появилась возможность определять эффективные меры как базы профилактического направления в масштабах государств. Однако до Октябрьской революции в России условий для реализации профилактического направления в масштабе страны не было.

Ю. П. Лисицын — д-р мед. наук, проф., акад. РАМН (935-30-37).