

Итоговый отчет по проекту

РОЛЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И УВЕЛИЧЕНИИ РАВЕНСТВА ДОСТУПА К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА)

И.Н. Баранов

Т.М. Скляр

Санкт-Петербургский государственный университет

Аннотация проекта

Настоящий проект был реализован в 2002 — 2003 гг. при поддержке Независимого института социальной политики. Целью проекта было изучение воздействия страховых медицинских организаций (СМО) Санкт–Петербурга на качество медицинской помощи и обеспечение ее доступности. При этом Санкт-Петербург рассматривался как регион, на примере которого могут быть оценены результаты функционирования страховой модели организации обязательного медицинского страхования (ОМС) и сделаны выводы относительно наличия недостатков самой модели, предписанной федеральным законодательством, и ограничений, вызванных решениями региональных властей.

В рамках проекта показано влияние действующей в Санкт-Петербурге страховой модели ОМС на объем и качество предоставляемых медицинских услуг, поведение населения, страховых компаний и медицинских учреждений различных типов.

Информационную базу исследования составили телефонный опрос населения, серия глубинных интервью с руководителями медицинских учреждений и официальные данные Комитета здравоохранения Администрации Санкт-Петербурга.

Основной вывод проведенного исследования заключается в том, что страховая модель ОМС обладает значительным потенциалом воздействия на качество и доступность медицинских услуг. Этот потенциал не может быть реализован в полной мере в рамках имеющихся ограничений на функционирование рынка медицинского страхования и рынка медицинских услуг, связанных с решениями региональных властей. При формальной возможности использовать целый набор инструментов защиты своих прав, население предпочитает компенсировать некачественное обслуживание в системе ОМС приобретением полиса добровольного медицинского страхования и, в подавляющем числе случаев, прямой оплатой медицинских услуг (официальной и теневой). Население рассматривает ДМС и прямую оплату как альтернативные возможности получения услуг требуемого качества. Качество при этом рассматривается в основном с точки зрения уровня обслуживания – отсутствия очередей, вежливости персонала, внимания к

пациенту, а не квалификации врачей. Доступность также оценивается населением как возможность получения необходимых врачебных консультаций и лечения без существенных затрат времени и при высоком уровне сервиса. Исследование показало, что с ростом доходов населения во все большей степени будет происходить сдвиг предпочтений от прямой оплаты медицинских услуг к приобретению полисов ДМС.

Цель, задачи, гипотезы исследования

Цель проекта: изучение воздействия страховых медицинских организаций (СМО) Санкт–Петербурга на качество медицинской помощи и обеспечение ее доступности.

Изучение методов и результатов работы СМО в Санкт–Петербурге представляет особый интерес. Санкт-Петербург является одним из немногих крупных российских городов, где обязательное медицинское страхование (ОМС) организовано в точном соответствии с предписанной федеральным законодательством страховой моделью. На рынке услуг ОМС действует 25 СМО, из них 24 – частные и еще одна компания в настоящее время акционирована и готовится к приватизации (эта компания – единственная, созданная при участии городской администрации). Резкий рост числа СМО (с 7 до 25) произошел за последние три года, с момента перехода в январе 2000 года на соответствующий федеральному закону «О медицинском страховании» территориально-производственный принцип ОМС. Между страховыми компаниями существует конкуренция, и при этом, что естественно для крупных городов, имеются предпосылки для развития конкуренции между учреждениями здравоохранения.

Таким образом, Санкт-Петербург может рассматриваться как своеобразный «полигон» для проверки работоспособности страховой модели ОМС и выявления проблем, связанных с ее применением. При этом проблемы следует разделить на вызванные недостатками самой конструкции системы ОМС и связанные с используемыми на уровне регионов механизмами взаимодействия субъектов системы медицинского страхования (застрахованные, страхователи, страховщики, медицинские учреждения, территориальный фонд ОМС). Первая группа проблем должна быть адресована федеральным органам власти, в то время как вторая целиком вызвана действиями региональных властей.

Оценка страховой модели ОМС, по сути, сводится к ответу на вопрос, содействуют ли страховые медицинские компании повышению качества предоставляемых населению медицинских услуг и обеспечению доступа всех слоев населения к получению медицинской помощи. Оценка деятельности СМО должна учитывать различные аспекты

их работы: взаимоотношение со страхователями, взаимодействие с медицинскими учреждениями, методы привлечения страхователей, инструменты защиты прав застрахованных и т.п. В рамках проекта собиралась информация и проводился анализ по всем перечисленным направлениям.

Основные гипотезы и задачи исследования

Основными инструментами защиты прав клиентов СМО являются:

- предоставление клиентам информации о медицинских учреждениях, помощь в выборе медицинского учреждения и врача;
- экспертиза качества и эффективности проведенного лечения;
- защита прав клиентов в судебном и внесудебном порядке.

В процессе исследования предполагалось выяснить, какими из перечисленных инструментов пользуются СМО, и в какой степени каждый из инструментов позволяет СМО получить и сохранить положение на рынке. Предполагалось, что в настоящее время СМО чаще всего используют экспертизу качества лечения, поскольку проведение экспертиз является обязательным для страховой компании. При этом оценка эффективности лечения с точки зрения минимизации затрат проводится крайне редко. Это, в свою очередь, связано с тем, что финансовое положение СМО мало связано с эффективностью лечения, а определяется, по сути, в основном размером предписанной законодательством доли средств на ведение дела.

Наряду с исследованием отдельных инструментов защиты прав застрахованных с позиций СМО, опрос населения и интервью с руководителями медицинских учреждений должен был показать предпочтительности и эффективности использования этих инструментов.

Следующая задача была связана с определением того, как население компенсирует неудовлетворенность качеством обслуживания в СМО. Предполагалось, что в данном случае могут использоваться следующие модели поведения:

- переход в другую СМО;
- приобретение полиса добровольного медицинского страхования (ДМС);
- прямая оплата медицинских услуг с разделением на официальные платежи и неофициальные платежи.

Согласно первоначальной гипотезе население не имеет стимулов перехода в другую СМО в силу отсутствия дифференциации между страховыми компаниями и использует в основном прямую оплату как способ получения доступа к качественным медицинским услугам.

Далее планировалось определить, какие виды медицинских услуг население предпочитает получать за счет ОМС (т.е. с оплатой через СМО), ДМС и прямой оплаты. Должны были быть проверены следующие гипотезы относительно того, почему население предпочитает компенсировать те или иные названные выше виды услуг за счет прямой оплаты и ДМС, а не ОМС:

- незначительная дифференциация качества предоставляемых услуг страховыми медицинскими организациями;
- отсутствие ряда услуг в сфере ОМС (формальное и неформальное);
- неполное покрытие расходов на лечение;
- относительно высокие, в сравнении с возможными выгодами, издержки перехода в другую СМО (издержки перехода связаны не только с поиском информации об уровне обслуживания, но и с перезаключением контрактов на страхования, заключаемых с СМО предприятиями или местными органами власти).

В заключение предполагалось проверить гипотезы относительно факторов, влияющих на выбор населения между прямой оплатой медицинских услуг и приобретением полиса ДМС. В настоящее время предпочтение отдается прямой оплате, случаи приобретения полисов ДМС частными лицами относительно редки. Такая ситуация могла быть связана с тем, что:

- полис ДМС может стоить дороже, чем прямая оплата услуг (следует отдельно сравнить формальный и неформальный уровень оплаты);
- население предпочитает получать минимальный уровень услуг бесплатно в рамках ОМС, а дополнительно оплачивать напрямую сервисные услуги и возможность получения услуги более высокого качества, что сопоставимо со стоимостью полиса ДМС.

Таким образом, задачами исследования были:

- Определение предпочтительных с точки зрения СМО инструментов защиты прав застрахованных лиц, стоимости использования отдельных инструментов, системы стимулов к использованию тех или иных инструментов, вызванной действующим законодательством и процедурами регулирования.
- Оценка эффективности использования отдельных инструментов с точки зрения медицинских учреждений. Определение возможных направлений повышения качества и эффективности лечения за счет изменения порядка и условий взаимодействия учреждений здравоохранения и СМО.
- Определение того, как группы населения с различным уровнем дохода пытаются получить доступ к более качественному обслуживанию, какие виды медицинских

услуг население предпочитает получать за счет ОМС, ДМС и прямой оплаты, действием каких факторов определяется выбор населения между различными способами получения медицинской помощи.

- Оценка уровня информированности населения о возможностях получения более качественных услуг в системе ОМС. Определение направлений повышения эффективности защиты прав клиентов для СМО.

В конечном счете, основным результатом исследования должен быть ответ на вопрос, возможно ли возникновение или усиление стимулов к повышению качества лечения и повышению уровня доступности качественной медицинской помощи за счет развития конкуренции на рынке страховых медицинских компаний и рынке медицинских услуг.

Обзор литературы

По теме исследования опубликован целый ряд работ, которые для наших целей можно разделить на три группы: работы, посвященные реформированию системы организации и финансирования здравоохранения в целом, публикации по проблемам организации системы ОМС, работы по отдельным аспектам работы страховых медицинских организаций.

К *первой группе* можно отнести всесторонние исследования направлений реформирования здравоохранения, представленные в монографиях С.Шишкина и И.Шеймана [Шишкин С.В. Реформа финансирования российского здравоохранения. М., 2000]; [Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. М., 1998], а также в статьях этих авторов. Различные сценарии изменения соотношения источников финансирования системы здравоохранения, а также приведение в соответствие возможностей финансирования за счет средств бюджета и ОМС с объемам государственных гарантий по предоставлению бесплатной медицинской помощи обсуждаются, например, в [Шишкин С.В. Дилеммы реформы здравоохранения// Вопросы экономики, 1998, №3, с.90-104] и [Шишкин С.В. Проблемы финансирования здравоохранения в России// Научные доклады по проблемам государственного и муниципального управления, 2000, №17].

В настоящее время в связи с переходом к системе медико-социального страхования среди специалистов широко обсуждается идея использования опыта организаций управляемой медицинской помощи, получивших широкое распространение в США, начиная с 70-х гг. XX века. Основной чертой организаций управляемой медицинской помощи является наличие системы менеджмента для наблюдения и контроля над транзакциями между врачом и пациентом. Организации управляемой медицинской

помощи представляют собой посредников, заключающих контракты с застрахованными (или их работодателями и государственными программами), с одной стороны, и поставщиками медицинских услуг, с другой стороны. В целом программы управляемой помощи представляют собой систему интеграции финансирования и обеспечения медицинскими услугами. Обзор литературы по этому вопросу представлен в статье Р.Миллера и Х.Луфта [Miller R.H., Luft H.S. Managed Care Performance Since 1980: A Literature Analysis // Journal of the American Medical Association 271 (May 18, 1994), pp. 1512-1519]. Детальное исследование модели управляемой медицинской помощи, а также анализ возможностей ее применения в российском здравоохранении содержится в уже упоминавшейся монографии И.М. Шеймана [Реформа управления и финансирования здравоохранения. М., 1998, с.87-139, 306-336].

Взаимодействие между медицинскими учреждениями, страховыми компаниями и органами государственной власти осуществляется путем заключения контрактов. Виды используемых контрактов и способы их заключения оказывают существенное воздействие на создание стимулов к повышению качества оказываемой медицинской помощи. Анализу влияния контрактации на качество медицинских услуг посвящено множество работ зарубежных авторов. Среди обобщающих работ по этим вопросам, опубликованных в последнее время, следует назвать [Flynn R., Williams G. Contracting for health. Oxford University Press. 1997] и [Walsh K., Deakin N. et al. Contracting for Change. Contracts in Health, Social Care, and Other Local Government Services. Oxford University Press. 1997].

Относительно меньшее внимание пока уделяется добровольному медицинскому страхованию и прямой оплате медицинской помощи со стороны населения. В тоже время именно оплата медицинских услуг гражданами позволяет понять, каким именно образом и в какой объеме население финансирует более высокое качество оказываемой помощи. Одна из последних по времени оценок расходов населения на медицинскую помощь дается в статье [Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. Расходы населения на медицинские услуги (по результатам социологического мониторинга)// Экономика здравоохранения, №7, 2000, С.45-50].

Ко второй группе работ, посвященных анализу системы ОМС, можно отнести обзор этапов развития этой системы, приведенный в [Дмитриев М., Потапчук Е., Салатхутдинова С., Соловьева О., Шишкин С. Становление системы ОМС в России / Реформирование некоторых отраслей социальной сферы России. Гл.4., М., 1999]. Анализ институциональных условий эффективной деятельности страховщиков в ОМС содержится в работах С.В. Шишкина [Реформа финансирования российского здравоохранения. М,2000], [Проблемы и возможные сценарии развития системы

медицинского страхования// *Здравоохранение*, №5, 1999, С.53-61]. Социальным аспектам системы ОМС посвящена книга А.В. Решетникова [Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. М.,1998].

К *третьей группе* относятся работы, посвященные отдельным аспектам деятельности страховых медицинских организаций. Описание деятельности СМО в системе обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга, включающее подробный анализ деятельности СМО по контролю качества предоставляемых медицинских услуг путем проведения врачебных экспертиз, дается в книге Вишнякова Н.И. и Малышева М.Л. [Роль страховых медицинских организаций в повышении качества стационарной медицинской помощи. СПб., 2000]. В данной работе по результатам исследований, проведенных в 1998 году, показано, что, во-первых, уровень активности населения в случаях некачественного лечения чрезвычайно низок (на 750 тыс. застрахованных в одной из СМО пришлось лишь 150 обращений граждан, из которых только 38 были признаны обоснованными и лишь 11 из них были связаны с качеством лечения), и, во-вторых, СМО практически не применяют экономических рычагов воздействия на качество лечения, путем взыскания ущерба у медицинских учреждений, расторжения контрактов при низком уровне обслуживания населения и т.д. Вопросы защиты прав застрахованных освещаются в статье Азарова А.В. [Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях ОМС // *Экономика здравоохранения*, №7, 2000].

Несмотря на наличие множества работ по проблемам функционирования системы ОМС, ни в одном из регионов не проводился комплексный анализ поведения населения, страховых компаний и медицинских учреждений при заданных институциональных схемах организации системы ОМС. Именно на основе такого анализ можно понять, какие инструменты влияния на качество и доступность медицинских услуг имеют СМО, как эти инструменты влияют на работу медицинских учреждений различных типов (поликлиник и стационаров), и, наконец, каким образом население компенсирует недостаточное качество услуг, предоставляемых в системе ОМС. Проведенные другими исследователями опросы населения и интервью с руководителями медицинских учреждений были посвящены теневым платежам в системе здравоохранения, оценке расходов на лекарственные средства и ряду других проблем, но не поведению на рынке медицинских и страховых услуг, выбору различных инструментов защиты своих прав и способам получения качественной медицинской помощи. В этом отношении данный проект существенно отличается от ранее проведенных в области экономики здравоохранения.

Методология исследования

В качестве информационной базы исследования использовались:

- телефонный опрос населения Санкт-Петербурга (1502 человека, репрезентативная выборка по основным социально-экономическим показателям);
- глубинные интервью с руководителями 18 медицинских учреждений различных типов и страховых медицинских организаций;
- официальная информация о системе здравоохранения города Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга;
- публичная финансовая отчетность учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга за I полугодие 2002 года.

В рамках проекта в октябре 2002 г. компанией «О+К» был проведен телефонный опрос населения Санкт-Петербурга. Опросный лист представлен в приложении 1. В общей сложности были опрошены 1502 человека, при этом квотировались параметры распределения по полу, возрасту, уровню дохода, наличию работы. Квоты по полу, возрасту и наличию работы отражают распределение населения Санкт-Петербурга.

Распределение респондентов по возрасту показано на рис. 1.

Квоты по уровню дохода устанавливались для проведения опроса по проекту с целью более полно представить позиции и предпочтения домохозяйств с низким, средним и высоким доходом. Таким образом, выборка смещена в сторону высокодоходных групп. Распределение респондентов по уровню дохода представлено в табл. 1.

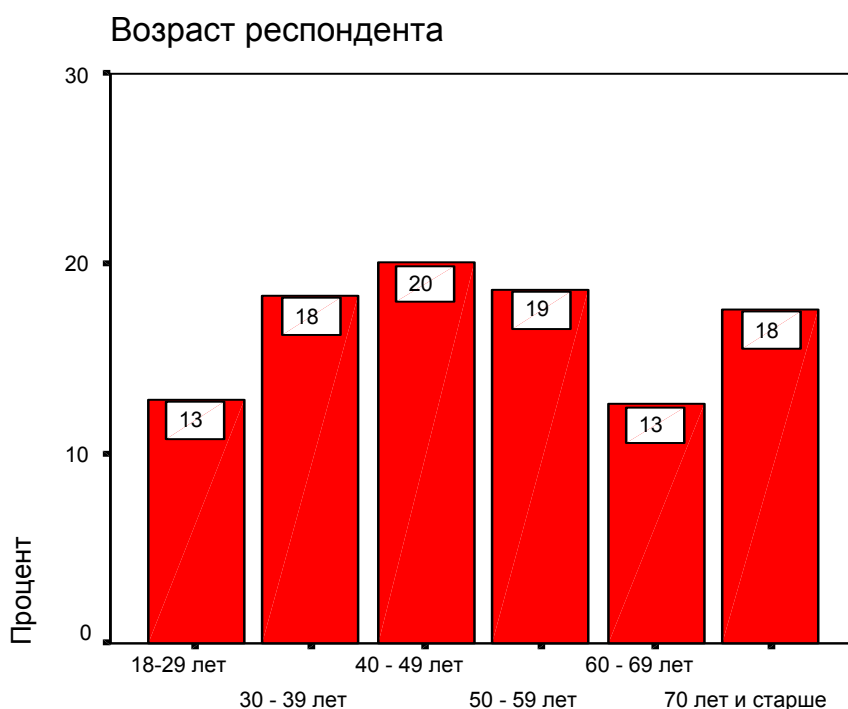


Рис. 1. Распределение респондентов по возрасту.

Вследствие смещенности выборки по доходу, в числе опрошенных преобладают люди с высшим (40 %) и средним специальным образованием (34%). Доля работающих среди респондентов составляет 60,4 %, не работают 39%, в том числе 22 % опрошенных (54,7 % неработающих) составляют пенсионеры. Работают чаще всего два члена семьи (42%). Среди работающих в основном представлены служащие и специалисты (по 28%), а также рабочие (25%).

Таблица 1
Распределение опрошенных по уровню дохода на 1 члена семьи

Уровень дохода	Доля респондентов, %
Менее 2000 руб.	25,4
От 2001 до 3000 руб.	24,5
От 3001 до 5000 руб.	17,8
От 5001 до 10000 руб.	11,4
Более 10000 руб.	5,2
Трудно сказать \ отказ отвечать	15,7

Не имеют семьи 13% опрошенных, 23% живут в семье из двух человек, 32 % – в семье из 3 и 19 % – в семье из 4 человек. В 59 % семей нет детей младше 15 лет, в 32% семей есть один ребенок до 15 лет. В 38 % семей есть один взрослый неработающий член семьи, в 18% семей – двое.

Кроме телефонного опроса населения была проведена серия глубинных интервью с руководителями медицинских учреждений и страховых медицинских организаций. Из 25 страховых медицинских компаний, работающих на рынке ОМС, только две не занимаются добровольным медицинским страхованием (ДМС).

В общей сложности были проведены 18 глубинных интервью – по шесть с руководителями амбулаторно–поликлинических учреждений и стационаров, и шесть – с руководителями страховых компаний (перечень приведен в приложении 2, схемы интервью – в приложении 3).

В числе медицинских учреждений были выделены учреждения системы ОМС и платные медицинские организации, медицинские учреждения федерального и городского подчинения. Кроме того, были представлены организации – «лидеры» по уровню обслуживания и участию в экономических экспериментах, а также больницы и поликлиники со средним уровнем обслуживания. Выделение «лидеров», проведенное экспертным путем на начальном этапе проекта, нашло подтверждение в интервью руководителей как медицинских учреждений, так и страховых компаний.

Для проведения интервью были выбраны страховые компании – «лидеры» по числу застрахованных (более 250 тыс. человек) и компании, имеющие незначительный

контингент (несколько десятков тысяч человек). В выборке представлена страховая компания с иностранным участием и компания, работающая только в системе ОМС.

Результаты исследования

Результаты анализа: поведение населения на рынке медицинских услуг

Наличие полисов обязательного и добровольного медицинского страхования

Исследование показало высокую, хотя и не всеобщую, включенность граждан в систему обязательного медицинского страхования. Подавляющее большинство респондентов имеет страховой полис ОМС (94%), но не знают в какой компании (77%). Чаще всего называют номер поликлиники, в большей степени это характерно для пожилых граждан и низкодоходных групп респондентов. Из общего числа граждан, имеющих полис ОМС, 72 % получили полис в поликлинике и 32 % на работе, (сумма превышает 100 %, поскольку часть респондентов получила два полиса – по месту жительства в поликлинике и по месту работы). Доля лиц, получавших полис на работе, существенно выше в возрастной группе 50–59 лет (43 %), в высокодоходной группе (45%), и среди имеющих полис ДМС (58%), чем среди пожилых людей и групп с низким доходом (23%). Среди людей старше 70 лет подавляющее большинство получило полис через поликлинику (90%).

Несмотря на смещенность выборки в сторону высокодоходных групп населения с целью максимально включения лиц, имеющих полис ДМС, опрос, тем не менее, показал, что личного полиса ДМС нет у 93% опрошенных. Практически все имеющие полис ДМС получили его по месту работы, то есть в качестве страхователя выступали не сами граждане, а предприятия и организации, в которых они работают. Доля лиц, самостоятельно заключивших договор добровольного медицинского страхования, составила 0,6% от общего числа опрошенных (8 чел.). Очевидно, что включенность населения в систему ДМС в настоящее время крайне низка, но, как будет показано ниже, имеет значительный потенциал роста.

Самооценка состояния здоровья и спрос на медицинские услуги

Спрос граждан на услуги медицинских учреждений в первую очередь зависит от самооценки состояния здоровья. Кроме того, сопоставляя самооценку состояния здоровья с частотой обращения к врачам, можно определить, какие методы получения медицинской помощи предпочитают использовать граждане с различным уровнем дохода и принадлежащие к различным возрастным и социальным группам. Самооценка респондентами состояния своего здоровья показана на рис. 2.

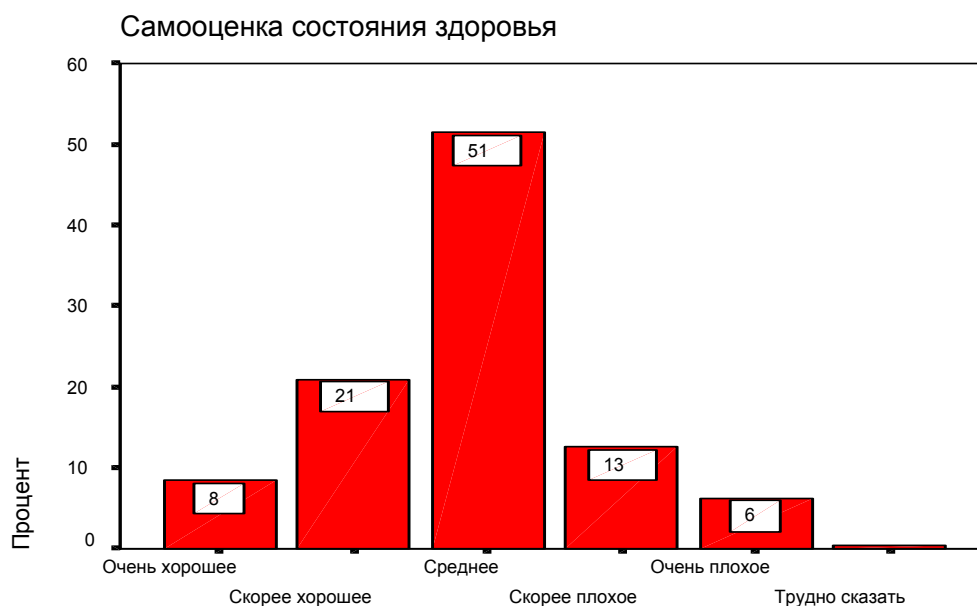


Рис. 2. Самооценка состояния здоровья.

Половина опрошенных считают свое состояние здоровья средним (среди них больше всего представителей возрастных групп 40–70 лет) и еще четверть – скорее хорошим. Чаще всего оценивают свое здоровье как хорошее мужчины (42%, женщины – 25%), люди в возрасте до 30 лет (61%) и до 40 лет (55%), а также группы населения с высоким доходом (54%). Как плохое оценивают свое здоровье пожилые люди (44%). С ростом дохода увеличивается оптимистичность оценки здоровья респондентов.

Доля ответивших, что их состояние здоровья среднее или плохое, примерно соответствует числу респондентов, обращавшихся к врачу для обследования или лечения в последние два года (62%), причем среди людей пожилого возраста их доля заметно выше (78%). Достаточно большая группа получала справки (23%), причем гораздо чаще это делали молодые люди до 30 лет (37%). Женщины обращались к врачу с целью лечения чаще, чем мужчины.

Из тех, кто не обращался к врачу, половина не видела в этом необходимости (чаще мужчины) и еще 23% предпочитают лечиться сами (чаще женщины). Среди не обращавшихся к врачу людей пожилого возраста склонность к самолечению – основная причина отказа от медицинского обслуживания (40%).

О структуре спроса на услуги здравоохранения со стороны различных групп населения можно судить по частоте обращения к врачу за последние два года (табл. 3), а в части платных медицинских услуг – по готовности тратить определенные средства на различные виды медицинских услуг.

Таблица 3

Частота и результат обращения к врачу

Вопросы	Варианты ответов	Всего		18–29 лет		30–39 лет		40–49 лет		50–59 лет		60–69 лет		70+ лет	
		чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%
Как часто Вы обращались к врачу за последние два года?	Раз в месяц и чаще	86	9,2	2	1,8	10	6,7	9	5,4	21	12,5	8	6,3	36	17,6
	От 5 до 10 раз в год	113	12,2	14	12,3	16	10,7	15	8,9	17	10,1	15	11,9	36	17,6
	От 2 до 4 раз в год	351	37,7	50	43,9	51	34,2	64	38,1	59	35,1	47	37,3	80	39,0
	Раз в год и реже	352	37,8	48	42,1	70	47,0	78	46,4	66	39,3	52	41,3	38	18,5
	Трудно сказать / Отказ отвечать	28	3,0	0	0	2	1,3	2	1,2	5	3,0	4	3,2	15	7,3
	Всего	930	100	114	100	149	100	168	100	168	100	126	100	205	100
Какое из этих высказываний наиболее точно описывает результат Вашего обращения к врачу?	Обращение к врачу Вам помогло	485	52,2	57	50,0	91	61,1	92	54,8	89	53,0	57	45,2	99	48,3
	Обращение к врачу для Вас ничего не изменило	389	41,8	49	43,0	51	34,2	62	36,9	73	43,5	62	49,2	92	44,9
	От обращения к врачу Вам стало только хуже	18	1,9	3	2,6	3	2,0	3	1,8	1	0,6	3	2,4	5	2,4
	Другое	13	1,4	3	2,6	2	1,3	2	1,2	1	0,6	0	0	5	2,4
	Трудно сказать / Отказ отвечать	25	2,7	2	1,8	2	1,3	9	5,4	4	2,4	4	3,2	4	2,0

Достаточно устойчива доля населения (39–47%), которые обращаются к врачу раз в год и реже, во всех возрастных группах, кроме группы старше 70 лет, где доля таких граждан снижается до 18,5%. У пожилых граждан (70+) резко возрастает частота обращений к врачу – 35,2% обращаются к врачу не реже 5 раз в год, т.е. раз в два месяца. Следует отметить, что существенный рост частоты обращений приходится именно на возрастную группу «70+». Среди граждан 60–69 лет не реже 1 раза в 2 месяца обращаются к врачу только 18,2%, что примерно равно аналогичному показателю для группы 30–39 лет (17,4%) и несколько меньше, чем в группе 50–59 лет.

Достаточно низкая частота обращения к врачу не является синонимом отсутствия потребности в получении медицинских услуг – граждане часто либо отказываются от необходимых услуг по причине нехватки времени, либо занимаются самолечением.

Распространенной причиной отказа от получения медицинской помощи является низкая удовлетворенность результатами обращения к врачу.

Удовлетворенность качеством оказанных медицинских услуг

Вначале рассмотрим отношение населения к качеству лечения и уровню обслуживания в медицинских учреждениях системы ОМС. Чтобы выяснить это, респондентам задавался вопрос о результате их обращения за врачебной помощью, и, кроме того, вопрос об удовлетворенности работой медицинских учреждений.

Среди обратившихся к врачу, пользовались услугами поликлиники большинство (72%), среди лиц пожилого возраста таких 87%. В больнице лежало около трети от числа респондентов, обратившихся к врачу. Только 52,2% респондентов, вспомнив свое последнее обращение к врачу в районную поликлинику, считают, что оно им помогло, для 41,8% обращение к врачу ничего не изменило, а 1,9% отмечают, что в результате этого «им стало только хуже». Среди людей с высоким доходом существенно выше доля тех, кто считает, что лечение помогло (68%).

35% респондентов не удовлетворены работой районной поликлиники, а 36% – удовлетворены только отчасти (рис. 3).

На вопрос, «что именно Вас не устраивает в работе Вашей районной поликлиники?» 17,5% респондентов ответили, что их все устраивает. Соответственно, более 80% опрошенных имеют претензии к работе поликлиник (табл. 4). Наибольшие нарекания вызывают очереди (упомянули около трети посетителей). Значительная часть респондентов недовольна отсутствием в поликлинике необходимых ресурсов для оказания качественных услуг.

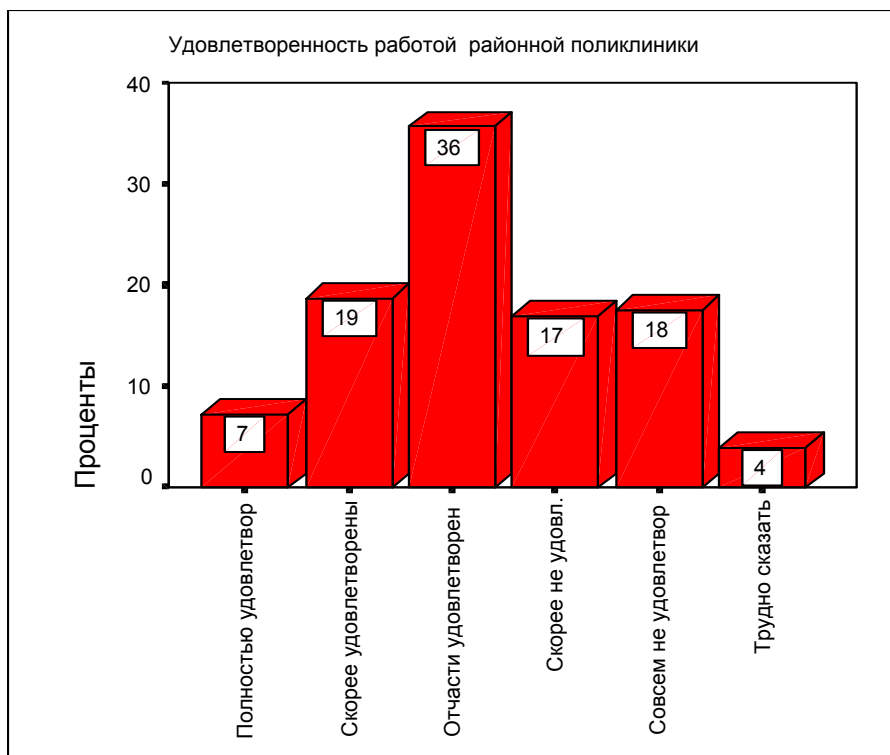


Рис. 3. Удовлетворенность работой районной поликлиники

Так, отсутствие нужных врачей–специалистов отметили 10,3% опрошенных, диагностических исследований – 3,1%, оборудования – 1,0%. Еще 18,7% респондентов не удовлетворены тем, что к врачу–специалисту трудно попасть. Невежливое поведение обслуживающего персонала и невнимание, равнодушие врачей отметили в совокупности более 20% опрошенных. Недостаточный уровень квалификации врачей отметили только 13,1% опрошенных.

Таблица 4
Причины недовольства работой районной поликлиники

	Кол–во ответов	
	чел.	%
Все устраивает	118	17,5
Ничего не устраивает	4	0,6
Очереди	215	31,9
Трудно попасть на прием к врачу–специалисту	126	18,7
Невежливое поведение обслуживающего персонала	118	17,5
Уровень квалификации врачей	88	13,1
Отсутствие нужных врачей–специалистов	69	10,3
То, что некоторые услуги являются платными	39	5,8
Невнимание, равнодушие врачей	28	4,2
Отсутствие требуемых диагностических исследований	21	3,1
Высокие цены на платные услуги	19	2,8
Дорогие лекарства, не дают бесплатных лекарств	12	1,8
Частая смена участкового и других врачей	9	1,3

Отсутствие оборудования или устаревшее оборудование	7	1,0
Другое	40	5,9
Трудно сказать	52	7,7

Таким образом, в качестве основных причин недовольства работой районной поликлиники следует выделить:

- низкий уровень обслуживания (очереди, невежливое поведение персонала, невнимание со стороны врачей), в совокупности отмеченное в 53,6% полученных ответов;
- отсутствие или нехватку необходимых ресурсов для оказания качественной помощи (отсутствие врачей, диагностических исследований, оборудования, низкий уровень квалификации врачей, трудности с получением консультации врачей–специалистов) – 46,2% ответов.

Полученные результаты свидетельствуют, что традиционно приписываемые поликлиникам проблемы – низкая квалификация врачей и платность многих услуг, вызывают неудовлетворение только у 13,1% и 5,8% опрошенных соответственно. Это не означает, что уровень значимости этих проблем и в самом деле низкий – возможно потребители и не ожидают от поликлиник наличия высококвалифицированного медицинского персонала и полной бесплатности услуг.

Тем не менее, в настоящее время работа поликлиник с точки зрения потребителей могла бы быть существенно улучшена путем изменения системы обслуживания. Проблемой в данном случае является полная незаинтересованность персонала в высоком уровне обслуживания, а не ограниченность ресурсов как таковая. Именно по этой причине, например, наличие очередей следует отнести к группе причин неудовлетворенности, связанной с низким уровнем обслуживания, а не с отсутствием ресурсов.

Реакция потребителей на неудовлетворенность качеством обслуживания в медицинских учреждениях

Очевидно, что в целом население не удовлетворено качеством получаемой медицинской помощи. Несмотря на это, абсолютное большинство пациентов поликлиник и больниц никуда не жаловались (97% и 95% соответственно).

Реакция потребителей на неудовлетворенность качеством обслуживания может выражаться в следующих действиях:

- обращение к главному врачу (заведующему отделением) с жалобой на врача;
- обращение к тем же лицам с просьбой сменить лечащего врача;
- смена медицинского учреждения (поликлиники или больницы);
- обращение с жалобой в СМО;

- смена СМО, если страховая компания не отреагировала на жалобу.

Рассмотрим теперь, каким образом население реализует свое право подачи жалоб на неудовлетворительное медицинское обслуживание в районной поликлинике.

По оценкам представителей амбулаторно–поликлинических учреждений, случаи обращения со стороны пациентов о смене врача крайне редки (2–3 человека в год, в некоторых поликлиниках 2–3 человека за несколько лет). Основным мотивом смены врача называют не неудовлетворенность качеством работы врача, а стремление пациента получить консультативную помощь другого специалиста, кроме этого, стремление к смене врача иногда объясняется психологическими особенностями пациента.

Небольшое количество случаев отказа от услуг того или иного врача может быть вызвано тем, что представители АПУ всяческими способами препятствуют этому, так как данное явление, по их мнению, снижает имидж учреждения. Кроме того, такие случаи часто могут быть не известны главным врачам АПУ (как правило, для смены участкового врача необходимо получить разрешение от того врача, к которому осуществляется переход пациента и заведующего отделением).

Смена поликлиники по просьбе пациента происходит, как правило, только при смене места жительства. Главные врачи поликлиник отмечали, что они не сталкивались с обращениями, связанными с неудовлетворенностью работы поликлиники. Доля пациентов, открепляющихся от поликлиник, примерно соответствует доле «новых» пациентов.

Основной функцией СМО является защита прав застрахованных, однако из 22 человек (3,3% респондентов) только 2 человека обращались в СМО, остальные предпочли обратиться к главному врачу и заведующим отделениями. Из 14 респондентов, которые жаловались на неудовлетворительное медицинское обслуживание в больнице, только 1 человек обратился в страховую компанию.

Застрахованные в системе ОМС имеют право перехода в другую страховую компанию. Из общего числа респондентов 26,4% меняли полис ОМС, однако в качестве основных причин упоминались такие, как «организация поменяла страховую компанию» (36% от менявших полис), «переехали», «сменили работу». Никто не упомянул «сознательный» переход в другую СМО.

Это свидетельствует о том, что население не видит различий в деятельности различных страховых компаний и их влияния на качество медицинских услуг. Поэтому не удивительно, что только 16,5% респондентов знают название своей страховой компании, а значительная часть респондентов в ответ на этот вопрос называют номер поликлиники.

Оплата медицинских услуг потребителями

Одной из форм компенсации неудовлетворенности уровнем обслуживания в рамках системы ОМС является оплата медицинских услуг потребителями. Данные, полученные в результате опроса, свидетельствуют, что 58,5% респондентов оплачивали медицинские услуги. Среди оплачивавших услуги преобладают люди с высоким доходом (72% этой группы оплачивало медицинские услуги) и представители возрастной группы 30–39 лет (80%). Меньше всего лиц, плативших за медицинские услуги, среди пожилых людей – только 32%.

Оплата медицинской помощи входит в число приоритетных направлений расходования средств у домохозяйств с разным уровнем доходов (табл. 5). Даже в группе с крайне низкой самооценкой дохода («нам не хватает денег даже на еду») за медицинские услуги в последние два года платили 40% респондентов. Несколько выше этот показатель для групп с более высокими уровнями дохода (50–68%). В сущности, можно констатировать, что возможность получения квалифицированной бесплатной помощи не вызывает иллюзий ни у одной из групп населения.

Таблица 5

Доля лиц, приобретавших платные медицинские услуги в течение последних двух лет, среди групп населения с различной самооценкой дохода семьи

Самооценка дохода	Оплачивали медицинские услуги, чел.	Доля лиц, приобретавших медицинские услуги в общей численности группы, %
Нам не хватает денег даже на еду	16	40,0
Хватает на еду, но покупать одежду нам очень трудно	76	51,7
Нам хватает денег на еду и одежду, но мы не можем покупать дорогие вещи	115	59,0
Мы можем покупать дорогие вещи, но не можем покупать все, что хотим	64	68,1
Мы не ограничены в средствах и можем себе позволить все, что хотим	2	50,0

Более половины респондентов оплачивали услуги платных учреждений (53,1%), но также значительная часть оплачивала процедуры в бесплатных медицинских учреждениях (44,3%); 11,6% респондентов медицинская помощь оказывалась частным образом. В возрастной группе 60–69 лет наблюдается обратное соотношение: преобладают бесплатные учреждения (51%), а в платных организациях лечились только 36%. Чаще всего оплачивались услуги стоматологов (51%) – кроме пожилых людей (всего 29%), обследования и анализы (34%), реже – услуги врачей больниц и поликлиник (18% и 12% соответственно), процедуры (13%) и гинекологические услуги (12%).

Из числа респондентов, обращавшихся к врачам, платные медицинские центры посещали 41%. В основном, это представители более молодых возрастных групп (55–59% – в группах от 18 до 50 лет). Среди пожилых людей в платные медицинские центры обращался каждый пятый. Имеет место выраженная зависимость от дохода: среди бедных обращались в такие центры 30%, среди «богатых» – 63%. Основная частота обращения – раз в год и реже (60%), для 29% респондентов – не чаще, чем раз в квартал. В основном в платные центры обращаются за теми же услугами, которые оплачивают в государственных медицинских учреждениях: стоматология (69%), обследования и анализы (22%), консультации врача (21%).

Основными причинами обращений в платные центры являются более высокое качество обслуживания и квалификация врачей (28% и 22%), отсутствие очередей (26%). Для молодых людей 18–29 лет наличие очередей имеет гораздо меньшее значение, чем для представителей возрастной группы 60–69 лет (10% и 44%). Пожилые и «бедные» люди чаще обращаются в платные центры вследствие того, что поликлиники не предоставляют необходимых им услуг (28 и 26%). Кроме того, пожилые граждане считают, что в платных центрах выше качество обслуживания (только 13%).

Большинство граждан оплачивало услуги официально, через кассу (79%), но значительная группа пациентов (29%, или около 16% от всех обращений к врачу) передавала деньги непосредственно медицинскому работнику. При этом следует принять во внимание, что «теневые платежи» используются при оплате медицинских услуг, получаемых населением как в государственных «бесплатных», так и, как это не удивительно, в платных медицинских учреждениях (табл. 6). Это говорит о том, что у значительной части населения и медицинских работников выработан стереотип обязательности вознаграждения за медицинские услуги, оказанные «с вниманием» к пациенту.

Таблица 6
Доля лиц, оплачивающих медицинские услуги через кассу
медицинского учреждения и путем «теневых платежей», %

Тип медицинского учреждения	Метод оплаты	
	«Официальные платежи»	«Теневые платежи»
Медицинские учреждения системы ОМС	66,4	33,6
Платные медицинские учреждения	79,4	20,6

Среди основных причин выбора платных медицинских учреждений назывались такие, как более высокое качество обслуживания (28,4% отвечавших), отсутствие

очереди (26%), более высокая квалификация врачей (21,9%). Особо следует отметить, что отсутствие в «бесплатной» поликлинике или больнице нужных услуг отметили только 14,3% респондентов. Это подтверждает сделанные выше выводы относительно основных причин неудовлетворенности услугами поликлиник – преимущественно эти причины связаны с низким уровнем обслуживания, а не с отсутствием данной услуги как таковой.

Оценка потенциальной величины рынка платных медицинских услуг может быть проведена на основании ответа на вопрос о том, какую сумму население готово тратить ежемесячно на медицинские услуги (табл. 7).

Четверть всех участников опроса категорически не готова тратить деньги на получение медицинской помощи, причем такие ответы реже встречаются в возрастных группах до 40 лет (13%), средне- и высокодоходных группах (по 13%) и семьях с детьми (18%). Неготовность оплачивать медицинские услуги более характерна для представителей возрастных групп старше 60 лет (39% для группы 60–69 лет и 50% для пожилых людей старше 70 лет) и группы с низким доходом (33%).

Еще четверть всех опрошенных затруднилась с ответом на вопрос о возможных ежемесячных расходах на лечение (их число растет с ростом дохода), по 15% респондентов готовы тратить ежемесячно от 100 до 250 руб. (чаще – люди со средним доходом, 28%) и от 250 до 500 руб. От 500 руб. до 1000 руб. и больше 1000 руб. ежемесячно готовы тратить только люди с высоким доходом (15 и 12% соответственно).

Таблица 7
Доля респондентов с разным уровнем дохода, готовых ежемесячно оплачивать медицинские услуги в определенном объеме, %

	Доход респондентов		
	3000 руб. и менее	3001–5000 рублей	5001 руб. и более
Ничего не готовы тратить	33,4	13,1	12,9
Менее 100 рублей	10,1	3,7	2,0
От 101 до 250 рублей	17,8	13,8	10,4
От 251 до 500 рублей	13,1	27,6	18,5
От 501 до 1000 рублей	5,3	7,8	14,5
Более 1000 рублей	1,6	6,0	11,6
Трудно сказать / Отказ отвечать	18,7	28,0	30,1

Развитие рынка платных медицинских услуг напрямую связано с уровнем жизни населения. Если бы доход респондентов увеличился в два раза, то 65% из них стали бы тратить больше средств на медицинские услуги. Готовность расходовать с ростом дохода больше средств на приобретение медицинских услуг характерна для всех групп населения, хотя в несколько большей степени выражена для женщин, людей в возрасте 40–70 лет и домохозяйств с низким доходом. Среди людей с высоким доходом 35% не

стали бы тратить больше на медицинские услуги даже при существенном увеличении их дохода. Расходы увеличились бы, в основном, на оплату стоматологических услуг (35%) – преимущественно за счет людей в возрасте до 50 лет (43–47%), а также на обследование или лечение в поликлинике (16% респондентов, а среди пожилых – 23%). Пожилые люди также предпочли бы чаще оплачивать лечение в стационаре (18%).

Позиция потребителей в отношении добровольного медицинского страхования

Невозможность получения качественной услуги в рамках системы ОМС может быть компенсирована за счет приобретения полиса добровольного медицинского страхования. На данный момент, только небольшая часть населения респондентов (5,2%) имеет полисы ДМС, причем практически все они получили их по месту работы. Доля лиц, купивших полис непосредственно у СМО, без посредничества работодателей, составляет лишь 11,9% владельцев полиса добровольного страхования, т.е. из общей выборки в 1502 человека только 8 человек (0,6%).

В целом, по оценкам представителей страховых медицинских компаний за последние 2–3 года наблюдается постоянное увеличение количества застрахованных в системе ДМС. Оценка изменения доли застрахованных по ДМС варьируется у экспертов от 3% до 20% в год. В ряде страховых медицинских компаний (например, в «МедЭкспресс») увеличение количества застрахованных по ДМС более динамично и составляет 40–50% в год. Представитель «Медстрахком» считает, что доля застрахованных по ДМС увеличилась «на порядок».

В основном, полисы ДМС имеют лица с хорошим состоянием здоровья. Результаты опроса показали, что среди граждан, имеющих полисы ДМС, доля лиц, оценивающих собственное здоровье как «скорее плохое» и «очень плохое» составляет всего 9%. Среди владельцев полиса добровольного страхования доля лиц, не обращавшихся к врачам в последние 2 года, составила 20,5%, кроме того, 23,5% респондентов обращались в медицинские учреждения только за различными справками. По нашему мнению, это связано с преобладанием в контингенте застрахованных работников, получивших полисы ДМС у работодателя.

Готовность приобрести полис ДМС в случае двукратного роста дохода достаточно высока (табл. 8). Полис приобрели бы 29% респондентов (в т.ч. 11% – «точно») и не определились («возможно, приобрели бы») 24% опрошенных (в младшей возрастной группе – 33%). Еще 22% участников опроса затруднились с ответом или отказались отвечать на данный вопрос. «Однозначно не приобрели бы» и «скорее не приобрели бы» полис ДМС в сумме только 25% всех участников опроса (в пожилой группе – 38%). В

старшей возрастной группе ситуация наименее благоприятна: «приобрели бы полис» около 20%, и, «возможно приобрели бы», еще 14%.

Таблица 8
Отношение населения Санкт–Петербурга
к приобретению полиса ДМС в случае роста доходов

Варианты ответов	Доля респондентов, %
Точно приобрели бы	11,2
Скорее всего, приобрели бы	17,9
Возможно, приобрели бы, возможно нет	23,7
Скорее всего, не приобрели бы	11,2
Точно не приобрели бы	14,0
Трудно сказать или отказ отвечать	22,0

Таким образом, в целом более половины населения Санкт–Петербурга хотели бы приобрести полис ДМС. Совершенно очевидно, что перспективы развития ДМС, также как и развития рынка платных медицинских услуг, напрямую связаны с уровнем доходов населения.

Выбор между получением бесплатной и платной медицинской помощи

В случае болезни половина опрошенных обратилась бы за бесплатной медицинской помощью (51%) – женщины чаще, чем мужчины (56:42%), но почти каждый четвертый (23%) – за платной медицинской помощью в государственные учреждения. В возрастной группе 18–40 лет эти виды медицинской помощи одинаково популярны (32–37%), причем 12% представителей этой группы обратилось бы в платные негосударственные учреждения. С увеличением возраста наблюдается рост предпочтений в сторону бесплатной государственной медицины. Среди пожилых людей таких – 79%.

Также наблюдается явная зависимость от дохода респондента: чем выше доход, тем больше людей предпочитает платные услуги государственных и негосударственных учреждений (17 и 5% среди групп с низким доходом и 38 и 14% среди высокодоходной группы). Только 28% представителей группы лиц с высоким доходом обратились бы в случае болезни за бесплатной медицинской помощью в государственные медицинские учреждения. Среди имеющих полисы ДМС доля таких лиц еще меньше – 26%, а 41% обратились бы в те же учреждения за платной помощью.

Если бы доход респондентов увеличился в два раза, то ситуация кардинально изменилась бы. 38% обратилось бы за платной помощью в государственные учреждения (женщины – чаще, чем мужчины, 43:29%) и только 21% – за бесплатной. Доля лиц, выбравших негосударственные учреждения, выросла бы в два раза (с 8 до 16%), причем особенно значительно – в группе молодых людей до 30 лет (с 12 до 30%) и в группе с

высоким доходом (с 14 до 27%). Для пожилой возрастной группы платные и бесплатные услуги государственных медицинских учреждений стали бы в равной мере предпочтительны (по 32%).

***Результаты анализа: поведение страховых медицинских организаций
и медицинских учреждений***

Функции страховых медицинских организаций

С момента создания в России системы медицинского страхования продолжают дискуссии о роли страховых медицинских организаций (СМО) в функционировании системы здравоохранения и улучшении качества медицинского обслуживания населения. В процессе обсуждения высказывались различные точки зрения об эффективности деятельности СМО, однако все участники дискуссии отмечали несоответствие между ожидаемыми результатами их работы и механизмом реализации их функций в системе здравоохранения. Более того, СМО часто оцениваются только как финансовые посредники между предприятиями и бюджетом с одной стороны, и медицинскими учреждениями с другой. Соответственно, их деятельность оценивается только с позиций достаточности предоставляемых в распоряжение учреждений здравоохранения финансовых ресурсов.

В настоящее время многие представители медицинских учреждений воспринимают СМО как излишнего посредника между ними и плательщиком (Территориальным Фондом ОМС в системе обязательного страхования и пациентом при прямой оплате и в системе добровольного страхования). Основной функцией СМО они считают перечисление средств за выполненные медицинские услуги. Однако медицинские учреждения хотели бы, чтобы СМО участвовали в инвестировании средств, оказывали бы целевую помощь в виде покупки оборудования и т.п.

Интервьюирование представителей медицинских учреждений подтвердило, что у них преобладает представление о СМО как о посредниках, выполняющих только функции финансирования и контроля. Данное восприятие и приводит к оценке страховщиков как излишнего звена в распределении финансовых потоков. Функция контроля со стороны экспертов страховых компаний рассматривается в настоящее время не как направленная на повышение качества обслуживания, а скорее как возможность для страховщика минимизировать свои издержки путем наложения штрафных санкций. В условиях недостаточного финансирования медицинских учреждений штрафные санкции со стороны СМО в результате проведения ими экспертизы вызывают негативное отношение.

Интересно, что на такую функцию СМО, как защиту интересов застрахованного населения, обращают внимание работники большинства стационаров. Что же касается

работников АПУ, то эта функция ими даже не была названа. По нашему мнению, это связано с несовершенством механизма перечисления средств за «прикрепленное население» в поликлиники и отсутствием персонифицированной системы финансирования медицинских услуг АПУ.

В качестве дополнительной функции, относящейся скорее к процессу взаимодействия между СМО и медицинским учреждением, выделяется участие страховой компании в налаживании лечебно-диагностического процесса. Выполнение этой функции неразрывно связано с возможностью авансирования или кредитования медицинского учреждения и воспринимается как дополнение к функции финансирования (дополнительная финансовая помощь, помощь оборудованием). Неудовлетворенность объемом и сроками финансирования резко повышает значимость данной функции для медицинских учреждений.

Размер СМО и уровень концентрации на рынке обязательного медицинского страхования

По оценкам представителей страховых компаний, возможность эффективного функционирования страховой компании – содержание юридической службы по защите прав застрахованных, экспертной службы, наличие технической службы, - возможна при условии страхования по полисам ОМС не менее 150 000 – 200 000 человек (если страховая компания не занимается другими видами страхования).

Недостатком небольших компаний (менее 50 000 - 100 000 застрахованных) выступает совмещение различных должностных функций (например, совмещение работы эксперта с учетом выплат по счетам), при этом ряд функций может не выполняться. Преимущество работы с мелкими страховыми компаниями заключается, по мнению представителей медицинских учреждений, в удобстве работы, в повышенном уровне заинтересованности в медицинском учреждении и в возможности налаживания «более тесного контакта».

По оценкам представителя «АСК-Мед», в настоящее время на рынке ОМС Санкт-Петербурга работает 25 страховых компаний, на 5 из которых приходится 3 350 000 застрахованных, т.е. около 70% рынка. Наиболее крупными компаниями являются «ГСМК» (1 300 000 застрахованных), «Интерполис» и «Русмед» (по 650 000 застрахованных), «АСК-Мед» (450 000) и «Медлюкс» (300 000). На каждую из оставшихся компаний приходится в среднем по 60 000-70 000 застрахованных.

Переход на территориально-производственный принцип страхования в 2000 году оказался выгодным для небольших СМО, которым важна возможность получения средств

на ведение дела. Но на установленные проценты (2 – 2,5 %) может функционировать только крупная компания с небольшим штатом сотрудников.

Крупным компаниям переход к новому принципу обязательного медицинского страхования сначала был скорее невыгоден. Имевшийся у них контингент застрахованных по территориальному принципу мог «растаскиваться» компаниями, заключившими договор страхования с предприятиями, находящимися на той же территории. Однако, в долгосрочной перспективе, именно крупные компании имеют шансы остаться на рынке.

Существенным барьером, определяющим уровень концентрации на рынке ОМС, остается наличие замкнутых региональных систем медицинского страхования. Правила и даже модели ОМС (страховая, фондовая, смешанная, нулевая) различаются по субъектам РФ. Региональные органы власти чрезвычайно неохотно допускают к обязательному страхованию проживающего на подведомственной территории населения компании из других регионов. В результате можно предположить, что уровень концентрации на рынке ОМС значительно ниже потенциально возможного при снятии формальных и неформальных административных барьеров и перехода все регионов страны к страховой модели организации ОМС.

Отношение к свободному выбору СМО потребителем

Мнение участников исследования относительно появления у пациента возможности самостоятельного выбора страховой компании в рамках ОМС разделились.

Большинство участников исследования негативно воспринимает появление свободного выбора компании. Отрицательное отношение основывается на возможном увеличении и усложнении системы работы страховых компаний с населением, что приведет к повышению издержек на работу страховой компании, в том числе к росту издержек на рекламу.

Вторая группа нейтрально относится к появлению свободного выбора, не воспринимая его как фактор, способный изменить структуру рынка. По мнению представителей данной группы, у застрахованного должны появиться веские причины для смены страховой компании. Представители крупных страховых медицинских компаний уверены в высокой степени лояльности клиентов и не видят причин для смены страховой компании.

Третья группа участников исследования позитивно относится к появлению свободного выбора страховой компании. Этот механизм позволит создать условия для конкуренции на рынке добровольного медицинского страхования. Однако, качественной реализации и введения данного механизма необходимо увеличение взносов по ОМС до 10-12% от фонда заработной платы.

Роль СМО в развитии конкуренции между медицинскими учреждениями

В ходе различных экспериментов по изменению экономического механизма в здравоохранении недостаточное внимание уделялось развитию конкурентной среды поставщиков медицинских услуг. Именно конкуренция между учреждениями здравоохранения может привести к повышению качества предоставляемых услуг. Отсутствие возможностей для развития конкурентного рынка, с одной стороны, является одним из ключевых аргументов как российских, так и зарубежных сторонников сохранения государственной медицины.

Невозможность конкуренции обосновывается действием целого ряда факторов, среди которых ключевое значение имеют следующие два:

- Недостаточное число поставщиков услуг, что особенно характерно для сельской местности и небольших городов, а в разрезе видов услуг – для специализированных высокотехнологических видов медицинской помощи.
- Наличие у потребителей услуг неполной и асимметричной информации о поставщиках, качестве оказываемых ими услуг и т.п., причем возможная политика по расширению доступности информации не может быть достаточно успешной в силу профессиональной неподготовленности пациентов.

В процессе проведения исследования представители медицинских учреждений продемонстрировали два различающихся представления о конкуренции на рынке медицинских услуг.

Одна группа респондентов считает, что конкуренции между различными медицинскими учреждениями нет или ее уровень невысок. В целом, низкий уровень конкуренции обусловлен незначительной долей предпринимательской деятельности в медицинских учреждениях. Отсутствие конкуренции объясняется тем, что потребность в медицинских услугах высока и не удовлетворена, и различные медицинские учреждения работают в разных, не пересекающихся нишах. Наличие у определенных медицинских учреждений эксклюзивных методик лечения приводит к монополизму на узких сегментах, хотя в целом стимулирует конкуренцию.

Вторая группа участников исследования придерживается точки зрения, что в части предоставления платных услуг конкуренция достаточно сильна, особенно на таких сегментах, как стоматология и косметология. Отмечается, что большая часть медицинских учреждений не имеет конкурентов по совокупности признаков (перечень услуг, качество, уровень технической базы и пр.), однако, конкуренция ощущается по ряду направлений работы (например, конкуренция при проведении профосмотров). В качестве конкурентов рассматриваются те медицинские учреждения, которые имеют сопоставимый уровень

материально-технического обеспечения и специализируются на тех же медицинских направлениях.

Конкурентными преимуществами для медицинских учреждений являются: высокий уровень технического (диагностического) оснащения, новые технологии, новое оборудование, наличие высококвалифицированных специалистов, имеющих сложившийся позитивный имидж, возможность стационара быстро реагировать на изменение потребности (например, перепрофилирование коек).

Крайне незначителен уровень конкуренции между городскими поликлиниками. Согласно действующей модели организации здравоохранения каждый индивид «прикреплен» для оказания услуг первичной помощи к определенному поликлиническому учреждению. Действующие в Санкт–Петербурге «Правила обязательного медицинского страхования» декларируют право выбора индивидом амбулаторно–поликлинического учреждения и обязывают АПУ предоставлять всем гражданам информацию о полном перечне оказываемых услуг, а также об условиях выбора конкретного врача–терапевта или педиатра. Тем не менее, при, как правило, низких оценках пациентами работы собственной поликлиники, случаи обращения со стороны пациентов о смене врача, по оценкам представителей амбулаторно-поликлинических учреждений, крайне редки (2-3 человека в год, в некоторых поликлиниках 2-3 за несколько лет). Смена поликлиники по просьбе пациента происходит, как правило, только при смене места жительства. Главные врачи поликлиник отмечали, что они не сталкивались с обращениями, связанными с неудовлетворенностью работы поликлиники. Доля пациентов, открепляющихся от поликлиник, примерно соответствует доле «новых» пациентов.

Причина низкой мобильности населения между врачами и АПУ, на наш взгляд, кроется не в особенностях организации системы ОМС – обязательная контрактация всех страховых компаний со всеми медицинскими учреждениями как раз снимает все институциональные ограничения – а в слабой дифференцированности услуг первичной помощи на уровне учреждений и незаинтересованности как самих АПУ, так и, особенно, врачей в привлечении дополнительного контингента.

Развитие добровольного медицинского страхования

По оценкам представителей страховых медицинских компаний за последние 2-3 года наблюдается постоянное увеличение количества застрахованных по полисам ДМС как в целом по Санкт-Петербургу, так и в структуре собственных клиентов. Эксперты оценивают прирост данного сегмента в среднем в 10-20% в год. В ряде страховых медицинских компаний увеличение количества застрахованных по ДМС более динамично - на 40-50% в год. Оценка изменения доли застрахованных по ДМС варьируется у

экспертов от 3% до 20% в год. Часть респондентов затруднилась численно оценить прирост застрахованных по ДМС, однако отмечает «сильный и постоянный» рост сегмента. Участники исследования считают, что положительная динамика увеличения количества застрахованных по ДМС сохранится и в последующие 3 года, прирост также будет составлять 10-20% в год.

Положительная динамика сегмента ДМС, по мнению участников опроса, обусловлена следующими факторами:

- Увеличение потребности в получении медицинских услуг. Данная потребность обусловлена как объективными факторами - увеличением заболеваемости среди населения Санкт-Петербурга, так и субъективными - стремлением получить более качественную медицинскую помощь;
- Неудовлетворенность качеством услуг, предоставляемых в рамках ОМС;
- Недостаточность обеспечения обязательного медицинского страхования, приводящая к необходимости доплат во время лечения по полису ОМС, обуславливает восприятие потребителем ДМС как альтернативы платным услугам. Часть населения полагает, что ДМС имеет больше преимуществ по сравнению с системой прямой оплаты (в системе страхования «здоровый платит за больного», обеспечивается защита прав застрахованного, контролируется качество получаемых услуг).
- Высокий уровень лояльности к получению медицинской помощи в рамках ДМС. Стимулирование роста объемов ДМС связано с желанием граждан, имеющих полис ДМС по месту работы, сохранить его при смене работы (как за счет вовлечения в ДМС работодателя, так и за счет индивидуального страхования при отсутствии возможности быть застрахованным корпоративно).

Однако на рост и развитие рынка ДМС влияют сдерживающие факторы, действие которых может проявиться в менее активном увеличении сегмента ДМС в ближайшие 2-3 года по сравнению с периодом 1990-2000 гг. В качестве барьеров для развития рынка ДМС были названы:

- Снижение уровня необлагаемого налогом взноса на ДМС для корпоративных клиентов до 3% от фонда оплаты труда предприятий, что в абсолютном выражении меньше, чем существовавшая ранее льгота, равная 1% от объема реализуемой продукции. Действие данного фактора проявляется в том, что корпоративные клиенты снижают размер взносов по ДМС, приобретают менее полноценные программы, страхуют только часть коллектива, или оплачивают материальную помощь сотруднику на конкретное лечение. Данный фактор вызывает тенденцию изменения структуры корпоративных

потребителей, происходит рост доли мелких и средних компаний, приобретающих полисы ДМС в рамках необлагаемых налогами отчислений.

- Отсутствие в структуре застрахованных по ДМС здорового населения и преобладание лиц, имеющих высокий риск заболеваемости.
- Низкий платежеспособный спрос населения, нуждающегося в медицинских услугах. Это приводит к отсутствию массового распространения страхования по ДМС, что в свою очередь приводит к высокой стоимости страховых полисов для отдельного гражданина.
- Рост цен на медицинские услуги. По оценкам экспертов, рост цен на медицинские услуги происходит темпами, опережающими инфляцию в 2-3 раза.
- Отсутствие культуры добровольного медицинского страхования и недоверие к системе страхования.
- Недостаточно развитая инфраструктура медицинского обслуживания, незначительное количество частных медицинских центров (за исключением стоматологии).

Социальная значимость проекта

Своевременность проведенного исследования заключается в необходимости оценки влияния СМО на улучшение качества медицинского обслуживания населения в условиях предполагаемого реформирования системы ОМС.

Модель страховой медицины имеет как объективные недостатки, так и нереализованные возможности. Наиболее эффективно она действует при наличии условий для возникновения конкуренции, с одной стороны, между СМО за право обслуживание отдельных граждан, а с другой стороны, между медицинскими учреждениями. Модель организации здравоохранения, применяемая в Санкт-Петербурге, предоставляет возможности для развития конкуренции и, как следствие, улучшения качества предоставляемых услуг, однако используются они далеко не полностью.

На основе комплексной оценки деятельности СМО, поведения населения и медицинских учреждений:

1. Оценены представления населения о качестве и доступности медицинских услуг. Показано что эти представления, в основном, связаны с уровнем сервиса и наличием необходимых пациенту врачей-специалистов для получения консультации. Данные представления характерны для всех групп населения, включая низкодоходные, но с ростом дохода требования к уровню обслуживания становятся для пациентов все более значимым.

2. Определены степень и причины дифференциации доступа различных категорий населения к качественной медицинской помощи и возможностей ее сокращения в рамках совершенствования организации медицинского страхования.
3. Выявлены основные препятствия на пути развития конкуренции на рынках медицинского страхования и медицинских услуг и повышения за счет этого качества обслуживания. Показано, что они преимущественно связаны с обязательностью контрактации всех СМО со всеми медицинскими учреждениями, действующей системой оплаты услуг медицинских учреждений страховыми компаниями и недостаточным уровнем финансирования системы ОМС для покрытия всех обязательств в рамках программы государственных гарантий.
4. Показана возможная роль СМО в проведении структурной реформы здравоохранения и изменении механизмов оплаты услуг медицинских учреждений.

Результаты исследования были представлены руководителям ряда страховых медицинских компаний, учреждений здравоохранения, специалистам Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга и Территориального Фонда ОМС.

Апробация результатов исследования

Результаты исследования были обсуждены на семинаре Центра исследования проблем государственного и муниципального управления Санкт-Петербургского государственного университета с приглашением руководителей страховых медицинских организаций города и специалистов в области экономики здравоохранения и страховой медицины. Доклад по результатам реализации проекта был представлен на конференции грантополучателей Независимого института социальной политики в апреле 2003 г. По итогам исследования опубликовано и находится в печати 5 работ. В июле-августе 2003 г. по результатам данного и ряда других исследований планируется подготовить монографию (8-10 п.л.).

Библиография работ, опубликованных по результатам исследования

1. Скляр Т. Управление здравоохранением: государство или рынок // Вестник СПбГУ. Серия «Менеджмент», № 1, 2003.
2. Баранов И., Скляр Т. Роль страховых медицинских организаций в реформировании системы здравоохранения Санкт-Петербурга // Экономика здравоохранения, № 5, 2003.

3. Баранов И., Скляр Т. Оценка деятельности страховых медицинских организаций: позиции населения // Научные доклады Центра исследования проблем государственного и муниципального управления СПбГУ, выпуск 24, 2003.
4. Баранов И., Скляр Т. Поведение населения на рынке медицинских услуг и перспективы развития страховой медицины в Санкт-Петербурге // Вестник СПбГУ. Серия «Менеджмент», № 4, 2003. (в печати)
5. Скляр Т. Позиции групп специальных интересов населения в реформировании здравоохранения // Вестник СПбГУ. Серия «Менеджмент», № 4, 2003. (в печати)