

И. Н. Баранов, Т. М. Скляр

**ПОВЕДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ
В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ***

В статье освещается ряд результатов исследовательского проекта «Роль страховых медицинских организаций в улучшении качества медицинского обслуживания и увеличении равенства доступа к услугам здравоохранения (на примере Санкт-Петербурга)». Изучение поведения населения на рынке медицинских услуг в Санкт-Петербурге представляет особый интерес, так как обязательное медицинское страхование в городе организовано в точном соответствии со страховой моделью. В данном исследовании оценивается вовлеченность населения города в систему медицинского страхования, удовлетворенность уровнем услуг медицинских учреждений, а также поведение потребителей в случае неудовлетворенности качеством оказанных услуг в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Выявление поведения населения на рынке медицинских услуг и в рамках системы ОМС имеет особое значение для оценки жизнеспособности предлагаемых направлений реформирования системы здравоохранения.

ВВЕДЕНИЕ. ПОСТАНОВКА ЗАДАЧИ

Созданная в 1993 г. система ОМС включает в себя страховые медицинские организации (СМО), являющиеся независимыми субъектами. Это организации любой формы собственности (преимущественно частные), призванные стать защитниками прав застрахованных. Они должны организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества по программам обязательного медицинского страхования. Финансирование СМО осуществляется территориальными фондами ОМС в соответствии с дифференцированными подушевыми коэффициентами, учитывающими половозраст-

* Авторы выражают благодарность программе «Социальная политика: реалии XXI века» Независимого института социальной политики за поддержку в работе над проектом (Проект № SP-02-2-11). Программа финансируется за счет средств Фонда Форда.

© И. Н. Баранов, Т. М. Скляр, 2004

ную структуру застрахованного контингента. СМО должна заключать договоры с медицинскими учреждениями на предоставление медицинских услуг гражданам, застрахованным по ОМС, и контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с договором. Исходя из положений ст. 6 Закона РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», граждане России в системе обязательного медицинского страхования имеют право на выбор СМО, медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС. Однако в действительности вместо застрахованного выбор страховой организации осуществляет страхователь — администрация предприятия за работающих граждан и администрация района — за неработающее население. На практике не реализовано и право выбора застрахованным медицинских учреждений и врачей.

Выполняя функцию контроля за качеством медицинской помощи, СМО осуществляют независимую экспертизу качества лечения. Выделяют два типа экспертизы — плановая (на практике проверяется 20–30% случаев лечения) и экстренная экспертиза на основании поступивших в страховую организацию заявлений пациентов. Представители СМО осуществляют судебную защиту интересов потерпевших в случае некачественного лечения и причинения вреда здоровью.

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 — как негативные (вплоть до предложений о ликвидации СМО), так и позитивные. Однако все участники дискуссии отмечали несоответствие между ожидаемыми результатами работы СМО и механизмом реализации их функций в системе здравоохранения. Более того, эти организации часто рассматриваются 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. Вопрос о реальном воздействии СМО на решение таких социальных вопросов, как повышение качества предоставляемых медицинских услуг и обеспечение доступности качественной медицинской помощи, которые по сути и являются главными целями реформирования здравоохранения, исследован недостаточно. Как правило, его обсуждение ограничивается рассмотрением взаимодействия СМО с медицинскими учреждениями и реже со страхователями — предприятиями и местными органами власти. Сами же застрахованные остаются при этом на втором плане.

Целый ряд новых предложений по изменению экономического механизма медицинского страхования, активно обсуждаемых в настоящее время, также в первую очередь ориентирован на перемены в цепочке «страхователь — страховщик — учреждение здравоохранения». Предоставление работодателю и работнику права выхода из государственной системы медицинского страхования, предложенное Е. Гайдаром [Гайдар, 2003], ориентировано на реанимацию взаимоотношений между страховыми компаниями и страхователями — «успешными» предприятиями. Введение в систему ОМС Пенсионного фонда РФ в пока не до конца проясненной роли одновременно и страхователя, и страховщика не предполагает, что у пенсионеров появится возможность выбора страховой компании, которая бы конкурировала за них как за клиентов и, соответственно, защищала их интересы. Роль Пенсионного фонда как контролера процесса медицинского обслуживания внешне напоминает действия страховщика, однако по сути сводится к чисто административной регулирующей функции. Привлечение средств Пенсионного фонда в качестве страхователя неработающих пенсионеров, безусловно, сгладит существующий дисбаланс между страховыми взносами за работающее и неработающее население (в 2000 г. такое соотношение оценивалось как 5:1), улучшив финансовую обеспеченность системы здравоохранения, хотя еще не означает, что автоматически последует улучшение медицинского обслуживания самих пенсионеров. Для этого требуется изменить экономический механизм отрасли, в частности механизм оплаты услуг медицинских учреждений, но, главное, предоставить самому застрахованному возможность выбора страховщика и медицинского учреждения, в котором он хотел бы проходить лечение. Без реформ, ориентированных на конечного потребителя медицинских услуг, любые дополнительные вливания средств не окажут серьезного воздействия на качество обслуживания.

Представляется, что и существующий в отрасли экономический механизм, и различные варианты его реформирования следует оценивать с точки зрения воздействия на население, т. е. в первую очередь влияния на качество предоставляемых услуг и доступности для различных категорий потребителей. Для этого необходимо понять, как принимают решения потребители в настоящее время. Возможно, их реальное поведение, отражающее предпочтения в отношении различных вариантов получения медицинской помощи, существенно изменилось за последние годы и не совпадает с представлениями авторов предполагаемых реформ.

В статье освещаются некоторые результаты исследовательского проекта «Роль страховых медицинских организаций в улучшении качества медицинского обслуживания и увеличении равенства доступа к услугам здравоохранения (на примере Санкт-Петербурга)», реализованного в 2002 — начале 2003 г. при поддержке Независимого института социальной политики. Зада-

чей проекта было изучение практики работы СМО Санкт-Петербурга по повышению качества медицинской помощи и обеспечению ее доступности.

Изучение методов и результатов работы СМО в Санкт-Петербурге представляет особый интерес. Обязательное медицинское страхование в городе организовано в соответствии со страховой моделью. В городе с января 2000 г. действует территориально-производственный принцип ОМС. На страховом поле работают 26 СМО. Между страховыми компаниями существует конкуренция (в основном за страхователей, осуществляющих страхование своих работников), и при этом имеются предпосылки для развития конкуренции между учреждениями здравоохранения.

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. В данной статье рассматривается только один из аспектов оценки деятельности СМО и вариантов развития системы медицинского страхования — влияние на предоставление медицинских услуг населению. Однако именно этот аспект представляется ключевым.

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Население неоднородно с точки зрения особенностей потребления медицинских и страховых услуг. В его составе можно выделить группы, различающиеся по следующим признакам:

- ♦ возраст (дети, трудоспособное население, пенсионеры);
- ♦ наличие или отсутствие работы;
- ♦ уровень дохода (лица с низким, средним и высоким доходом);
- ♦ состояние здоровья в определенный момент времени (здоровые, больные);
- ♦ место жительства (городское население, в том числе крупные, средние, малые города, и сельское население).

Возможно также деление по гендерному, профессиональному признаку, количеству детей и т. п.

В данном исследовании мы ограничимся рассмотрением позиций и предпочтений взрослого населения Санкт-Петербурга.

В рамках проекта в октябре 2002 г. был проведен телефонный опрос населения Санкт-Петербурга. 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.

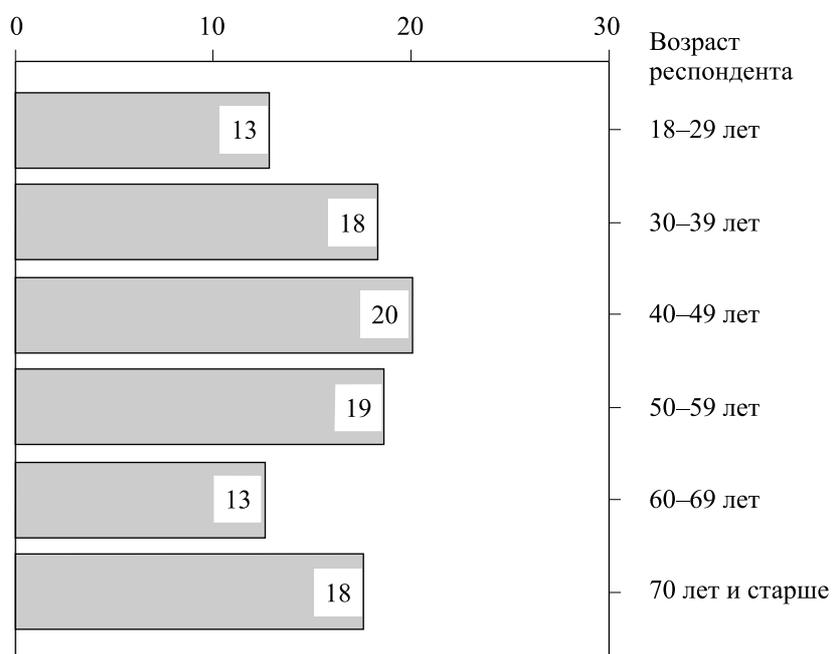


Рис. 1. Распределение респондентов по возрасту, в процентах

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.

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 10 000 руб.	11,4
Более 10 000 руб.	5,2
Трудно сказать/Отказ отвечать	15,7

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%).

Не имеют семьи 13% опрошенных, 23% живут в семье из двух человек, 32% — в семье из трех и 19% — в семье из четырех 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 26 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 и лечебно-профилактических учреждений и шесть — с руководителями страховых компаний.

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

Наличие полисов обязательного и добровольного медицинского страхования. Исследование показало высокую, хотя и не всеобщую, включенность граждан в систему обязательного медицинского страхования. Подавляющее большинство респондентов имеют страховой полис ОМС (94%), но не знают, в какой компании (77%). Чаще всего называют номер поли-

клиники, 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, получивших 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 максимального 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, т. е. 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, имеющие различный уровень дохода и принадлежащие к различным возрастным и социальным группам. Самооценка респондентами состояния своего здоровья показана на рис. 2.

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, обратившихся к врачу для обследования или лечения в последние два года (62%), причем среди людей пожилого возраста их доля заметно выше (78%). Достаточно большая группа (23%) получала справки, особенно молодые люди до 30 лет (37%). Мужчины обращались к врачу с целью лечения реже, чем женщины.

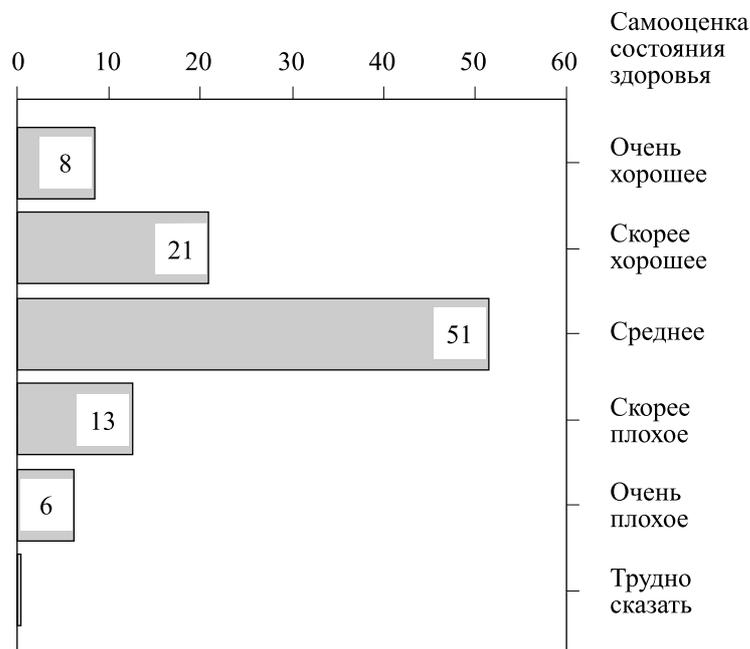


Рис. 2. Самооценка состояния здоровья, в процентах

Из тех, кто не обращался к врачу, половина не видела в этом необходимости (чаще мужчины) и еще 23% предпочитают лечиться сами (как правило, 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. 2), а в части платных медицинских услуг — по готовности тратить определенные средства на различные виды медицинских услуг.

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.

Таблица 2

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.	%												
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 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 задавались вопросы о результате их обращения за врачебной помощью и об удовлетворенности работой медицинских учреждений.

Среди обратившихся к врачу пользовались услугами поликлиники большинство (72%), среди лиц пожилого возраста таких 87%. В больнице лежали 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. 3). Наибольшие нарекания вызывают очереди (упомянули около трети посетителей). Значительная часть респондентов недовольна отсутствием в поликлинике необходимых ресурсов для оказания качественных услуг. 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, невнимание и равнодушные врачи отметили в совокупности более 20% опрошенных. Недостаточный уровень квалификации врачей отметили только 13,1% опрошенных.

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 отмеченный 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.

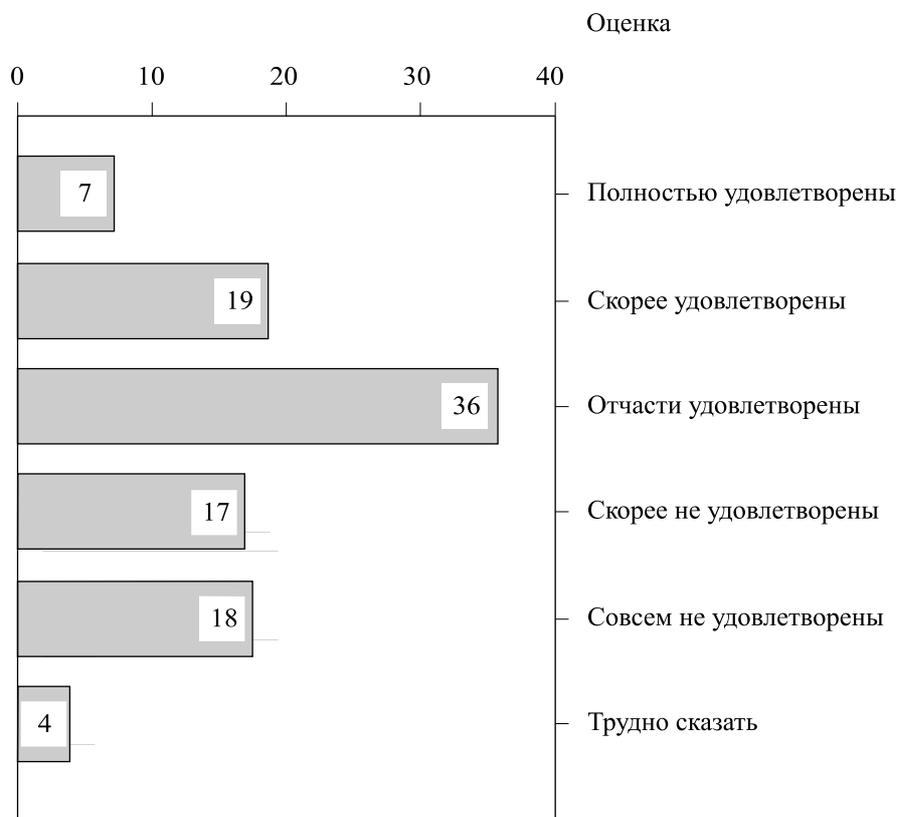


Рис. 3. Удовлетворенность работой районной поликлиники, в процентах

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.

Таблица 3

Причины недовольства работой районной поликлиники

Оценка работы 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, отсутствие 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

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 (АПУ), 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, поскольку данное явление, по их мнению, ухудшает 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 следующие: «организация поменяла страховую компанию» (36% 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 влиянии на качество медицинских услуг. Поэтому не удивительно, что только 16,5% респондентов знают название своей страховой компании, а значительная часть респондентов в ответ на вопрос называет номер поликлиники.

Роль СМО в защите интересов застрахованных граждан. 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 защита 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.

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 потребителей платных услуг преобладают люди с высоким доходом (72% этой группы оплачивали 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. 4). 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 4

**Доля лиц, приобретавших платные медицинские услуги,
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 позволить себе 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 ни удивительно) в платных медицинских учреждениях (табл. 5). 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 5

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% ответивших), отсутствие очередей (26%), более высокая квалификация врачей (21,9%). Особо следует подчеркнуть, 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. 6).

Таблица 6

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

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

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%).

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

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 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 «Медстрахом» 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 (см. табл. 7). Полис приобрели бы 29% респондентов (в том числе 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%.

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

**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/Отказ отвечать	22,0

Выбор между получением бесплатной и платной медицинской помощи. В случае болезни половина опрошенных обратились бы за бесплатной медицинской помощью (51%) — женщины чаще, чем мужчины (56 и 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 обратились бы в платные негосударственные учреждения. С увеличением возраста наблюдается рост предпочтений в сторону бесплатной государственной медицины. Среди пожилых людей таких — 79%.

Наблюдается также явная зависимость от дохода респондента: чем выше доход, тем больше людей предпочитают 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% обратились бы за платной помощью в государственные учреждения (женщины — чаще, чем мужчины, 43 и 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%).

Выбор между приобретением полиса ДМС и прямой оплатой: позиции руководителей СМО и медицинских учреждений. При существующем уровне дохода потребители явно предпочитают получать медицинские услуги путем прямой оплаты (официальной или неофициальной), а не путем приобретения полиса ДМС. Ситуация тем не менее будет меняться с ростом доходов населения. При проведении глубинных интервью руководителям страховых компаний и медицинских учреждений задавался вопрос о сравнительных преимуществах прямой оплаты медицинских услуг и приобретении полиса ДМС.

В качестве недостатка работы по системе прямой оплаты респонденты называют появление проблем во взаимоотношениях с пациентами. Потребители, напрямую оплачивающие медицинские услуги, склонны выдвигать завышенные (по мнению врачей) требования к качеству обслуживания. Кроме того, дополнительное время уходит на объяснение необходимости оплаты и правил оказания платных услуг. Поэтому в случае введения системы соплатежей следует учесть фактор дополнительной нагрузки на медицинский персонал.

По мнению представителей медицинских учреждений, более привлекательным для потребителей является получение услуг в рамках ДМС, чем за счет прямой оплаты. Такое положение аргументируется тем, что страховая медицинская компания выполняет функцию защиты прав застрахованных.

Оценка качества оказания медицинских услуг осуществляется страховыми компаниями на основе двух параметров — непосредственно качества медицинской помощи и качества сервиса. В настоящее время страховые медицинские компании не удовлетворены качеством оказания медицинской помощи, особенно в рамках добровольного медицинского страхования, где определяющим критерием оценки является качество сервиса.

Руководители страховых компаний и медицинских учреждений считают, что положительная динамика увеличения количества застрахованных по ДМС будет наблюдаться и в ближайшие три года, прирост может сохраниться на достигнутом уровне — 10–20% в год, несмотря на отрицательно повлиявшие на развитие данного сектора перемены в налогообложении. В соответствии с п. 16 ч. 2 ст. 255 Налогового кодекса РФ взносы на ДМС могут быть отнесены на себестоимость продукции в размере, не превышающем 3% фонда заработной платы (раньше 1% от объема реализуемой продукции). Поэтому работодатели, стремящиеся продолжать заключение договоров ДМС, вынуждены покупать страховые полисы для своих сотрудников в основном за счет прибыли предприятий.

Положительная динамика развития сегмента ДМС обусловлена, по мнению респондентов, следующими факторами:

- ♦ увеличение потребности в получении медицинских услуг, что объясняется как объективными (увеличение заболеваемости среди на-

- селения Санкт-Петербурга), так и субъективными факторами (стремление к получению качественной медицинской помощи);
- ◆ неудовлетворенность качеством услуг в рамках ОМС;
 - ◆ недостаточное финансирование системы ОМС, приводящее к необходимости доплат, что обуславливает восприятие потребителями системы ДМС как альтернативы платным услугам, кроме того, имеющей больше преимуществ по сравнению с прямой оплатой медицинских услуг;
 - ◆ высокий уровень лояльности к получению медицинской помощи в рамках ДМС. Работники, обеспеченные полисом ДМС на прежнем месте работы, стремятся приобрести его и при смене работы (как за счет работодателя, так и за счет собственных средств при отсутствии возможности быть застрахованным корпоративно).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основной причиной сложившегося у населения мнения об отсутствии положительного влияния деятельности страховщиков на качество медицинских услуг в системе ОМС является объективное отсутствие в существующей организационной среде условий, необходимых для возникновения конкуренции между СМО. Появление стимулов для конкуренции между страховщиками повлияло бы на эффективность всей системы здравоохранения, так как в «борьбе за клиентов» СМО вынуждены были бы демонстрировать свои преимущества в возможности обеспечить потребителей медицинскими услугами более высокого качества, чем конкуренты.

Например, в Санкт-Петербурге у предприятий — страхователей работающего населения только в 2000 г. в связи с переходом с территориального на территориально-производственный принцип страхования появилась возможность выбора того СМО, с которым заключается договор на ОМС своих работников. Однако переход на данную схему существенно не повлиял на эффективность работы СМО и медицинских учреждений, так как выбор страховой компании не имеет существенного значения для страхователя. Страховые компании обязаны заключать договоры на медицинское обслуживание застрахованных со всеми медицинскими учреждениями города, поэтому никаких «привилегий» страховщики не могут предложить страхователю.

Большинство населения Санкт-Петербурга не предаются иллюзиям о бесплатной квалифицированной медицинской помощи, однако реализация идеи соплатежей требует тщательного анализа всех последствий. Следует также четко определить механизм распределения полученных средств. Кроме того, при относительно большом размере соплатежей население может предпочесть обращение за медицинскими услугами в платный сектор здра-

воохранения. Есть все основания полагать, что в случае введения «небольших» соплатежей приток средств окажется незначительным, при этом проявится негативный социальный эффект.

В настоящее время сложилась ситуация, при которой структура действительных потребностей в медицинской помощи не совпадает со структурой спроса на нее. Потребность в высококачественной медицинской помощи имеют возможность удовлетворить в первую очередь обладатели полисов ДМС. Именно со стороны этих лиц, далеко не всегда нуждающихся в лечении, предъявляется платежеспособный спрос на медицинские услуги. Испытывают же такие потребности прежде всего социально незащищенные слои населения, среди которых преобладают пенсионеры.

Дополнительный контроль со стороны Пенсионного фонда в системе ОМС, и так в настоящее время жестко зарегламентированной, по нашему мнению, вряд ли повысит эффективность работы СМО и медицинских учреждений. Издержки контроля будут достаточно высоки.

Самой эффективной в долгосрочном периоде мерой представляется реализация возможности выбора для населения СМО, а для страховщиков — медицинских учреждений. В настоящее время страховщики конкурируют только за страхователей; если же население получит реальную возможность выбирать СМО, они будут вынуждены проводить активную маркетинговую политику, расширять перечень оказываемых услуг, в результате у медицинских учреждений появится стимул к повышению качества медицинской помощи. Однако такой шаг необходимо осуществлять в сочетании с изменением финансового механизма перечисления средств в медицинские учреждения, повышением заработной платы врачей и применением стимулирующих методик оплаты их труда.

Литература

- Гайдар Е. Т.* Современный экономический рост и стратегические перспективы социально-экономического развития России. 2003 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.iet.ru>
- Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»* [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.ins-forum.ru/law>

Статья поступила в редакцию 8 октября 2003 г.