

Каратаев М.М., Мейтиев Ф.Ж., Курманалиев Э.И.

«БИРДИКТҮҮ ТӨЛӨӨЧҮ» ТУТУМДУН ШАРТЫНДА ИШТЕГЕН ДАРЫЛОО-АЛДЫН АЛУУ УЮМДАРЫНЫН ЖЕТЕКЧИЛЕРИНИН ПИКИРИН ТАЛДОО

Каратаев М.М., Мейтиев Ф.Ж., Курманалиев Э.И.

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМЫ «ЕДИНОГО ПЛАТЕЛЬЩИКА»

M.M. Karataev, F.G. Meitiev, E.I. Kurmanaliev

STUDY OF OPINION LEADERS HEALTH FACILITIES OPERATING IN THE SYSTEM «SINGLE PAYER»

УДК: 614.2:614.39

Бул макалада милдеттүү медициналык камсыздандыруунун шарттары боюнча «бирдиктүү төлөөчү» деген шартта иштеген дарылоо-алдын алуу уюмдарынын жетекчилерин сурамжылоонун жыйынтыктары, милдеттүү медицина камсыздандыруу системасынын иштешин тоскоолдук кылган негизги себептер иликтенди.

В данной статье отражены результаты анкетирования руководителей лечебно-профилактических организаций, работающих в системе «единого плательщика» в условиях обязательного медицинского страхования, проанализированы основные причины, мешающие нормальному функционированию системы ОМС.

This article presents the results of the survey of heads of medical and preventive organizations working in the system of "single-payer" in the conditions of the mandatory health insurance, analyzed the main impeding the proper functioning of the MMI system.

Актуальность. Задачи, стоящие в последние годы перед руководителями, ответственными за выработку политики здравоохранения, состояли в сохранении уровня и улучшении предоставления услуг здравоохранения перед лицом растущего спроса на услуги и сокращающихся ресурсов.

Переход на обязательное медицинское страхование способствовал активизации научных исследований в области управления и финансирования здравоохранения (Н.Ф. Герасименко, 1997; 1998; М.М. Каратаев, Ш.Н. Ниязов, 1999; В.З. Кучеренко, 2000 и др.). В этих работах проводится мысль о необходимости реструктуризации здравоохранения на основе экономических методов управления.

Внедрение обязательного медицинского страхования должно было решить ряд проблем, связанных с оптимизацией структурно - функциональных преобразований в системе лечебно-профилактической помощи, однако система здравоохранения на территориальном уровне стала зависимой от модели обязательного медицинского страхования, считают В.В Гришин, (1997), М.М. Каратаев, А.Г. Кошмуратов, (1999) А.И. Вялков (2001).

Отношение к системе обязательного медицинского страхования породило множество публикаций

отражающих мнение организаторов здравоохранения, врачей и населения.

Цель исследования. Изучить мнение руководителей лечебно-профилактических организаций в условиях работы «единого плательщика».

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили анкетирование руководителей лечебно-профилактических организаций, обучавшихся на циклах повышения квалификации на кафедре управления и экономики здравоохранения факультета усовершенствования врачей Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации.

В работе использованы социологические, аналитические и статистические методы исследования.

Результаты и обсуждение

Если в первые годы внедрения ОМС многие руководители лечебно-профилактических организаций выражали некоторое сомнение в достаточной степени своей осведомленности о системе, то теперь эта проблема стоит не так остро. Анализ, проведенный в то время, давал основания сомневаться в глубине знаний даже тех, кто считали себя осведомленными. Многие главврачи затруднялись в ответах на вопросы, касающиеся объема программы ОМС, функций субъектов ОМС, прав потребителей медицинских услуг и т.д.

Прошедшие годы и опыт работы в системе ОМС сняли многие вопросы, но лишь в рамках реальной практики. Теперь под системой ОМС многие понимают не то, что должно быть, а то, что реально сложилось за эти годы. В понимании многих экспертов система ОМС лишь дополнительный источник финансирования, возникший на основе дополнительного налогообложения предприятий и организаций в размере 2,0 % от фонда оплаты труда.

Среди трудностей, которые возникают на пути системы ОМС, руководители назвали, в первую очередь, отсутствие должного финансирования. На втором месте - несовершенство законодательной и методической базы, затем идут слабая материально-техническая база медицинского учреждения, слабая

работа территориального фонда ОМС, слабая работа управления здравоохранения.

Населению, как оказалось, все равно, как называется система, главное, чтобы она была эффективна. Сущность ОМС для большинства осталась непонятной.

С мнением 15,0 % опрошенных о том, что тормозят переход на ОМС сами работники учреждений здравоохранения, не считаться нельзя. Объяснить это можно тем, что система ОМС вводит дополнительные обязательства. С одной стороны, медицинским работникам система обязательного медицинского страхования предоставляет возможность проявить свои способности, вызвать интерес к себе со стороны населения и получать значительно большую зарплату, а с другой стороны, эта система требует от медперсонала включения в активную работу по обеспечению надлежащего качества медицинского обслуживания.

Говоря о финансировании, следует иметь в виду, что оно осуществляется из двух источников: из бюджета и по линии ОМС. Если на недостаточность или отсутствие бюджетного финансирования указывают большинство экспертов, то на недостаточность финансирования по ОМС - значительно меньшее количество. Основные источники финансирования полностью зависят от состояния экономики. Следовательно, зная экономическое положение в том или ином регионе, легко можно определить и уровень финансирования учреждений здравоохранения по линии ОМС.

Таким образом, по мнению директоров ЛПО, основные причины, мешающие нормальному функционированию системы обязательного медицинского страхования, находятся вне отрасли здравоохранения, они являются следствием общей социально-политической и экономической нестабильности. Приведенные выше оценки не зависят ни от степени осведомленности экспертов, ни от симпатий или антипатий по отношению к системе ОМС.

Как было отмечено ранее, еще не полностью завершён переход на систему ОМС. К сожалению, не все руководители представляют себе, в чём состоит сущность этого перехода, что является критерием перехода, какие его признаки определяющие, а какие - нейтральные. Если речь идет о введении страховых взносов и создании соответствующих органов - фонда обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций, - то переход на ОМС завершён. Для этого потребовалось немного времени. Если иметь в виду принципиальные изменения в системе медицинского обслуживания населения, повышение качества этого обслуживания, то до этого еще далеко. Пока, как свидетельствуют опросы населения, качество медицинского обслуживания не улучшается. Поэтому говорить о завершении перехода на систему ОМС еще рано.

По нашему мнению, для успешного перехода нужны экономическая стабильность, наличие

возможности у предприятий производить необходимые отчисления на ОМС. Многие видят реальный путь ускорения перехода к медицинскому страхованию в совершенствовании законодательной и методической базы этой системы, возлагая серьезные надежды на улучшение организационно-методической работы территориального фонда ОМС. Кроме этого, руководители обратили внимание на необходимость усиления материальной заинтересованности медицинского персонала, расширения работы с населением, повышения компетентности в данной сфере и медицинских работников, и работников управления здравоохранением, обеспечения ЛПО медицинской и оргтехники и на другие направления деятельности.

Вместе с тем, система ОМС уже не теоретическая схема, а реальная практика. И сегодня мы можем оценить ее успехи и недостатки. Ключевой вопрос - качество медицинского обслуживания. Население в своем большинстве отмечает его как неудовлетворительное.

Как оценивают качество работы своих учреждений руководители?

По их мнению, жалобы со стороны пациентов на качество медицинской помощи бывают довольно редко. Любопытно отметить, что мнение главврачей, работающих в различных населенных пунктах, практически совпадает. Расхождение в оценках качества медицинской помощи между экспертами-врачами и населением можно объяснить лишь тем, что большинство главврачей действительно не сталкивается с жалобами.

Одно из объяснений заключается в следующем: больные не хотят жаловаться, так как понимают, что это не поможет. Жалобы поступают только в экстремальных случаях, когда возникает угроза жизни, когда вина медработников вполне очевидна любому некомпетентному человеку. Право выбора врача - это юридическое право больного и лишать его этого права нельзя. Тем более что система ОМС предполагает предоставление такого права. Подавляющее большинство главных врачей согласно с этим положением. Но есть и несогласные. Разброс мнений довольно значителен и зависит не только от возможности выбора врачом пациентом, имеющим полис, но и от других причин. В районных больницах возможность выбора врача крайне ограничена, но число экспертов, считающих целесообразным такой выбор, наибольшее. В этом случае идея свободного выбора врача воспринимается скорее как декларация. Практическое ее воплощение в жизнь нереально, особенно в сельской местности. Больше всего противников среди главных врачей, проживающих в городах областного подчинения. Здесь, как известно наиболее сложная финансово-экономическая ситуация. Видимо, это обстоятельство является решающим для тех, кто выступают против (если не работает такой элемент системы ОМС, как дополнительное

финансирование, то и другие элементы тоже нереальны).

Население в большинстве своем не знает об этих правах и не имеет возможности его реализовать. Директора, в принципе одобряя идею, мало что предпринимают для ее практического осуществления.

Рассмотрим вопрос об отношении руководителей к праву пациентов, имеющих страховой полис, свободно выбирать медучреждение. В данном случае сторонниками являются практически все эксперты. Примечательно, что в начале перехода к системе ОМС руководители в большинстве своем считали, что реализация этого права вызовет резкий наплыв пациентов в одни учреждения и отток от других, необходимость принципиальных изменений всей системы медицинского обслуживания, отмену закрепления за территориальными участками и так далее. Однако существенных изменений в этом отношении не произошло. И надежда на то, что возникшая конкуренция вызовет резкий рост качества обслуживания, не сбылась.

Почему этого не произошло?

Если считать, что при условии свободного выбора ЛПО пациенты будут стремиться попасть в лучшие из них, то рано или поздно возникнет необходимость закрыть другие, как нерентабельные. К такой ситуации не готовы ни медработники, ни население. Стать лучшим и одержать уверенную победу в конкурентной борьбе можно только при условии отличной материально-технической оснащенности и высокой квалификации кадров медицинского учреждения. В противном случае шансы остаются невысокими. Несмотря на удовлетворенность большинства главных врачей состоянием кадрового состава, дефицит финансовых средств, оборудования, медикаментов переводит идею о конкурентной борьбе в настоящее время в разряд нереальных.

Приходилось ли руководителям отказывать пациентам в предоставлении медицинской помощи?

Этот вопрос тесно сопрягается с предыдущим вопросом о целесообразности выбора пациентом лечебного учреждения. Часто пациентам в медицинской помощи отказывают в незначительном (меньше 2-3%) количестве медучреждений. Нечасто, но иногда все-таки отказывают в четвертой части ЛПУ и более 60% учреждений не отказывали ни разу. Некоторые главврачи затруднились ответить на этот вопрос, очевидно, не имея полной информации.

Значительно отличаются между собой оценки главных врачей районных больниц. Районные больницы отличаются между собой, кроме всего прочего, близостью или удаленностью от областного центра, где сосредоточена основная часть медучреждений. Отказывают населению в медицинской помощи, как правило, районные больницы и центры семейной медицины, расположенные недалеко от города. Лечебные учреждения, удаленные от города,

любую медицинскую помощь вынуждены оказывать сами, так как затруднена возможность доставки больного в областной центр. Больше других в предоставлении медицинской помощи больным отказывают ЛПО областного центра.

Что же является причиной отказа?

Перечислим основные причины в порядке убывания числа экспертов, указавших на них: из-за отсутствия показаний для госпитализации; из-за отсутствия специалистов; из-за отсутствия оборудования; из-за того, что больной проживает в другом районе; из-за отсутствия страхового полиса; другие причины.

Население, как показал массовый опрос, пока и не питает надежды на свободный выбор врача или медучреждения. Большинство об этом просто не знает. Необходимо подчеркнуть, что об этом хорошо осведомлены и главные врачи.

По мнению главврачей, все упирается в вопросы финансирования. Доля финансирования за счет средств, поступающих по линии ОМС, в разных лечебно-профилактических организациях различна (от 10 до 80% от суммы всех средств, поступающих в ЛПО). Именно поэтому и отношение к системе ОМС тоже различное.

Мы уже отмечали, что некоторые главврачи иногда используют средства, поступающие по линии ОМС, не по назначению, то есть не только на оплату труда персонала, приобретение медикаментов, организацию питания и т.д., но и на ремонт, приобретение оборудования и т.д. Это, безусловно, вызвано недостатком бюджетных средств, но среди лечебно-профилактических учреждений есть и такие, которые функционируют исключительно за счет средств ОМС или преимущественно за счет этих средств.

Кто должен осуществлять контроль за расходованием финансовых средств ОМС?

Мнения самые разнообразные. Наибольшее число руководителей хотело бы взять расходование финансовых средств ОМС под свой собственный контроль, или под контроль независимых экспертов, в число которых можно было бы войти самим, или направить своих представителей. Особую заинтересованность в передаче контроля финансовых средств лечебных учреждений в руки администраций проявили главные врачи ЛПУ областного центра, меньшую - руководители районных больниц и ЦСМ.

Логично было бы получить ответ на вопрос о том, кто должен формировать цены на медицинские услуги?

Ответы проранжируем в порядке убывания числа сторонников той или иной точки зрения. На первом месте - лечебные учреждения, на втором - врачебные ассоциации, на третьем - независимые эксперты, на четвертом - органы здравоохранения, на пятом - территориальные управления ФОМС. Преимущественное большинство главных врачей твердо стоит на первой позиции - право формирования цены

должно принадлежать исключительно медицинским учреждениям. Заметим, что колебания в оценках в зависимости от особенностей расположения ЛПУ, возглавляемых экспертами, все-таки есть.

В любом случае большинство экспертов на стороне лечебных учреждений. Этот подход, казалось бы, самый справедливый, вызывает много вопросов. В частности, какой должна быть стоимость лечения одного вида патологии в разных лечебных учреждениях? Из чего будет складываться себестоимость медицинской услуги и ее цена? Если каждое учреждение будет самостоятельно устанавливать свои цены, то естественно, они будут разными. Несмотря на это, большинство экспертов считает, что стоимость лечения одного вида в разных лечебных учреждениях должна быть различной. Наибольшее число сторонников этой точки зрения среди экспертов областного центра, наименьшее - среди экспертов из районов области.

По мнению практически всех экспертов оплата за одинаковую работу должна быть разной в зависимости от квалификации врача. Суждение, казалось бы, совершенно справедливое, но есть эксперты, которые категорически выступают против этого. Кое-кто считает, что оплата должна зависеть от конечного результата, а не от имеющихся у врача званий.

В соответствии с законом пациенты, пользуясь своим правом свободного выбора медучреждений и врача, будут стремиться получить медицинские услуги в более престижных ЛПУ, в которых имеется современное медицинское оборудование и высококвалифицированные кадры. Тем самым, в эти учреждения широким потоком будут направляться денежные средства. Пока этого не произошло, так как право свободного выбора медучреждений населением пока не реализовано.

Сравнивая данные, полученные в разные годы, можно сделать вывод, что число сторонников курса реформирования здравоохранения существенно изменилось в пользу противников. Видимо, надежды на улучшение ситуации, которые еще были в 1995г.

у многих экспертов, за последние годы значительно уменьшились, что и заставило их изменить свое отношение к политике, проводимой в области здравоохранения.

В зависимости от расположения ЛПУ сторонников курса меньше всего среди экспертов, представляющих районы области, больше всего - среди представителей городов областного подчинения. Эти данные не позволяют однозначно идентифицировать причины, по которым эксперты так или иначе реагируют на проводимый Правительством курс, однако можно сделать вывод, что противников реформирования больше там, где социально-экономическая ситуация более напряженная.

При этом увеличение количества противников реформ не означает одновременный рост числа противников внедрения ОМС как дополнительного источника финансирования.

Литература:

1. Вялков А.И., Щепин В.О. Проблемы и перспективы реформирования здравоохранения. – М., 2001. – 224 с.
2. Герасименко Н.Ф. Реформа здравоохранения. Некоторые итоги и перспективы. // Экономика здравоохранения. – 1997. - № 1. - С.5-7.
3. Герасименко Н.Ф. Кризис здоровья и здравоохранения как угроза национальной безопасности страны // Вестник Российской академии медицинских наук. – 1998., №4.- С. 58-62
4. Гришин В.В. Регулирование процессов становления страховой медицины. – М., 1997. – 350 с.
5. Каратаев М.М., Ниязов Ш.Н. Рационализация лечебно-профилактических учреждений Чуйской области.// Медицина и фармация, Бишкек, 1999. - №1. - С.31-33
6. Каратаев М.М., Кошмураев А.Г. Новые методы финансирования стационаров.// Научно-практический медицинский журнал "Здравоохранение Кыргызстана". - Бишкек. - 1999. - № 3. - С.8-12
7. Кучеренко В.З. Наиболее известные системы здравоохранения развитых стран// Экономика здравоохранения. – 2000. - № 7. – С. 5-11.

Рецензент: к.м.н., доцент Сыдыков А.С.