

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Манухина Е.В., Борисова Н.В., Дыкин В.А.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области,
Рязань, Россия

В статье анализируются обращения граждан, не удовлетворенных качеством оказанной медицинской помощи за период 2010-2014 гг. Проведен анализ структуры обоснованных жалоб и уровня удовлетворенности пациентов. При этом работа с жалобами и результаты социологических опросов позволили наладить «обратную связь» с потребителями медицинских услуг в рамках сформированной в Рязанской области системы защиты прав застрахованных.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, обоснованные жалобы, удовлетворенность пациентов, качество и доступность медицинской помощи.

Сформировавшееся за многие годы потребительское отношение населения к медицине на фоне недостаточного финансирования здравоохранения, слабой материально-технической базы и низкого уровня оплаты труда медицинских работников из года в год сопровождалось ростом негативного отношения пациентов к качеству оказываемой помощи [4]. В этих условиях проводимая модернизация здравоохранения не может быть успешной без осуществления контроля качества обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи [1, 4].

Важнейшим событием в развитии нормативно-правовой базы отечественного здравоохранения по созданию системы контроля является принятие Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Помимо финансово-экономических и организационных вопросов обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) в нем рассматриваются правовые основы обеспечения качества медицинского обслуживания населения [3].

В соответствии со ст. 4 Федерального закона № 326-ФЗ одним из основных принципов осуществления обязательного медицинского страхования является создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи. При этом одним из аспектов понятия «качество медицинских услуг» является удовлетворенность пациента от контакта с персоналом медицинской организации, от того, в какой степени в этой организации были соблюдены права застрахованного гражданина [3].

Защита интересов и прав граждан в системе ОМС осуществляется Территориальным фондом ОМС Рязанской области и 4 страховыми медицинскими организациями (далее – СМО), аккредитованными на территории области. В целях реализации прав застрахованных организована работа с обращениями граждан, сформирована и развивается система вневедомственного контроля качества медицинской помощи, осуществляется досудебная и судебная защита прав и законных интересов застрахованных, проводится работа по их юридическому консультированию.

Неудовлетворенность пациента работой руководства или персонала медицинской организации, вызванная несоблюдением его прав, зачастую является причиной обращения в вышестоящую инстанцию, чтобы обратить внимание контролирующих организаций на допущенные, по его мнению, те или иные нарушения и инициировать работу по их искоренению.

В связи с этим целью нашей работы явилось изучение распространенности случаев и причин недовольства работой медицинской организацией, установление уровня удовлетворенности населения оказанной медицинской помощью.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели нами были проведены изучение и анализ обращений граждан, не удовлетворенных качеством оказанной медицинской помощи и степенью соблюдения их прав, за период 2010-2014 гг. [2]. При этом особое внимание уделялось жалобам застрахованных, выступающим как индикатор качества медицинской помощи (далее – КМП), который позволяет выявить наиболее проблемные точки.

В установленный период в Территориальный фонд ОМС Рязанской области и страховые медицинские организации поступило свыше 1,8 млн обращений от застрахованных лиц по вопросам защиты их прав. При этом в 2012-2013 гг. отмечается увеличение обращений граждан в 2 раза, что говорит о значительном росте правовой активности населения в условиях проводимых реформ. В то же время доля жалоб от общего количества обращений была минимальной (0,02% - 0,03%).

В структуре обращений в 2010 г. наибольшее количество составили заявления по вопросам обеспечения граждан страховыми медицинскими полисами ОМС (93,7%). В период с 2011 по 2014 гг. лидируют заявления о выборе или замене СМО: в 2011 г. они составили 57,2%; в 2012 г. – 83,7%; в 2013 г. – 81,3%; в 2014 г. – 56,6% от общего числа обращений [2]. Более половины обращений связано с решением организационных вопросов в деятельности СМО, что наглядно демонстрирует рост активности застрахованных по реализации своего права выбора страховой медицинской организации.

При рассмотрении результатов работы с обращениями пациентов, осуществляемой в системе ОМС в Рязанской области, характерен тот факт, что наибольший объем работы с различными обращениями граждан ложится на СМО и составляет не менее 99,9% – постоянный показатель на протяжении 5 лет. Это свидетельствует о высоком статусе СМО у населения, поскольку жители региона обращаются в свою страховую медицинскую организацию не только с конкретной жалобой, но и за советом, консультацией, разъяснением прав, связанных с медицинским обеспечением.

Удельный вес обращений по вопросам, связанным с нарушением прав и законных интересов застрахованных (жалоб), поступивших в течение 5 лет, не превышает 0,08%. В расчете на 100 000 застрахованных лиц максимальное количество жалоб отмечалось в 2011 г. – 17,7. В 2010 г. наиболее высока была доля обоснованных жалоб от общего их количества – 65,9% (таблица 1).

Таблица 1. – Жалобы застрахованных граждан в системе ОМС Рязанской области

Годы	Количество жалоб всего	% жалоб от числа обращений	Число обоснованных жалоб	% обоснованных от общего числа жалоб	Количество жалоб на 100 000 застрахованных	Количество обоснованных жалоб на 100 000 застрахованных
2010	182	0,08	120	65,9	16,0	10,4
2011	203	0,07	122	60,1	17,7	10,6
2012	124	0,02	72	58,1	10,6	6,2
2013	160	0,03	101	63,1	14,0	8,8
2014	163	0,08	96	58,9	14,3	8,4

При этом в 2011 г. удельный вес их составлял 60,1%; в 2012 г. – 58,1%; в 2013 г. – 63,1%; в 2014 г. – 58,9%. В 2012 г. отмечается значительное снижение количества жалоб на 100 000 застрахованных и количества обоснованных жалоб на 100 000 застрахованных с незначительным ростом в последние годы. За пятилетний период доля обоснованных жалоб не превышала 2/3 от общего числа обращений, связанных с нарушением прав застрахованных. По нашему мнению, этот показатель свидетельствует не столько о беспочвенности претензий, сколько о неспособности населения правильно сформулировать и обосновать свои требования.

В 2010-2011 гг. основное количество жалоб связано с отказом в оказании медицинской помощи – 34% и 28,6%, соответственно, от общего числа жалоб, из них обоснованными признаны 77,4% и 60,3%, соответственно. В 2012 г. больше всего поступило жалоб на взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС – 33,1%, из них обоснованными признаны 53,7%. Первое место в 2013 г. занимали жалобы на организацию работы медицинской организации и составили 25,6% от общего числа жалоб, из них обоснованные – 63,4%. Самый высокий удельный вес в 2014 г. составили жалобы, связанные с качеством медицинской помощи – 27,6% от общего числа жалоб, из них обоснованных – 35,6% [2].

За пятилетний период в структуре жалоб не зафиксировано ни одной обоснованной жалобы по вопросам обеспечения граждан страховыми медицинскими полисами ОМС, что указывает на высокий уровень охвата населения субъекта РФ обязательным медицинским страхованием и, по нашему мнению, положительно характеризует деятельность территориального фонда ОМС и СМО.

В то же время крайне тревожным обстоятельством является то, что в 2010-2014 гг. наиболее частыми причинами обоснованных жалоб стали два фактора: отказ в оказании медицинской помощи и взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС. Совокупная доля этих причин стабильно высока и составляет около 50% от общего числа обоснованных жалоб, что нацеливает и медицинские организации, и СМО на

обеспечение доступности бесплатной качественной медицинской помощи для населения (рис.1).

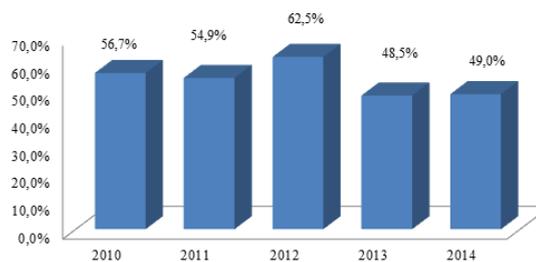


Рисунок 1. – Совокупная доля двух причин обоснованных жалоб

По результатам деятельности, связанной с разрешением претензий пациентов, отметим, что из числа поступивших и признанных обоснованными в 2010-2014 г. удовлетворены в досудебном порядке практически все жалобы. Кроме того, из 510 спорных случаев, разрешенных в течение 5 лет в досудебном порядке, 141 жалоба (26,7%) удовлетворена с возмещением материального ущерба на общую сумму 508 998,00 рублей.

За этот же период в судебном порядке рассмотрены три иска к медицинским организациям, связанных с нарушениями прав пациентов при оказании медицинской помощи, два из них удовлетворены с материальным возмещением на сумму 71,0 тыс. рублей (2012 г.) и 40,0 тыс. рублей (2014 г.) [2].

Имеется более эффективный и менее затратный способ – это разрешение спорных случаев, возникающих при оказании медицинской помощи, в досудебном порядке. При этом снижается нагрузка на судебную систему, очевидна экономия времени и сил участников конфликтной ситуации.

Приведенные данные наглядно свидетельствуют о возросшей роли системы ОМС в защите прав пациентов и повышении качества бесплатной медицинской помощи, что является, с нашей точки зрения, весьма положительным фактором для системы здравоохранения области в целом.

Эффективное управление качеством медицинской помощи невозможно без научно обоснованных критериев ее оценки, а также показателей деятельности медицинских организаций в области качества. Недостаточно определить характеристики медицинской услуги, разработать методы их количественной оценки и сравнить с требованиями потребителей и других заинтересованных сторон. Проблема состоит в том, что, как правило, качество медицинской помощи оценивается одновременно по многим показателям [4].

Каждая из сторон в процессе оказания медицинской помощи воспринимает и интерпретирует качество по-разному на основе своих сформировавшихся установок и потребностей. Предметом данного исследования является выявление уровня удовлетворенности пациентов, обращающих больше внимания на понятные им вещи. В их числе открытость и доступность информации о медицинской организации, комфортность условий и доступность получения медицинских услуг, в том числе для граждан с ограниченными возможностями здоровья, время ожидания в очереди при получении медицинских услуг, доброжелательность, вежливость и компетентность работников, удовлетворенность качеством обслуживания, санитарно-бытовые условия и т.д. [1, 4].

Для социологических опросов жителей Рязанской области использовалась анкета, рекомендованная Федеральным фондом ОМС, позволяющая оценить удовлетворенность медицинскими услугами, предоставляемыми в медицинских организациях, уровень доступности и качества медицинской помощи, ее организации. Анкета также дает возможность установить частоту и размеры личных расходов застрахованных граждан на оплату различных видов медицинской помощи, в том числе предоставляемых за счет средств ОМС.

Анкетирование проводится специалистами подразделений по защите прав застрахованных территориального фонда ОМС и страховых медицинских организаций 1-2 раза в год. В 2010 г. социологическим опросом было охвачено 3 774 жителя области, в 2011 г. – 4 337, в 2012 г. – 6 365, в 2013 г. – 7 773, в 2014 г. – 10 977 застрахованных граждан. Число респондентов, отвечающих на вопросы анкеты, за пятилетний период выросло почти в 2,5 раза (рис. 2).

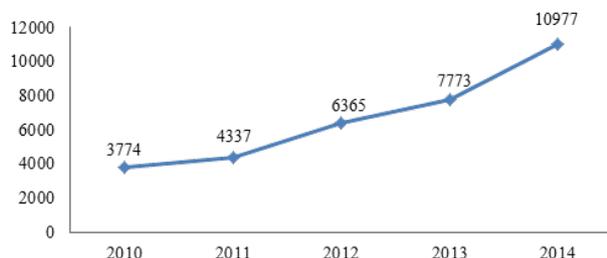


Рисунок 2. – Количество застрахованных граждан, охваченных социологическим опросом в 2010-2014 гг.

Как правило, в анкетировании наиболее активно принимают участие посетители амбулаторно-поликлинических медицинских организаций. В последние два года анкетирование стало проводиться среди жителей города Рязани при оказании скорой медицинской помощи (таблица 2).

Таблица 2. – Удовлетворенность качеством медицинской помощи

Результаты социологического опроса	Годы	Количество респондентов	Удовлетворены КМП	Не удовлетворены КМП	Затруднились с ответом
Количество опрошенных граждан по вопросам КМП, всего:	2010	3774	2669	963	142
	2011	4337	2569	1370	398
	2012	6365	4453	1674	585
	2013	7773	5393	1936	444
	2014	10977	6972	3660	345
При получении стационарной помощи	2010	1016	842	139	35
	2011	1065	672	252	141
	2012	1352	1072	231	49
	2013	1972	1495	383	94
	2014	3327	2516	709	102
При получении стационаро-замещающей помощи	2010	116	106	5	5
	2011	233	206	21	6
	2012	317	267	44	6
	2013	767	642	87	38
	2014	1159	999	120	40
При получении амбулаторной помощи	2010	2642	1721	819	102
	2011	3039	1691	1097	251
	2012	4696	3114	1399	183
	2013	4732	3067	1378	287
	2014	6179	3299	2688	192
При получении скорой медицинской помощи	2013	302	189	88	25
	2014	312	158	143	11

За пятилетний период в целом удовлетворенность пациентов качеством оказанной медицинской помощи отмечалась на уровне 60-70% (рис. 3) [2].

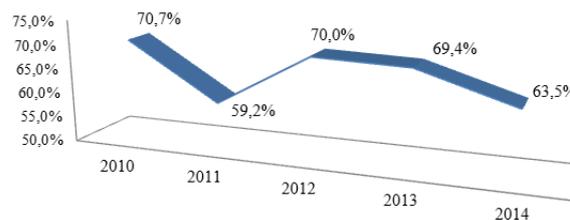


Рисунок 3. – Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи

При этом доля удовлетворенных качеством медицинской помощи от числа опрошенных в амбулаторных условиях ниже, чем при получении специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (рис. 4). Причинами неудовлетворенности пациентов поликлиники являются оплата назначенных лабораторных и инструментальных исследований, длительные очереди к врачам, отсутствие врачей-специалистов (офтальмолог, уролог и др.).

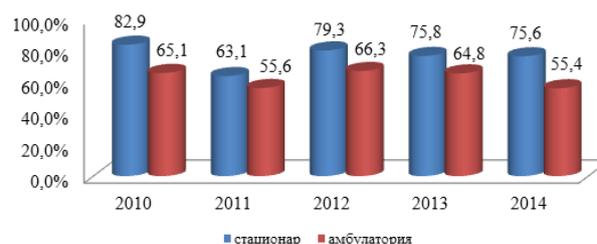


Рисунок 4. – Удовлетворенность пациентов качеством при получении медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях

За этот же период удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи в различных субъектах РФ составляла от 35% до 85% (целевой показатель – 35%). Представленные данные иллюстрируют достаточно позитивное мнение застрахованных граждан о качестве и доступности медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями Рязанской области.

Выводы

1. Работа с жалобами и результаты социологических опросов позволяют наладить «обратную связь» с потребителями медицинских услуг в рамках сформированной в Рязанской области системы защиты прав застрахованных.
2. Анализ причин обоснованных жалоб, среди которых наиболее частыми являются отказ в оказании медицинской помощи и взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС, нацеливает на поиск новых современных технологий: внедрение электронной записи на прием к врачу, электронное сопровождение плановых госпитализаций, применение передовых методик лабораторного и инструментального исследований.
3. Удовлетворенность граждан от взаимодействия с системой здравоохранения, являясь субъективной составляющей комплексной оценки ка-

чества медицинской помощи, представляется в настоящее время актуальным и важным критерием оценки деятельности всей медицинской отрасли.

4. Отмечено достаточно позитивное мнение застрахованных граждан о качестве и доступности медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями Рязанской области, на уровне удовлетворенности 60-70% за последние 5 лет.

Литература

1. Артемьева Г. Б. Уровень удовлетворенности застрахованных граждан при получении медицинской помощи в Рязанской области / Г. Б. Артемьева, Е. В. Манухина // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2013. – № 2. – С. 50-55.
2. Отчетная форма № «ПГ», утвержденная приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.08.2011 № 145, за 2010 – 2014 годы.
3. Федеральный закон РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
4. Хабриев Р. У. Оценка качества медицинской помощи с использованием индикаторов /Р. У. Хабриев, А. С. Юрьев, А. Л. Верткин, Е. Л. Никонов // Глав Врач. – 2006. – № 7. – С.49-53.

Заключение

В условиях развивающейся между медицинскими организациями конкуренции за пациента, с одной стороны, и необходимостью максимально эффективно использовать имеющиеся ресурсы – с другой, постулат о важности работы над качеством оказываемой медицинской помощи остается актуальным и в наши дни.

Literatura

1. Artem'eva G. B. Uroven' udovletvorennosti zastrakhovanny'x grazhdan pri poluchenii medicinskoj pomoshhi v Ryazanskoj oblasti / G. B. Artem'eva, E. V. Manuxina // Obyazatel'noe medicinskoe straxovanie v Rossijskoj Federacii. – 2013. – № 2. – S. 50-55.
2. Otchetnaya forma № «PG», utverzhennaya prikazom Federal'nogo fonda obyazatel'nogo medicinskogo straxovaniya ot 16.08.2011 № 145, za 2010 – 2014 gody'.
3. Federal'ny'j zakon RF ot 29.11.2010 № 326-FZ «Ob obyazatel'nom medicinskom straxovanii v Rossijskoj Federacii».
4. Xabrieв R. U. Ocenka kachestva medicinskoj pomoshhi s ispol'zovaniem indikatorov /R. U. Xabrieв, A. S. Yur'ev, A. L. Vertkin, E. L. Nikonov // GlavVrach. – 2006. – № 7. – S.49-53.

PATIENTS EVALUATION OF HEALTH CARE QUALITY AND ACCESSIBILITY IN THE MANDATORY MEDICAL INSURANCE SYSTEM OF THE RYAZAN REGION

Manukhina E. V., Borisova N. V., Dykin V. A.

Territorial Mandatory Medical Insurance Fund of the Ryazan region, Ryazan, Russia

Citizens' complaints about the quality of health care provided in 2010-2014 have been examined in this article. The legitimate complaints structure as well as the level of patients' satisfaction have also been analyzed. The above complaints processing and opinion polls results enabled to get feedback from health services consumers within the system of the insured person's rights protection formed in the Ryazan region.

Key words: *mandatory medical insurance, legitimate complaints, patients' satisfaction, health care quality and accessibility.*
