

Оценка населением здоровья и качества медицинской помощи как показателей проводимой модернизации здравоохранения

Хлынин М.С.

Population appraisal of health and quality of medical aid as indexes of conducted modernization in public health service

Khlynin M.S.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Хлынин М.С.

Установлено, что отношение населения к доступности, качеству бесплатных и платных медицинских услуг (ПМУ) зависит от финансового положения, состояния здоровья, наличия заболеваний, возраста. Развитие ПМУ понизит использование медицинской помощи по системе обязательного медицинского страхования, что позволит затратить больше ресурсов на менее обеспеченные группы. Обосновывается целесообразность мониторинга показателей здоровья, развития конкурентных отношений, мотивации в здравоохранении.

Ключевые слова: доступность и качество медицинской помощи, оценка реформы системы здравоохранения, обязательное медицинское страхование.

It is determined that the population's attitude to accessibility, quality of charge-free and paid medical services is depended on a financial status, state of health, availability of diseases and age. The paid medical service development will reduce the use of medical aid according to the compulsory medical insurance program that will allow to spend more resources on less wealthy groups of people. The expediency of health indexes monitoring, competitive relations development, motivation in public health service is proved to be necessary.

Key words: accessibility and quality of medical aid, estimation of public health service reform, compulsory medical insurance.

УДК 614.2:616-082/-084

Введение

Результативность национального проекта «Здоровье» определяется не только состоянием системы здравоохранения, но и желанием каждого человека трудиться над сохранением своего здоровья. Для успешной реализации проекта и повышения эффективности здравоохранения необходимо знать, как население оценивает доступность, качество бесплатных и платных

медицинских услуг, как относится к деятельности медицинских организаций [1, 2].

Целью работы явилось исследование отношения населения к здоровью и здравоохранению в зависимости от социального и финансового положения, заболеваний и оценка организационно-технологических аспектов повышения доступности и качества медицинской помощи на этапах реализации национального проекта «Здоровье».

Материал и методы

Этапы исследования: первый, до начала реализации проекта — 2006 г., затем через 1 год и 2 года. Методом случайной выборки были опрошены (2006 г.) члены 3 134 домохозяйств, ответили 7 834 респондента, 3 574 мужчины (45,62%) и 4 260 женщин (54,38%) [4]. Мужчин и женщин в зависимости от возраста разделили на три группы: 1-я — молодые, до 20 лет, 2-я — трудоспособного возраста, от 20 до 55 (женщины) и 60 лет (мужчины), 3-я — пенсионного возраста, старше 55 и 60 лет для женщин и мужчин соответственно. По финансовым признакам 3 134 домохозяйства разделили на пять групп. Детальному анализу подвергли наиболее многочисленные три группы, составляющие средний класс.

Для изучения влияния финансового положения на оценку доступности и качества медицинских услуг (МУ) были проанализированы три группы: хватает только на питание (I группа — 38,04% от всех домохозяйств), хватает на питание и одежду (II группа — 27,66%) — среднеобеспеченная и более обеспеченная категория — хватает и на товары длительного пользования, но не могут купить квартиру, дачу (III группа — 15,44%).

Также проведен социологический опрос 252 пациентов и 46 врачей поликлиники № 10 и городской больницы № 3 г. Томска, Томской областной клинической больницы.

Статистическая обработка проведена с использованием прикладных программ статистического анализа Statistica 6.0. При оценке достоверности применялись параметрические критерии, достоверность различий считали значимой при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Установлено, что в течение года к врачам обратились только чуть более половины опрошенных — 53,91%. Тот факт, что 46,09% не были у врача за этот период, отражает отчасти отношение к профилактике и контролю заболева-

ний. Женщины чаще обращались за медицинской помощью (МП) (59,08%), чем мужчины (47,73%). При этом чаще посещали врача женщины (69,79%) и мужчины (61,82%) пенсионного и молодого возраста (девушки — 59,06%, юноши — 55,98%). В трудоспособном возрасте обращались реже мужчины (41,66%), чем женщины (54,37%). По количеству посещений в течение года преобладали женщины, обратившиеся по 2—3 раза в год. Число посещений к врачу возрастало по мере ухудшения здоровья. Платная медицинская помощь (ПМП) была более доступна в государственных медицинских учреждениях для женщин трудоспособного возраста (10,6%) и пенсионеров (9,3%). В частных клиниках ПМП получали женщины трудоспособного возраста (3,86%). Получали направление на госпитализацию чаще мужчины и женщины пенсионного возраста — 22,7 и 20,8% соответственно. В трудоспособном возрасте направление получали 15,2% женщин и 10,3% мужчин. В трудоспособном возрасте были госпитализированы 8,1% мужчин и 11,9% женщин. Основная группа тратила в месяц на лекарства от 100 до 300 руб. — 20,27%, от 300 до 500 руб. расходовали 9,37%.

Большинство респондентов оценивали состояние своего здоровья как удовлетворительное (52,46%) и хорошее (27,23%). Плохим и очень плохим считали свое здоровье 14,51 и 2,09% соответственно. Как плохое свое здоровье чаще оценивали женщины (17,02%), чем мужчины (11,53%). Мужчины были более оптимистичны в хорошей оценке здоровья (29,94%), чем женщины (24,95%), и очень хорошей (4,28% по сравнению с 3,08% у женщин). Удовлетворительным считали свое здоровье 52% опрошенных, как мужчин, так и женщин.

Возраст накладывал свой отпечаток на здоровье естественным образом: молодые мужчины и женщины чувствовали себя более здоровыми. Плохо и очень плохо чувствовали себя 50,48% женщин пенсионной группы по сравнению с молодыми (3,76%). У мужчин контраст составил 46,8 и 4,34% соответственно. Более 10% лиц трудоспособного возраста оценивали свое со-

стояние как плохое и очень плохое, без существенных различий по полу. То есть люди трудоспособного возраста в подавляющем большинстве (свыше 85%) оценивали свое здоровье как удовлетворительное, хорошее и очень хорошее.

Наиболее распространенными являлись сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), составляющие 194 случая на 1 тыс. населения, на втором месте гастрит и язва желудка — 103 на 1 тыс. населения. Гипертоническая болезнь была подтверждена у 16,9% респондентов, не подтверждена у 25,81%. Обращает на себя внимание тот факт, что в большинстве случаев (57,29%) респонденты затруднились ответить на вопрос о наличии у них гипертонической болезни. Не курили и не курят 57,53% респондентов. Бросили курить 6,19%. Большинство курящих выкуривают в день от 10 до 20 сигарет — 12,09%. До 10 сигарет выкуривали 7,66%, до 5 сигарет — 4,54%. Более 1 пачки в день курит 231 человек — 2,95% респондентов. Алкогольные напитки почти не употребляют 41%, только по праздникам — 33,87%. По 1–2 раза в месяц употребляют 8,07%, 1 раз в неделю — 5,34%. Несколько раз в неделю — 133 (1,7%) человека, а практически ежедневно — 51 респондент (0,65%). Затруднились ответить 9,38% — 735 человек. По-видимому, часть обследуемого контингента скрывает свое истинное отношение к алкоголю, что особенно выражено среди людей трудоспособного возраста [4].

Информацию по здоровому образу жизни получили большинство опрошенных — 70,13%, не имели ее только 9,8%. Знают, что сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти 76,03%, а не знают об этом лишь 3,64%. Но реализовать свои знания многие не спешат: со слов респондентов, физкультурой и спортом каждую неделю занимаются только 20,27%, игнорируют физические упражнения более 70%, а 9,17% затрудняются ответить.

Оценка состояния здоровья четко зависела от финансового состояния. Как хорошее и очень хорошее свое здоровье гораздо чаще ха-

рактеризовали обеспеченные респонденты (27,27 и 3,51% соответственно), чем малообеспеченные (18,28 и 1,59%). И, наоборот, плохим и очень плохим считают чаще свое здоровье малообеспеченные респонденты (25,08 и 2,35% против 10,74 и 0,41% обеспеченных).

Малообеспеченная категория в большинстве случаев считает платные медицинские услуги недоступными (56,12%) и частично доступными (29,19%). Только 39 (3,27%) человек из 1 192 относят платные медицинские услуги к доступным. Среднеобеспеченная группа оценивает в своем большинстве ПМУ как доступные частично (41,39%) и недоступные (39,77%). Доступными ПМУ считают 2,2%. Самая обеспеченная группа относит ПМУ к доступным уже в 12,81%, к частично доступным также в максимальном числе случаев — 49,59%. Недоступными ПМУ считают 23,14% состоятельный людей. Интересно и важно, что недоступной медицинскую помощь чаще считали для себя респонденты из малообеспеченных групп (I группа — 11,07% по сравнению с III группой — 7,64%). Как частично доступную оценивают МП более 40% респондентов — от 41,95% в I группе до 44,63% в III группе. ПМУ не пользовались 57,55% малообеспеченных респондентов.

Отличную оценку за качество ПМУ (КПМУ) получили больше всего у высокообеспеченных респондентов (9,09%), менее всего у малообеспеченных — 4,07%. Удовлетворительным качеством ПМУ считают также чаще в обеспеченных группах: 22,06; 28,79; 32,64% соответственно в I, II и III группах. Плохим считают КПМУ больше в малообеспеченной группе: 2,27% против 1,24% в III группе. Бесплатными медицинскими услугами (БМУ) пользуются гораздо большее количество респондентов (около 90%), чем ПМУ (50%). При этом отличным качеством БМУ считают только 3,10% обеспеченных людей, что в 3 раза ниже, чем качество ПМУ. А плохим, наоборот, чаще — 7,64% против 1,24 для качества ПМУ. Каждый пятый оценивает БМУ как неудовлетворительные и плохие — 20,89%. Для ПМУ этот показатель равен 6,18%. Следовательно, качество БМУ ниже,

чем платных, причем разницу более ярко воспринимают обеспеченные.

Доступность БМУ оценивали по-разному в зависимости от наличия заболеваний. При ССЗ к доступным БМУ относили 37,8% опрошенных, к недоступным — 10,7%; при наличии астмы степень доступности у населения возрастала до 46,0%, а недоступность БМУ снижалась до 6,8% респондентов. Вместе с тем, парадоксальная оценка была у лиц, не имеющих астмы: только 37% считали БМУ доступными, что на 9% меньше, чем больные астмой. Так, при диабете недоступными считают ПМУ 53,8%, без диабета — только 46,4%; при ССЗ близкие данные — доступность ПМУ в 54%, без наличия ССЗ — 43,7%. При наличии онкологических заболеваний ситуация другая: недоступными ПМУ считают 40,7% больных, без онкологической патологии недоступность ПМУ оценивают в большей степени — 46,6%.

Резко негативное и отрицательное мнение о здравоохранении на первом этапе реализации национального проекта имели 14,5 и 41,9% пациентов соответственно; 30,8% затруднялись дать оценку и только в 12,8% дали положительную оценку. Анализ результатов через 1 год и 2 года показал, что ситуация по оценке доступности и качества медицинской помощи имеет положительную динамику, начались сдвиги в мотивации врачей. Однако отсутствие программных документов по развитию системы здравоохранения не позволяет четко определить контуры проводимой реформы и долгосрочную перспективу национального проекта «Здоровье».

Сведения об авторах

М.С. Хлынин — аспирант кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья СибГМУ (г. Томск).

Для корреспонденции

Хлынин Михаил Сергеевич, тел. (382-2) 55-36-06, e-mail: MSKhlynin@mail.ru

Заключение

Отношение к доступности ПМУ зависит не только от финансового положения, но и от приоритета в оценке состояния здоровья, наличия заболеваний, возраста. По анализу доступности ПМУ можно говорить об их достаточно стабильной потребности у определенного состоятельного контингента. Потребление ПМУ позволит снизить использование МП по системе ОМС, что сделает ситуацию в ОМС менее напряженной и позволяющей затратить больше ресурсов и внимания на другие, менее обеспеченные группы. При реализации национального и пилотного проектов целесообразно осуществлять мониторинг показателей здоровья, отношения населения к доступности и качеству МП, развития конкурентных отношений и мотивации в здравоохранении.

Литература

1. Кучеренко В.З., Мартынич С.А., Кудрина В.Г. и др. Модернизация медицинской помощи: международная практика // Проблемы управления здравоохранением. 2006. № 6. С. 15–19.
2. Новицкий Е.В., Хлынин М.С., Линок И.А. и др. Анализ экспертизы качества и удовлетворенности медицинской помощью в системе обязательного медицинского страхования // Бюл. НИИ обществен. здоровья. 2005. Вып. 6. С. 170–172.
3. Потапов А.И. Гигиенические проблемы здоровья населения // Здравоохранение РФ. 2008. № 2. С. 3–4.
4. Хлынин С.М., Варлаков М.А., Хлынин М.С. и др. Оценка показателей общественного здоровья и здравоохранения в условиях реализации национального проекта «Здоровье» в Томской области // Сиб. консилиум. № 5 (60). 2007. С. 65–69.

Поступила в редакцию 07.11.2008 г.