

На правах рукописи

Абазова

Инна Латифовна

**ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
В УСЛОВИЯХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
(НА ПРИМЕРЕ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)**

14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат

диссертации на соискание

ученой степени кандидата медицинских наук

Москва - 2010

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор,
академик РАМН
Стародубов Владимир Иванович.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Линденбрaten Александр Леонидович
доктор медицинских наук, профессор
Флек Виталий Олегович

Ведущая организация: ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава», г. Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр.2.

Защита диссертации состоится «_18_» июня___ 2010 в _____ часов на заседании Диссертационного совета Д 208.110.01 при ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11.

Автореферат разослан «___» _____ 2010г.

**Ученый секретарь
Диссертационного совета
Доктор медицинских наук**

К.Г. Пучков

Общая характеристика работы

Актуальность темы. Здоровоохранение - важнейшая социальная сфера общества, от состояния которой зависит не только здоровье населения, но и политическая стабильность государства. Здоровье населения - это основа его благосостояния, развития общества в его социальном, экономическом выражении. В последнее время проблемы здоровья населения неоднократно рассматривались в связи с укреплением безопасности страны, разработкой неотложных мер по поддержанию здоровья менее защищенных групп населения в сложных условиях социально-экономических преобразований. [Венедиктов Д.Д., 2008; Какорина Е.П., Слепушенко И.О., 2009].

Успешное решение задач, стоящих перед здравоохранением на современном этапе, зависит от политических, экономических, социальных и других факторов, которые определяют общую тенденцию развития и преобразований в системе здравоохранения и взаимодействуют с уровнем организации и управления первичным звеном системы здравоохранения - лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ). [Шамшурина Н.Г., Харлампиди М.П., соавт., 2008; Мыльникова Л.А., 2008].

Реформирование системы здравоохранения Российской Федерации (РФ) требует адаптации классических и поиска новых, адекватных методов управления здравоохранением на научной основе, разумного внедрения новых технологий. [Комаров Ю.М., 2008; Фуфаев Е.Н., 2008].

Необходимость реформирования системы охраны здоровья населения РФ обусловлена произошедшими кардинальными изменениями в экономической ситуации страны, несоответствием объемов фактического финансирования и реальными затратами учреждений здравоохранения. [Шамшурина Н.Г., Харлампиди М.П., соавт., 2008;]

Ухудшение показателей здоровья граждан и негативные демографические показатели, социально-экономические и политические преобразования в РФ, вынуждают проводить в здравоохранении мероприятия, способные улучшить качество предоставляемой населению медицинской помощи. Создание систем управления качеством медицинской помощи (КМП) - одно из приоритетных направлений

реформирования отечественного здравоохранения. [Рейхард Д.В., 2008; Комаров Г.А., 2008; Белов Л.А., 2009; Каширин А.К. 2008].

Правительство Российской Федерации и Кабардино-Балкарской Республики (КБР) ставит задачу преодоления негативных демографических последствий, проведения реабилитационных мероприятий по улучшению здоровья населения, возвращения их к полноценному труду, продления жизни граждан, и впоследствии, увеличения пенсионного возраста. Это требует значительных финансовых затрат.

Решению этих проблем посвящены работы Стародубова В.И., 1999-2007; Комарова Г.А., 2007-2009; Комарова Ю.М., 2007-2009; Венедиктова Д.Д., 2008; Кучеренко В.З., 2000-2008, Юргель Н.В. 2008-2009, Линденбрaten А.Л.2003-2009, Флек В.О. 2004-2007 и др.

В соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991 г. на территории Кабардино - Балкарской Республики было введено обязательное медицинское страхование (ОМС). Тем не менее, несмотря на увеличение финансирования здравоохранения за счет средств обязательного медицинского страхования, реформирование здравоохранения не принесло значимого результата.

В доступной литературе вопросы реформирования здравоохранения, влияния финансирования на здоровье населения, особенно на региональном уровне, отражены недостаточно. В этой связи комплексное медико-социальное исследование состояния здоровья населения КБР в условиях обязательного медицинского страхования приобретает несомненный научный интерес и определяет его актуальность. Указанные обстоятельства послужили основанием для выбора данной проблемы в качестве темы диссертационной работы.

Цель исследования: научное обоснование мероприятий, направленных на оптимизацию эффективности деятельности ЛПУ в условиях ОМС.

В соответствии с целью, поставлены следующие **задачи:**

1. Изучить современное состояние здоровья населения КБР и медико-демографическую ситуацию в КБР.

2. Оценить финансирование здравоохранения КБР в условиях обязательного медицинского страхования.
3. Дать оценку лечебно-профилактической помощи населению на примере амбулаторно-поликлинических учреждений города Нальчика в условиях обязательного медицинского страхования (на основе социологического исследования).
4. Разработать практические рекомендации по совершенствованию лечебно-профилактической помощи населению с учетом региональных особенностей в условиях обязательного медицинского страхования.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в следующем:

1. Доказано влияние финансирования здравоохранения на развитие системы здравоохранения Кабардино-Балкарской республики.
2. Установлены различия в финансовом обеспечении медицинской помощи работающего и неработающего населения республики в рамках реализации Программы государственных гарантий.
3. Выявлены различия в интенсивности посещений территориальных поликлиник в зависимости от пола, возраста, национальности, состояния здоровья населения.
4. Выявлен дефицит финансирования при реализации Программы Государственных гарантий и недостатки в организации деятельности дневных стационаров, что позволило разработать практические рекомендации по совершенствованию лечебно-профилактической помощи в условиях обязательного медицинского страхования.

Научно-практическая значимость исследования:

Анализ состояния здоровья населения и демографической ситуации в Кабардино-Балкарии, изучение мнения респондентов по удовлетворенности качеством и доступности медицинской помощи составляет базу для планирования различных этапов медицинской помощи в рамках реализации Территориальной Программы государственных гарантий (ТПГГ). Разработаны практические рекомендации по совершенствованию лечебно-профилактической помощи в условиях обязательного медицинского страхования, которые могут быть использованы не только в Кабардино-Балкарской Республике, но и на уровне

субъектов Российской Федерации с аналогичным состоянием здравоохранения при анализе и планировании объемов медицинской помощи застрахованным гражданам.

Результаты диссертационного исследования применяются в учебном процессе на кафедре общественного здоровья и организации здравоохранения медицинского факультета Кабардино-Балкарского государственного университета, на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Северо-Осетинской медицинской академии. Они используются при повышении квалификации по общественному здоровью и организации здравоохранения, на тематических и сертификационных курсах для врачей.

Апробация результатов исследования: Результаты диссертационной работы доложены и обсуждены на Международном Конгрессе «Здоровье и образование в концепции болезней цивилизации»- г. Москва, 14-17 октября 2007г.; Международном Конгрессе «Здоровье и образование в XXI веке»- г. Москва, 27-30 октября 2008г.; Научно-практической конференции «Достижения медицинской науки - практическому здравоохранению». Нальчик, Кабардино-Балкарский Государственный Университет им. Х.М. Бербекова.- г. Нальчик, 2009г.; Научно-практической конференции «Актуальные вопросы теоретической и практической медицины» - Нальчик, Кабардино-Балкарский Государственный Университет им. Х.М. Бербекова.- 2010г.; На апробационном совете в ФГУ «Центральный Научно-Исследовательский Институт информатизации и организации здравоохранения Росздрава» - 2009г.

Положения, выносимые на защиту:

1. На объем и характер амбулаторно-поликлинической помощи населению влияют социально-экономические (высокий уровень безработицы, экономическая ситуация в республике) и медико-демографические факторы (постарение населения, миграция населения, заболеваемость, уровень инвалидности населения).
2. Низкие тарифы стоимости 1 посещения в лечебно-профилактическом учреждении в системе обязательного медицинского страхования и существующая многоканальная система финансирования системы здравоохранения в Кабардино-Балкарской Республике не позволяют полностью обеспечивать Программу государственных гарантий.

3. Низкая удовлетворенность пациентов лечебно-профилактических учреждений и медицинского персонала качеством и эффективностью оказания медицинской помощи, отмеченная при социологическом исследовании, объясняется отсутствием системы управления качеством медицинской помощи.
4. Практические рекомендации по совершенствованию лечебно-профилактической помощи в условиях обязательного медицинского страхования, в которых особое внимание уделяется необходимости увеличения объема амбулаторно-поликлинической помощи, стационарозамещающих технологий, совершенствованию системы ОМС, обеспечению ее финансовой устойчивости.

Структура и объем работы. Диссертационное исследование изложено на 186 страницах текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, предложений, списка литературы, включающего 325 источников, в том числе 306 отечественных авторов, 19 зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 51 таблицей, 15 рисунками, 1 схемой.

Содержание работы.

Во введении обоснована актуальность проведенного исследования, определены цели и задачи исследования, изложена научная новизна, научно-практическая значимость работы, сформулированы и обоснованы основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе осуществлен аналитический обзор научных и литературных исследований по изучению основных проблем состояния современного здравоохранения, проблем в структуре ОМС и в обеспечении населения качественной медицинской помощи. Проведен анализ существующих систем управления качеством медицинской помощи, дана характеристика основных элементов систем управления КМП: стандартизации, фармакоэкономики, финансового менеджмента. Отражены основные проблемы в современной системе ОМС. Анализ доступной литературы выявил многообразие проблемы, особенно на региональном уровне, что послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Во второй главе изложены организационно-методические аспекты работы, характеристика баз исследования, этапы проводимой работы, представлена общая схема исследования. Методы исследования и основные его этапы отражены в схеме 1.

Схема 1. Методика и организация исследования.

Цель исследования	Научное обоснование мероприятий, направленных на оптимизацию эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования.				
Задачи исследования	Изучить современное состояние здоровья населения КБР и медико-демографическую ситуацию в КБР	Оценить финансирование здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования	Дать оценку лечебно-профилактической помощи населению на примере амбулаторно-поликлинических учреждений города Нальчика в условиях обязательного медицинского страхования	Проведение социологического исследования. Анализ 1224 анкет респондентов.	Разработать практические рекомендации по совершенствованию лечебно-профилактической помощи населению с учетом региональных особенностей в условиях обязательного медицинского страхования.
Этапы исследования	Разработка плана и программы исследования, изучение и анализ данных отечественной (325 источников) и зарубежной (19 источников) литературы по проблеме исследования	Анализ медико-демографических показателей и показателей здоровья населения КБР в сравнение с Российской Федерацией Отчетные формы № 30(7), 16 ВН (7), № 7 (собес), № 12, № 14-ДС, № 57, № 32, № 33, № 8, № 35, статистический сборник 2001-2007гг. по КБР	Анализ финансирования здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования, анализ реализации территориальной программы государственных гарантий. Отчетные формы № 14-Мед (7), № 14-Ф (7), № 52 (7), ежегодные отчеты о реализации Программы государственных гарантий (7)	Проведение социологического исследования. Анализ 1224 анкет респондентов.	Разработать практические рекомендации по совершенствованию лечебно-профилактической помощи населению с учетом региональных особенностей в условиях обязательного медицинского страхования.
Методы исследования	Статистический, социологический, монографический.				

В работе использовался комплекс методов исследования: статистический, социологический, монографический метод. Проведены социологические исследования среди посетителей территориальных поликлиник №3, №5, №7 города Нальчика (КБР), по специально разработанной анкете. Заполнено и подверглось обработке с помощью разработанной компьютерной программы СУБД Lotus Approach офисного пакета Lotus Smart Suite 1224 анкеты. Это позволило нам осуществить выборку различных вариантов ответов респондентов.

Применялись стандартные методы обработки статистического материала: расчет экстенсивных и интенсивных показателей, средних ошибок, достоверность разницы показателей оценивалась по критерию Стьюдента. Для статистической обработки и анализа статистических данных был применен пакет прикладных программ «Statistica».

В третьей главе представлена социально-экономическая и демографическая характеристика Кабардино-Балкарской Республики. Проанализированы и выявлены тенденции изменения основных показателей здоровья населения: демографических показателей, различных видов и причин заболеваемости, инвалидизации населения за период 2001-2007 гг., также, дана оценка кадровых ресурсов системы здравоохранения.

Необходимость структурных преобразований в здравоохранении вызвана, в первую очередь, неблагоприятной медико-демографической ситуацией. Основными демографическими, медицинскими и социальными проблемами в регионе, является снижение рождаемости, постепенное старение населения, ухудшение состояния здоровья и снижение репродуктивного потенциала населения при достаточно высоком уровне перинатальной и младенческой смертности, растущей заболеваемости и инвалидизации населения. Все эти проблемы являются результатом длительного негативного влияния политических, экономических и социальных процессов в стране в последней четверти XX века.

В таблице 1 отражена динамика демографических процессов в КБР. В рождаемости и смертности Кабардино-Балкарии наблюдаются заметные различия между городским и сельским населением республики, а также у разных национальностей республики. Традиции многодетности, сложившиеся у сельского населения, несколько смягчают процесс сокращения рождаемости. Население республики увеличивается за счет естественного прироста в течение практически всего анализируемого периода: темп прироста положительный - 20,0%. Исключение составляет 2006г., когда естественный прирост был отрицательным: - 0,1.

Также, за анализируемые годы регистрировалось снижение младенческой смертности: темп прироста отрицательный и составляет - 25%. Имеющиеся колебания показателей детской смертности по отдельным территориям республики во многом обусловлены сохранившимися, исторически сложившимися, бытовыми и социально-гигиеническими условиями жизни, а также местными обычаями населения, которые проявляются в уходе за детьми, отношении к детской госпитализации (Табл. 1).

**Основные показатели естественного движения населения в РФ и КБР за 2001-2007г.г.
(на 1000 населения)**

Год	Рождаемость на 1000 населения		Смертность на 1000 населения		Естественный прирост		Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми детей)	
	КБР	РФ	КБР	РФ	КБР	РФ	КБР	РФ
2001	11,6	9,0	11,1	15,6	0,5	-6,6	15,2	14,6
2002	11,3	9,7	11,1	16,2	0,2	-6,5	14,4	13,3
2003	11,6	10,2	11,4	16,4	0,2	-6,2	14,9	12,4
2004	10,3	10,4	10,2	16,0	0,1	-5,6	14,6	11,6
2005	10,5	10,2	9,7	16,1	0,8	-5,9	14,5	11,0
2006	10,0	10,4	10,1	15,2	-0,1	-4,8	16,1	11,0
2007	10,4	10,4	9,8	14,6	0,6	-4,8	11,4	9,4

Как видно из табл. 1, показатели рождаемости и смертности в КБР несколько снижались в течение анализируемого периода (темп прироста отрицательный - 10,3% и - 11,7% соответственно). После нарастания показателя смертности в республике, с 2004 г. наблюдается тенденция к его снижению. В КБР происходит снижение показателя смертности по всем классам причин смерти. В числе причин, влияющих на смертность населения, отмечается факт постепенного старения населения, так как именно с возрастом повышается риск заболеваемости хроническими заболеваниями неэпидемического характера, нарастании эндогенных и квазигенных причин смерти.

Заболеваемость – основной показатель здоровья населения, определяет в значительной степени уровень смертности и инвалидизации населения. Заболеваемость по обращаемости является наиболее распространенным критерием доступности медицинской помощи и организации профилактической работы учреждения здравоохранения. Анализ заболеваемости использовался нами для определения тенденций в состоянии здоровья населения, оценки эффективности мероприятий в сфере здравоохранения, формирования системы мер, направленной на рациональное использование финансовых и кадровых ресурсов медицинских организаций.

Существующие негативные медико-демографические показатели в республике сопровождаются ухудшением показателей первичной заболеваемости и заболеваемости

хроническими болезнями. В отличие от РФ и ЮФО, темп прироста первичной заболеваемости по КБР за период 2001-2007гг. незначительно возрос: 3,9%. В РФ и ЮФО темп прироста составил 7,1% и 9,1 % соответственно. Значительно возрос уровень первичной заболеваемости у подростков - темп прироста составил 60,3%, у детей - темп прироста составил 29,8%. Отмечается некоторое снижение заболеваемости за анализируемый период у взрослого населения: темп прироста отрицательный и составляет -22,5%. Сводные данные представлены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели первичной заболеваемости в разных возрастных группах в КБР, ЮФО, РФ в 2001-2007г.г. (на 1000 населения)

Возрастная категория	Годы							Темп прироста, %
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Дети	666,1	730,4	632,3	610,9	745,7	812,2	865,0	29,8
Подростки	260,0	375,9	339,4	403,5	417,0	426,2	416,7	60,3
Взрослые	373,1	399,5	341,3	354,4	377,4	392,4	289,3	-22,5
Первичная заболеваемость по КБР, итого	373,1	399,5	341,3	354,4	377,4	392,4	387,8	3,9
Первичная заболеваемость по ЮФО	600,5	636,4	643,1	651,8	656,4	655,5	655,4	9,1
Первичная заболеваемость по РФ	719,8	740,1	748,6	744,9	745,9	763,9	771,0	7,1

Также, по результатам нашего исследования, можно сделать вывод, что последовательно нарастают такие ресурсоемкие нозологические формы, как хронические заболевания системы кровообращения, хронические неспецифические заболевания органов дыхания и пищеварения. При этом снижаются уровень и удельный вес патологии разового внешнего воздействия в виде инфекционных и паразитарных заболеваний, острых болезней органов дыхания, отравлений, лечение и профилактика которых требует меньших затрат.

Показатели общей заболеваемости во всех возрастных группах имеют тенденцию к росту. Наиболее выраженный рост общей заболеваемости зарегистрирован также среди подросткового населения республики, темп прироста составляет 44,9%. Менее выраженный рост общей заболеваемости отмечается у детского населения КБР: темп

прироста составляет 20,9%. У взрослого населения также зарегистрирован рост общей заболеваемости: темп прироста составляет 10,7%.

Показатель инвалидизации характеризует состояние здоровья населения, качество медицинской помощи и ее ресурсопотребление. В связи с расширением временной незанятости населения, состояние здоровья стало фактором профессионального отбора и профессиональной пригодности. Работающее население резко ограничило обращаемость за медицинской помощью, вследствие чего вне поля зрения медицинских работников остается значительная часть патологии, что в итоге приводит к ее хронизации, сочетанности, к росту первичной инвалидизации. Численность лиц, впервые признанных инвалидами по КБР, ежегодно увеличивается, темп прироста анализируемого показателя (58,9%) значительно выше, чем по РФ и по ЮФО (22,8% и 40,1% соответственно). Темп прироста показателя общей численности инвалидов в КБР - 30,8% - значительно выше, чем в РФ и ЮФО: 23,1% и 17,4% соответственно. Значительный рост произошел в 2005-2006гг., т.е. в период, когда экономическая ситуация в стране в целом была достаточно стабильна. Но в КБР, в связи с неблагоприятными социально-экономическими факторами, безработицей, низким уровнем заработной платы, низким качеством предоставляемой медицинской помощи, невозможностью адекватного и своевременного лечения, возможен и дальнейший рост инвалидизации населения республики.

Таким образом, сложившаяся медико-демографическая ситуация может привести к реальному дефициту трудовых ресурсов, что, в свою очередь, будет объективно препятствовать созданию устойчивой финансово-экономической базы республики, ее дальнейшему экономическому развитию.

Динамика основных медико-демографических показателей в период 2001-2007гг. обуславливает рост потребности населения в доступной и качественной медицинской помощи, которая может быть обеспечена путем совершенствования использования имеющихся ресурсов региональной системы здравоохранения.

Проведенный анализ показателей здоровья населения явился основой комплексной экспертной оценки медицинского и социального эффекта использования государственных финансовых ресурсов региональной системы здравоохранения и уровня реализации территориальной программы государственных гарантий (ТПГГ) в КБР.

Четвертая глава посвящена оценке финансовых расходов на здравоохранение республики в условиях ОМС.

Обязательное медицинское страхование на территории КБР введено Постановлением Верховного Совета КБР № 1471-ХІІ-В от 18.05.1993г. Медицинская помощь по ОМС в КБР по итогам 2007г. предоставляется застрахованным гражданам в 61 лечебно-профилактическом учреждении, что составляет 35,2% от общего числа медицинских учреждений КБР.

Охват населения КБР обязательным медицинским страхованием к постоянной численности населения возрос с 87,4% в 2001г. до 92,0% в 2007г. Из них, по данным 2007г., от общей численности застрахованных в системе ОМС, работающих застраховано 22,2%, неработающих 77,8%. За период 2002-2007гг. застраховано в среднем в 3,1 раза больше неработающего населения (табл. 3).

Таблица 3

Численность населения КБР, застрахованная в системе обязательного медицинского страхования в 2002-2007г.г.

Годы	Застраховано, всего	В т.ч., работающее население	В т.ч., неработающее население	Из них дети до 18 лет	Из них пенсионеры
2002	774436	182615	591821	200413	146917
2003	783900	197100	586800	197975	139514
2004	777163	205163	572000	165448	143525
2005	844839	203785	641054	148743	144045
2006	829947	200372	629575	202491	Нет данных
2007	819792	182098	637694	200524	Нет данных

По отношению к постоянной численности населения КБР, удельный вес застрахованных работающих граждан составил 20,4%, а неработающих граждан -71,5%. В РФ, численность граждан, застрахованных по ОМС, по итогам 2005г. составляет 98,7% к численности постоянного населения РФ, в т.ч. работающего населения – 38,4%, неработающего населения – 59,4%.

При анализе финансирования ТПГГ в КБР выявлен дефицит финансирования территориальных программ ОМС: до 2004г. дефицит финансирования имел тенденцию к уменьшению. Затем, с 2005г. дефицит вновь возрос: в 2007г. дефицит финансирования ТП

ОМС составил 27,1%. Для сравнения: дефицит финансирования ТПГГ в РФ в 2007г. составлял 15,7%. Темп увеличения дефицита исполнения программы государственных гарантий в КБР в 2007г. по сравнению с 2001г. составляет 13,8%. Данные по реализации программы государственных гарантий ОМС в КБР представлены в табл. 4.

Таблица 4.

**Показатели реализации ТП ОМС в КБР в 2001-2007г.г.
(млн. руб.)**

Показатель	Годы						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Расчетная ТП ОМС	411,9	625,3	632,9	977,1	1418,3	1888,0	1998,4
Утвержденная ТП ОМС	367,7	514,7	552,6	785,9	1022,0	1216,7	1456,9
Дефицит ТП ОМС,%	23,8	17,7	12,7	19,6	27,9	35,6	27,1

По данным табл. 4 мы видим, что уровень исполнения реализации ПГГ населению КБР колеблется в пределах 74%. При анализе доходов системы ОМС, необходимо отметить, что 24% от уровня дохода системы ОМС КБР в целом за анализируемые годы составили трансферты из ФФОМС по программе регионального выравнивания.

Выявлено ежегодное увеличение доли средств системы ОМС КБР как источника подушевого финансирования здравоохранения. Так, в 2001г. в КБР доля средств ОМС составляла 46,4% от общего подушевого финансирования, в 2007г. она составляла 58,3%. Соответственно, доля средств бюджета ежегодно уменьшается.

Финансирование ТПГГ характеризуется одним из наиболее точных показателей финансовой обеспеченности - размерами подушевого норматива. При анализе деятельности КБ ТФ ОМС нами выявлены значительные отличия в финансировании работающего и неработающего населения между РФ и КБР. Данные ТФ ОМС КБР по уровню финансирования населения представлены в табл. 5 и 6.

**Динамика поступления финансовых средств в систему ОМС КБР
в 2001-2007гг. на неработающее население**

Показатель	Годы						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Неработающее население, всего (чел.)	581653	593700	586811	601118	657400	648056	659595
Количество неработающих застрахованных (чел.)	577700	591821	586800	572000	641054	629575	637694
Финансирование, тыс. руб.	184000,0	361916,2	363534,5	514555,4	603652,7	709216,0	770262,0
Уровень подушевого финансирования, руб.	316,3	609,7	619,5	856,0	918,2	1094,4	1167,8

**Динамика поступления финансовых средств в систему ОМС
в 2001-2007г.г. на работающее население в КБР**

Показатель	Годы						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Работающее население, всего (чел.)	197600	192000	204843	210000	243100	250844	250844
Количество застрахованных работающих (чел.)	179583	182615	197100	205163	203785	200372	182098
Финансирование, тыс. руб.	84227	94495	113034	136894	170837	145017	158600
Уровень подушевого финансирования, руб.	469,0	517,4	551,8	667,2	838,3	723,7	871,0

Как видно из анализируемых табл. 5, 6 уровень подушевого финансирования неработающего населения КБР ежегодно увеличивается: в 2007г. по сравнению с 2001г. он возрос в 3,7 раза. Уровень подушевого финансирования работающего населения КБР также ежегодно увеличивается, но значительно медленнее: в 2007г. по сравнению с 2001 годом уровень подушевого финансирования возрос в 1,8 раза.

В связи с неблагоприятной экономической ситуацией, отсутствием рабочих мест, количество неработающего населения в КБР незначительно возрастает, темп прироста составляет 13,4%. При этом темп прироста неработающих граждан, застрахованных в системе ОМС, составляет 10,3%. (табл. 5). Т.е., многие жители КБР не обращаются за медицинской помощью и, соответственно, у них не возникает необходимость в получении полиса ОМС. Это также свидетельствует о недостатках в организации работы участковой терапевтической службы. Данная ситуация также сказывается на финансовом обеспечении медицинской помощи данной категории населения, т.к. при обращении за первичной

медико-санитарной помощью, как правило, они нуждаются в более продолжительном и дорогостоящем лечении в связи с некорректированной патологией. Платежи из муниципального бюджета на ОМС неработающего населения КБР ежегодно возрастают. В 2006-2007 гг. платежи поступили в 100% объеме. Т.е. ситуация в КБР складывается противоположным образом в сравнении с РФ, где платежи на неработающее население поступают со значительным дефицитом от плановых показателей. Итоговая сумма поступлений на неработающее население в КБР больше в 3,2 раза, чем налоговые поступления на работающее население.

Также необходимо отметить, что в связи с положительным естественным приростом населения КБР, одновременно возрастает количество работающего населения, темп прироста составляет 26,9%. При этом, темп прироста застрахованных работающих граждан составляет всего лишь 1,4%, т.е. работодатели не заинтересованы в официальном трудоустройстве своих сотрудников, и как следствие этого, их обязательном медицинском страховании (табл. 6).

Программой государственных гарантий предусматривалось уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих технологий. Анализ реализации Программы государственных гарантий в КБР показал, что диспропорции объемов медицинской помощи сохраняются (табл.7).

Таблица 7

Фактическое выполнение нормативов объемов медицинской помощи в рамках ТПГГ за период 2001-2007 гг.

Вид медицинской помощи	Годы							Темп прироста, %
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Амбулаторная помощь, посещения	2873515	2981600	3156802	3504811	3765364	3820395	4010209	39,5
Подушевой объем	3,5	3,7	3,9	4,3	4,4	4,6	4,7	34,3
% выполнения от федерального норматива	38,0	40,2	42,4	46,7	47,8	50,0	51,1	34,4
Стационарная помощь, к/д	1596700	1944900	1869000	2243500	2336746	2379999	2317621	45,1
Подушевой объем	1,9	2,4	2,3	2,7	2,7	2,8	2,7	42,1
% выполнения от федерального норматива	67,6	85,3	81,8	96,0	96,0	99,6	96,0	42,2
Дневные стационары, пациенто-день	38700	44000	46400	48300	87817	93145	93650	142,0
Подушевой объем	0,05	0,05	0,05	0,06	0,1	0,1	0,1	100
% выполнения от федерального норматива	6,7	6,7	6,7	8,0	17,3	17,3	17,3	158,2

Как видно из табл. 7, отмечается незначительное улучшение использования коечного фонда дневных стационаров: темп прироста пациенто-дней за период 2001-2007гг. составляет 142%. При этом, объем предоставляемой медицинской помощи в дневных стационарах КБР в 2001г. составлял 6,7% от установленных федеральных нормативов. В 2007г. этот показатель несколько возрос и составил 17,3% от установленных федеральных нормативов.

Одновременно возрастают объемы стационарной помощи: темп прироста койко-дней за анализируемый период составляет 45,1%. Объемы предоставляемой стационарной помощи в 2001г. составляли 67,6% от установленного федерального норматива, в 2007г. объемы стационарной помощи значительно возросли: 96% от федеральных нормативов.

Амбулаторно-поликлиническая помощь увеличилась незначительно: темп прироста числа посещений за период 2001-2007гг. составил 39,5%. Объемы амбулаторно-поликлинической помощи в 2001г. составили 38%, в 2007г.- 51,1% от установленных федеральных нормативов.

Общее недофинансирование здравоохранения КБР в целом и системы ОМС КБР, приводит к тому, что стоимость единицы объема медицинской помощи очень низкая и не покрывает реальные затраты учреждений здравоохранения по всем статьям расходов за оказанную медицинскую помощь. Это, соответственно, отрицательно сказывается на качестве оказанной медицинской помощи и доступности для населения бесплатной медицинской помощи.

Динамика финансирования медицинской помощи по видам представлена в табл. 8.

Таблица 8

Динамика поступления финансовых средств в ТФОМС КБР по видам медицинской помощи за 2001-2007 гг. (тыс. руб.)

Вид медицинской помощи	Годы							Темп прироста, %
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Амбулаторная помощь	93568	118962	142886	199158	274237	265156	315300	236,9%
% к итогу	32,9	24,4	27,5	27,8	27,9	22,5	23,9	
Стационарная помощь	189209	368436	372271	512540	698266	899752	989477	422,9%
% к итогу	66,7	75,4	71,7	71,5	71,0	76,4	75,0	
Дневные стационары	793,1	922,0	3740,0	4825,2	10966,1	12897,8	14467,9	1724,2%
% к итогу	0,3	0,2	0,7	0,7	1,1	1,1	1,1	
Итого	283570	488320	518897	716523	983469	1177805	1319245	

При анализе финансирования видов медицинской помощи (табл. 8), установлено следующее: отмечается незначительное улучшение финансирования дневных стационаров: доля средств, израсходованных на ДС, составляет 1,1% к итогу. Доля средств, израсходованных на оплату случаев посещений амбулаторно-поликлинических учреждений, ежегодно снижается: если в 2001г. удельный вес оплаченных посещений в АПУ составлял 32,9% к итогу, то в 2007г. - 23,9% к итогу. Стационарная помощь остается ведущей, причем, отмечается ежегодный рост доли средств, израсходованных на стационарную помощь. Так, в 2001г. удельный вес стационарной помощи составлял 66,7% к итогу, то в 2007г. - 75% к итогу. По итогам 2007г. расходы на стационарную службу в 3,1 раза выше расходов на амбулаторно-поликлиническую службу.

Программой государственных гарантий предусматривалось, что стационарозамещающие виды медицинской помощи должны компенсировать сокращенные объемы стационарной помощи. Но данные таблиц 7,8 свидетельствуют о крайне негативных тенденциях в реструктуризации объемов медицинской помощи: происходит рост объема стационарозамещающих технологий не взамен сокращения стационарной помощи, а как дополнение к ней.

Это еще раз свидетельствует о несостоятельности Программы государственных гарантий в КБР, об отсутствии механизмов реального планирования ПГГ на основании фактических результатов, так как основным принципом формирования территориальной Программы должна являться сбалансированность объемов, структуры медицинской помощи и необходимых для их реализации финансовых средств.

Такая финансовая ситуация оказывает непосредственное влияние на уровень дефицита ПГГ. Низкий уровень налоговых поступлений приводит к невозможности адекватного и своевременного повышения тарифов на одно посещение к врачу, и, как следствие этого, обеспечение населения республики качественной бесплатной медицинской помощью.

Одним из важных критериев оценки эффективности и качества медицинской помощи является степень удовлетворенности пациентов. Поэтому, нами было решено изучить мнение пациентов поликлиник об организации и качестве предоставляемой

медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, изучить влияние различных фактов на интенсивность обращений пациентов за медицинской помощью, мнение респондентов, в том числе медицинских работников, о деятельности ТФОМС.

В пятой главе нами изучено влияние ряда факторов (возраст, пол и состояние здоровья населения) на объем и характер потребляемой амбулаторно-поликлинической помощи. Анализ частоты обращения пациентов и посетителей поликлиник представляет большую ценность для правильной организации ОМС и обоснования стоимости посещения к врачу в системе ОМС.

С этой целью нами изучен уровень удовлетворенности оказанной медицинской помощью, оценено отношение каждого из граждан к своему здоровью, определена связь оценки своего здоровья отдельными группами населения с уровнем их материального положения, с поправкой на уровень образования.

Это дало возможность определить степень адаптивности отдельных групп населения к возможным социально-экономическим изменениям, изменениям в состоянии здоровья населения и определить степень той социально-экономической и медицинской поддержки, которая необходима этим группам населения, особенно населения с высоким социальным риском.

Нами было опрошено 1224 респондента, из них медицинских работников – 219. Выборочная совокупность сформирована методом случайного отбора.

Среди респондентов преобладали лица женского пола – $70,5 \pm 1,3\%$, что отражает общую тенденцию обращаемости населения за медицинской помощью. Лица молодого возраста (до 30 лет) составили $26,8 \pm 1,2\%$, возрастная группа 30-49 лет составила $38,3 \pm 1,4\%$, удельный вес респондентов в возрасте 50-59 лет составил $16,3 \pm 1,0\%$, в возрасте 60 лет и старше – $18,6 \pm 0,2\%$. Среди опрошенных пациентов преобладали лица, состоящие в браке – $67,2 \pm 1,3\%$. Респондентов, находящихся в разводе – $10,1 \pm 0,9\%$, холостых – $11,7 \pm 0,9\%$, что отражает отношение местного населения к длительным семейным отношениям. Среди респондентов преобладают лица со средним специальным образованием – $35,7 \pm 1,4\%$ и с высшим образованием – $31,4 \pm 1,3\%$, т.е. отношение к своему здоровью и частота обращений за медицинской помощью прямо пропорционально уровню образования. Среди опрошенных респондентов чаще всего обращаются в поликлинику

женщины кабардинской и русской национальности— $31,1\pm 1,3\%$ и $30,5\pm 1,3\%$ соответственно. Среди мужчин чаще обращаются пациенты русской национальности— $12,6\pm 0,9\%$. Представители другой коренной национальности – балкарцы – обращаются всего в $7,2\pm 0,7\%$ случаев. Большинство респондентов—пенсионеры— $27,4\pm 1,3\%$, работающие респонденты — $26,7\pm 1,3\%$, служащие— $26\pm 1,2\%$. Доля безработных составила $14,2\pm 0,9\%$. Не указали свой социальный статус $1,2\pm 0,3\%$ респондентов.

Нами проведено исследование зависимости частоты обращений в поликлинику от состояния здоровья населения. Кроме того, проведен углубленный анализ обращаемости в поликлинику лиц из III группы здоровья: диспансерных больных и лиц с определенной группой инвалидности.

По группам здоровья респонденты распределились следующим образом: с I группой здоровья составляет $9,6\pm 0,8\%$, со II группой здоровья — $21,2\pm 1,2\%$. У $26,2\pm 1,2\%$ респондентов группа здоровья не определена или они не имеют информацию по данному вопросу. Причем, частота обращения в поликлинику закономерно возрастает по мере ухудшения состояния здоровья населения: наиболее часто обращаются респонденты с III группой здоровья— $42,9\pm 1,4\%$. По возрасту и группе здоровья респонденты распределились следующим образом: самая высокая доля пациентов с III группой здоровья закономерно среди лиц в возрастной категории 60 лет и старше — $13,7\pm 0,9\%$. Наблюдаются также различия в частоте обращений в зависимости от пола и состояния здоровья.

В соответствии с алгоритмом исследования нами дополнительно анализировались данные по обращаемости в поликлинику следующих лиц, относящихся к III группе здоровья: диспансерных больных и инвалидов. Всего, среди опрошенных респондентов, доля лиц, имеющих инвалидность, составила $26,1\pm 1,2\%$. Чаще обращаются за медицинской помощью женщины и мужчины, имеющие II группу инвалидности. Также, по результатам нашего исследования можно сделать вывод, что с увеличением возраста, удельный вес респондентов, имеющих группу инвалидности, закономерно возрастает.

По результатам проведенного опроса, нами отмечена разница в уровне наблюдения на дому респондентов в зависимости от пола и возраста: наибольший удельный вес наблюдавшихся на дому мужчин приходится на возрастную группу 60 лет и старше и

составляет $48,6 \pm 4,9\%$, среди женщин-респондентов, приходится на возрастную группу - 51-60 лет - $45 \pm 4,2\%$.

По целям обращения за медицинской помощью также имеются различия в зависимости от возраста, пола респондентов. Наибольшая часть респондентов - $69,5 \pm 1,3\%$ обратились в поликлинику по поводу заболевания. С увеличением возраста респондентов, возрастает удельный вес обратившихся по поводу заболевания. Таким образом, мы видим четкую взаимосвязь между полом, возрастом респондентов и целями при обращении в поликлинику.

Также, при анализе уровня посещаемости врачей различных специальностей, выявлены различия. Наиболее высокий уровень нуждаемости в терапевтической, неврологической и кардиологической помощи. Это является закономерным, учитывая высокий уровень стрессогенных факторов, приводящий к цереброваскулярным и кардиологическим заболеваниям.

Далее, нами проанализированы ответы респондентов на вопросы о целях и причинах обращения в другие ЛПУ для проведения исследования и получения консультации специалистов. По результатам опроса мы выявили различия в интенсивности обращений респондентов в другие ЛПУ в зависимости от пола и возраста: доля лиц, обратившихся в другие ЛПУ за получением консультации специалиста, составляет $31,4 \pm 1,3\%$. В зависимости от пола, выявлено, что мужчины обращались за консультацией специалиста в $29,9 \pm 2,4\%$ женщины в $32 \pm 1,6\%$. Не ответили на данный вопрос $0,7 \pm 0,2\%$ респондентов. Можно предположить, что значительный удельный вес обратившихся в другие учреждения женщин фертильного возраста, свидетельствует о необходимости обследования их в период беременности и родов в связи с низким материально-техническим оснащением базовых ЛПУ.

По результатам опроса об удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи респонденты удовлетворены в $72,7 \pm 1,3\%$, не совсем удовлетворены в $17,5 \pm 1,1\%$, не удовлетворены в $8,6 \pm 0,8\%$. Из общего числа респондентов $1,2 \pm 0,3\%$ не ответили на данный вопрос. Нами отмечено снижение уровня удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи с увеличением возраста респондентов, связанное с увеличением

числа заболеваний и их осложнений и, соответственно, повышением требований к качеству оказания медицинской помощи.

Удовлетворенность работой поликлиники в целом у респондентов различна. Также, имеется связь между возрастом, полом респондента и оценкой удовлетворенности: удовлетворены работой поликлиники в целом $65,7 \pm 1,3\%$ респондентов, из них $31,5 \pm 1,6\%$ мужчины, $68,5 \pm 1,6\%$ -женщины. Не совсем удовлетворены $29,2 \pm 1,3\%$ респондентов, из них $25,2 \pm 2,3\%$ составляют мужчины, $74,8 \pm 2,3\%$ -женщины. Не удовлетворены работой поликлиники в целом $5,1 \pm 0,6\%$ респондентов, из них $28,6 \pm 5,7\%$ составляют мужчины, $71,4 \pm 5,7\%$ составляют женщины. Не ответивших на этот вопрос респондентов нет. Если провести сравнительный анализ результатов опроса респондентов об удовлетворенности работой поликлиники в целом и об удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи в поликлинике, наблюдается сходный уровень удовлетворенности респондентов: $65,7 \pm 1,2\%$ и $72,7 \pm 1,3\%$ соответственно. Удельный вес респондентов, отрицательно ответивших на данные вопросы, соответственно составляет $5,1 \pm 0,6\%$ и $8,6 \pm 0,8\%$.

Оценка своего здоровья респондентами различна. Она также зависит от возраста и пола. Состояние своего здоровья как «плохое» оценили $14,5 \pm 1,0\%$ респондентов, как «удовлетворительное»- $55,9 \pm 1,4\%$, как «хорошее» - $29,3 \pm 1,3\%$. Среди респондентов $0,24 \pm 0,1\%$ не ответили на данный вопрос. В оценке состояния своего здоровья как «хорошее» у мужчин происходит постепенное снижение по мере увеличения возраста, в то время как среди женщин происходит резкое падение данной оценки, начиная с возрастной группы 41-50 лет и старше.

В ходе проведенного социологического исследования мы анализировали мнение респондентов - пациентов поликлиник г. Нальчика - о работе учреждений здравоохранения в системе ОМС. На вопрос: является ли введение ОМС основным направлением реформирования здравоохранения, мнение респондентов распределилось следующим образом: $27,5 \pm 1,3\%$ респондентов считают, что введение ОМС являлось необходимым при реформировании здравоохранения, не считают необходимым введение ОМС $23,9 \pm 1,2\%$ респондентов, затруднились ответить на данный вопрос $48,4 \pm 1,4\%$, не ответили на данный вопрос $0,24\%$ респондента. Это свидетельствует о том, что население в своем большинстве слабо осведомлено о системе ОМС. Отметим удовлетворенность работой ТФ ОМС КБР

28,2±1,3%. Отметим неудовлетворенность деятельностью ТФ ОМС КБР 23,7±1,2% респондентов. Затруднились ответить на данный вопрос 46±1,4%.

При проведении исследования нами отдельно проанализированы ответы медицинских работников. Всего опрошено 219 медицинских работников. Среди них врачи составили 56, 6±3,3%, средний медицинский персонал-35±3,2%, младший медицинский персонал-8,4±1,9%.

На вопрос: является ли введение ОМС основным направлением реформирования здравоохранения, мнение респондентов-работников здравоохранения распределилось следующим образом: введение ОМС как основное направление реформирования здравоохранения считают 25±2,9% опрошенных респондентов-медицинских работников. Среди них 69±3,1% составляют врачи. Среди респондентов 26±2,9% не считают введение ОМС основным направлением реформирования здравоохранения. Среди них 45,6±6,7% врачей. Затруднил ответ на данный вопрос 48,9±3,4% респондентов. Среди них 50,5±4,8% врачей. При анализе мнения респондентов по вопросу удовлетворенности деятельностью КБ ТФ ОМС выявлено, что большинство респондентов-медицинских работников (49,8±3,4%) затруднились ответить на этот вопрос, 29,7±2,8% отметили удовлетворенность деятельностью КБ ТФ ОМС.

При анализе вопроса о возможных вариантах финансирования ОМС некоторые респонденты выбрали два варианта ответа: большая часть респондентов считает оптимальным вариант финансирования ОМС за счет средств бюджета (36±3,2%). На втором месте вариант финансирования ОМС в соответствии с действующим законодательством. Считают правильным привлекать личные средства граждан при финансировании ОМС лишь 6,4±1,6% респондентов.

Осуществление контроля качества медицинской помощи органами управления здравоохранения считает правильным 23,4±1,4% респондентов. 21,7±1,3% медицинских работников считает, что администрация ЛПУ должна осуществлять контроль качества медицинской помощи. 19,7±1,3% респондентов считает, что контроль качества медицинской помощи должны осуществлять независимые эксперты. Мнение, что врачебные ассоциации должны осуществлять контроль качества медицинской помощи составляет 11,4±1,0%. Наименьшее число респондентов считают, что контроль качества

медицинской помощи должны осуществлять эксперты фондов ОМС и страховых медицинских организаций: $5,0 \pm 0,7\%$ и $4,3 \pm 0,6\%$ соответственно. Таким образом, большинство респондентов считают наиболее правильным вариантом осуществления контроля качества медицинской помощи органами управления здравоохранением.

Не отмечают изменений качества предоставляемой медицинской помощи с введением ОМС $46,1 \pm 3,3\%$ респондентов-медицинских работников, $10,9 \pm 2,1\%$ респондентов считают, что качество предоставляемой медицинской помощи ухудшилось. Не отмечают изменения финансирования здравоохранения после введения ОМС $33,3 \pm 3,2\%$ медицинских работников, $24,2 \pm 2,9\%$ респондентов отмечают улучшение, $20,1 \pm 2,7\%$ опрошенных медицинских работников отмечают ухудшение.

Таким образом, можно сделать вывод, что медицинские работники не отмечают значительных перемен, связанных с работой в условиях ОМС, как в деятельности медицинских учреждений, так и в качестве оказываемой медицинской помощи, среди респондентов - медицинских работников - сохраняется негативное мнение о способности ОМС влиять на состояние лечебно-профилактической помощи в Кабардино-Балкарской республике.

Выводы

1. Результаты проведенного научного анализа свидетельствуют, что в медико-демографической ситуации, уровнях заболеваемости, смертности, населения Кабардино-Балкарской республики и Российской Федерации в целом существуют как общие закономерности и тенденции, так и определенные различия. Изучение и анализ демографической ситуации в республике выявил, что за анализируемый период сохраняется положительный естественный прирост населения. Традиции многодетности, сложившиеся у сельского населения, несколько смягчают процесс сокращения рождаемости. В КБР отмечается снижение показателя смертности по всем классам причин смерти (темп прироста - $11,7\%$). Средняя продолжительность предстоящей жизни жителей КБР - 71,2 года - несколько выше, чем аналогичный показатель в ЮФО и РФ.

2. Анализ состояния здоровья населения Кабардино-Балкарской республики выявил ряд значительных проблем: рост первичной заболеваемости среди населения (темп прироста $3,9\%$), отмечается высокий уровень инвалидности (темп прироста $58,9\%$), рост

онкологической заболеваемости (темп прироста 1,4%), рост социально-значимых заболеваний, рост хронической патологии среди населения КБР. Таким образом, сложившаяся медико-демографическая ситуация может привести к реальному дефициту трудовых ресурсов, что, в свою очередь, будет объективно препятствовать созданию устойчивой финансово-экономической базы республики, ее дальнейшему экономическому развитию. Динамика основных медико-демографических показателей заболеваемости в период 2001-2007гг. обуславливает рост потребности населения в доступной и качественной медицинской помощи, которая может быть обеспечена путем совершенствования использования имеющихся ресурсов региональной системы здравоохранения.

3. Изучение состояния амбулаторно-поликлинической помощи в республике, состояние финансирования здравоохранения КБР в условиях ОМС, анализ реализации территориальной Программы государственных гарантий выявил значительные недостатки в организации медицинской помощи в республике. Анализ реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам КБР бесплатной медицинской помощи в условиях многоканального финансирования, за период 2001-2007гг. показал, что сохраняется дефицит финансирования ТПГГ (27,1% по итогам 2007г.). Основные причины дефицита финансирования ТП ОМС в КБР, связаны с состоянием и спецификой экономической ситуации в республике, низкими заработными платами работающего населения, соответственно, низким уровнем перечисления страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения. Выявлены значительные расхождения в объемах утвержденных ПГГ и фактически выполненных объемов медицинской помощи в республике, что указывает на недостатки в планировании медицинской помощи.

4. Оптимизация объемов медицинской помощи осуществляется слабо, диспропорция объемов медицинской помощи на разных этапах сохраняется. Кабардино-Балкария относится к регионам с низким уровнем обеспеченности койко-местами в дневных стационарах-3,2 на 10 тыс. населения. В ходе исследования установлено, что в 2007г. в КБР объемы медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах ниже федерального норматива на 82,7%. При этом, происходит рост объемов оказанной медицинской помощи

в дневных стационарах республики при одновременном увеличении объемов стационарной помощи. Темп прироста числа пациенто-дней в 2007г. по сравнению с 2001г. составляет 142%. При этом, отсутствует соответствующее увеличение финансирования одного пациента-дня в дневных стационарах, что также отрицательно сказывается на качестве предоставляемой медицинской помощи.

5. Наиболее действенным механизмом оценки качества и доступности медицинской помощи населению является проведение многокомпонентного социологического исследования. В ходе проведения выборочного социологического опроса населения изучен объем и характер медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Нальчика. Выявлено влияние следующих социально-экономических факторов: общей социально-экономической ситуации, демографической ситуацией в республике, национальных особенностей отношения к своему здоровью населения республики, также пола, возраста, состояния здоровья населения. Также, нами отмечено, что с увеличением возраста респондентов закономерно возрастает удельный вес осмотров на дому, в том числе активные врачебные посещения. При анализе уровня посещаемости врачей различных специальностей, также выявлены различия. Наиболее высокий уровень нуждаемости в терапевтической, неврологической и кардиологической помощи. Это является закономерным, учитывая высокий уровень стрессогенных факторов, приводящих к цереброваскулярным и кардиологическим заболеваниям. При анализе удовлетворенности респондентов качеством оказанной медицинской помощи выявлено, что с увеличением возраста респондентов снижается удельный вес респондентов, удовлетворенных качеством оказанной медицинской помощи, т.к. с увеличением числа заболеваний и их осложнений, повышаются требования к качеству оказания медицинской помощи.

6. В процессе социологического исследования выявлено, что большинство респондентов (46%) слабо осведомлены о системе ОМС. В ходе проведения выборочного социологического опроса медицинских работников выявлено, что большинство респондентов-медицинских работников (46,1%) не отмечают улучшения финансирования здравоохранения с введением ОМС, не отмечают улучшения качества предоставляемой медицинской помощи. Таким образом, можно сделать вывод, что медицинские работники

не отмечают значительных перемен, связанных с работой в условиях ОМС, среди респондентов - медицинских работников - сохраняется негативное мнение о способности ОМС влиять на состояние лечебно-профилактической помощи в республике.

Практические рекомендации.

Анализ основных тенденций в развитии медицинской помощи населению и ресурсного обеспечения системы здравоохранения Кабардино-Балкарии в сравнении с Российской Федерацией выявил значительные недостатки в организации амбулаторно-поликлинической помощи. В условиях дефицита финансовых ресурсов в здравоохранении сохраняются существенные диспропорции: прослеживается тенденция к снижению предоставляемых населению объемов амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, развитие стационарозамещающих видов помощи проводится медленно, при одновременном росте стационарной помощи.

Учитывая результаты проведенного диссертационного исследования, основными медико-организационными предложениями по оптимизации деятельности системы здравоохранения, использования клинически эффективных и наименее затратных решений с учетом меняющихся потребностей в медицинской помощи в Кабардино-Балкарской республике, являются следующие:

1. Продолжить реструктуризацию финансовых потоков в здравоохранение в сторону увеличения объема финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений, профилактических мероприятий. В качестве механизма финансового обеспечения оптимизации деятельности системы здравоохранения в КБР, разработать план перехода на одноканальную систему поступления доходов в лечебно-профилактические учреждения через фонд ОМС с одновременным адекватным повышением тарифов на одно посещение к врачу в системе ОМС.
2. Продолжить оптимизацию объемов амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, более широко внедрять ресурсосберегающие медицинские технологии (стационары дневного пребывания, стационар на дому, стационары для долечивания, центры амбулаторной хирургии).

3. Снизить объем стационарной медицинской помощи населению за счет уменьшения частоты госпитализации и уровня госпитализации больных, не нуждающихся в круглосуточном медицинском наблюдении, а также госпитализированных по социальным показаниям.
4. Для оценки эффективности реализации территориальной программы Государственных Гарантий, при разработке территориальных нормативов наряду с показателями объемов медицинской помощи и ее финансирования необходимо учитывать основные критерии состояние здоровья населения, региональные особенности заболеваемости, инвалидности, возрастной состав населения. Это позволит более адекватно отражать в территориальном нормативе региональные различия в потребности в медицинской помощи лиц старших возрастных групп населения и лиц, имеющих инвалидность, нуждающихся в большем объеме медицинской помощи.
5. Необходимо отрегулировать механизмы легитимного влияния на работодателей в части уплаты взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения.
6. Утвердить федеральный размер взносов для субъектов РФ на обязательное медицинское страхование неработающего населения в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008г. № 1663 - р.

Реализация этих предложений по оптимизации существующей системы лечебно-профилактической помощи позволит обеспечить более эффективное использование выделенных ресурсов (материально-технических, кадровых, финансовых) с одновременным обеспечением медицинской и социальной эффективности деятельности системы здравоохранения.

Список работ, опубликованных в изданиях, рекомендованных ВАК

1. **Абазова И.Л.** Современные медико-демографические процессы в Кабардино-Балкарской республике и их влияние на здравоохранение // Здоровье и образование в концепции болезней цивилизации: материалы Международной научной конференции.- М: Вестник РУДН. серия «Медицина»-2007.-№6-С.598-604

2. Абазова И.Л. Механизмы влияния финансирования системы обязательного медицинского страхования на развитие системы здравоохранения Кабардино-Балкарской республики // Здоровье и образование в концепции болезней цивилизации: тезисы международной научной конференции.- М: Вестник РУДН.-2007.-№7

3. Абазова И.Л., Инарокова А.М. Влияние финансирования системы ОМС КБР на качество медицинской помощи // Здоровье и образование в XXI веке: материалы международной научной конференции.- М: Вестник РУДН серия «Медицина»-2008.- №7.-С.45-48.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Абазова И.Л. Влияние ряда факторов на объем и характер потребляемой амбулаторно-поликлинической помощи // Достижения медицинской науки - практическому здравоохранению: материалы научно-практической конференции.- Нальчик: Каб.-Балк. ун-т, 2009г.-С.10-15

2. Абазова И.Л. К оценке финансирования здравоохранения Кабардино-Балкарской республики в условиях обязательного медицинского страхования // Актуальные вопросы теоретической и практической медицины: тезисы научно-практической конференции - Нальчик, Каб.-Балк. ун-т, 2010г.- С.17-19.

3. Абазова И.Л. К оценке реализации территориальной программы государственных гарантий в Кабардино-Балкарской республике // Актуальные вопросы теоретической и практической медицины: тезисы научно-практической конференции. - Нальчик, Каб.-Балк. Ун-т, 2010г.-С.16-17.