

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

На правах рукописи

СОКОЛОВА

Вера Васильевна

**ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВЫХ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОВЫШЕНИЕ
УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ КАЧЕСТВОМ
ЛЕЧЕБНОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

**Заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук, профессор
Юрьев Вадим Кузьмич**

Санкт-Петербург-2018

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. РОЛЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ЗАЩИТЕ ПРАВ И ИНТЕРЕСОВ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	12
1.1. Краткая история становления системы защиты прав ребенка в сфере охраны здоровья в Российской Федерации.....	12
1.2. Информирование граждан в системе обязательного медицинского страхования.....	16
1.3. Удовлетворенность родителей качеством медицинской помощи, оказанной детям.....	20
1.4. Защита прав и интересов застрахованных лиц детского возраста.....	29
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	32
ГЛАВА 3. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ О ПРАВАХ РЕБЕНКА В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....	46
3.1. Роль страховых медицинских организаций в информировании граждан о системе обязательного медицинского страхования.....	46
3.2. Самооценка родителями своих знаний о правах ребенка в сфере охраны здоровья.....	50
ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ДОСТУПНОСТЬЮ И КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИХ ДЕТЯМ.....	60
4.1. Результаты социологического мониторинга застрахованных страховой медицинской организацией.....	60
4.2. Основные причины неудовлетворенности родителей доступностью и качеством медицинской помощи в условиях поликлиники.....	64
4.3. Основные причины неудовлетворенности родителей доступностью и качеством стационарной медицинской помощью.....	83

ГЛАВА 5. ОБРАЩЕНИЯ ГРАЖДАН КАК ВАЖНЫЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ КАНАЛ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	101
5.1. Роль страховых медицинских организаций в решении проблем, связанных с ущемлением законных прав и интересов граждан в системе обязательного медицинского страхования.....	101
5.2. Структура обращений граждан по вопросам удовлетворенности качеством медицинской помощи, оказываемой детям, и степень социальных ожиданий от обращений	107
ГЛАВА 6. НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПОВЫШЕНИИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ.....	129
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	148
ВЫВОДЫ.....	154
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	156
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	158
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	159
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	185

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Проблема сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения является важнейшим приоритетом государственной политики и рассматривается в качестве гарантии достижения успеха в социальном и экономическом развитии страны [3,5,13,14,132,146,149]. Подтверждением тому является Указ Президента РФ В.В. Путина (от 29.05.2017 г. № 240), которым, с целью совершенствования государственной политики в сфере защиты детства, 2018 – 2027 годы в Российской Федерации объявлены Десятилетием детства.

Стратегическое направление государства по охране здоровья детского населения имеет обширную законодательную базу и формирует политику РФ на преодоление демографического кризиса, а также способствует оптимизации системы здравоохранения, направленной на повышение доступности и качества лечебно-профилактической помощи детям, в том числе в системе обязательного медицинского страхования [49,53,69,105,144].

Повышенное внимание государства к проблеме обеспечения доступности и качества медицинской помощи (КМП) детям обусловлено неудовлетворенностью населения ее состоянием [8,20,48,111,129]. Исследования, проведенные в различных регионах страны, свидетельствуют о необходимости совершенствования системы педиатрической помощи, в том числе, в рамках пациент-ориентированной модели с оценкой мнения родителей о качестве медицинского обслуживания, как важнейшей характеристики состояния и результативности оказания медицинской помощи ребенку [15,126].

Низкая удовлетворенность родителей КМП, оказанной детям, особенно актуальна для жителей крупных городов, таких как Санкт-Петербург, где, несмотря на территориальную и транспортную доступность медицинских организаций, высокое оснащение медицинской техникой и обеспеченность квалифицированным медицинским персоналом, наличие различных служб защиты прав и интересов граждан в сфере охраны здоровья (Комитет по здравоохранению, Территориальный

фонд обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, Роспотребнадзор и др.), отмечаются ограничения в доступности лечебно-профилактической помощи детям, недостаточная правовая активность граждан [45].

С учетом вышеизложенного, изучение и систематизация основных направлений деятельности страховых медицинских организаций (СМО) в повышении удовлетворенности населения КМП, оказанной детям в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), имеет большую теоретическую и практическую значимость, что и определило актуальность избранной темы.

Степень разработанности темы исследования

Вопросы удовлетворенности населения КМП, как на различных этапах оказания медицинской помощи, так и по отдельным территориям РФ, изучались многими учеными [2,21,27,33,45,55,82,86,88,111]. Меньшее количество авторов изучали удовлетворенность КМП, оказанной детям [5,22,53,120,126,129]. В течение последних лет выполнено ряд исследований в разных регионах РФ, посвященных оптимизации деятельности СМО, в том числе в повышении удовлетворенности взрослого населения КМП [8,10,30,85,90,99,106,121]. Однако до настоящего времени исследований по изучению деятельности СМО в сфере защиты прав и интересов детского населения не проводилось.

Цель исследования

Разработать комплекс научно-обоснованных мероприятий, направленных на повышение удовлетворенности родителей качеством медицинской помощи, оказанной детям, в системе обязательного медицинского страхования.

Задачи исследования

1. Дать оценку информированности родителей о системе ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья.
2. Представить анализ удовлетворенности родителей медицинской помощью,

оказанной детям, и установить основные причины их неудовлетворенности.

3. Изучить правовую активность родителей и причины их обращений в страховую медицинскую организацию по вопросам защиты законных прав и интересов ребенка.

4. Оценить работу страховой медицинской организации с обращениями граждан по вопросам защиты прав и интересов несовершеннолетних.

5. Разработать и научно обосновать основные направления деятельности страховой медицинской организации по повышению удовлетворенности родителей качеством медицинской помощи, оказанной детям.

Научная новизна исследования

Впервые за весь период существования ОМС изучена деятельность страховщика в защите прав и законных интересов застрахованных лиц детского возраста.

На основании научно-обоснованного комплексного подхода проведена оценка осведомленности родителей о системе ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья. Выявлено, что, несмотря на большой объем работы СМО, родители недостаточно информированы в данных вопросах. Установлены наименее информированные группы родителей и наиболее эффективные информационные каналы.

Анализ деятельности СМО по оценке удовлетворенности родителей доступностью и качеством лечебно-профилактической помощи детям показал отсутствие специальных форм социального мониторинга родителей, что свидетельствует о необходимости создания оценочных средств, ориентированных на особенности оказания медицинской помощи (МП) несовершеннолетним. На основании результатов предложенных форм углубленного социального мониторинга было установлено, что в детских поликлиниках родителей, прежде всего, не удовлетворяет ограничение в доступности приема врачей и необходимость длительного ожидания проведения лечебно-диагностических мероприятий, а в стационарах – плохие условия пребывания ребенка и санитарно-

гигиеническое состояние помещений. Во всех лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) около трети респондентов были вынуждены оплачивать медицинские услуги из собственных денежных средств, причем часто с нарушениями установленных правил.

Проведенная оценка правовой активности родителей в вопросах защиты прав ребенка в системе ОМС, показала, что около трети респондентов при нарушении прав ребенка предпочитают за помощью никуда не обращаться, а в качестве основных причин низкой правовой активности называют недостаток времени, недоверие, отсутствие информации о каналах связи и обязанностях СМО в защите прав застрахованных. Причинами для обращений родителей в СМО в большинстве случаев являлись вопросы по организации работы детских ЛПУ, обеспечения полисами ОМС и их действия вне территории проживания ребенка.

Анализ деятельности СМО по защите прав граждан показал низкий уровень обращений по детскому населению и наличие отличий в структуре обращений по вопросам оказания МП несовершеннолетним от структуры обращений взрослого населения. Выявлено, что более половины жалоб по детскому населению признаны обоснованными, среди них преобладали обращения на оказание ребенку медицинской помощи ненадлежащего качества, неудовлетворительную организацию работы детских ЛПУ и взимание денежных средств за МП, которая должна быть оказана в рамках программы ОМС. Оценка деятельности службы страховых представителей СМО показала ее низкую эффективность - только каждый десятый родитель знал об их присутствии в детском стационаре и обращался к ним за помощью.

Теоретическая и практическая значимость работы

Проведенный анализ основных направлений деятельности СМО в повышении удовлетворенности родителей МП, оказанной детям, показал их недостаточную эффективность и выявил необходимость в осуществлении теоретической разработки организационных основ и создании научно-практических рекомендаций медико-социального и организационного характера.

Внедрение предложенных в настоящем исследовании способов информирования родителей о системе ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья позволит увеличить уровень правовой грамотности и активности населения, повысить престиж СМО в глазах общественности и качество медицинского обслуживания в целом.

Разработка и внедрение углубленных форм социального мониторинга по оценке удовлетворенности родителей МП, оказанной детям в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) и стационарах, а также информированности родителей о системе ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья в практическую деятельность ЛПУ и СМО, показали их высокую эффективность, что позволило рекомендовать данные формы социального мониторинга для повсеместного применения в качестве инструмента управления КМП детям.

Выделение работы СМО с обращениями граждан по вопросам оказания МП детям в отдельное направление позволит наиболее эффективно проводить контроль доступности и КМП детям, а расширение сети страховых представителей СМО и повышение их активности в детских медицинских организациях (МО) будет способствовать своевременной защите прав и законных интересов несовершеннолетних в системе ОМС.

Полученные результаты исследования позволили разработать рекомендации по совершенствованию деятельности СМО в повышении удовлетворенности родителей качеством лечебно-профилактической помощи детям, которые имеют важное теоретическое и практическое значение, и могут быть использованы в работе всех СМО и Территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС), а также позволят сформировать научно-обоснованную систему непрерывного контроля качества и доступности МП несовершеннолетним.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования использованы при разработке двух информационных писем, внедренных в практическую деятельность СМО: «Оценка родителями доступности и качества амбулаторно-поликлинической помощи детям

в системе обязательного медицинского страхования», «Основные причины неудовлетворенности родителей качеством стационарной помощи детям в системе обязательного медицинского страхования». Результаты проведенных исследований внедрены в практическую деятельность Санкт-Петербургского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» (Акт внедрения №ГМф-22/2850/1 от 02.11.2017), СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 святой Марии Магдалины» (№1813 от 27.12.2017), СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника 71» (№862 от 15.12.2017), Детское поликлиническое отделение №65 СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №91» (01-09/3171 от 18.12.2017), Детское поликлиническое отделение №16 СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №114» (№02-121/1700 от 15.12.2017). Материалы диссертационного исследования используются в преподавании на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава Российской Федерации (№61 от 11.01.2018).

Методология и методы исследования

Для реализации поставленных задач при выполнении исследования был использован комплекс современных методов и методик: контент-анализ, анонимное анкетирование, аналитический, математико-статистический, графико-аналитический. Изучение мнения родителей об удовлетворенности МП, оказанной ребенку, производилось путем социологического мониторинга, организованного в детских поликлиниках и стационарах. Комплексную оценку получили отдельные организационные формы работы СМО с застрахованными гражданами. Для большей части исследования был применен выборочный метод, в отдельных случаях (данные работы с обращениями в СМО) – сплошной метод. Математико-технологическое и графическое обеспечение проводилось с применением современных компьютерных технологий. Статистический анализ результатов работы выполнялся с использованием компьютерной программы Microsoft Office-2010 (Word, Excel) и программного пакета для статистического анализа, разработанного компанией StatSoft-Statistica 7.0.

Положения, выносимые на защиту

1. Страховые медицинские организации проводят определенную работу по индивидуальному и публичному информированию граждан о правах ребенка в системе ОМС, однако эта работа не носит адресного характера и не учитывает особенности оказания медицинской помощи детям. Родители имеют весьма низкий уровень знаний об ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья, что связано как с неэффективностью каналов информирования, так и с низкой активностью населения в получении информации.

2. При оказании лечебно-профилактической помощи детям в рамках ОМС их права часто нарушаются, в связи с чем остаются полностью или частично неудовлетворенными медицинской помощью, полученной их ребенком в детских поликлиниках, более половины родителей, в детских стационарах – более трети. Основными причинами неудовлетворенности являются ограничения в доступности медицинской помощи (нехватка врачей, длительные сроки ожидания) и необходимость оплаты медицинских услуг из личных денежных средств.

3. Родители крайне редко обращаются в страховые медицинские организации в случае ущемления законных прав и интересов ребенка, что связано с низкой правовой активностью населения, недоверием к страховщику и недостаточной информированностью населения. Большая часть жалоб связана с оказанием ребенку медицинской помощи ненадлежащего качества и неудовлетворительной организацией работы медицинских организаций.

4. Разработанные по результатам исследования научно-обоснованные рекомендации позволяют оптимизировать основные направления деятельности страховых медицинских организаций в повышении информирования родителей о системе ОМС, оценке пассивной и активной неудовлетворенности качеством медицинского обслуживания детей, своевременном выявлении и устранении негативных факторов, приводящих к нарушениям прав детей, защите прав и законных интересов несовершеннолетних в системе охраны здоровья.

Степень достоверности и апробация результатов

Степень достоверности результатов, полученных в ходе исследования, подтверждается использованием достаточной по объему и репрезентативности базы данных, сочетающей сплошное и выборочное наблюдение. Всего было проанализировано 4973 авторских статистических форм, результатов анкетирования 2021 законных представителей детей, 6 годовых отчетных форм СМО «Форма ПГ» и 20 журналов регистрации устных и письменных обращений в Санкт-Петербургский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» (всего 35049 обращений, из них 3386 касалось вопросов получения медицинской помощи и защиты прав застрахованных лиц детского возраста).

Основные положения диссертационного исследования были доложены и обсуждены на научно-практической конференции с международным участием: «Scientific research – 2016» (Карловы Вары, 2016), VIII конференции молодых ученых РМАНПО с международным участием «Горизонты медицинской науки» (Москва, 2017), конгрессе с международным участием «Здоровые дети - будущее страны» (Санкт-Петербург, 2017), IX ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Медицина и право в XXI веке» (Санкт-Петербург, 2017).

Публикации по теме работы

По теме диссертации опубликовано 16 научных работ, в том числе 4 статьи в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК для публикации основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени кандидата наук.

Объем и структура диссертации

Содержание диссертации изложено на 198 страницах машинописного текста и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка литературы, включающего 246 источников, в том числе 113 иностранных. Работа содержит 31 рисунок, 22 таблицы и 3 приложения.

ГЛАВА 1

РОЛЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ЗАЩИТЕ ПРАВ И ИНТЕРЕСОВ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Краткая история развития системы защиты прав ребенка в сфере охраны здоровья в Российской Федерации

Охране здоровья детей всегда уделялось много внимания. В конце 19 века в крупных городах России впервые возникли общества детских врачей, кафедры детских болезней при университетах. С начала 20 века началось развитие государственной системы по охране материнства и детства, приняты ряд законов, предусматривающих развитие сети детских лечебно-профилактических учреждений, в том числе поликлиник и санаториев, введены запрет на труд детей до 14 лет и ограничение продолжительности рабочего дня для подростков, обеспечение бесплатным питанием несовершеннолетних до 15 лет. Отдельное внимание государства уделялось решению демографических проблем - повышению рождаемости, снижению заболеваемости и детской смертности [5,14,48].

В 1989 г. Генеральной Ассамблеей ООН была принята, а в 1990 г. ратифицирована Россией, Конвенция о правах ребенка, которая стала основополагающим документом в области правовой защиты детей. В статье 24 Конвенции признано право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения, предусматривающее получение медицинской помощи в приоритетном порядке [8,42,103,140,178].

С 1993 г. в результате формирования рыночных отношений в России произошло реформирование отечественного здравоохранения и развитие системы медицинского страхования, с созданием основы новой государственной социальной политики в области охраны здоровья населения. Статья 38 Конституции РФ провозгласила защиту государством материнства, детства и семьи в целом, а статья 41 закрепила право на охрану здоровья граждан, бесплатную

медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения [26,43,196]. Таким образом, охрана здоровья детей и защита их прав стали конституциональными принципами.

Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан № 5487-1, принятым 22.07.1993 были установлены правовые, организационные и экономические принципы в области охраны здоровья населения. Среди прав отдельных групп населения особое место занимали права детей.

Одним из основных правовых актов признания государством своих обязательств перед детьми стало принятие Федерального закона от 24.07.1998 №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», в котором были установлены «основные гарантии прав и законных интересов ребенка, предусмотренных Конституцией страны, в целях создания правовых, социально-экономических условий для реализации прав и законных интересов ребенка», а также был впервые определен возраст совершеннолетия – 18 лет [62]. В качестве основных направлений оказания бесплатной медицинской помощи несовершеннолетним названы: оздоровление детей, профилактика и медицинская диагностика заболеваний, лечение, в том числе диспансерное наблюдение; медицинская реабилитация детей-инвалидов и детей, страдающих хроническими заболеваниями; санаторно-курортное лечение.

В дальнейшем последовательное принятие новых нормативно-правовых актов только усиливало позиции детей на защиту их интересов в различных сферах общественной жизни, в том числе на получение МП надлежащего качества.

В соответствии со статьями 4,7 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 13.07.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015) (далее ФЗ №323) был установлен приоритет деятельности государства в охране здоровья ребенка, а также перечислены права детей и обязанности третьих лиц по их соблюдению [61].

Указом Президента РФ от 07.05.2012 №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» был намечен целый ряд мер по сохранению и укреплению здоровья граждан, увеличению продолжительности их жизни, снижению заболеваемости и младенческой смертности.

В рамках очередного этапа социально-экономического развития страны и с целью формирования государственной политики по улучшению положения детей в стране на основе Конвенции ООН о правах ребенка была принята Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 гг., утвержденная Указом Президента РФ от 01.06.2012 №761 [58]. Этот ключевой документ выдвинул определение основных направлений и задач государственной политики в интересах детей, ключевых механизмов ее реализации, базирующихся на общепризнанных принципах и нормах международного права.

В посланиях Президента РФ Федеральному Собранию неоднократно ставились задачи по разработке современной и эффективной государственной политики в области охраны несовершеннолетних. Проблемы детства и пути их решения нашли свое отражение в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года [44,72,81,105] и Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [63].

В Государственной программе развития здравоохранения РФ (распоряжение Правительства РФ №2511-р от 24.12.2012) были определены цели, задачи, основные направления развития здравоохранения до 2020 г. и мероприятия, механизмы их реализации и финансовое обеспечение, в том числе по охране здоровья подрастающего поколения. Госпрограмма была рассчитана на 2 этапа - структурные преобразования (2013-2015) и развитие инновационного потенциала (2016-2020). Ожидаемые результаты реализации данной программы – снижение заболеваемости и смертности детей, профилактика заболеваний, повышение уровня здоровья подрастающего поколения и увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения.

В течение последних десятилетий Правительство РФ продолжает предпринимать шаги в сторону улучшения ситуации в сфере здравоохранения и повышения удовлетворенности населения качеством медицинской помощи, проведения диспансеризации населения и профилактических мероприятий, формирования культуры здорового образа жизни, создания условий, способствующих рождению и воспитанию детей, обеспечения доступности и высокого КМП несовершеннолетним, в том числе реабилитации и санаторно-курортного лечения. Ежегодно из разных источников финансирования выделяется значительный объем денежных средств на решение указанных проблем. Инициированы и реализуются масштабные программы в виде приоритетного национального проекта «Здоровье», «Бережливая поликлиника» [12, 36].

Затраты, направленные на улучшение состояния здоровья подрастающего поколения, ложатся тяжелым бременем на экономику государства. Однако данные расходы являются стратегическим вложением в будущее страны (человеческий капитал), когда подросшее поколение начнет платить налоги. Таким образом, чем лучше здоровье детей, тем лучше благосостояние страны, выше экономическая производительность и ниже затраты на оказание медицинских услуг в перспективе. Следовательно, финансы, выделенные на охрану материнства, здоровья детей и здравоохранение в целом, необходимо рассматривать не как экономический ущерб, а как инвестиции в основу для дальнейшего постоянного экономического развития общества [100,109,127,141].

Дети относятся к наиболее незащищенной категории граждан и подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, имеют приоритетные права при оказании им медицинской помощи [115]. Уже с рождения ребенок приобретает права и обязанности, но в силу своей недееспособности не может самостоятельно защищать свои законные интересы в сфере охраны здоровья. Родители, являясь законными представителями своих детей, выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами, в том числе при обращении с ребенком в МО за медицинской помощью [62, 103].

При анализе данных различных исследований нами было обнаружено, что большинство источников в литературе посвящено изучению различных критериев КМП относительно взрослого населения. Исследований, посвященных КМП детям, проводилось крайне мало. Из всех исследований можно выделить три тематических блока: об информировании граждан в системе ОМС, об удовлетворенности родителей качеством лечебно-профилактической помощи детям и защите прав ребенка в системе ОМС. Комплексных исследований, охватывающих все темы при проведении анализа доступной литературы нами не выявлено.

1.2. Информирование граждан в системе обязательного медицинского страхования

На степень удовлетворенности населения КМП, оказанной детям, в первую очередь влияет уровень информированности родителей о системе ОМС в целом и о правах ребенка в частности [114,128]. В течение последнего десятилетия ТФОМС, СМО, МО, органами государственной власти и местного самоуправления проводился целый комплекс мероприятий по публичному и индивидуальному информированию граждан.

С принятием Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее ФЗ №326) еще более усилилась функция страховщика по проведению информирования граждан. У застрахованных лиц появилось право на получение от ТФОМС, СМО и МО достоверной информации о видах, качестве и условиях предоставления МП, о правах и обязанностях субъектов и участников страхования, о порядке обеспечения и защиты прав граждан в системе ОМС [88,91,92].

Однако объем мероприятий по информированию населения теряет свою значимость при отсутствии результата. В блоке статей, предметом изучения которых была информированность о правах пациента при получении медицинской помощи и о правах застрахованного в системе ОМС, в основном были представлены исследования, содержащие теоретические концепции, методологические подходы, а также обзор законодательной базы [82,199].

Непосредственно социологических исследований, анализирующих вопросы информированности населения о правах пациентов, соблюдении этих прав и их защиты, проводилось мало.

В проведенных исследованиях было выявлено, что низкая информированность граждан о своих правах в области охраны здоровья сопровождается низкой правовой активностью населения. По данным Всероссийского социологического исследования по изучению мнения населения о доступности и КМП в России, проведенного в 2008 г. в федеральных округах и 83 субъектах РФ, 41,5 % респондентов указали, что не владеют достаточной информацией относительно ОМС или вовсе ничего не знают. При обращении в МО с перечнем бесплатной медицинской помощи были ознакомлены менее половины опрошенных пациентов (47,5 %), а наиболее высокая доля респондентов, не ознакомленных с данным перечнем (59,0 %), была выявлена в Северо-Западном Федеральном округе [104].

Среди опрошенных только 11,4 % (в Санкт-Петербурге 13,8%) пациентов рассматривали возможность обращения в СМО с жалобой на медицинское обслуживание ненадлежащего качества [91]. Более трети респондентов (36,3%) в Санкт-Петербурге не смогли назвать СМО, которая выдала им полис, а почти половина (46,8%) опрошенных не знали куда можно обратиться в случае нарушения их прав в сфере охраны здоровья [99].

По данным исследования в Чеченской республике 43,2% респондентов вообще не были информированы или имели весьма скудный объем информации об ОМС и 51,8% о своих правах в ОМС, при этом меньший уровень информированности о системе ОМС наблюдался у сельских жителей и граждан в возрасте 60 лет и старше [101,128].

Исследований, посвященных оценке информированности родителей о правах ребенка в системе ОМС, нами обнаружено не было. Вместе с тем дефицит у родителей знаний об ОМС в целом и о правах несовершеннолетних в сфере охраны здоровья в частности не позволяет им полноценно оценивать КМП, в том числе условия оказания медицинской помощи, объем и своевременность назначенных ребенку лечебно-диагностических мероприятий, соблюдение этики и

деонтологии со стороны медицинского персонала. Низкая информированность, в свою очередь, может способствовать оказанию ребенку медицинской помощи ненадлежащего качества с риском развития осложнений и других негативных последствий болезни, и, одновременно, различных нарушений прав и законных интересов застрахованных лиц детского возраста.

И наоборот, достаточная информированность родителей об ОМС, гарантированных видах, условиях и КМП служит объективным критерием оценки при получении медицинских услуг. Активная правовая позиция родителей в системе ОМС способствует оказанию ребенку своевременной медицинской помощи надлежащего качества, дает возможность своевременно защитить нарушенные интересы и права несовершеннолетнего самостоятельно или с помощью вышестоящих структур, в том числе СМО.

Права ребенка в системе ОМС повторяют права всех застрахованных граждан. Однако имеются особенности при оказании медицинской помощи детям, которые родителям необходимо знать и требовать их соблюдения.

В соответствии с ФЗ № 286-ФЗ от 03.07.2016 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» - обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется СМО, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме, ОМС осуществляется СМО, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем. Таким образом, при рождении ребенка и первый месяц жизни весь объем медицинской помощи ребенок получает бесплатно, по полису матери. Далее выбор СМО, медицинских организаций и оформление полиса ОМС за него осуществляют родители.

По сравнению со взрослым населением, детям проводится больший объем профилактических мероприятий, финансируемый из средств ОМС. Только за

первый год жизни, с целью выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, ребенку проводятся профилактические осмотры и обследования у педиатра, невролога, детского хирурга, офтальмолога, травматолога-ортопеда, оториноларинголога, детского стоматолога и психиатра. После года частота профилактических осмотров врачей несколько снижается. Однако с двух лет начинают проводиться предварительные и периодические медицинские осмотры, которые позволяют определить готовность и соответствие уровня здоровья и развития ребенка к поступлению в образовательные учреждения, выявить начальные формы заболеваний, проследить в динамике появление ранних признаков воздействия вредных факторов. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 №1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» до 2018 года устанавливал большой объем осмотров врачей-специалистов и исследований при профилактических осмотрах детей. Новый приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.08.2017 №514Н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» несколько сократил часть исследований и изменил объем осмотров ребенка по возрастам, а также внес дополнения в порядок организации и проведения профилактических осмотров. Вместе с тем отсутствие должного информирования населения о целях, задачах и объемах проводимого обследования детей, ограничение в доступности медицинских услуг в детских поликлиниках и низкая активность СМО в защите прав несовершеннолетних снижают эффективность профилактических осмотров детского населения.

Одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в МО при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях, в течение всего периода лечения, независимо от возраста ребенка. При совместном нахождении в МО в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста - при наличии

медицинских показаний, плата за создание условий пребывания, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается (статья 3 ФЗ №323), а финансируется из средств ОМС.

Также родители, являясь законными представителями детей, реализовывают право на выбор детской МО, лечащего врача, СМО, получение бесплатных лекарственных препаратов, медицинских изделий при лечении ребенка в условиях дневного и круглосуточного стационара и т.д.

В свою очередь, действующее законодательство также устанавливает право несовершеннолетнего на получение информации о состоянии своего здоровья в доступной для него форме, а также в возрасте ребенка старше 15 лет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него. В отношении лиц, не достигших 15 лет или признанных недееспособными, информация о здоровье предоставляется законным представителям.

Родительские права прекращаются по достижении детьми возраста восемнадцати лет, а также при наступлении эмансипации (вступлении несовершеннолетнего в брак, трудоустройстве по трудовому договору или осуществлении предпринимательской деятельности) (статья 63 Семейного кодекса РФ). Граждане достигшие совершеннолетия приобретают полную дееспособность и необходимость в законном представителе отпадает.

По мнению Решетникова А.В. (2015) российское общество определенно нуждается в повышении правовой грамотности населения, в целенаправленном информировании о правах застрахованных в системе ОМС, а также в принципах практической реализации этих прав [82].

Таким образом, степень информированности родителей о системе ОМС и правах ребенка играет огромную роль в оценке КМП и уровне правовой активности граждан в защите прав и законных интересов лиц детского возраста при получении медицинской помощи.

1.3. Удовлетворенность родителей качеством медицинской помощи, оказанной детям

Одна из наиболее важных проблем здравоохранения – обеспечение доступности и повышение качества медицинского обслуживания. Однако повышение качества лечебно-профилактической помощи возможно только путем создания необходимых условий для удовлетворения потребности граждан в получении медицинской помощи надлежащего качества на всех этапах – от амбулаторно-поликлинического звена до стационара [2,21,154,157].

Удовлетворенность пациентов медицинской помощью является одним из показателей ее качества. Всемирной организацией здравоохранения в сентябре 1988 года были предложены составляющие понятия качества медицинской помощи: выполнение профессиональных функций, использование ресурсов, контроль степени риска и удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием [64,186,200]. В свою очередь, степень удовлетворенности зависит от изначальных ожиданий граждан относительно способности системы здравоохранения удовлетворять их потребности. Эти запросы возрастают пропорционально повышению уровня технического оснащения и профессиональной подготовки персонала, развития медицинской науки, распространенности информационных технологий и эффективности организационных решений, что делает удовлетворение этих вопросов весьма непростой задачей [187,191,225]. В развитых странах, с значительным объемом финансирования в здравоохранение, число граждан неудовлетворенных работой отрасли постоянно растет, что влечет за собой увеличение количества жалоб на некачественное обслуживание и непрофессиональные действия медицинских работников [41,87,172,226]. Таким образом, противоречия между желаниями пациентов и возможностями системы здравоохранения представляют собой серьезную проблему и препятствуют достижению высокого уровня КМП для всего населения [159,161,185,188,227].

Удовлетворенность КМП является субъективным мнением пациента или его законного представителя, в случае оказания медицинской помощи детям и недееспособным лицам, складывающимся из множества факторов, в большинстве также носящих субъективный характер [23,195]. Изучение уровня удовлетворенности

населения медицинским обслуживанием проводится с помощью социологических опросов [88,126,142].

Результаты социологических исследований позволяют решить множество задач таких как: оценка степени удовлетворенности пациентов КМП в целом и определенных его аспектов, анализ наиболее значимых для потребителя показателей КМП, изучение соотношения результатов лечения и затрат на его проведение, определение резервов по улучшению организации и повышению качества медицинского обслуживания, устранение факторов, способствующих возникновению неудовлетворенности, а также разработать направления деятельности по дальнейшему информированию населения в сфере охраны здоровья [31,52,55,71,126].

Большой опыт в изучении общественного мнения по вопросам здравоохранения имеют европейские страны, где накоплен значительный объем информации, позволяющий анализировать широкий спектр запросов и ожиданий европейских пациентов по поводу КМП [136,148,149,151,153]. В качестве инструмента для измерения различных характеристик медицинской помощи, в том числе удовлетворенности населения КМП, в доступной литературе приводятся апробированные методики, разработанные в США и Великобритании: General Practice Assessment Survey [184,218], Primary Care Assessment Survey [223], адаптированные к условиям российского здравоохранения [71,166].

Научно-исследовательские структуры и международные негосударственные организации, такие как Picker Institute Europe, Indicator, International Alliance for Patients Organizations (IAPO), изучают мнение пациентов о различных аспектах медицинской помощи для выработки предложений по совершенствованию политики эффективного управления здравоохранением [179,233,244]. Из числа опубликованных материалов особенно обращает на себя внимание масштабное исследование, предпринятое сотрудниками Picker Institute Europe (Великобритания) совместно с представителями министерств здравоохранения, медицинских ассоциаций и научно-исследовательских центров восьми европейских стран: Великобритании, Германии, Испании, Италии, Польши, Словении, Швеции и Швейцарии. Отличительной чертой данной работы являлось изучение мнений пациентов разных стран

по поводу их удовлетворенности деятельностью системы здравоохранения в настоящее время и ожиданий граждан относительно перспектив развития отрасли, а также направлений продвижения реформ в будущем [137,138,189,207,230].

Во всем мире вопросам удовлетворенности населения КМП уделяется большое и пристальное внимание, так как эти показатели в разных странах неоднозначны и зависят от уровня развития здравоохранения и его совершенствования [38,147,162,174,183]. Даже в экономически развитых странах имеются существенные различия. Во Франции, где здравоохранение преимущественно страховое, не удовлетворены КМП одна треть населения. В Великобритании, где преимущественно государственное здравоохранение, неудовлетворенность составляет 60%. В Италии, где в основном медицина платная, не удовлетворены здравоохранением 80% населения, а в США от 10% до 35% [41,87,100,143,145,146,167,177].

Согласно Садовому М.А., факторы, оказывающие влияние на уровень удовлетворенности граждан КМП, могут быть разделены на 2 группы: 1) факторы медико-социальной характеристики пациентов (пол, возраст, культурные и этнические особенности) 2) факторы процесса оказания медицинских услуг (доступность и качество). Также отмечен волнообразный характер изменения удовлетворенности граждан в зависимости от экономической ситуации в стране и в мире. При этом чувство удовлетворенности медицинской услугой не всегда означает ее превосходное качество, а отражает достижение уровня, соответствующего ожиданиям человека, которые в свою очередь зависят от социально-демографических параметров и предыдущего опыта лечения. Таким образом, в интерпретации и объективности данных опроса по удовлетворенности граждан МП важное значение имеют особенности самого респондента: его социальное положение, статус, уровень образования и доход, что продемонстрировано во многих зарубежных работах [86,216,217,220].

Так, в англоязычных публикациях, посвященных результатам изучения удовлетворенности пациентов, на большом количестве выборки описаны корреляция удовлетворенности КМП с возрастом (С.К. Jaipaul и G.E. Rosenthal (2003) в США (Patient Judgments of Hospital Quality (PJHQ), M.W. Morgan et al. (2015) в США), полом респондента (S.E. Woods и Z. Heidari (2003), J.H. Ku et al. (2014)), уровнем

образования (M. Ali et al. (2014)), социально-экономическим состоянием и расы (N.G. Myburgh et al. (2006) в ЮАР) [135,136,152,190,195,207,211,243].

В России средний уровень доступности медицинской помощи, по данным Росздравнадзора (2008), составил 72,9%. При этом самыми отстающими по доступности медицинской помощи населению оказались Центральный и Северо-Западный федеральные округа (в среднем 60,9%), а самый высокий уровень доступности медицинских услуг отмечался в республиках Марий Эл, Мордовии, Северной Осетии - Алании, Чувашии, Тюменской и Волгоградской областях (около 80,0%) [45].

В отечественных исследованиях по теме удовлетворённости КМП можно выделить работы по общим вопросам данной проблематики [4,88,116] и публикации с изучением удовлетворённости КМП со стороны различных субъектов: - всего населения [33,91,110,113,124]; - медицинских работников [10,55]; - пациентов медицинских учреждений [9,19,21,97,128,132].

Одновременно, большинство исследований, посвященных вопросам удовлетворенности населения качеством и доступности медицинской помощи для взрослого населения и в целом, носят региональный характер, т.е. в масштабах регионов РФ [16,17,27,28,29,128]. Исследования проводятся во всех федеральных округах РФ, чаще всего в Северо-Западном и Центральных округах. Каждое четвертое исследование носит федеральный характер и охватывает несколько субъектов РФ, а каждое пятое проводится в отдельно взятых медицинских организациях [82].

Авторы анализируют удовлетворенность граждан КМП в условиях амбулаторно-поликлинического звена, стационара и других структурных подразделений [2,19,33,45,55,97,122]. Также рассматриваются данные аспекты применительно к отдельно взятым направлениям специальности медицины - стоматологическим, реабилитационным, кардиологическим, дерматологическим отделениям и др. [27,89,92,107]. Авторами определены уровень удовлетворенности пациентов, основные виды и причины неудовлетворенности взрослого населения КМП в современных социально-экономических условиях.

По данным ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения в 2011 г. в Санкт-Петербурге удовлетворенность населения медицинской помощью не превышала 30-40 %. По результатам мониторинга общественного мнения экспресс-анализ показал, что средние оценки медицинского обслуживания в рамках ОМС жителями Санкт-Петербурга колебались от 2,7 до 3,2 баллов по 5-балльной шкале [99].

Результаты проведенного в 2011-2012 гг. в Рязанской области опроса населения показали, что качеством и доступностью амбулаторно-поликлинической помощи удовлетворены 55,4% респондентов, не удовлетворены 19,3%, стационарной помощью удовлетворено 71,8%, не удовлетворено 9,4%, стационарозамещающей помощью удовлетворено 79,2%, не удовлетворено 8,5% [10,122].

Исследование в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ, выполненное в 69 субъектах РФ в 2013–2014 гг., также показало, что удовлетворенность населения медицинской помощью весьма высока (78%). Однако сами авторы отмечают, что при более детальном рассмотрении результатов оказания медицинской помощи (возникновение осложнений, отсутствие эффекта от лечения, желание повторно обратиться в данное ЛПУ) оценки пациентов были значительно ниже. При сравнении данных исследований с данными Всероссийского опроса населения по вопросам оценки качества и доступности медицинской помощи, проведенного Росздравнадзором в 2008 г., отмечается тенденция медленного снижения степени удовлетворенности. Учитывая то, что объем государственного финансирования здравоохранения в период с 2008 по 2015 гг. увеличился, более чем в 1,5 раза, выявленная тенденция свидетельствует о низкой эффективности использования дополнительных государственных средств с точки зрения влияния на удовлетворенность населения КМП [45].

Таким образом, удовлетворенность медицинской помощью в целом в стране нельзя считать удовлетворительной, а существующие препятствия к получению бесплатной и качественной медицинской помощи у отдельных групп населения, в том числе детей, являются почти всегда непреодолимыми [91,120,124,215].

Вразрез, с вышеприведенными данными, идут результаты опросов, проведенных СМО, которые показали, что за период реализации региональных программ модернизации здравоохранения значительно увеличилась удовлетворенность населения оказанной им медицинской помощью с 53% в 2011 году до 82% к началу 2015 года [9,117].

В последние годы в России сформировался целый комплекс объективных причин (рост детской заболеваемости, повышение рождаемости и др.), обуславливающих рост потребности детского населения в различных видах медицинской помощи [11,20,53,83,133]. Дети являются пассивными потребителями медицинских услуг. Необходимость медицинской помощи ребенку определяют родители и другие законные представители [23,213]. Они же оценивают доступность и качество оказываемой лечебно-профилактической помощи, являются посредниками и законными представителями ребенка при общении с медицинским персоналом. Именно от родителей часто зависит налаживание психологического контакта ребенка с медицинскими работниками при осмотре и выполнении медицинских манипуляций, назначенных врачом, своевременный прием лекарств и медицинских процедур, правильный уход, питание и организация досуга ребенка вне лечебных мероприятий. В связи с этим не вызывает сомнений необходимость принятия мер по обеспечению максимальной доступности и повышения удовлетворенности родителей МП, оказанной детям [180,212].

В работах зарубежных авторов и исследованиях Ю.М. Комарова [41] отмечен следующий парадокс - несмотря на ежегодный рост бюджетных расходов и увеличение поступления объемов внебюджетных средств за счет роста платных услуг, доступность и КМП, в том числе несовершеннолетним, непрерывно снижаются, что свидетельствует о наличии серьезных и глубинных проблем отрасли, зависящих не только от размеров финансирования, но и организации работы всей системы [214,219].

Вместе с тем, несмотря на большие вложения государства, отмечается отсутствие видимых улучшений в экономической доступности медицинских услуг для населения [121,123,134,155]. Интенсивность расходов граждан на услуги системы

здравоохранения, включая оказание медицинской помощи детям, существенно опережает расходы государства на те же цели, при том, что половина населения имеет уровень доходов не выше среднего [101,109,139].

Родители считают такую практику распространенной и почти социальной нормой, отмечая при этом, что качество бесплатных и платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях практически одинаково [68,108,181]. В исследованиях Т.М. Скляр показано, что в период экономического кризиса в Санкт-Петербурге спрос на платные услуги в государственных медицинских учреждениях вырос до 30 %. Причем выбор в пользу платных услуг вызван не только отсутствием бесплатной альтернативы, но и опасениями родителей о низком качестве бесплатных медицинских услуг, которые могут принести вред для здоровья ребенка, выраженный в неоказании должного уровня медицинской помощи, халатном, формальном отношении и т.д. [87,96,108,229].

Не вызывает сомнений необходимость в разработке механизмов, способствующих повышению информирования и правовой активности населения по вопросам оказания ребенку бесплатной и качественной медицинской помощи [90,150,165].

С целью обеспечения единых подходов в оценке качества медицинского обслуживания, регламентировано проведение в обязательном порядке независимой оценки качества работы МО различных форм собственности (Приказы МЗ РФ: № 810а от 31.10.2013 г., №787н от 28.11.2014 г., №197 от 31.03.2016 г., № 956н от 30.12.2014 г., № 240 от 14.05.2015 г., № 136 от 03.03.2016 г). Законодательством установлены показатели независимой оценки качества медицинских услуг, методические рекомендации по ее проведению, порядок рассмотрения результатов и требования к содержанию и форме предоставления полученной информации. Однако на практике данные требования часто нарушаются, а результаты оценок не доводятся до сведения населения из-за боязни потерять престиж и испортить репутацию заведения [64,66,76,77].

Среди работ по изучению удовлетворенности родителей КМП, оказанной детям, большинство исследований рассматривало критерии КМП в условиях амбулаторно-поликлинического звена [12,17,22,23,31,32,34,129] и только малая часть авторов проводила опрос одновременно в детских АПУ и стационарах [46,95,113]. Всеми авторами изучены особенности структуры неудовлетворенности КМП, оказанной несовершеннолетним, проведен анализ медико-социального статуса родителей и взаимосвязь со степенью удовлетворенности медицинским обслуживанием ребенка [175]. Однако исследователи используют разные виды социального мониторинга по оценке удовлетворенности родителей КМП, которые не позволяют осуществить их равноценное сопоставление в ходе анализа данных источников.

Так, по результатам проведения приоритетного национального проекта «Здоровье» 2004-2010 гг., уровень удовлетворенности родителей КМП, оказанной детям на амбулаторно-поликлиническом уровне, вырос незначительно с 48,2% до 53,1% [12,36]. Также заслуживают внимания данные исследования Баранова А.А., проведенного в 2009 г. в некоторых регионах Центрального, Приволжского и Сибирского федеральных округов, по результатам которого установлен более низкий уровень (38,0%) качества и доступности профилактической и лечебно-диагностической помощи детям в АПУ [15,30].

Результаты дальнейших исследований в разных регионах страны также показывают противоречивые данные. В 2011 г. в Казани удовлетворенность родителей КМП в детских АПУ составила 56,5%, в Архангельской области в 2013 г. - 34,4%, в г. Пензе – 83,1%, в Удмуртской республике – 67,5%. В г. Пермь в 2014 г. уровень удовлетворенности родителей КМП в АПУ составил – 48,5%, а в стационаре 75,8% [31,32,34,73,122].

Таким образом, уровень удовлетворенности КМП, оказанной детям, значительно превышает показатели исследований по взрослому населению. Однако большой размах значений в разных регионах РФ, отсутствие единых подходов к

оценке критериев КМП не дают возможности объективно проследить общую динамику удовлетворенности населения качеством лечебно-профилактической помощи детям в масштабах страны, крупного мегаполиса.

1.4. Защита прав и интересов застрахованных лиц детского возраста

Медицинское страхование в Российской Федерации выступает формой социальной и правовой защиты интересов населения в системе охраны здоровья, обеспечивая доступ не только к получению бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (ПГГ), но и защиту законных прав и интересов граждан, в том числе застрахованных лиц детского возраста [39,68,85,202,206,224].

Несмотря на то, что в ходе Всероссийского социологического исследования мнения населения о доступности и КМП были выявлены низкий уровень удовлетворенности населения медицинским обслуживанием (амбулаторным – 50,9 %, стационарным – 59,0 %) и множество факторов, негативно влияющих на организацию лечебно-диагностического процесса, практически никто из респондентов не принял решение обратиться в вышестоящие структуры за помощью [54,90,91,104].

Только 64,7% респондентов были осведомлены о том, что в случае нарушения прав в области охраны здоровья имеют право на защиту [82]. По данным О.Б. Строгоновой, чуть больше четверти опрошенных респондентов (28,6 %) в г. Санкт-Петербурге в случае ущемления своих прав или близких в сфере охраны здоровья выразили готовность обратиться за защитой в СМО, а 10,1 % указали, что никуда обращаться не будут. Треть участников опроса не знает о праве на выбор лечащего врача, а 40% - о возможности получения медицинской помощи по полису ОМС за пределами региона проживания. Каждый второй не знает о праве на получение в рамках ОМС восстановительного лечения и реабилитации [99].

В исследованиях Н.Л. Антоновой [8] и О.В. Ходаковой [111] авторы выделяют виды стратегий правовой активности застрахованных в системе ОМС, и как и другие исследователи считают, что причинами нереализации пациентами своих

прав являются: низкая правовая осведомленность застрахованных о своих правах в области охраны здоровья и системе ОМС; отсутствие уверенности в достижении положительного результата; недостаточная информированность пациентов об обязанностях СМО защищать права и законные интересы застрахованных [18,30,90,94,102].

Действующее законодательство в сфере ОМС усиливает роль страховщика в деятельности по защите прав и интересов застрахованных лиц [39,118,119,125,173]. Для оказания застрахованным оперативной помощи в защите их прав и в ходе перехода к формированию пациентоориентированной системы здравоохранения, с 2007 г. в Санкт-Петербурге, а с 01.07.2016 г. в рамках общенационального проекта, в штате СМО появились страховые представители, которые являются отдельной структурой поверенных между пациентом и системой здравоохранения. Нововведение является одной из мер по увеличению ответственности СМО, которые Минздрав активно разрабатывает и внедряет в соответствии с поручением Президента России В.В. Путина. В модели, существующей с 2007 г., страховой представитель осуществляет свою деятельность в стационарах Санкт-Петербурга, проводя информирование и решая вопросы оказания доступной и качественной медицинской помощи населению оперативно, непосредственно в медицинской организации [40,47,75,95]. Однако недостаточная распространенность данной службы в детских ЛПУ не позволила полностью решить проблемы доступности и КМП, информирования родителей при лечении ребенка в медицинских организациях.

В отечественной литературе отдельные исследования, посвященные анализу деятельности страховщика по вопросам защиты прав и законных интересов застрахованных лиц в системе ОМС, в настоящее время представлены единичными публикациями. В большинстве случаев авторами отражены результаты анкетирования и работы с обращениями по данным отчетных форм ФФОМС, ТФОМС и СМО различных регионов РФ по всем категориям населения в целом, без выделения данных по несовершеннолетним в отдельную структуру [30,85,90,94,106,116,117].

Таким образом, анализ отечественной и зарубежной литературы позволяет сделать заключение, что в течение последнего десятилетия степень неудовлетворенности родителей КМП, оказанной детям, растет [171,222]. Данная проблематика требует отдельного внимания, дифференцированного подхода и проведения со стороны СМО целенаправленных мероприятий по дальнейшему совершенствованию системы управления качества лечебно-профилактической помощи детям [163,164,169]. При проведении анализа публикаций работ, рассматривающих одновременно вопросы удовлетворенности родителей КМП наряду с их активной неудовлетворенностью и деятельностью СМО по защите прав и законных интересов застрахованных лиц детского возраста, нами не обнаружено. Не определены особенности активной неудовлетворенности родителей детей, получающих медицинскую помощь в сфере ОМС, не раскрыты организационно-методические особенности мероприятий, проводимых СМО и направленных на повышение удовлетворенности родителей КМП.

Таким образом, проблема повышения удовлетворенности родителей качеством лечебно-профилактической помощи детям в системе ОМС в настоящее время не раскрыта, является актуальной и требует проведения научного анализа и разработки комплекса научно-обоснованных мероприятий.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование было выполнено в г. Санкт-Петербурге в период с 2013 по 2016 год (отдельные параметры деятельности СМО изучались в более ранний период – 2011 и 2012 год). В указанный период система ОМС претерпевала существенные изменения связанные с изменением нормативной базы в данной сфере здравоохранения и реорганизационными мероприятиями, проводимыми в отношении отдельных ее участников.

Санкт-Петербург является важным экономическим, научным и культурным центром России, административным центром Северо-Западного федерального округа, город федерального значения России. Располагается на побережье Финского залива в северо-западной части РФ, что определяет его климатические особенности. Близость Балтийского моря, особенности ландшафта, нестабильность метеорологических условий (температуры, атмосферного давления, направления ветра, высокой влажности) придают климату Санкт-Петербурга черты морского, с продолжительной умеренно-холодной зимой и умеренно-теплым влажным летом.

Город протянулся с северо-западного направления на юго-восток на 90 км. Имеет внутреннее разделение на 111 внутригородских муниципальных образований и 18 районов города, а также плотность населения 3 775,3 человек на 1 кв. км.

Санкт-Петербург - второй по численности и плотности населения город России и один из лучших городов по уровню и качеству жизни. Общая численность населения города по данным Госкомстата России на 01.01.2016 составила порядка 5 346,5 тыс. человек [83]. По сравнению с другими городами РФ в Санкт-Петербурге велика доля пожилых людей в общей численности населения и средний возраст жителей составляет 41,3 год. Исторически рост населения города всегда обеспечивала миграция, а рождаемость всегда была ниже, чем в стране в целом. Однако социально-экономические репрессии, минимальный уровень рождаемости и миграции в 1990-е годы привели к резкому спаду численности постоянного населения

Санкт-Петербурга, которая в 1999 г. составила 4 695,4 тыс. человек. Низкая рождаемость, не обеспечивающая простого замещения родительского поколения поколением детей, в постсоветское время привело к малому количеству женщин фертильного возраста и, как следствие, демографическому провалу, депопуляции с конца 2000 годов [69,193].

Начиная с 2003 года численность населения Санкт-Петербурга начала увеличиваться за счет превышения миграционного прироста над естественной убылью населения, а с 2012 года в Санкт-Петербурге отмечается естественный прирост населения (Таблица 2.1).

Таблица 2.1

Показатели демографии Санкт-Петербурга в динамике за 10 лет (тыс. чел.).

Показатели/года	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Численность населения	4747,5	4764,9	4798,7	4832,8	4899,3	4953,2	5028,0	5131,9	5191,7	5225,7
Число родившихся	43,3	47,4	52,1	55,6	57,0	62,7	64,2	67,2	70,7	72,8
Число умерших	67,5	66,7	64,9	65,4	61,7	62,0	60,3	60,2	62,0	61,5
Естественная убыль (прирост) населения	-24,2	-19,3	-12,8	-9,8	-4,7	+0,7	+3,9	+7,0	+8,7	+11,2

Благодаря демографической политике государства (федеральный материнский капитал, увеличение размера федеральных пособий, льготы), и правительства Санкт-Петербурга в частности (увеличение размера пособий семьям, имеющим детей; расширение круга получателей пособий, региональный материнский капитал, ежемесячная денежная выплата семьям при рождении третьего или последующих детей, предоставление транспортного средства семьям, имеющим в своем составе семь и более несовершеннолетних детей, и др.), устойчивые тенденции роста рождаемости и снижения смертности позволили преодолеть демографический провал с максимальными результатами [210]. Число рождений увеличилось с 43,3 тысячи человек в 2007 году до 72,8 тысяч человек в 2016 году (рост в 1,7 раза). При этом рост рождаемости в 2013-2016 годах отмечался на фоне сокращения численности

женщин активного репродуктивного возраста (20-29 лет). Общий коэффициент рождаемости увеличился к началу 2016 года до 13,8 промилле; общий коэффициент смертности снизился до 11,7 промилле. Это лучшие значения показателей за последние 30 лет [35,69,84,85].

Численность постоянного населения Санкт-Петербурга, составлявшая на начало 2007 года 4 747,5 тысяч человек, достигла к началу 2016 года 5 225,7 тысяч человек (увеличение за указанный период составило 10,1%). Возрастная структура населения составила: дети от 0 до 14 лет – 13,7%, население молодого и зрелого возраста – 49,9%, 50 лет и старше – 36,4%.

Численность постоянного детского населения увеличилась с 675 028 человек на 01.01.2007 до 787 004 человек на 01.01.2016 (увеличение за указанный период составило 16,5%) (Таблица 2.2).

Таблица 2.2

Численность детского населения Санкт-Петербурга в динамике
(тыс. чел.)

Показатель/года	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Численность детского населения	675,0 3	662,0 2	658,9 3	666,2 1	675,4 6	690,0 6	715,3 6	746,1 1	781,4 4	787,0 0

При этом доля первых рождений в последние годы сокращалась, а доли вторых, третьих и последующих рождений росли. Только за 2015 год в Санкт-Петербурге количество семей с тремя и более детьми увеличилось на 4557 и на 01.01.2016 г. составило 28 281 многодетных семей, в которых воспитывались 86 078 детей.

Во все годы изучаемого периода наблюдался прирост количества детских МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Санкт-Петербурге. В целях повышения доступности отдельных видов медицинской помощи для застрахованных лиц детского возраста, увеличение количества участников системы ОМС происходило, в основном, за счет привлечения детских коммерческих ЛПУ и ЛПУ федерального подчинения.

В системе здравоохранения Санкт-Петербурга на 01.01.2016 действуют 459 медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы, из них 368 осуществляют деятельность в системе ОМС, 280 являются государственными учреждениями, 29 федеральными и ведомственными государственными учреждениями и 150 негосударственными медицинскими организациями.

В структуре городских поликлиник, подведомственных 18 администрациям районов Санкт-Петербурга, функционируют 74 детских амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ), из которых 18 являются детскими городскими поликлиниками, и 56 детских поликлинических отделений. К детским АПУ прикреплено около 869 500 детей.

Стационарная помощь детскому населению Санкт-Петербурга оказывается в 16 городских и 8 федеральных учреждениях здравоохранения. Городской коечный фонд включает: 7 многопрофильных детских городских больниц, 1 детскую инфекционную больницу, 1 хоспис, 1 центр медико-социальной реабилитации. Для оказания специализированной помощи детям развернуто 2607 коек различного профиля, при этом для лечения в круглосуточном стационаре работает 78,0 коек на 10 000 детей.

В 2016 году обеспеченность врачами-педиатрами на 10 тыс. детского населения в целом составила 26,8, средним медицинским персоналом - 78,1 (контрольный показатель - 76,2). Укомплектованность врачами в АПУ - 84,2%, средним медицинским персоналом - 81,1%. Укомплектованность врачами стационаров составила 86,2%, средним медицинским персоналом - 86,4%. Укомплектованность детских поликлиник врачами педиатрами в целом по городу составила 79,5%, участковыми педиатрами - 93,5%; врачами-специалистами - 71,2%. Самые низкие показатели укомплектованности врачами отмечаются в Красногвардейском, Колпинском, Петроградском районах, участковыми педиатрами - в Кировском, Московском, Пушкинском, Петродворцовом, Центральном районах. Низкая укомплектованность врачами-специалистами отмечается в районах, находящихся на периферии города - Колпинском, Красносельском, Курортном и Петродворцовом, что затрудняет

оказание специализированной медицинской помощи детям, особенно детям раннего возраста, с хроническими заболеваниями и проходящим диспансерное наблюдение [84].

Таким образом, настоящее исследование проводилось в условиях мегаполиса, на территории с достаточным уровнем обеспеченности детского населения больничными койками, однако не полной укомплектованностью врачами детских поликлиник и стационаров.

В течение рассматриваемого периода в структуре системы ОМС в Санкт-Петербурге осуществляли деятельность от 13-ти до 7 СМО, между которыми распределялось страховое поле, сформированное гражданами, зарегистрированными и проживающими на территории города. В начале 2016 года произошло перераспределение страхового поля между СМО, осуществляющими ОМС на территории Санкт-Петербурга, главным образом, за счет организационных изменений (реорганизация РОСНО-МС за счет присоединения Вирилис+ и РусМед, переименование отдельных СМО и т.д.). В связи с решениями Центрального банка России о приостановлении действия лицензий на осуществление ОМС была прекращена деятельность: ЗАО «СК «АВЕСТА-Мед» - с 19.02.2015, ЗАО «СМК АСК-Мед» - с 10.03.2015. В 2016 году наибольшая численность застрахованных граждан наблюдалась у СМО Росно-МС – 24,53%, РГС – 22,12% ГСМК– 20,58 %, Макс-М – 12,02 %, Ресо-Мед – 9,37 %, СОГАЗ-Мед – 5,82 %, Капитал-полис – 5,72 %. Распределение численности застрахованных граждан между указанными СМО представлено на Рисунке 2.1.

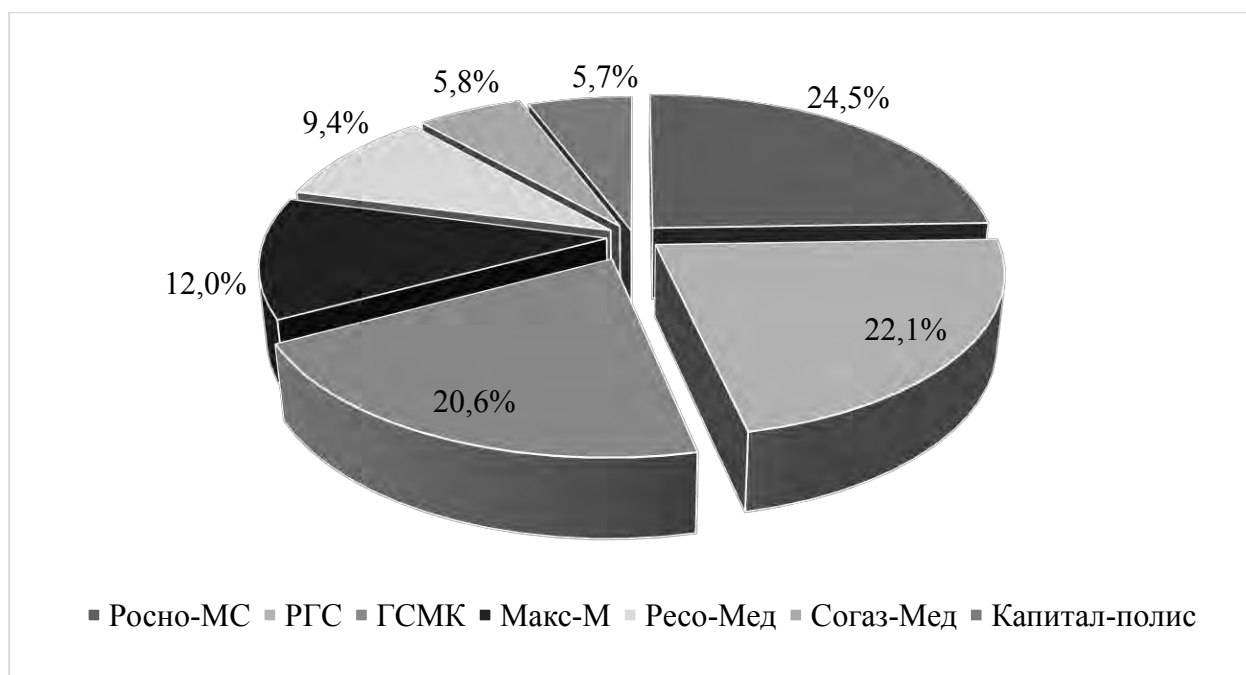


Рисунок 2.1 Распределение числа застрахованных по ОМС граждан в Санкт-Петербурге

Также следует отметить, что по состоянию на 01.01.2016 года 16,6 % всех застрахованных в Санкт-Петербурге граждан – это дети до 18 лет и, соответственно, 83,4 % – взрослое население.

С целью оценки деятельности страховщика в защите прав и интересов несовершеннолетних в системе ОМС базой для настоящего исследования послужила СМО Санкт-Петербургский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед».

Санкт-Петербургский филиал был образован 18 октября 1999 года. На 01.07.2017 г. филиалом застраховано 382 100 человек и заключены договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС с более 350 лечебными учреждениями (Таблица 2.3).

Таблица 2.3

Динамика числа застрахованных в Санкт-Петербургском филиале АО «СК «СОГАЗ-Мед» (человек на 01 января соответствующего года)

Год	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Число застрахованных	122348	123228	144495	153344	353087	375073

Для осуществления функциональных обязанностей в сфере ОМС в филиале действуют следующие структурные подразделения: служба обязательного медицинского страхования, служба развития и маркетинга, служба экспертизы и защиты прав застрахованных. В настоящее время в филиале работает 108 сотрудников. Служба экспертизы и защиты прав застрахованных представлена 79 сотрудниками, в том числе 31 основными врачами-экспертами, 18 из которых включены в территориальный реестр экспертов КМП, и 48 врачей-экспертов привлекаемых на договорной основе, также включенных в реестр экспертов.

Для реализации цели и задач исследования была разработана комплексная программа, включающая 5 этапов (Таблица 2.4)

Таблица 2.4

Программа исследования

Цель исследования: разработать комплекс научно-обоснованных мероприятий, направленных на повышение удовлетворенности родителей качеством медицинской помощи, оказанной детям, в системе обязательного медицинского страхования.			
Этапы	Задачи исследования	Методы исследования	Учетные документы и объем наблюдений
1.	Дать оценку информированности родителей о системе ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья.	Аналитический, статистический, ретроспективный анализ, социологический, контент – анализ	Годовая отчетная форма СМО «Форма ПГ»; N = 6. «Анкета информированности родителей об ОМС»; N = 2006.
2.	Представить анализ удовлетворенности родителей медицинской помощью, оказанной детям, и установить основные причины их неудовлетворенности	Аналитический, статистический, ретроспективный анализ, социологический	- «Анкета социального мониторинга СМО»; N = 2021. - «Анкета родителей пациента детской поликлиники»; N = 1488. «Анкета родителей пациента детского стационара»; N = 1479.
3.	Изучить правовую активность родителей и причины их обращений в страховую медицинскую организацию по вопросам защиты законных прав и интересов ребенка	Аналитический, статистический, социологический	«Анкета информированности родителей об ОМС»; N = 2006

4.	Оценить работу страховой медицинской организации с обращениями граждан по вопросам защиты прав и интересов несовершеннолетних.	Аналитический	Данные годовой отчетной формы СМО «Форма ПГ»; N = 6; Данные учетной документации «Журналы приема устных обращений в страховую медицинскую организацию»; N = 16; Данные учетной документации «Журналы приема письменных обращений в страховую медицинскую организацию»; N = 4.
5.	Разработать и научно обосновать основные направления деятельности страховой медицинской организации по повышению удовлетворенности родителей качеством медицинской помощи, оказанной детям.	Аналитический	Материалы и результаты проведенного исследования.

Для оценки работы Санкт-Петербургского филиала АО «СК «СОГАЗ-Мед» по информированию населения и защите прав застрахованных были проанализированы годовые отчетные формы ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» за 2011-2016 гг., утвержденные Приказами ФФОМС от 14.08.2008 №175 и в дальнейшем от 16.08.2011 №145, а также журналы регистрации устных и письменных обращений граждан в СМО (сплошной метод наблюдения в динамике).

С целью оценки уровня информированности населения о правах ребенка в сфере ОМС, а также для установления ведущих причин неудовлетворенности родителей медицинским обслуживанием и анализа правовой активности по вопросам нарушения законных прав и интересов ребенка в области охраны здоровья, были разработаны три статистические формы – «Анкета родителей пациента детской поликлиники» (приложение №1), «Анкета родителей пациента детского стационара» (приложение №2), «Анкета информированности родителей об обязательном медицинском страховании» (приложение №3).

Анкетирование проводилось на базе четырех многопрофильных стационаров Санкт-Петербурга: государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская больница № 1», государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская больница № 2 Святой Марии Магдалины», государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 5 им. Н.Ф. Филатова», государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская больница № 19 им. К.А. Раухфуса»; и шести детских поликлиник разных районов города: государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская поликлиника № 44», государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская поликлиника № 71», Детское поликлиническое отделение №65 СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 91», Детское поликлиническое отделение № 64 СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 109», Детское поликлиническое отделение №16 СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 114», Детское поликлиническое отделение № 10 СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 118».

Количество коек в детских стационарах, на базе которых проводилось исследование, составило 68,7% от общего количества детских стационарных коек в Санкт-Петербурге (Таблица 2.5).

Таблица 2.5

Распределение количества коек по детским стационарам Санкт-Петербурга, выбранным для проведения исследования

Детские стационары	Количество коек (абс.)	Удельный вес коек (в %)	Пролечено больных за 2016г.
СПб ГБУЗ «Детская городская больница №1»	575	22,1%	20172
СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 Святой Марии Магдалины»	340	13,0%	12016
СПб ГБУЗ «Детская городская больница №19 им. К.А. Раухфуса»	343	13,2%	16785
СПб ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф. Филатова»	533	20,4%	20985
Всего	1791	68,7%	69958

Общее количество прикрепленного детского населения к АПУ, на базе которых проводилось анкетирование, составило 18,7% от всего детского населения Санкт-Петербурга (Таблица 2.6).

Таблица 2.6

Распределение количества детей, прикрепленных к АПУ, являющимися базами исследования

Детские поликлиники	Количество прикрепленных лиц детского возраста, абс. количество	Удельный вес детей (в %)	Количество посещений за 2016г.
СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника №44»	11 704	1,3%	42 279
СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 71»	23 016	2,7%	178 717
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 91» ДПО №65	24 647	2,8%	188 234
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 109» ДПО 64	22 700	2,6%	164 566
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 114» ДПО 16	47 651	5,5%	233 740
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 118» ДПО 10	32 908	3,8%	137 067
Всего	162 626	18,7%	944 600

Анкетирование проводилось с обязательным уведомлением администрации медицинской организации и только с согласия родителей. По желанию руководства медицинского учреждения во время проведения исследования допускалось присутствие представителя администрации. В качестве респондентов выбирались законные представители, находящиеся с ребенком в стационаре и обеспечивающие уход за ним, а также сопровождающие его в поликлинику. Чтобы избежать неискренности и субъективности мнения родителей, опасавшихся, что негативная оценка работы врачей и лечебного учреждения в целом может привести к снижению качества проводимого ребенку лечения, анкетирование респондентов проводилось анонимно, в круглосуточных детских стационарах среди лиц, подготовленных к выписке (находящихся в больнице не менее 5 дней), а в детских АПУ после получения

медицинской помощи, при выходе из поликлиники. После проведения краткого инструктажа по порядку оформления анкет респондентам предлагалось самостоятельно заполнить анкеты.

Таким образом было заполнено 2967 анкет – 1488 анкет на амбулаторном этапе и 1479 анкеты в детских стационарах.

Для проведения анкетирования был использован выборочный метод формирования статистической совокупности. Чтобы определить степень достоверности выборки репрезентативность материала была определена по формуле А.М. Меркова [1,24,50]:

$$\Delta = t \sqrt{\frac{\sigma^2}{n} \left(1 - \frac{n}{N}\right)}, \text{ где}$$

N – генеральная совокупность;

n – выборка;

t – доверительный коэффициент (в нашем исследовании равно 2, что соответствует вероятности 0,954);

σ^2 - дисперсия выборочной совокупности, принятая за 0,25, т.е. мы допускаем, что вычисленная величина средней ошибки будет максимальной и гарантирует, что ее подлинные размеры не превысят вычисленные нами.

Δ - мера точности.

Для расчета минимально необходимого числа больных, которых следует проанкетировать с целью получения репрезентативной выборки, в качестве генеральной совокупности мы взяли среднегодовое число детей, проходивших стационарное лечение в круглосуточных стационарах, а также количество прикрепленного населения детского возраста. Подставляя эти значения в формулу, получаем, что при доверительной вероятности 95% и максимальной ошибке 5%, объем выборки должен быть не менее 1058 единиц наблюдения по детскому стационару и 1060 – по детским поликлиникам. В нашем случае репрезентативность составила 0,048.

Таким образом, достоверность выборки доказана, ошибка в исследовании не будет превышать 4,8%.

Объем репрезентативной выборки для проведения социологического опроса также был подтвержден по методике К.А. Отдельновой [24]. Где вариабельность (δ) и доверительный интервал (Δ) не определяются заранее, а берется ориентировочное отношение, обозначаемое K – коэффициент показателя точности, уровень которого (от 0,5 до 0,1) выбирает сам исследователь. В зависимости от желаемой точности и уверенности в результатах исследований можно использовать уже заранее рассчитанное примерное необходимое число наблюдений (Отдельнова К.А., 1980). В нашем исследовании численность выборки соответствовала повышенной точности (Таблица 2.7).

Таблица № 2.7

Необходимый объем выборки исследования
(по методике Отдельновой К.А.)

Вид исследования	Желаемая точность исследования, $K =$	$t = 2,0$	$t = 2,5$	$t = 3,0$
		$P = 0,95$	$P = 0,98$	$P = 0,99$
1. Ориентировочное знакомство	0,5	16	25	36
	0,4	25	39	56
	0,3	44	69	100
2. Исследование средней точности	0,2	100	156	225
3. Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

Полученный объем выборки соответствовал исследованию повышенной точности при $t = 3,0$ и $P = 0,99$.

Обработка количественных признаков осуществлялась с помощью методов параметрической оценки достоверности результатов статистического исследования:

1) Расчет средней ошибки (m) для относительных и средних величин, позволяющей с определенной степенью вероятности установить пределы, в которых может находиться истинное значение статистического коэффициента или средней величины.

Для вычисления ошибки репрезентативности средней величины использована следующая формула:

$$m\bar{p} = \sqrt{\frac{\bar{p} \times (1000 - \bar{p})}{n - 1}}$$

где $m\bar{p}$ - средняя квадратическая ошибка частоты, \bar{p} - величина интенсивного показателя, рассчитанная на 1000, 10 000 и т.д.; $q=1000-p$ или $q=10\ 000-p$ и т.д. в зависимости от величины выбранного основания при расчете интенсивного показателя; n - число наблюдений.

2) Расчет достоверности разности коэффициентов с применением критерия Стьюдента (t):

$$t = \frac{\bar{p}_1 - \bar{p}_2}{\sqrt{m^2_1 + m^2_2}}$$

При решении поставленных задач сравнивались соответствующие относительные показатели. Оценка достоверности их различий проводилась с помощью t -критерия Стьюдента. Различия считались статистически достоверными при $t \geq 2$.

Математико-технологическое и графическое обеспечение производилось с применением современных компьютерных технологий. Для достижения поставленной цели и задач статистическая обработка результатов, анализ данных были проведены с использованием компьютерной программы Microsoft Office-2010 (Word, Excel) и программного пакета для статистического анализа, разработанного компанией StatSoft-Statistica 7.0.

Для выявления основных причин неудовлетворенности населения медицинским обслуживанием детей в детских поликлиниках и стационарах был выполнен анализ данных социального мониторинга удовлетворенности родителей детей, застрахованных по ОМС, доступностью и КМП, проводимого СМО с 2011 по 2016 гг. по анкетам, составленным в соответствии с Методическими рекомендациями Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) от 29.05.2009 №118 «Об утверждении Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования» [78,79]. Всего были

проанализированы результаты анкетирования 2021 родителя. Однако проведенный анализ отразил лишь общую оценку удовлетворенности, но не позволил выявить причины неудовлетворенности родителей, разработать конкретные предложения по оптимизации деятельности СМО в сфере защиты прав и интересов застрахованных лиц детского возраста. С этой целью в анкету дополнительно были включены вопросы, позволяющие конкретизировать причины неудовлетворенности родителей («Анкета родителей пациента детской поликлиники» и «Анкета родителей пациента детского стационара»).

В ходе исследования, для определения степени информированности родителей о системе ОМС в целом и правах ребенка в сфере охраны здоровья в частности, причинах их низкой правовой активности, после заполнения анкет по оценке удовлетворенности МП детям, респондентов дополнительно просили заполнить дополнительную статистическую форму «Анкета информированности родителей об ОМС», освещающую эти проблемы (2006 анкет).

Изучение обращений населения по вопросам защиты законных прав и интересов ребенка в системе ОМС, оценка эффективности деятельности СМО в решении этих вопросов проводились на основании анализа годовых отчетных форм СМО «Форма ПГ», Журналов приема устных и письменных обращений за период 2011-2016 гг. Всего было проанализировано 35369 обращений в Санкт-Петербургский филиал АО «СК «СОГАЗ-Мед» по вопросам получения медицинской помощи в системе ОМС и защиты прав застрахованных, из них 3448 касалось лиц детского возраста.

Таким образом, на основании полученных в результате проведенного исследования данных, были разработаны и научно-обоснованы основные направления деятельности СМО по повышению удовлетворенности родителей качеством медицинской помощи, оказанной детям.

ГЛАВА 3

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ О ПРАВАХ РЕБЕНКА В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

3.1 Роль страховых медицинских организаций в информировании граждан о системе обязательного медицинского страхования

Одной из основных причин, снижающих результативность функционирования системы медицинского страхования, является проблема обеспечения адекватного информационного сопровождения деятельности СМО [25,61,99,104,240].

Согласно Федеральному закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» ФЗ №326 от 29.11.2010 ТФОМС и СМО наравне с МО обязаны обеспечивать застрахованных граждан доступной и достоверной информацией о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи [39,59,90].

В интернете на сайтах СМО, ТФОМС размещается информация о порядке получения полиса ОМС, правах застрахованных граждан, нормативно-правовые документы и справочники касающиеся системы ОМС в данном регионе, контактная информация. Телефоны «горячей линии» для граждан организованы Комитетом здравоохранения, ТФОМС и СМО в каждом регионе РФ куда граждане могут обратиться по вопросам охраны здоровья и оказания медицинских услуг [54,102]. В большинстве случаев по телефону «горячей линии» поступают обращения граждан по вопросам получения медицинской помощи, не решенные сотрудниками ЛПУ в общем порядке.

Работа по информированию населения об их правах и защите законных интересов в сфере ОМС осуществляется индивидуальным и публичным способами, путем использования как информационно-телекоммуникационных сетей («Интернет-ресурсы», телевидение, радио, печатные издания), так и выпуском наглядных материалов для населения в виде брошюр, памяток, листовок, оформления информационных стендов и плакатов в общественных местах и медицинских организациях. Часто данный вид информации для наиболее

широкого распространения среди населения сочетается с полезной информацией о расписании поездов, схемах метрополитена, телефонах «горячей линии» экстренных служб.

В соответствии с информационным письмом ФФОМС № 3109/30/и от 10.06.2014 «Об обеспечении информированности застрахованных лиц о правах при получении медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования» даны конкретные рекомендации к МО по размещению информации для застрахованных граждан. В рамках публичного информирования, помимо общей информации о юридическом лице, включая сведения о лицензии ЛПУ, режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, врачах, об уровне их образования и квалификации, населению должна быть представлена информация о системе ОМС, объеме, порядке и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи в соответствии с ТПГГ.

Для получения правовой поддержки, защиты прав граждан при медицинском обслуживании, в каждом ЛПУ на видном месте должна иметься информация о контролирующих органах, ответственных за координацию процессов организации медицинской помощи на уровне районов, за контроль объемов, качества и условий предоставления медицинских услуг, соблюдения бесплатности ее предоставления в рамках ТПГГ (Комитет по здравоохранению, ТФОМС, отделы здравоохранения администраций соответствующих районов, Росздравнадзор и Роспотребнадзор). Данная информация должна размещаться у регистратуры в АПУ, в холлах для посетителей и в приемных отделениях стационаров, около сестринских постов, у кабинетов администрации ЛПУ (плакаты, стенды), на официальных сайтах медицинской организации в сети "Интернет-ресурсы". Одновременно предусмотрено вручение информационных и тематических материалов персонально застрахованным лицам и их законным представителям.

В структуре Комитета по здравоохранению, ТФ ОМС и СМО организованы службы защиты прав граждан, которые призваны осуществлять не только работу с обращениями, консультативную и правовую поддержку населения в сфере охраны

здоровья, но и проводить мероприятия по защите нарушенных прав застрахованных, контролю объема и качества медицинской помощи, в том числе досудебного и судебного возмещения гражданам неправомерно понесенных денежных затрат, морального вреда здоровью застрахованным при медицинском обслуживании, подготовку исковых заявлений и ведение дел в суде [18,25,40,111].

В соответствии с действующими нормативными актами СМО Санкт-Петербургский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» проводит большой объем работы в рамках публичного и индивидуального информирования граждан.

В рамках индивидуального информирования населения СМО Санкт-Петербургский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» за период 2011-2016 гг. были выпущены памятки общим тиражом 338 251 экземпляров, листовки тиражом 108 400 экземпляров и брошюры тиражом 67 783 экземпляра. Всего за шесть лет СМО было выпущено 514 434 экземпляра различных информационных материалов. Наибольшая активность по индивидуальному информированию граждан отмечалась в 2013 году, когда были выпущены информационные материалы общим тиражом 290 101 экземпляров, однако в 2014 году данное направление работы резко сократилось, и за год было выпущено только 1 000 памяток (Таблица 3.1).

Таблица № 3.1

Динамика показателей работы филиала СМО Санкт-Петербургский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» по информированию населения о правах граждан в сфере ОМС (абс.)

Информационный канал	Годы						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	всего
Индивидуальное информирование (тираж)							
Памятки	13751	14832	157668	1000	117000	34000	338251
Брошюры	-	-	43033	-	-	24750	67783
Листовки	-	-	89400	-	500	18500	108400
Всего:	13751	14832	290101	1000	117500	77250	514434
Публичное информирование							
Статьи в СМИ	2	2	2	9	-	3	18
Выступления на радио и телевидении	2	2	3	12	2	-	21

Выступления в коллективах застрахованных	23	6	6	4	4	37	80
Стенды в МО (оформлены или обновлены)	3	10	4	19	13	107	156
Интернет-ресурсы	1	2	1	2	1	1	8
Всего:	31	22	16	46	18	148	283

В рамках публичного информирования, за шесть лет изучаемого периода сотрудниками СМО Санкт-Петербургский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» (Таблица № 3.1) было опубликовано 18 статей информационного характера в СМИ и сделано 21 выступлений на радио и телевидении, 80 - в коллективах застрахованных. Также было обновлено и оформлено 156 стендов в МО, создание и ежегодное обновление сайта СМО в сети "Интернет-ресурсы". Наибольшую активность в рамках публичного информирования сотрудники СМО Санкт-Петербургский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» проявили в 2014 и 2016 гг., значительно увеличив число выступлений в коллективах застрахованных (с 6 в 2012 году до 37 в 2016 году) и оформления стендов в МО (с 3 в 2011 году до 107 в 2016 году).

С целью информационного сопровождения и защиты интересов застрахованных граждан непосредственно в МО, в форме их консультирования и оперативного решения правовых вопросов получения бесплатной и доступной медицинской помощи, в ЛПУ Санкт-Петербурга с 2007 года работает служба страховых представителей, в том числе в детских МО. По мнению законодателей, организация данной работы именно в круглосуточных стационарах должна была позволить с одной стороны повысить уровень правовой грамотности пациентов и их представителей, а с другой стороны исключить возможные случаи нарушения прав граждан в системе ОМС. В функции страхового представителя по информированию населения вошли не только распространение информационных материалов, консультирование и рассмотрение обращений застрахованных лиц или их законных представителей, но и осуществление контроля доступности, предоставляемой бесплатной медицинской помощи в соответствии с ТПГТ, вне

зависимости от страховой принадлежности пациента [47,104,131]. Однако в настоящее время широкого распространения данная модель не получила.

В соответствии с Приказом ФФОМС от 01.12.2010 г. №230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» предусмотрено персональное информирование застрахованных лиц о выявленных нарушениях в процессе оказания медицинской помощи в рамках ОМС по результатам контроля (медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи) [66]. Данное информирование призвано не только обеспечить право граждан на получение сведений о состоянии своего здоровья и результатах оказания медицинской помощи, но и укрепить статус СМО в роли защитника прав застрахованных, способствовать развитию конкурентной среды в системе ОМС. На данный момент результаты контроля СМО доводятся до застрахованных лиц только по результатам рассмотрения жалоб граждан на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества. В остальных случаях информирование населения о результатах данного вида деятельности СМО носит общий характер и не доносится до граждан в индивидуальном порядке [90,106,182].

Вместе с тем информирование граждан о функциях СМО, роли СМО в защите прав и законных интересов застрахованных теряет свою значимость при отсутствии доступных информационных каналов для населения с одной стороны и желания застрахованного или его представителя получать данную информацию и использовать ее при необходимости с другой.

3.2 Самооценка родителями своих знаний о правах ребенка в сфере обязательного медицинского страхования

По данным проведенного анкетирования основной объем информации об ОМС абсолютное большинство респондентов (50,7±0,9 из 100 родителей) получило из СМИ и «Интернет-ресурсов». Информацию на стендах, плакатах и другой наглядной литературе в МО получили 16,0±0,7 из 100 родителей (из них 4,6±0,4 – из листовок и брошюр). Лечащий врач ребенка являлся источником информации

только для $9,8 \pm 0,6$ респондентов. В качестве дополнительных источников информации $6,4 \pm 0,5$ из 100 родителей указали родственников и друзей, осведомленных о системе ОМС. Не интересовались информацией об ОМС $17,1 \pm 0,7$ из 100 респондентов.

По результатам исследования $41,6 \pm 0,9$ из 100 родителей оценили свой уровень знаний о системе ОМС в целом как очень низкий, а $11,6 \pm 0,6$ не знали о данном вопросе ничего. В основном имели представление об ОМС $34,3 \pm 0,9$ из 100 респондентов и только $12,5 \pm 0,6$ были хорошо информированы.

На просьбу оценить уровень своих знаний о правах ребенка в системе ОМС – $12,8 \pm 0,6$ из 100 родителей отметили, что ничего не знают, а треть ($34,3 \pm 0,9$) - знают, но очень мало. Только $13,0 \pm 0,6$ из 100 респондентов считали себя хорошо информированными в данном вопросе, а $39,9 \pm 0,9$ - в основном представляли, что это такое (Рисунок 3.1).

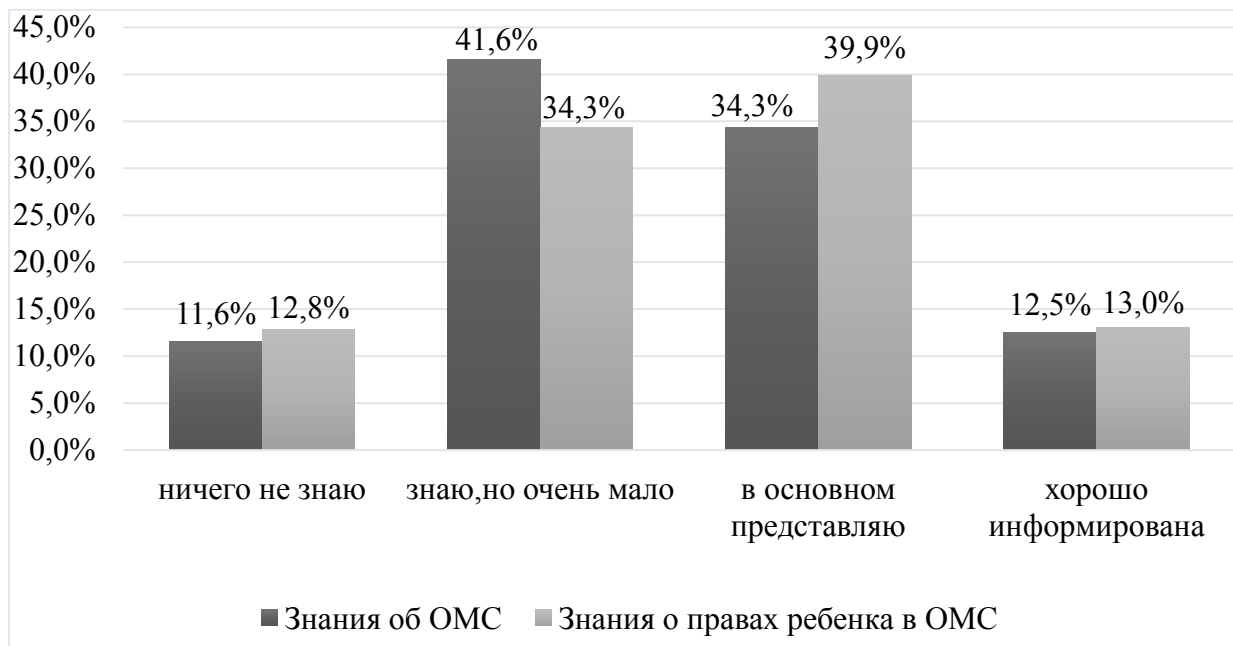


Рисунок 3.1 - Самооценка родителями уровня знаний о системе ОМС и о правах ребенка в ОМС (в %)

Следовательно, несмотря на проводимую СМО работу по информированию населения, более половины ($53,2 \pm 0,9$ из 100) родителей вообще не были информированы или имели весьма скудный объем информации об ОМС в целом и

47,1±0,9 о правах ребенка в системе ОМС, в частности. Что является крайне недостаточным, требует пристального внимания и избирательного подхода к группам наименее информированных граждан.

Наряду с низким уровнем знаний родителей о правах ребенка и о системе ОМС в целом, более трети респондентов (39,2±0,9) не знали название СМО, в которой застрахован их ребенок.

Напрямую с информированностью населения об ОМС связан показатель обращаемости застрахованных в СМО или другие вышестоящие организации за консультацией и помощью в защите законных прав и интересов в системе здравоохранения. Наличие обратной связи позволяет проводить не только индивидуальное информирование населения и оценить удовлетворенность населения качеством полученной медицинской помощи (в виде предложений, заявлений и жалоб), но и выявить дефицит информации и факторы, влияющие на низкую информированность населения. При этом информацию о том, каким образом можно обратиться в СМО, в случае необходимости защиты прав ребенка, не имели более трети (37,7±0,9) родителей, а 17,2±0,7 из 100 респондентов не имели представления об обязанности СМО защищать права и законные интересы застрахованных (Рисунок 3.2).

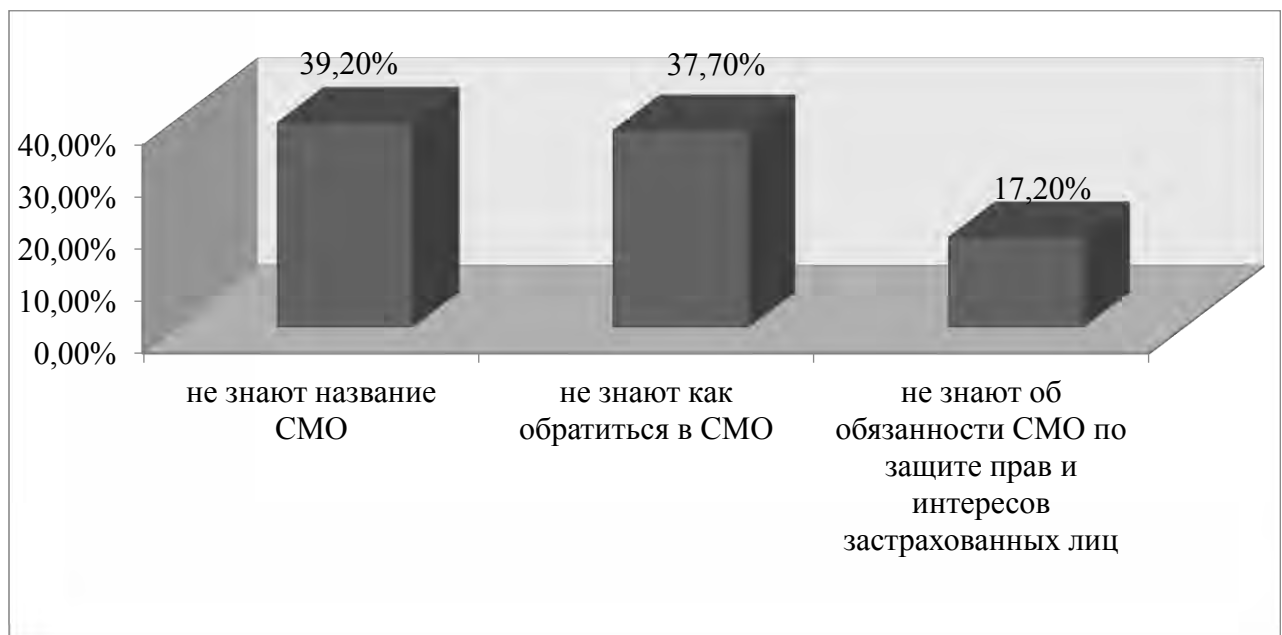


Рисунок № 3.2 - Удельный вес родителей, которые не знали название СМО в которой застрахован ребенок, каким образом можно обратиться в СМО, об обязанности СМО защищать права застрахованных граждан

Объяснить данную ситуацию можно тем, что выбор населением СМО чаще всего происходит не избирательно, путем анализа результатов деятельности, репутации и престижа страховщика, а по принципу удобства и доступности (наличие пункта выдачи медицинского полиса в регистратуре поликлиники, близости к дому). Сведения, размещенные в медицинском полисе, часто остаются не воспринятыми и невостребованными. Для большинства граждан наличие полиса медицинского страхования носит формальный характер, как документ для получения бесплатной медицинской помощи. Конкуренция на рынке медицинских услуг между СМО отсутствует [68,94,99,116,118]. Родителям неважно, в какой компании застрахован их ребенок, так как они не видят различий между СМО, работающих в системе ОМС, и это никак не влияет на порядок обращения в МО и на качество получаемых медицинских услуг.

Для решения данной проблемы и разработки основных направлений дальнейшей целенаправленной работы СМО по повышению уровня информированности родителей и населения в целом, необходимо было определить социальные группы, обладающие наименьшим объемом информации и требующие особого подхода в выборе каналов информирования. Проведение информационной кампании, основанное на принципах адресности, позволит в значительной степени повысить ее эффективность.

Распределение родителей по полу показало, что ничего не знали или знали, но очень мало об ОМС $60,8 \pm 2,5$ из 100 мужчин и $52,0 \pm 1,0$ из 100 женщин (Таблица № 3.2).

Таблица № 3.2

Самооценка родителями своих знаний об ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья, в зависимости от пола ($P \pm m$)

Уровень знаний	Знания об ОМС	Права ребенка
----------------	---------------	---------------

	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Ничего не знаю	13,5±1,8	11,2±0,6	14,9±1,8	12,2±0,6
Знаю, но очень мало	47,3±2,6	40,8±1,0	37,8±2,5	33,6±0,9
В основном представляю	27,0±2,3	35,3±0,9	35,1±2,5	40,8±1,0
Хорошо информирован	12,2±1,7	12,7±0,7	12,2±1,7	13,4±0,7

О правах ребенка в системе ОМС не были информированы или были слабо информированы 52,7±2,6 на 100 мужчин и 45,8±1,0 на 100 женщин. Таким образом, статистически достоверной разницы в степени информированности об ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья у мужчин и женщин проследить не удалось ($t < 2$).

По мере взросления ребенка, а также при наличии нескольких детей в семье, родители приобретают дополнительный опыт обращений в ЛПУ, чаще сталкиваются с различными видами медицинских услуг, реализуют права ребенка в системе ОМС (диспансеризация, лечебно-профилактическая помощь и др.). В связи с этим можно предположить, что информированность родителей по данным вопросам с увеличением возраста ребенка и количества детей в семье увеличивается.

Проведенное исследование показало, что среди родителей детей в возрасте до 3 лет и 4-7 лет ничего не знали об ОМС или знали, но очень мало более половины респондентов, 55,3±1,4 и 54,1±1,7 из 100 соответственно. Родители детей старшей возрастной группы 8-17 лет не знали или знали, но очень мало об ОМС также почти в половине случаев – 48,9±1,7. О правах ребенка в системе ОМС были не информированы или крайне мало информированы 50,0±1,4 из 100 родителей детей в возрасте до 3 лет, 48,7±1,7 - в возрасте 4-7 лет и 40,2±1,7 - в возрасте 8-17 лет (Таблица № 3.3).

Таблица № 3.3

Самооценка родителями своих знаний об ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья в зависимости от возраста ребенка ($P \pm m$)

Уровень знаний	Знания об ОМС			Права ребенка		
	до 3 лет	4-7 лет	8-17 лет	до 3 лет	4-7 лет	8-17 лет
Ничего не знаю	13,5±1,0	10,1±1,0	10,9±1,1	15,4±1,0	9,5±1,0	11,7±1,1
Знаю, но очень мало	41,8±1,4	44,0±1,7	38,0±1,7	34,6±1,3	39,2±1,6	28,5±1,6
В основном представляю	33,7±1,3	32,4±1,6	37,2±1,7	38,9±1,4	35,8±1,6	45,9±1,7
Хорошо информирован	11,0±0,9	13,5±1,2	13,9±1,2	11,1±0,9	15,5±1,2	13,9±1,2

Таким образом, имеется статистически достоверная разница в степени информированности родителей об ОМС и правах ребенка в системе охраны здоровья в зависимости от возраста детей: родители детей до 3-х лет информированы в данных вопросах в меньшей степени, чем родители детей 8-17 лет ($t \geq 2$).

По количеству детей в семье были выделены 2 группы респондентов – родители, имеющие одного ребенка в семье (46,2%), и родители двух и более детей (53,8%).

Самооценка родителями своих знаний об ОМС в обеих группах была практически одинаковой: ничего не знали об ОМС или знали, но очень мало более трети респондентов - $40,6 \pm 1,3$ из 100 родителей, имеющие одного ребенка, и $40,1 \pm 1,2$, имеющие двух и более детей, соответственно. О правах ребенка в системе ОМС не знали или имели минимум информации более половины ($55,1 \pm 1,3$) родителей, имеющих одного ребенка в семье. Однако в группе родителей с двумя и более детьми отсутствие знаний в данном вопросе или их дефицит отметили почти две трети ($63,6 \pm 1,2$) респондентов (Таблица 3.4).

Таблица 3.4

Самооценка родителями своих знаний об ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья в зависимости от количества детей в семье ($P \pm m$)

Уровень знаний	Знания об ОМС		Права ребенка	
	Один ребенок в семье	Два и более детей в семье	Один ребенок в семье	Два и более детей в семье
Ничего не знаю	$10,9 \pm 0,8$	$9,8 \pm 0,7$	$21,0 \pm 1,1$	$21,3 \pm 1,0$
Знаю, но очень мало	$29,7 \pm 1,2$	$30,3 \pm 1,2$	$34,1 \pm 1,3$	$42,3 \pm 1,2$
В основном представляю	$42,8 \pm 1,3$	$42,7 \pm 1,2$	$33,6 \pm 1,3$	$25,5 \pm 1,1$
Хорошо информирован	$16,6 \pm 1,0$	$17,2 \pm 0,9$	$11,3 \pm 0,9$	$10,9 \pm 0,8$

Таким образом, родители с одним ребенком в семье оценили свои знания в правовом поле несколько выше, чем родители с двумя и более детьми ($t \geq 2$). Данную тенденцию можно объяснить тем, что у родителей с одним ребенком больше свободного времени на получение информации и поиск доступных каналов информирования по данным вопросам. У родителей же с двумя и более детьми в семье, несмотря на большой опыт обращений в МО и получения медицинских

услуг, в силу недостатка времени, меньше возможностей на поиск информации, ниже самооценка и правовая активность. Часто данная группа родителей в большей степени дорожит расположением врача и избегает конфликтов, боясь спровоцировать плохое отношение к себе и другим детям в семье при последующих обращениях в МО.

Среди родителей с начальным и средним образованием $65,6 \pm 2,4$ из 100 респондентов были уверены, что ничего не знают или знают, но очень мало об ОМС, среди респондентов со средним специальным образованием $41,2 \pm 1,7$ из 100 придерживались того же мнения, а среди родителей с высшим или незаконченным высшим образованием таковых было лишь $24,4 \pm 1,1$. Ничего не знали или знали, но очень мало о правах своего ребенка в системе ОМС $80,6 \pm 2,0$ из 100 респондентов с начальным и средним, $58,4 \pm 1,7$ со средним специальным и $36,3 \pm 1,3$ с высшим или незаконченным высшим образованием (Таблица 3.5).

Таблица 3.5

Самооценка родителями своих знаний об ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья в зависимости от образования ($P \pm m$)

Уровень знаний	Знания об ОМС			Права ребенка		
	Начальное и среднее	Среднее специальное	Высшее или незаконченное высшее	Начальное и среднее	Среднее специальное	Высшее и незаконченное высшее
Ничего не знаю	$30,6 \pm 2,4$	$20,5 \pm 1,4$	$10,1 \pm 0,8$	$35,4 \pm 2,5$	$22,3 \pm 1,4$	$10,7 \pm 0,8$
Знаю, но очень мало	$35,0 \pm 2,5$	$20,7 \pm 1,4$	$14,3 \pm 0,9$	$45,2 \pm 2,6$	$36,1 \pm 1,6$	$25,6 \pm 1,1$
В основном представляю	$20,6 \pm 2,1$	$30,3 \pm 1,6$	$44,5 \pm 1,3$	$11,2 \pm 1,6$	$25,6 \pm 1,5$	$38,1 \pm 1,3$
Хорошо информирован	$13,8 \pm 1,8$	$28,5 \pm 1,6$	$31,1 \pm 1,2$	$8,2 \pm 1,4$	$16,0 \pm 1,3$	$25,6 \pm 1,1$

Таким образом, приведенные данные указывают на наличие прямой зависимости между уровнем образования родителей и степенью их информированности в вопросах ОМС – чем выше уровень образования, тем выше степень информированности ($t \geq 2$).

Также было выявлено, что среди родителей, относящихся к категории постоянно или временно неработающих (учащиеся, состоящие на учете в центре занятости, домохозяйки, пенсионеры и инвалиды, находящиеся в отпуске по беременности и родам, по уходу за ребенком) 57,0±1,5 из 100 ничего не знали или знали, но очень мало об ОМС, а 53,7±1,6 о правах ребенка в системе ОМС. Среди работающих родителей (рабочие, служащие, лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью) уровень информированности в данных вопросах был несколько выше, 39,6±1,1 и 40,7±1,1 соответственно (Таблица 3.6).

Таблица - 3.6

Самооценка родителями своих знаний об ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья в зависимости от социальной категории (P±m)

Уровень знаний	Знания об ОМС		Права ребенка	
	работающие	неработающие	работающие	неработающие
Ничего не знаю	8,1±0,6	15,3±1,1	8,5±0,6	17,1±1,2
Знаю, но очень мало	31,5±1,1	41,7±1,5	32,2±1,1	36,6±1,5
В основном представляю	35,3±1,1	33,2±1,5	43,4±1,1	35,7±1,5
Хорошо информирован	25,1±1,0	9,8±0,9	15,9±0,8	10,6±1,0

Таким образом, уровень осведомленности среди работающих респондентов статистически значимо выше, чем среди неработающих ($t \geq 2$). Данная тенденция связана с более широкими возможностями получения информации родителями непосредственно от работодателя, от общественных организаций, из выступлений СМО и информационно-разъяснительных материалов для целевых групп населения, из СМИ, городских социальных акций (реклама на городском транспорте, уличных рекламных тумбах, светодиодных экранах на улицах города) и конференций. У неработающих родителей недостаточное информирование в тоже время связано с некоторой социальной изоляцией и ограниченной доступностью к вышеперечисленным источникам.

При низком уровне информированности, наблюдалась весьма высокая потребность родителей в получении дополнительных знаний по данным вопросам. Так, 76,1±0,8 из 100 родителей высказали желание больше узнать об ОМС

и правах ребенка в системе здравоохранения. Только $12,4 \pm 0,6$ из 100 респондентов такое желание отрицали, а $11,5 \pm 0,6$ не определились и затруднились дать ответ на данный вопрос (Рисунок 3.3).

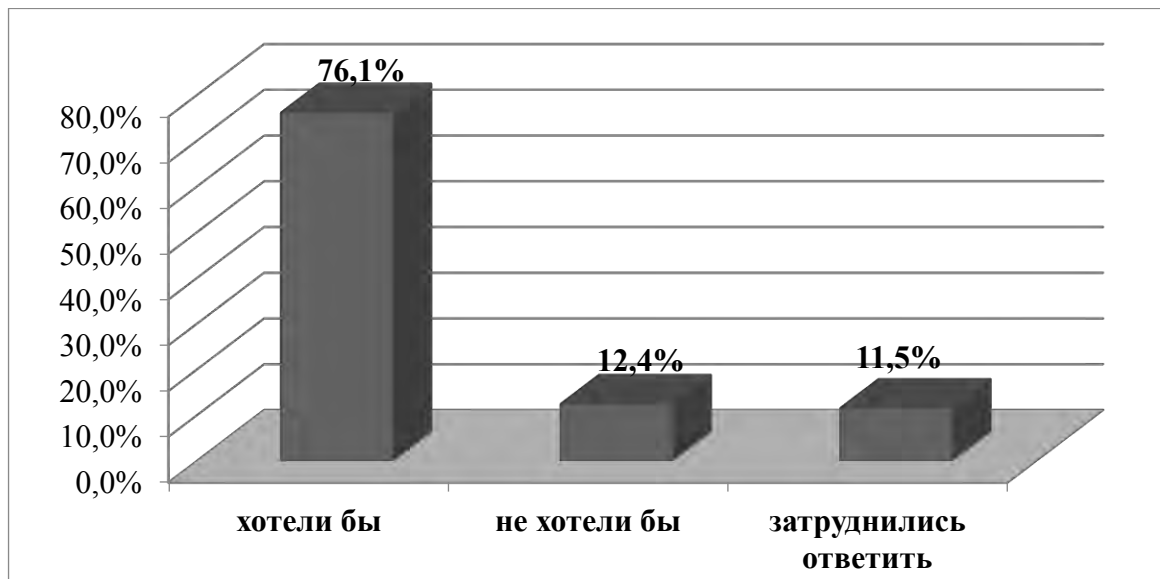


Рисунок 3.3 - Удельный вес родителей, желающих больше узнать об ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья

Среди всех родителей наименьшую заинтересованность в получении дополнительных сведений об ОМС и правах ребенка высказали родители с начальным или средним образованием, относящиеся к категории работающих граждан, а также родители детей старше 8 лет и имеющие одного ребенка в семье (Таблица 3.7).

Таблица 3.7

Распределение родителей в зависимости от наличия желания больше узнать об ОМС, в зависимости от пола, образования, социальной категории, возраста ребенка и количества детей в семье ($P \pm m$)

Социальная группа	Хотели бы	Не хотели бы	Затруднились ответить
Пол:			
-мужчины	$76,7 \pm 2,2$	$10,9 \pm 1,6$	$12,4 \pm 1,7$
-женщины	$75,8 \pm 0,8$	$14,5 \pm 0,7$	$9,7 \pm 0,6$
Образование:			
-начальное или среднее	$66,1 \pm 2,4$	$26,2 \pm 2,3$	$7,7 \pm 1,4$
-среднее специальное	$78,0 \pm 1,4$	$9,6 \pm 1,0$	$12,4 \pm 1,1$
	$75,0 \pm 1,1$	$14,3 \pm 0,9$	$10,7 \pm 0,8$

-высшее или незаконченное высшее			
Социальная категория:			
-работающие	72,6±1,0	16,2±0,8	11,2±0,7
-неработающие	82,5±1,2	13,1±1,1	4,4±0,6
Возраст ребенка:			
-до 3 лет	79,9±1,1	9,9±0,8	10,2±0,9
-4-7 лет	77,7±1,4	9,8±1,0	12,5±1,1
-8-17 лет	72,7±1,6	18,2±1,3	9,1±1,0
Количество детей в семье:			
- с одним ребенком	72,4±1,2	14,7±1,0	12,9±0,9
- с двумя и более	84,3±0,9	8,1±0,7	7,6±0,7
Все респонденты	76,1±0,8	12,4±0,6	11,5±0,6

Таким образом, имеет место низкая информированность родителей об ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья, а в некоторых случаях отсутствие знаний и интереса в данных вопросах вовсе. Основными источниками информации для родителей являлись СМИ и «Интернет-ресурсы», а не лечащий врач. Наибольший дефицит информации по данному вопросу и желание получить знания наблюдались у более чем половины мужчин и женщин, у родителей со средним специальным образованием, неработающих граждан, а также родителей с детьми до 3-х лет, имеющих два и более ребенка в семье.

Исходя из вышеизложенного, в российском здравоохранении имеется необходимость принятия организационных мер по совершенствованию и дальнейшему развитию информирования населения об ОМС и правах ребенка в области охраны здоровья, стимулирования конкурентной среды между СМО, формировании позитивного образа и укреплении статуса СМО в роли защитника прав и законных интересов граждан.

ГЛАВА 4

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ДОСТУПНОСТЬЮ И КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

4.1. Результаты социологического мониторинга застрахованных страховой медицинской организации

Одной из основополагающих целей здравоохранения Российской Федерации является обеспечение граждан качественной и доступной медицинской помощью. Разработка и внедрение управленческих решений, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи, а также эффективный контроль проведенных мероприятий возможны только при наличии исходной информации о данных показателях, а также последующей их оценки в динамике [7,209,221].

Одним из главных критериев оценки качества оказания медицинской помощи является удовлетворённость пациентов. Этот критерий характеризует степень социальной эффективности деятельности медицинских учреждений здравоохранения [201,223].

В соответствии с перечнем нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность системы ОМС (Федеральный закон № 326–ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 158 н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования», Приказ ФФОМС № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и др.) получение своевременной и объективной информации об удовлетворенности населения качеством оказываемой им бесплатной медицинской помощи является важной и значимой частью работы СМО и ТФОМС [25,39,57,59,60,66,68,85,118,119,125].

В настоящее время в системе ОМС достаточно детально проработаны основные направления сбора информации о качестве медицинского обслуживания, порядок и методика проведения контроля и экспертизы качества медицинской помощи, управления и обеспечения качества медицинских услуг, осуществляемых страховщиком в целях его непрерывного улучшения [33,40,45,55,64,76,77,106].

Для оценки КМП все чаще используется анкетирование пациентов или их законных представителей (в педиатрии). При помощи метода анкетирования можно с наименьшими затратами получить высокий уровень информации и раскрыть механизм формирования удовлетворенности, выявить скрытые факторы, снижающие удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием. Полученная информация позволяет своевременно принимать корректирующие меры и служит объективным основанием для принятия обоснованных управленческих решений [52,54,71,120,170].

В соответствии с приказами, утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования № 118 от 29.05.2009 «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования» (ред. от 26.04.2012 № 86) и №103 от 11 июня 2015 «Об утверждении Методических указаний по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» [78,79], СМО Санкт-Петербургским филиалом АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в течение 2011-2016 гг. проводился мониторинг застрахованных, в том числе в детских медицинских учреждениях. Однако использование единой формы опроса, как для взрослых, так и для детских МО, отсутствие вопросов в анкете, учитывающих специфику оказания медицинской помощи несовершеннолетним, выборочное и порой недостаточное количество наблюдений в детских ЛПУ, в отличие от взрослой сети, не позволили провести анализ удовлетворенности родителей отдельными критериями: длительности ожидания приема врача и записи на проведение лабораторных и инструментальных исследований в

АПУ, удовлетворенности работой участковых врачей-педиатров, доступности врачей-специалистов, уровня оснащенности МО лечебно-диагностическим и материально-бытовым оборудованием, удовлетворенности питанием и уровнем обеспеченности лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и расходными материалами в детских стационарах.

Хочется отметить, что в ежегодных формах отчетов деятельности СМО и ТФ ОМС в изучении удовлетворенности населения КМП не предусмотрена отдельная градация результатов анкетирования по детскому населению. Эти результаты включаются в общую структуру данных со взрослым населением и анализируются суммарно, что не позволяет выявить проблемы в оказании медицинской помощи несовершеннолетним, а также свидетельствует о недостаточной работе СМО в данном направлении и ориентации деятельности страховщика на взрослое население.

В ходе исследования, для анализа результатов социологического мониторинга по детскому населению, нами в течение 2011-2016 гг. была проведена выкопировка данных из общего количества анкет. За весь период наблюдения были проанализированы результаты 1208 анкет, собранных на этапе детских поликлиник, и 813 – детских стационаров.

По результатам анализа данных мониторинга, в среднем за 6 лет остались полностью удовлетворены МП, оказанной ребенку в АПУ, более трети (36,9%) родителей и в детских стационарах - более двух трети (73,2%) респондентов. Полностью неудовлетворенными КМП остались 9,0% и 2,9% родителей, соответственно. Анализ динамики показателей за изучаемый период (2011-2016 гг.) указывает на повышение степени удовлетворенности родителей КМП, полученной ребенком в МО. Так, по детским АПУ в 2011 году были полностью удовлетворены или удовлетворены в большей степени результатами оказанной помощи 34,0% родителей, а в 2016 году показатель увеличился в 2,7 раза и составил - 90,5%. Удельный вес родителей в большей степени неудовлетворенных или неудовлетворенных полностью КМП наоборот за изучаемый период снизился с 55,0% до 1,7%, в 30 раз соответственно (Таблица 4.1).

Результаты социологического мониторинга СМО по оценке удовлетворенности родителей КМП, оказанной детям в АПУ (в % к итогу)

Годы	Степень удовлетворенности					
	Полностью удовлетворены	Больше удовлетворены, чем не удовлетворены	Больше не удовлетворены, чем удовлетворены	Не удовлетворены	Затрудняюсь ответить	Итого
2011	27,0	33,0	15,0	14,0	11,0	100,0
2012	28,4	34,9	14,5	14,1	8,1	100,0
2013	23,9	39,4	12,6	10,0	14,1	100,0
2014	45,5	24,8	14,8	6,2	8,7	100,0
2015	39,8	29,1	13,6	7,6	10,0	100,0
2016	76,6	14,9	1,7	-	6,8	100,0
В среднем	40,2	29,4	12,0	8,6	9,8	100,0

По детским стационарам в 2011 году были полностью удовлетворены или удовлетворены в большей степени результатами оказанной медицинской помощи 82,8% родителей, а в 2016 году показатель увеличился и составил – 89,8%. Удельный вес родителей в большей степени неудовлетворенных или неудовлетворенных полностью КМП за изучаемый период 2011-2016 гг. снизился с 13,4% до 2,0%, в 6,7 раз соответственно (Таблица 4.2).

Таблица 4.2

Результаты социологического мониторинга СМО по оценке удовлетворенности родителей КМП, оказанной детям в стационаре
(в % к итогу)

Годы	Степень удовлетворенности					
	Полностью удовлетворены	Больше удовлетворены, чем не удовлетворены	Больше не удовлетворены, чем удовлетворены	Не удовлетворены	Затрудняюсь ответить	Итого
2011	68,6	14,2	8,2	5,2	3,8	100,0
2012	70,8	14,9	8,5	2,1	3,7	100,0
2013	74,9	11,4	8,6	4,0	1,1	100,0
2014	76,7	13,3	6,7	3,3	0	100,0
2015	72,4	20,1	3,6	2,9	1,0	100,0
2016	75,5	14,3	2,0	0	8,2	100,0
В среднем	73,2	14,7	6,3	2,9	2,9	100,0

Таким образом, результаты социологического мониторинга СМО позволили выявить лишь общие тенденции в оценке удовлетворенности родителей КМП, оказанной детям, но не дали возможность изучить мнение респондентов детально и установить конкретные недостатки в работе МО как на уровне АПУ, так и детских стационаров. Принимая во внимание высокое социальное напряжение, связанное с ограничениями доступности и КМП, которое находит отражение в публикациях в СМИ и сети «Интернет-ресурсы», можно предположить, что полученные данные являются не вполне корректными.

4.2 Основные причины неудовлетворенности родителей доступностью и качеством медицинской помощи в условиях поликлиники

В соответствии со статьями 4 и 10 ФЗ № 323 одним из основных принципов охраны здоровья населения являются доступность и КМП, которые обеспечиваются: организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения; наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации; возможностью выбора медицинской организации и врача; применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи; предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с ТПГГ; размещением медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения; транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения; возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую МО в случаях, угрожающих его жизни и здоровью [59,61,85,228,238]. Данные требования применимы и для детских МО.

Наибольший объем медицинской помощи население получает на первичном этапе медико-санитарной помощи, т.е. в АПУ. Еще большее значение АПУ приобретает при оказании медицинской помощи детям. Весь объем профилактических мероприятий и диспансеризации детского населения, организация и оказание лечебно-профилактической помощи не только в поликлинике и на дому, но и в детских образовательных учреждениях, проведение санитарно-просветительной работы и противоэпидемических мероприятий на ведомственной территории являются основными функциями детской поликлиники.

Проведение работы по повышению качества и доступности амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению, в том числе в условиях мегаполиса, способствует решению задач по улучшению демографической ситуации в стране, а также снижению заболеваемости, инвалидности, младенческой и детской смертности в регионе [6,11,14,15,22,31].

Социальный компонент оценки КМП позволяет рассмотреть эффективность результатов модернизации системы здравоохранения с точки зрения потребителя – пациента или его законного представителя (в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетним, недееспособному гражданину) [45,116,176,204].

Мнение родителей о качестве и доступности детской амбулаторно-поликлинической помощи, особенно в условиях мегаполиса, во многом формирует представление населения о здравоохранении в целом, определяет престиж и доверие к МО, а также вероятность повторного обращения в данное АПУ [203,205].

По результатам проведенного исследования средний возраст ребенка, с которым родители обратились в детскую поликлинику, составил $6,1 \pm 0,2$ лет.

Структура респондентов по возрасту ребенка на момент обращения в АПУ имели следующее распределение: $11,3 \pm 0,8$ на 100 родителей с детьми грудного возраста (0-1 год), $16,5 \pm 1,0$ - преддошкольного (1-3 года), $34,3 \pm 1,2$ - дошкольного (3-7 лет) и $37,9 \pm 1,3$ – с детьми школьного возраста (7-18 лет).

При проведении статистического анализа удовлетворенности родителей в возрастных группах детей до 7 лет и старше 7 лет отдельными критериями МП до-

стоверных различий выявлено не было. Однако при сопоставлении групп родителей детей до 3 лет с группами респондентов с детьми более старших возрастов были выявлены статистически достоверные различия в степени их удовлетворенности МП. Что вероятно обусловлено тем, что данная группа родителей чаще обращается в АПУ и сталкивается с результатами деятельности МО, может более объективно оценить некоторые критерии МП.

Большинство респондентов имело одного ($46,1 \pm 1,3$) или двух детей ($45,0 \pm 1,3$) в семье. У небольшой части родителей ($8,9 \pm 0,7$) было 3 и более детей.

По результатам исследования было установлено, что почти половина ($45,8 \pm 1,3$) родителей обращались с ребенком в поликлинику несколько раз в год, а четверть ($26,6 \pm 1,2$) - один раз в месяц и чаще. Чуть меньше респондентов в поликлинику обращались один раз в год или реже ($25,2 \pm 1,1$), а $2,4 \pm 0,4$ из 100 обратились впервые. Причем среди родителей, посещающих с ребенком детскую поликлинику один раз в месяц и чаще, абсолютным большинством респондентов являлись родители детей до трех лет ($72,5 \pm 2,2$ против $7,5 \pm 0,8$; $t \geq 2$).

Для большинства респондентов ($30,7 \pm 1,2$) основной причиной обращения в детскую поликлинику являлось лечение острых заболеваний у ребенка. Однако для $19,5 \pm 1,0$ из 100 родителей поводом послужило получение справок в детские образовательные учреждения, $17,7 \pm 1,0$ - прохождение профилактических осмотров, $16,3 \pm 1,0$ - проведение обследования и сдача анализов, а для $15,8 \pm 0,9$ - выполнение профилактических прививок.

В соответствии с ТППГ первичная медико-санитарная помощь населению оказывается в соответствии с территориально-участковым принципом [25,75]. За каждой поликлиникой Санкт-Петербурга закреплена определенная территория обслуживания с проживающим на ней населением. В зависимости от количества населения в зоне обслуживания медицинской организации вся территория делится на врачебные участки. Педиатрические участки организуются из расчета 800 детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно на один участок. Однако интенсивная застройка спальных районов города и не подготовленная инфраструктура, в виде наличия детских поликлиник малой мощности или их отсутствия вовсе, а также

появление у граждан права на выбор медицинской организации и прикрепление к поликлинике детей, проживающих вне зоны обслуживания, в свою очередь, способствовало повышенной и неравномерной нагрузке на первичное звено здравоохранения, ограничению доступности и снижению качества лечебно-профилактической помощи несовершеннолетним. Так, по данным анкетирования большая часть родителей с детьми ($82,1 \pm 1,0$ из 100), получающих медицинскую помощь в поликлинике, являлись городскими жителями. Однако $15,5 \pm 0,9$ из 100 имели постоянное место жительства в Ленинградской области, $1,6 \pm 0,3$ в других регионах РФ, а $0,8 \pm 0,2$ являлись иммигрантами из других стран.

Доступность медицинской помощи в поликлинике во многом определяется такими факторами, как правильная организация записи пациентов на прием к врачу с использованием современных информационных технологий, получение от работников регистратуры доступной информации о режиме работы АПУ (отдельных подразделений и врачей), о наличии необходимых услуг, возможность при необходимости вызвать врача к ребенку на дом [231].

В случае возникновения острых заболеваний или обострении хронических, не связанных с угрозой жизни ребенка, родители обязаны вызвать участкового врача-педиатра к ребенку на дом. Помощь на дому врачи оказывают в зависимости от графика приема в поликлинике, в дневное или вечернее время. По результатам анкетирования большинство респондентов ($48,6 \pm 1,3$ из 100) никогда не испытывали трудностей при вызове участкового врача-педиатра на дом. Однако почти треть родителей ($31,3 \pm 1,2$) отметили, что с трудностями сталкивались редко, а $6,5 \pm 0,6$ - часто и $2,2 \pm 0,4$ - всегда. Таким образом, более трети родителей ($40,0 \pm 1,3$) испытывали затруднения при вызове участкового педиатра к ребенку на дом. Десятая часть респондентов ($11,4 \pm 0,8$) участкового врача не вызывали и не смогли оценить данный критерий.

График работы участкового врача-педиатра должен быть удобен для родителей и составлен таким образом, чтобы организовать прием не только в утренние, дневные и вечерние часы (скользящий график для работающих родителей), но и разделить потоки здоровых и больных детей, детей грудного возраста и детей

старше года. Больше половины респондентов ($65,9 \pm 1,2$ из 100) отметили для себя удобство графика работы своего участкового врача-педиатра, однако пятая часть родителей ($20,6 \pm 1,0$) посчитали график неудобным, а десятая часть ($13,5 \pm 0,9$) затруднились дать ответ на данный вопрос.

При обращении в поликлинику большинство родителей отметили наличие очередей в регистратуре. Больше половины ($59,2 \pm 1,3$ из 100) респондентов были вынуждены ожидать в очереди до 15 минут, $12,3 \pm 0,9$ - до 30 минут и $2,4 \pm 0,4$ – до 1 часа. Только четверть ($26,2 \pm 1,1$) родителей отметили отсутствие очередей и беспрепятственный проход в регистратуру.

В соответствии с ТППГ при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в плановой форме установлены предельные сроки ожидания приема - врача педиатра 5 рабочих дней и врачей специалистов 10 рабочих дней с момента обращения. Однако по результатам исследования у большинства родителей ($49,8 \pm 1,3$ из 100) возникали трудности в получении талона на прием к участковому врачу-педиатру, из них у $41,5 \pm 1,3$ - только иногда, а $6,9 \pm 0,7$ - всегда. $1,4 \pm 0,3$ из 100 респондентов ответили, что попасть к участковому врачу практически невозможно.

Трудности при получении талона на прием к врачу-специалисту в детской поликлинике возникали у большинства ($77,8 \pm 1,1$) родителей, из них у $39,9 \pm 1,3$ - иногда и у $29,4 \pm 1,2$ - всегда. Для $8,5 \pm 0,7$ из 100 респондентов это оказалось практически невозможным (Таблица 4.3).

Таблица 4.3

Распределение родителей в зависимости от их мнения о степени доступности записи на прием к участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам ($P \pm m$)

Сложно ли записаться на прием	К участковому врачу-педиатру	К врачам-специалистам
Легко	$45,8 \pm 1,3$	$14,7 \pm 0,9$
Иногда трудно	$41,5 \pm 1,3$	$39,9 \pm 1,3$
Всегда трудно	$6,9 \pm 0,7$	$29,4 \pm 1,2$
Практически невозможно	$1,4 \pm 0,3$	$8,5 \pm 0,7$
Затруднились дать ответ	$4,4 \pm 0,5$	$7,5 \pm 0,7$

Время ожидания приема врача является одним из факторов, определяющим уровень удовлетворенности родителей доступностью медицинских услуг в АПУ.

Сам факт ожидания врачебного приема является достаточно беспокойным для ребенка (время кормления, режима сна, болезненного состояния, повышенной активности, контакт с другими больными детьми), в связи с чем срок ожидания должен быть сведен к минимуму. Как показало исследование, по времени треть респондентов ($33,9 \pm 1,2$ из 100) ожидали приема участкового врача-педиатра от 15 до 30 минут, чуть меньше ($30,4 \pm 1,2$) - до 15 минут. Пятая часть ($19,6 \pm 1,0$) родителей ожидали приема врача от 30 минут до 1 часа, а небольшое количество ($8,9 \pm 0,7$) - более часа.

К врачам-специалистам большинство родителей попали на прием в течение 15 минут ($44,4 \pm 1,3$ из 100) и от 15 до 30 минут ($27,8 \pm 1,2$). Десятая часть ($11,1 \pm 0,8$) респондентов ожидали в очереди от 30 минут до 1 часа, а $2,0 \pm 0,4$ - более 1 часа.

Только небольшая часть родителей не тратили время на ожидание и попали на прием к врачу строго по назначенному времени - $4,8 \pm 0,6$ к участковому врачу-педиатру и $6,3 \pm 0,6$ к врачу-специалисту, соответственно (Рисунок 4.1).

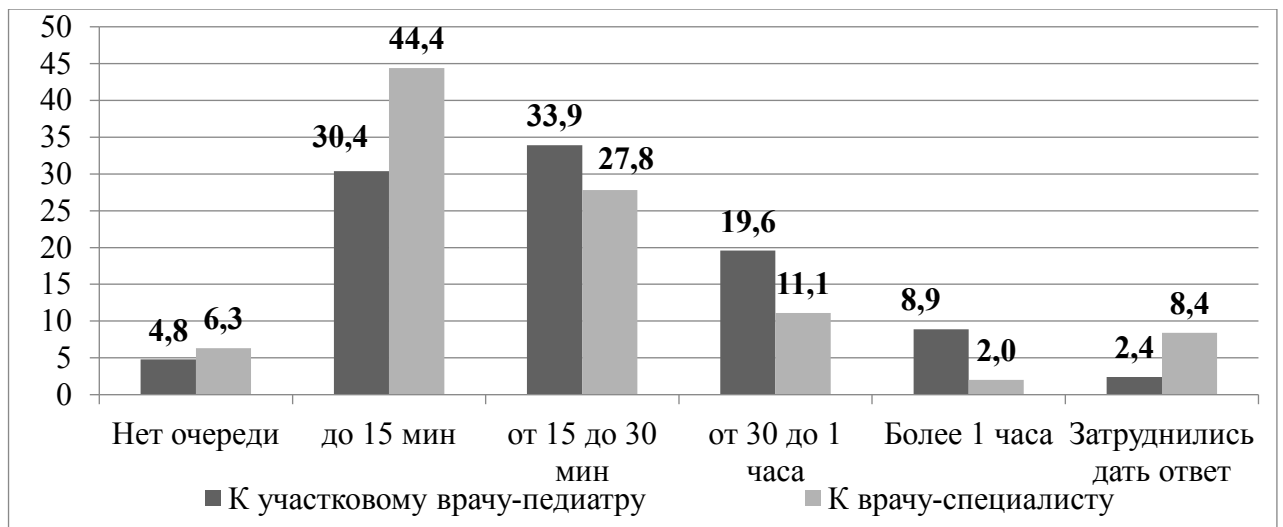


Рисунок 4.1 Длительность ожидания приема участкового врача-педиатра и врача-специалиста (в %)

Проведенный анализ доступности приема врачей различных специальностей показал, что из наименее доступных специалистов респонденты чаще всего называли детских оториноларингологов ($24,8 \pm 1,1$), неврологов ($18,3 \pm 1,0$), ортопедов ($13,7 \pm 0,9$), аллергологов ($12,8 \pm 0,9$), кардиологов ($11,9 \pm 0,8$), офтальмологов

($10,4 \pm 0,8$), хирургов ($4,2 \pm 0,5$), а $3,9 \pm 0,5$ из 100 опрошенных отметили, что сложно попасть ко всем узким специалистам (Рисунок 4.2).



Рисунок 4.2 - Удельный вес врачей-специалистов, к которым наиболее сложно попасть на прием в детских поликлиниках (в %)

Согласно статье 19 ФЗ №323 и в рамках ТПГГ объем диагностических и лечебных мероприятий, а также их сроки, место и своевременность проведения определяются лечащим врачом с учетом медицинских показаний у конкретного ребенка. Предельные сроки ожидания проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований установлены – не более 10 рабочих дней, а компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) – не более 30 рабочих дней [25,61]. Однако по результатам анкетирования более половины респондентов ($52,6 \pm 1,3$ из 100) отметили трудности при получении направления на инструментальные виды исследований (ультразвуковое исследование, рентген, электрокардиография, КТ, МРТ и др.), из них $33,9 \pm 1,2$ считают, что взять направление иногда бывает трудно, а $15,5 \pm 0,9$ - что трудно всегда и $3,2 \pm 0,5$ - практически невозможно. $14,9 \pm 0,9$ из 100 родителей не смогли оценить данный критерий, т.к. необходимости получения направления на исследование не возникало.

Проведенное анкетирование показало, что в среднем по времени от момента назначения врачом исследования до момента его проведения проходит: клинического анализа крови $-3,8$ дней, общего анализа мочи $-2,1$ день, ультразвукового исследования $-12,4$ дня, рентгена $-3,5$ дней, электрокардиографии $-7,2$ дня, КТ $-24,5$ и МРТ $-30,4$ дня.

Среди анализов наибольшие трудности у родителей возникали при получении талона на сдачу крови ребенка на биохимический анализ ($48,4 \pm 1,3$) и гормоны ($21,2 \pm 1,1$).

Среди медицинских процедур родители отметили сложности при проведении детского массажа ($67,5 \pm 1,2$), физиотерапии ($49,8 \pm 1,3$), лечебной физкультуры ($40,3 \pm 1,3$) и выполнении инъекций ($39,5 \pm 1,3$).

В работе детских АПУ при наблюдении и лечении ребенка наиболее важным является проведение профилактических мероприятий. Они включают не только профилактические прививки и рекомендации по режиму питания, сна, но и обучение родителей гигиеническим навыкам при уходе за ребенком, методике массажа, гимнастики, закаливающих процедур, профилактике заболеваний и рахита, санитарное просвещение по вопросам гигиенического воспитания и охране репродуктивного здоровья детей, проведение подготовки ребенка к поступлению в образовательные учреждения и пропаганду здорового образа жизни [235].

По результатам анкетирования, по мнению родителей, в большинстве случаев ($67,7 \pm 1,2$ из 100) профилактическая работа в поликлинике проводилась в недостаточном объеме. Причем среди респондентов, давших отрицательную оценку данному направлению работы АПУ, большинством являлись родители детей старше трех лет ($70,9 \pm 1,4$ против $58,0 \pm 2,4$; $t \geq 2$), что можно объяснить меньшим объемом профилактических мероприятий для детей данной возрастной группы.

По материально-техническому состоянию в целом большинство родителей отметили отсутствие в детских поликлиниках площадок для колясок ($24,0 \pm 1,1$), пандусов ($20,6 \pm 1,0$), лифтов ($19,8 \pm 1,0$), достаточного количества пеленальных столов и скамеек ($18,5 \pm 1,0$) [112,139]. Более половины респондентов ($57,5 \pm 1,3$) пожаловались на отсутствие рядом с поликлиникой места для парковки автомобилей.

Санитарно-гигиеническое состояние детских поликлиник рассматривалось по трем критериям: состояние и чистота кабинетов и коридоров, уборка и состояние санузлов, соблюдение медицинскими работниками санитарно-эпидемиологического режима в работе.

Большинство респондентов ($53,6 \pm 1,3$) остались довольны чистотой кабинетов и коридоров, оценив их состояние как хорошее. Однако треть ($33,9 \pm 1,2$ из 100) родителей оценили данный критерий как удовлетворительный, а $12,5 \pm 0,9$ - как плохой.

Уборку и состояние санузлов $40,9 \pm 1,3$ из 100 респондентов оценили как удовлетворительные, $18,5 \pm 1,0$ - как плохие и $0,2 \pm 0,1$ - как очень плохие. Только $40,4 \pm 1,3$ из 100 дали хорошие оценки.

Одновременно с этим, уровень удовлетворенности санитарно-гигиеническими условиями, в том числе состоянием санузла, оказался статистически значимо ниже у респондентов с детьми младше 3-х лет, чем у родителей с детьми старшей возрастной группы ($32,6 \pm 2,3$ против $43,6 \pm 1,5$, $t \geq 2$).

По мнению родителей, в большинстве случаев ($56,9 \pm 1,3$) медицинские работники соблюдали правила санитарно-эпидемического режима. Однако более трети ($43,1 \pm 1,3$) респондентов отметили, что данные правила соблюдались не всегда.

Важным элементом лечебно-профилактической помощи, оказывающим влияние на степень удовлетворенности, является соблюдение медицинским персоналом поликлиники принципов медицинской этики и деонтологии (внимательное отношение к ребенку и его родителям, сострадание, соблюдение медицинской тайны, доброжелательные взаимоотношения между медицинскими работниками и т.д.). Чуткое отношение к несовершеннолетним позволяет успокоить, завоевать доверие ребенка и его родителей, уменьшить страх перед осмотром и лечебно-диагностическими процедурами, установить более доверительные отношения, ускорить этапы оказания медицинской помощи и повысить их эффективность [192,194].

И наоборот, при грубом и невнимательном отношении со стороны медицинских работников даже легкое недомогание ребенка может привести к ухудшению

состояния детей, возникновению психосоматики и развитию «страха белого халата» в дальнейшем [37,98].

Большинство респондентов ($67,7 \pm 1,2$ из 100) были удовлетворены и оценили отношение участкового врача-педиатра к себе и своему ребенку как «с вниманием и участием». Однако $22,6 \pm 1,1$ из 100 родителей отметили недостаточное внимание со стороны врача, а $8,4 \pm 0,7$ пожаловались на безразличие и $1,3 \pm 0,3$ - на грубость и раздражительность. Таким образом, треть респондентов ($32,3 \pm 1,2$ из 100) остались недовольны отношением лечащего врача. При этом уровень удовлетворенности отношением врача у матерей был значимо выше, чем у отцов ($69,4 \pm 1,3$ против $59,3 \pm 3,2$, $t \geq 2$). В то же время у родителей детей до 7 лет и детей старшей возрастной группы уровень удовлетворенности был одинаковым и разницы в оценках выявлено не было ($67,5 \pm 1,2$ и $68,6 \pm 1,2$ соответственно).

Чаще всего родители сталкивались с невнимательностью и грубостью при общении с работниками регистратуры - иногда - $35,5 \pm 1,2$ из 100 и часто - $8,5 \pm 0,7$, врачами специалистами – иногда - $29,0 \pm 1,2$ и часто - $2,6 \pm 0,4$, медицинскими сестрами - иногда - $25,2 \pm 1,1$ и часто - $3,6 \pm 0,5$, участковым врачом - иногда - $21,8 \pm 1,1$ и часто - $2,0 \pm 0,4$, работниками администрации – иногда - $16,7 \pm 1,0$ и часто - $2,0 \pm 0,4$ (Таблица 4.4).

Таблица 4.4

Распределение родителей в зависимости от частоты проявления к ним и их ребенку невнимательности и грубости со стороны медицинских работников детской поликлиники ($P \pm m$)

Медицинские работники	Частота проявления		
	часто	иногда	нет
Медицинские регистраторы	$8,5 \pm 0,7$	$35,5 \pm 1,2$	$56,0 \pm 1,3$
Врачи педиатры	$2,0 \pm 0,4$	$21,8 \pm 1,1$	$76,2 \pm 1,1$
Медицинские сестры	$3,6 \pm 0,5$	$25,2 \pm 1,1$	$71,2 \pm 1,2$
Врачи-специалисты	$2,6 \pm 0,4$	$29,0 \pm 1,2$	$68,3 \pm 1,2$
Работники администрации	$2,0 \pm 0,4$	$16,7 \pm 1,0$	$81,3 \pm 1,0$

Помимо вопросов доступности медицинской помощи, материально-технического и санитарно-гигиенического состояния детской поликлиники, а также соблюдения медицинскими работниками принципов этики и деонтологии, важное значение имеет материальная доступность лекарств для конкретного ребенка, от которой зависит эффективность всего лечебно-диагностического процесса [234,239].

В настоящее время в аптеках присутствует огромный ассортимент лекарственных средств. Часто препараты с аналогичными действующим веществом и лечебным эффектом произведены разными фирмами, под разными названиями и значительно отличаются друг от друга в ценовом диапазоне. В связи с этим врачи, обладая данной информацией, должны рекомендовать родителям те лекарства, которые будут не только более эффективны для лечения ребенка, но и материально доступны для семьи, в некоторых случаях, более экономичны. Однако на практике это бывает далеко не всегда. Лишь в $36,7 \pm 1,2$ из 100 случаев врачи обсуждали с родителями стоимость назначаемых ребенку лекарств и соотносили её с материальными возможностями семьи. Такое положение дел приводит к тому, что $2,2 \pm 0,4$ из 100 респондентов не имели материальной возможности приобрести выписанные врачами лекарства, а больше половины родителей ($53,8 \pm 1,3$) такую возможность имели не всегда. Следовательно, из-за дороговизны назначенных врачом лекарственных препаратов у $56,0 \pm 1,3$ из 100 респондентов дети либо вообще не принимали лекарства, либо принимали, но не в полном объеме, используя другие доступные методы самолечения.

С переходом системы здравоохранения в условия рыночной экономики у учреждений здравоохранения появилась возможность иметь дополнительные источники финансирования в виде дохода от платных медицинских услуг. Возросла доля платных медицинских услуг и в детских поликлиниках [29,68,70].

Однако порой родители, воспользовавшись платной услугой, совершают не осознанный выбор, а вынужденный шаг ввиду непреодолимых обстоятельств: острое заболевание у ребенка, неудобный график работы и длинные очереди к врачам, отсутствие номерков или доступной бесплатной альтернативы, наличие медицинских услуг низкого качества. Все эти факторы, наряду с низкой

осведомленностью родителей о правах ребенка в системе ОМС, приводят к нарушению прав граждан и порядка предоставления платных медицинских услуг, а также к развитию «теневой» коммерческой медицины [101,108].

Большинство детей ($96,8 \pm 0,5$ из 100 респондентов), обратившихся в поликлинику с родителями, имели полис ОМС и возможность получения бесплатной медицинской помощи надлежащего качества в рамках ТПГГ. Небольшая часть детей дополнительно имели полис добровольного медицинского страхования ($2,0 \pm 0,4$ из 100) или не имели полиса вовсе ($1,2 \pm 0,3$ из 100).

Как показало исследование почти половине родителей ($46,8 \pm 1,3$ из 100) поступали предложения со стороны медицинского персонала воспользоваться платными медицинскими услугами в детской поликлинике, в том числе как доступная альтернатива бесплатных медицинских услуг, ограниченных в доступе. Однако воспользовались данным предложением только чуть более трети ($38,7 \pm 1,3$ из 100) родителей.

В качестве преимуществ платных медицинских услуг родители назвали отсутствие очередей и удобную запись приема – $22,6 \pm 1,1$ из 100 респондентов, наличие врачей узких специальностей и высокий профессиональный уровень специалистов (к.м.н., д.м.н., врачи высшей категории) – $15,2 \pm 0,9$, современное оборудование и большой спектр исследований – $13,9 \pm 0,9$, доверие родителей к результатам обследования и лечения – $11,9 \pm 0,8$, сервис и условия повышенной комфортности – $8,1 \pm 0,7$, индивидуальный подход и доброжелательный медицинский персонал – $7,5 \pm 0,7$, другое – $0,5 \pm 0,2$. Пятая часть респондентов ($20,3 \pm 1,0$ на 100) затруднились дать ответ.

Среди медицинских услуг, которые родителям приходилось оплачивать из личных денежных средств в детской поликлинике и которые были назначены лечащим врачом ребенка, респонденты отметили: медицинские процедуры (массаж, прививки, бассейн, и др.) ($13,1 \pm 0,9$ на 100 респондентов), консультацию врача-специалиста ($7,3 \pm 0,7$), справки ($6,1 \pm 0,6$ на 100), лабораторные ($5,5 \pm 0,6$) и инструментальные виды исследований ($5,5 \pm 0,6$), консультацию врача педиатра ($0,7 \pm 0,2$) и другое ($0,5 \pm 0,2$). Более половины опрошенных ($55,6 \pm 1,3$) медицинскую

помощь в детской поликлинике оплачивать не приходилось, а $5,7 \pm 0,6$ из 100 респондентов не оплачивали, т.к. у них не было на это средств.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» определен порядок предоставления этих услуг [56,65]. Обязательным требованием при оказании платных медицинских услуг является предоставление гражданам в доступной форме информации о возможности получения бесплатных медицинских услуг в соответствии с ТППГ. По результатам анкетирования только чуть более трети респондентов ($37,7 \pm 1,3$ из 100) получили основной объем информации о бесплатном предоставлении медицинских услуг от лечащего врача. Однако для большинства родителей ($62,3 \pm 1,3$ на 100) источниками являлись - знакомые ($37,3 \pm 1,3$), СМИ и «Интернет-ресурсы» ($20,4 \pm 1,0$), СМО ($3,2 \pm 0,5$) и другие ресурсы (стенды, плакаты, брошюры - $1,4 \pm 0,3$). Таким образом, имеет место недостаточное информирование родителей со стороны врача о видах медицинских услуг, на которые ребенок имеет право в рамках системы ОМС, а также низкая правовая активность самих родителей в получении этих знаний из достоверных источников.

Одним из требований к платным медицинским услугам является заключение между сторонами договора, в котором отражены объемы, сроки и порядок предоставления медицинской помощи. Как показало исследование, в детских поликлиниках это положение Правил иногда нарушается, и платные услуги оказываются без заключения договора, на что указали $42,8 \pm 2,3$ из 100 респондентов, воспользовавшихся платными услугами.

Больше половины родителей ($67,7 \pm 2,2$ из 100) оплачивали платные услуги через кассу, однако $27,1 \pm 2,1$ из 100 респондентов передавали деньги непосредственно медицинскому персоналу, из них в $9,7 \pm 1,4$ из 100 случаев без оформления платежного документа.

В соответствии с Правилами независимо от формы оплаты услуги потребителю (заказчику) выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция

или иной бланк строгой отчетности, документ установленного образца. По результатам исследования такой документ был выдан только $59,5 \pm 2,3$ из 100 родителей, воспользовавшихся платными услугами.

Среди респондентов почти четверть опрошенных ($23,4 \pm 1,1$ на 100) оценили стоимость платных медицинских услуг как вполне приемлемая, в то время как $11,9 \pm 0,8$ из 100 родителей посчитали их стоимость высокой, а $5,0 \pm 0,6$ и вовсе недоступной. Более половины респондентов ($59,7 \pm 1,3$ из 100) оценить уровень цен на платные услуги не смогли.

В соответствии с законодательством государство гарантирует обеспечение граждан бесплатной медицинской помощью в рамках ТПГГ, однако иногда в медицинских организациях встречаются случаи незаконного вознаграждения врачей или другого медперсонала в виде денег и ценных подарков, что стимулирует развитие коррупционных начал и способствует развитию «теневой» коммерческой медицины. Зачастую, пользуясь безвыходным положением ребенка и его родителей (сложности в записи и очереди на прием к врачу, необходимость незамедлительного проведения обследования, получение рецепта), работники системы здравоохранения ставят в зависимость надлежащее выполнение своих профессиональных обязанностей от факта получения вознаграждения. На наличие данных преступных действий указали лишь $0,4 \pm 0,2$, а $5,8 \pm 0,6$ из 100 респондентов не захотели отвечать на данный вопрос.

Иногда родители сами без инициативы со стороны медицинских работников дают «в знак благодарности», дарят медицинскому персоналу деньги и ценные подарки с целью подкупа или стремления повысить мотивацию врача и получения гарантии снижения рисков лечения, что также является незаконным. Ответили, что с этими целями давали медицинским работникам деньги и дарили ценные подарки $4,2 \pm 0,5$ из 100 респондентов - часто и $19,2 \pm 1,0$ - редко. Однако каждый десятый ($10,3 \pm 0,8$ из 100 родителей) не захотел отвечать на данный вопрос, что также может указывать о возможно более частой встречаемости данного явления.

Таким образом, необходимо отметить, что по результатам проведенного исследования установлено достаточно значимое наличие различного рода

нарушений порядка оказания платных медицинских услуг, что может косвенным образом способствовать увеличению их объема оказания в общей структуре медицинской помощи, предоставляемой в условиях детской поликлиники.

Для установления социального статуса родителей, воспользовавшихся платными услугами в детской поликлинике, была проведена оценка социального и материального положения респондентов. Почти половина респондентов ($45,4 \pm 2,3$ из 100) имели высшее образование, $38,8 \pm 2,3$ имели среднее специальное образование, $14,4 \pm 1,6$ – незаконченное высшее и $1,4 \pm 0,6$ из 100 – начальное или среднее общее образование. По социальному положению большинство респондентов, оплативших те или иные медицинские услуги в детской поликлинике, оказалось рабочими – $37,5 \pm 2,3$, служащими – $32,9 \pm 2,2$ и временно неработающими (в отпуске по беременности и родам, по уходу за ребенком) – $18,4 \pm 1,8$.

По материальному положению больше половины ($61,8 \pm 2,3$ из 100) родителей, воспользовавшихся платными услугами и принявших участие в исследовании, отметили наличие средств в семье только на питание и на самое необходимое, и только четверть ($25,7 \pm 2,0$) указали возможность отложить на будущее. Небольшая часть респондентов ($8,6 \pm 1,3$ из 100) вынуждены экономить семейный бюджет на всем, в том числе на еде, и только $3,9 \pm 0,9$ из 100 родителей отметили, что у них обеспеченная семья и средств хватает на все.

Таким образом, высокий уровень образования родителей, их трудовая занятость позволяют предположить то, что за платными медицинскими услугами для своих детей в основном обращаются достаточно образованные родители, имеющие средний или высокий социальный статус, однако низкий или средний материальный доход семьи [232].

Следует отметить, что при изучении опыта оплаты медицинских услуг выяснилось, что большинство родителей ($73,1 \pm 1,1$ из 100) для получения платных медицинских услуг предпочитают обращаться не в детскую поликлинику, а в частные медицинские клиники ($38,2 \pm 1,3$), в другие государственные медицинские учреждения ($17,7 \pm 1,0$) или по рекомендации знакомых ($17,2 \pm 1,0$). Только $16,1 \pm 1,0$

из 100 родителей никуда не обращались, потому что не было необходимости, а $10,7 \pm 0,8$ из 100 респондентов не обращались, т.к. у них нет средств. Наиболее часто вне поликлиники родители оплачивали медицинские услуги: консультации врачей-специалистов ($30,0 \pm 1,2$ из 100), лабораторные исследования ($25,9 \pm 1,1$), инструментальные виды исследований ($18,9 \pm 1,0$), медицинские процедуры ($18,7 \pm 1,0$), консультацию врача-педиатра ($5,2 \pm 0,6$) и другие ($1,3 \pm 0,3$). Наличие рекламы, престижа, более широкого спектра услуг, индивидуального подхода и сервиса в частных медицинских клиниках делает платные медицинские услуги в них более привлекательными для родителей. Также отток пациентов из государственных и муниципальных структур системы здравоохранения, представленных детской амбулаторно-поликлинической сетью, обусловлен незначительной разницей в стоимости платных медицинских услуг по сравнению с частными медицинскими клиниками.

Таким образом, основными факторами, определяющими выбор родителей в пользу платных медицинских услуг, являются отсутствие доступной бесплатной альтернативы и низкое качество медицинской помощи. Большое значение играет временной фактор – удобство и возможность за короткое время пройти осмотр врачей и выполнить все необходимые исследования и лечебные процедуры ребенку. При этом родители, несмотря на наличие высшего образования и невысокий материальный доход, были не полностью информированы о правах ребенка на бесплатную медицинскую помощь и не всегда отдавали предпочтение в пользу детской поликлиники.

Важным критерием удовлетворенности родителей медицинской помощью является удовлетворенность результатом лечебного процесса. От своевременного объема и эффективности диагностических и лечебных мероприятий часто зависит не только исход заболевания ребенка, но и престиж врача и доверие к самой детской поликлинике. Недоступность или недостаточный объем медицинской помощи приводит к тому, что родители обращаются в другие медицинские учреждения, растет доля платных медицинских услуг, оказываемых в частных клиниках. По данным исследования, $20,2 \pm 1,0$ из 100 родителей устраивает не в

полной мере объем обследования и $16,9 \pm 1,0$ – объем лечения ребенка в детской поликлинике. А почти треть респондентов не устраивает объем обследования и лечения полностью, $29,0 \pm 1,2$ и $28,8 \pm 1,2$ из 100 респондентов соответственно.

Причем имеется статистически достоверная разница – наибольшая неудовлетворенность объемом лечения была у родителей детей до 3-х лет ($57,3 \pm 1,5$ против $47,1 \pm 2,5$, $t > 2$).

В целом медицинским обслуживанием ребенка в детской поликлинике остались удовлетворены только $39,9 \pm 1,3$ из 100 родителей. Более трети респондентов ($40,7 \pm 1,3$) были удовлетворены, но не в полной мере, а каждый десятый ($12,5 \pm 0,9$) был полностью не удовлетворен. Небольшая часть опрошенных ($6,9 \pm 0,7$) затруднилась дать ответ на данный вопрос (Рисунок 4.3).



Рисунок 4.3 - Удовлетворенность родителей медицинским обслуживанием в детской поликлинике

Среди родителей, воспользовавшихся платными услугами в детской поликлинике, только $27,0 \pm 1,9$ из 100 респондентов остались полностью удовлетворены оказанной медицинской помощью. Однако, более половины ($52,4 \pm 2,1$ из 100) родителей остались удовлетворены МП не в полной мере, а $11,4 \pm 1,4$ полностью не удовлетворены. Затруднились в оценке данного критерия $9,2 \pm 1,2$ из 100 респондентов.

Удовлетворенность амбулаторно-поликлинической помощью среди родителей детей старше трех лет оказалась несколько выше, чем среди родителей детей до трех лет ($42,2 \pm 1,5$ против $34,8 \pm 2,3$, $t \geq 2$). Данная тенденция, как и большая удовлетворенность объемом лечения среди родителей детей старше 3-х лет, возможно, связана с меньшей частотой обращений, профилактических осмотров и потребностью в посещении детской поликлиники, а также более низкой требовательностью респондентов с детьми данной возрастной группы к отдельным критериям МП (Таблица 4.5).

Таблица 4.5

Удовлетворенность родителей медицинским обслуживанием в детской поликлинике в зависимости от возраста ребенка ($P \pm m$)

Удовлетворенность МП	Родители детей до трех лет	Родители детей старше трех лет	Все родители
Полностью удовлетворены	$34,8 \pm 2,3$	$42,2 \pm 1,5$	$39,9 \pm 1,3$
Не совсем удовлетворены	$42,8 \pm 2,4$	$39,9 \pm 1,5$	$40,7 \pm 1,3$
Полностью не удовлетворены	$15,2 \pm 1,8$	$11,5 \pm 1,0$	$12,5 \pm 0,9$
Затруднились ответить	$7,2 \pm 1,3$	$6,4 \pm 0,7$	$6,9 \pm 0,7$

Изучение влияния медико-социальных факторов на уровень удовлетворенности родителей МП в детских поликлиниках показало, что женщины в большей степени, чем мужчины, удовлетворены МП, оказанным их детям, соответственно $42,2 \pm 1,5$ против $28,4 \pm 2,2$ из 100 респондентов ($t \geq 2$). Семьи с материальным доходом выше среднего удовлетворены МП в большей степени чем семьи с низким доходом ($51,9 \pm 2,3$ против $32,0 \pm 3,8$, $t > 2$).

Результаты анализа не выявили различий уровня удовлетворенности родителей МП в зависимости от образования и социального статуса родителей, места жительства ребенка (город, область, иммигранты) и количества детей в семье (Таблица 4.6).

Таблица 4.6

Распределение групп респондентов в зависимости от уровня удовлетворенности родителей МП в детской поликлинике ($P \pm m$)

Группы респондентов	Группа/удовлетворенность МП	Да	Не совсем	Нет	Затруднились дать ответ
1. По полу	Мужчины	28,4±2,2	49,4±3,2	11,1±2,0	11,1±2,0
	Женщины	42,2±1,5	39,0±1,4	12,8±0,9	6,0±0,7
2. По уровню образования	Начальное или среднее	44,3±6,5	42,2±6,4	8,4±3,6	5,1±2,9
	Среднее специальное	39,4±2,1	41,0±2,1	12,8±1,4	6,8±1,1
	Высшее или незаконченное высшее	41,0±1,7	41,0±1,7	12,2±1,1	5,9±0,8
3. По материальному положению семьи	Очень низкий доход	32,0±3,8	44,0±4,1	18,0±3,1	6,0±1,9
	Ниже среднего	34,2±1,7	42,6±1,8	14,1±1,2	9,1±1,0
	Выше среднего	51,9±2,3	37,7±2,3	9,1±1,3	1,9±0,6
	Высокий доход	48,3±5,4	37,9±5,2	3,4±2,0	10,3±3,3
4. По месту жительства ребенка	Санкт-Петербург	40,8±1,4	41,0±1,4	11,5±0,9	6,7±0,7
	Ленинградская область и другие регионы РФ	37,1±3,1	39,3±3,2	16,9±2,4	6,7±1,6
	Иммигранты	39,5±9,1	39,8±9,1	10,8±5,8	9,9±5,5
5. По количеству детей в семье	Один ребенок в семье	37,1±1,8	42,8±1,9	12,2±1,2	7,9±1,0
	Два и более	43,1±1,8	39,0±1,7	12,7±1,2	5,2±0,8

В качестве основных причин полной или частичной неудовлетворенности МП в детской поликлинике родители отметили: трудности в получении консультации врачей-специалистов (33,9±1,2 из 100), трудности в прохождении обследования (23,1±1,1), большая очередь на прием к педиатру (19,1±1,0), плохая организация работы регистратуры (7,5±0,7), невнимательное отношение медицинского персонала (7,2±0,7), плохие санитарно-гигиенические условия (4,0±0,5), отсутствие эффекта от лечения (3,7±0,5) и другое (большая очередь на массаж, отсутствие импортных вакцин – 1,6±0,3).

В заключении разработанная анкета предоставляла возможность родителям высказать свои предложения по улучшению организации медицинского обслуживания в детской поликлинике в условиях модернизации здравоохранения. По мнению родителей для улучшения работы детской поликлиники необходимо: увеличить количество врачей (37,1±1,3), оснастить поликлинику современной аппаратурой (17,3±1,0), увеличить время осмотра ребенка (11,7±0,8), повысить информационную доступность (усовершенствовать электронную запись к врачу, распространение инфоматов, более полное информирование родителей о

состоянии здоровья ребенка, результатах обследования, методах профилактики и лечения – $10,4 \pm 0,8$), повысить квалификацию врачей ($10,1 \pm 0,8$), сделать ремонт поликлиники ($7,2 \pm 0,7$) и другое (внимательное отношение к пациентам, живая очередь к врачам специалистам, увеличить сан-просвет работу и наладить работу школы молодых мам – $6,2 \pm 0,6$).

Таким образом, помимо проблем в организации работы и санитарно-гигиеническом состоянии детской поликлиники, доступности и удобства получения медицинских услуг, значительная часть родителей отметила недостаточный объем профилактической работы, проблемы в общении с медицинским персоналом, широкое распространение платных услуг и нарушения при их оказании, а также потребность в дополнительном информировании населения о медицинской помощи.

4.3 Основные причины неудовлетворенности родителей доступностью и качеством стационарной медицинской помощи

Госпитализация ребенка в стационар всегда является для него психотравмирующей ситуацией. Сам процесс госпитализации, заболевание, обследование, болезненные медицинские процедуры и лечение переносятся ребенком тяжело, в особенности в малом возрасте и при отсутствии родителей. Нахождение несовершеннолетнего в стационаре, получение им медицинской помощи имеет определенные особенности отличные от условий во взрослой больнице [197,198,242,245]. Условия пребывания, качество обследования и лечения, эффективное обезболивание, присутствие и поддержка родственников могут как позитивно настроить ребенка на выздоровление и сократить продолжительность пребывания его в больнице, так и наоборот. Родители, находящиеся с ним в стационаре, не только участвуют в процессе ухода и лечения, но и оценивают КМП, а при необходимости защищают права и законные интересы своего ребенка [95,107,241,246].

По результатам исследования средний возраст ребенка, с которым родители находились в стационаре, составил $5,8 \pm 4,9$ лет.

Условно все респонденты в зависимости от возраста ребенка были разделены на 2 группы: дети до 7 лет – $66,8 \pm 1,2$ (дети грудного возраста - $10,6 \pm 0,8$, преддошкольного (1-3 года) - $22,1 \pm 1,1$ и дошкольного – (3-7 лет) $34,1 \pm 1,2$) и старше 7 лет (дети школьного возраста 7-18 лет) - $33,2 \pm 1,2$.

Среди способов госпитализации в половине случаев ($50,1 \pm 1,3$) дети были госпитализированы в экстренном порядке, более трети ($38,3 \pm 1,3$) детей попали в стационар по направлению поликлиники или самостоятельно ($11,6 \pm 0,8$).

Кроме того, абсолютное большинство ($78,5 \pm 1,0$ из 100) несовершеннолетних имели постоянное место жительства в Санкт-Петербурге, $17,5 \pm 0,9$ – в Ленинградской области и $2,6 \pm 0,3$ в другом регионе РФ, а $1,4 \pm 0,2$ являлись иммигрантами из других стран.

При поступлении в стационар после осмотра врача, проведения первичных диагностических и лечебных мероприятий ребенок для оказания дальнейшей специализированной медицинской помощи поступает на профильное отделение. От длительности данного процесса иногда зависит не только тяжесть состояния, но и степень воздействия стрессовой ситуации на сознание больного ребенка. Налаженная работа лечебных и диагностических служб приемного отделения, достаточное количество медицинского персонала и наличие свободных профильных коек на отделениях способствуют оказанию наиболее качественной медицинской помощи ребенку и комфортные условия пребывания на начальном этапе госпитализации [246]. По результатам анкетирования большинство детей ($60,5 \pm 1,3$ из 100) были госпитализированы из приемного покоя на профильное отделение в течении 1 часа, тем не менее четверть детей ($25,3 \pm 1,1$) ожидали госпитализации до 2-х часов, а $14,2 \pm 0,9$ - более 2-х часов.

Большая часть респондентов с детьми были госпитализированы на отделения соматического профиля ($59,8 \pm 1,3$) и меньшая на отделения хирургического профиля ($40,2 \pm 1,3$).

Госпитализация больных на профильное отделение проводится в зависимости от наличия показаний, характера заболевания, тяжести состояния ребенка и с учетом наличия свободных мест на отделениях. К моменту поступления больного

из приемного в лечебное отделение ему должно быть подготовлено место в палате. Однако неравномерность поступления больных по профилю основного заболевания, перегрузка и нехватка коек определенного профиля, ряд других организационных проблем и просчетов приводит к тому, что в отделениях детского стационара иногда приходится временно организовывать приставные резервные койки, как в коридорах, так и в других неприспособленных помещениях [110].

В ходе проведенного анкетирования было выявлено, что десятой части родителей в первое время приходилось находиться с ребенком в коридоре отделения или в другом неприспособленном помещении: продолжительное время (до 2-х суток) - $2,4 \pm 0,4$ и непродолжительное время (менее суток) - $7,0 \pm 0,7$ на 100 респондентов. При этом статистически достоверной разницы по этому показателю среди отделений хирургического и соматического профилей, а также у групп родителей с детьми до 7 лет и старше 7 лет установлено не было (в обоих случаях $t < 2$).

Согласно ТППГ при получении медицинской помощи в стационарных условиях пациенты размещаются в палатах на два и более мест, размещение пациентов в одноместных палатах (боксах) осуществляется по медицинским или эпидемиологическим показаниям [74,93].

По данным анкетирования почти половина детей ($47,0 \pm 1,3$ из 100), вне зависимости от возраста, во время пребывания в стационаре находилась в четырехместной и более палате, а треть детей ($30,4 \pm 1,2$) в двухместной палате. Одноместные палаты предоставлялись только платно и десятая часть родителей ($9,1 \pm 0,7$) оплачивали пребывание в них. Причем большинство, оплативших одноместную палату повышенной комфортности, являлись родителями детей до 7 лет, находящиеся с ребенком в стационаре круглосуточно ($82,2 \pm 1,0$ против $24,4 \pm 1,9$), что свидетельствует о повышенной потребности данной группы родителей в собственном комфорте ($t \geq 2$).

В соответствии со статьей 51 ФЗ №323 и ТППГ одному из родителей предоставляется право на бесплатное совместное нахождение в круглосуточном стационаре с ребенком до 4 лет и при наличии медицинских показаний с детьми

более старшего возраста [61,74,75]. Пребывание родителей в стационаре и привлечение их к уходу за больным ребенком оказывает позитивное влияние не только на психоэмоциональный статус несовершеннолетнего, но и на психоэмоциональное состояние самих родителей, удовлетворяет их потребность в информировании о состоянии ребенка, ходе и эффективности лечения, вовлекая их непосредственно в лечебный процесс. По результатам опроса большинству респондентов разрешали находиться в стационаре с детьми до 6 лет круглосуточно и осуществлять ежедневное посещение детей более старшего возраста ($92,9 \pm 0,7$). Однако у $7,1 \pm 0,7$ из 100 респондентов возникали сложности в нахождении вместе с ребенком в стационаре.

Соблюдение требуемого санитарного режима в больничных помещениях играет огромную роль в работе детского стационара, организации лечебного процесса и ухода за больными детьми, а также в профилактике многих заболеваний. Нарушения требований и правил санитарного режима приводят к загрязненности помещений, размножению патогенных микроорганизмов, увеличению периода выздоровления детей, возникновение осложнений, распространению внутрибольничной инфекции. Температура воздуха в больничных помещениях, вентиляция, отопление в холодное время должны быть оптимальны для создания комфортных условий пребывания ребенка в стационаре [74,236].

Особенностью температурных условий в Санкт-Петербурге является их непостоянство. Несмотря на умеренный климат, высокий уровень влажности воздуха, быстрая смена циклонов вызывают порой резкие перепады температур, как в зимнее, так и в летнее время. При таких погодных условиях, несмотря на колебания температуры во внешней среде, в отделениях детского стационара необходимо обеспечить стабильный и комфортный температурный режим.

Большинство родителей ($73,4 \pm 1,1$ из 100) отметили, что температура воздуха в палате, в которой проходил лечение их ребенок, всегда была комфортной. Однако четверть ($26,2 \pm 1,1$) указали, что иногда, а $0,4 \pm 0,2$, что всегда, температура была некомфортной. Таким образом, $26,6 \pm 1,1$ из 100 респондентов были не удовлетворены температурным режимом в детском стационаре, причем чаще этот недостаток

отмечали родители детей до 7 лет ($31,0 \pm 1,5$ против $17,1 \pm 1,7$), а также родители детей, получавших лечение на отделениях соматического профиля ($30,3 \pm 1,9$ против $23,7 \pm 1,4$) ($t \geq 2$).

Детские стационары зачастую имеют недостаточное обеспечение постельными принадлежностями ввиду высокой стоимости мягкого инвентаря и его стирки. Однако в соответствии с СанПиНом 2.1.3.2630-10 смена белья пациентам должна проводиться по мере загрязнения, регулярно, но не реже одного раза в семь дней [74]. Регулярная замена и качество постельного белья имеет важное значение не только для обеспечения комфортного пребывания ребенка в детском стационаре, но и играет важную роль в соблюдении противоэпидемического режима. Кроме того, в отделениях хирургического профиля, смену белья следует проводить после любого хирургического вмешательства, а в послеоперационном периоде систематически до прекращения выделений из ран.

По результатам анкетирования только $68,6 \pm 1,2$ из 100 родителей оценили состояние постельного белья, как хорошее, $26,8 \pm 1,2$, как удовлетворительное, а $4,6 \pm 0,5$ были полностью не удовлетворены состоянием постельного белья и посчитали его плохим или даже очень плохим. Среди родителей детей до 7 лет и детей, получивших лечение на отделениях хирургического профиля, таковых было больше, чем среди родителей детей старше 7 лет и детей на соматических отделениях ($5,5 \pm 0,7$ и $5,1 \pm 0,7$ против $3,1 \pm 0,8$ и $4,0 \pm 0,8$; $t \geq 2$).

В соответствии с СанПиНом 2.1.3.2630-10 поддержание требуемого санитарного режима предусматривает регулярную тщательную уборку помещений, которая обязательно должна быть влажной. Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, подоконников, дверных ручек) должна осуществляться ежедневно, по мере необходимости в течении дня и не менее двух раз в сутки с последующим проветриванием палат. Во время уборки особое внимание уделяется санитарному состоянию тумбочек и прикроватных столиков, где не разрешается хранить продукты питания. Во всех помещениях отделения раз в месяц проводится генеральная уборка.

Среди родителей $64,9 \pm 1,2$ из 100 респондентов оценили чистоту на отделении и соблюдение санитарно-эпидемиологического режима как хорошие, и $31,8 \pm 1,2$ как удовлетворительные, а $3,2 \pm 0,5$ - были полностью не удовлетворены данным критерием.

Почти половина респондентов ($46,4 \pm 1,3$ из 100) оценили состояние туалета и ванной комнаты в палате как удовлетворительное. Около трети ($38,3 \pm 1,3$) отметили хорошее состояние санузла, а $14,8 \pm 0,9$ - как плохое и $1,2 \pm 0,3$ – как очень плохое.

Разницы в оценках чистоты, санитарно-эпидемиологического режима и состояния санузла между отделениями хирургического и соматического профиля выявлено не было ($t < 2$).

Менее половины родителей ($48,1 \pm 1,3$) отметили хорошие условия пребывания в палате (состояние мебели, ремонт помещения). Однако, $44,6 \pm 1,3$ из 100 респондентов оценили условия как удовлетворительные, а $7,3 \pm 0,7$ как плохие и очень плохие. Причем больше половины респондентов ($56,0 \pm 1,7$), давших низкие оценки, являлось родителями с отделений хирургического профиля.

По мнению $85,2 \pm 0,9$ из 100 респондентов уборка в палате проводилась регулярно, однако $10,8 \pm 0,8$ из 100 родителей определили периодичность уборки как нерегулярную, а $4,1 \pm 0,5$ отметили, что им приходилось убираться в палате самим, причем в большинстве случаев на отделениях соматического профиля ($8,6 \pm 1,2$ - на соматических отделениях и $1,0 \pm 0,3$ - на отделениях хирургического профиля; $t \geq 2$).

Организованный досуг ребенка во время лечения в стационаре является частью лечебно-охранительного режима и способствует наиболее быстрому выздоровлению ребенка, а также является профилактикой больничного травматизма. В соответствии со ст.6 и 7 ФЗ № 323 в медицинских организациях должны быть созданы комфортные и благоприятные условия для детей, а также социальная инфраструктура, ориентированная на организованный отдых и оздоровление детей. Согласно СанПиН 2.1.3.2630-10 в детских отделениях стационара предусматриваются помещения для обучения и игровые комнаты [61,74]. Во время пребывания

ребенка в стационаре для организации досуга обычно на отделениях организовывают игровую комнату, зону отдыха с телевизором и т.д. Большинство респондентов отметило отсутствие данных удобств ($80,3 \pm 1,0$) и высказало пожелания о проведении благоустройства и улучшений условий досуга. Также родители отметили отсутствие сотрудников на отделении, обеспечивающих организацию досуга детей – нянечек и преподавателей ($95,5 \pm 0,5$).

Эффективность лечения детей в условиях стационара во многом определяется качеством питания. Пища для больного ребенка нужна не только для возмещения физиологических потребностей и энергозатрат, но и для проведения коррекции нарушенных обменных процессов и функций различных органов и систем. Состояние больничного питания зависит от многих причин, в том числе от качества закупаемых продуктов, профессионализма поваров и условий приготовления пищи, но почти всегда ограничивается весьма скудными денежными средствами, выделяемыми на эти цели. Часто недостаток средств не позволяет обеспечить разнообразное и качественное питание маленьких пациентов. Диетотерапия больного ребенка, вне зависимости от возрастной группы, должна быть не только сбалансированной по составу, но и обладать высокими количественными и качественными характеристиками, такими как объем порций, вкусовые качества и разнообразие блюд [13,20,46,48]. Почти половина респондентов ($49,3 \pm 1,3$ из 100) оценила объем порций в стационаре как средние, $36,3 \pm 1,3$ отметили, что порции были маленькими, и ими ребенок не наедался, и только $14,4 \pm 0,9$ посчитали порции достаточными. По вкусовым качествам большинство родителей ($42,8 \pm 1,3$ из 100) определили питание как невкусное, $34,9 \pm 1,2$ - со средними вкусовыми качествами и только $21,3 \pm 1,1$ оценили, как очень вкусное. Только в половине случаев ($50,3 \pm 1,3$ из 100) родители отметили разнообразие блюд в течение недели. Необходимо отметить, что в большинстве случаев отрицательные оценки питанию по вкусовым качествам и разнообразию блюд дали родители детей до 7 лет и детей, проходивших лечение на соматических отделениях ($70,2 \pm 2,5$ и $58,1 \pm 2,7$ - дети до 7 лет, $62,1 \pm 3,5$ и $50 \pm 3,6$ - на соматических отделениях).

Важным элементом медицинской помощи, оказывающим влияние на степень удовлетворенности пациентов, является соблюдение персоналом стационара принципов медицинской этики (человечность, наблюдательность, корректность, спокойствие, высокая культура, чуткое и внимательное отношение к ребенку, соблюдение медицинской тайны, доброжелательные взаимоотношения между медицинским персоналом и родителями и т.д.) [37,98]. Даже получив квалифицированную медицинскую помощь, ребенок и его родители могут остаться неудовлетворенными отношением к себе - не только грубостью медицинского персонала, но и недостатком внимания и сочувствия. Другими словами, эффективность лечения больных детей определяется не только качественной диагностикой и лечением заболевания, но и индивидуальным подходом к каждому ребенку. В детских стационарах, по сравнению с АПУ, эта проблема имеет большое значение в виду более длительного периода общения с персоналом больницы за время госпитализации и стрессового состояния как самого ребенка, так и его родителей. Для квалифицированного оказания медицинской помощи детям медицинский персонал должен иметь не только глубокие теоретические знания, умело использовать практические навыки, но и тонко понимать психологию больного ребенка и его родителей, четко решать существующие в этой области этические проблемы [208]. Большинство родителей ($70,0 \pm 1,2$ из 100) оценило отношение лечащего врача к себе и ребенку как всегда доброжелательное, однако около трети родителей отметили отношение как индифферентное или безразличное ($30,0 \pm 1,2$). С грубостью и невнимательностью родителям приходилось сталкиваться наиболее часто при общении с работниками приемного отделения - $24,6 \pm 1,1$, санитарками - $26,0 \pm 1,1$ и медицинскими сестрами - $23,4 \pm 1,1$ на лечебном отделении, реже всего с лечащими врачами - $7,5 \pm 0,7$ и работниками администрации - $5,5 \pm 0,6$. Большинство опрошенных, сталкивавшихся с грубостью и невнимательностью при общении с санитарками и медицинскими сестрами, относились к группам родителей с детьми до 7 лет ($28,6 \pm 1,4$ и $26,4 \pm 1,4$) и детьми, проходивших лечение на соматических отделениях ($28,3 \pm 1,8$ и $29,2 \pm 1,8$) ($t \geq 2$).

С переходом системы здравоохранения в условия рыночной экономики у учреждений здравоохранения появилась возможность иметь дополнительные источники финансирования в виде дохода от платных медицинских услуг. Вместе с тем, основополагающим принципом возможности оказания платных услуг было установлено их предоставление дополнительно к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи в рамках ТПГГ [14,25,68,82]. Однако стремление медицинских учреждений к экономическому развитию, психологическая неуверенность родителей при взаимодействии с работниками медицинских организаций в условиях угрозы здоровью ребенка, недостаточная информированность граждан о правах и возможностях в системе ОМС способствовали прогрессивному увеличению объемов возмездных услуг, в том числе с нарушением прав граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Возможности оказания платных медицинских услуг в детских стационарах ограничены и не развиты в том объеме, в котором они существуют во взрослой сети. Однако с каждым годом их доля растет и иногда осуществляется с нарушениями норм действующего законодательства [51,96,108]. Существует тонкая грань между желанием родителей получить медицинскую услугу повышенного качества в короткие сроки за счет личных денежных средств, с одной стороны, и необходимостью в связи с отсутствием бесплатной доступной альтернативы, с другой стороны.

Проведенное исследование показало, что большинство детей ($93,1 \pm 0,7$ из 100), проходивших стационарное лечение, имели полис ОМС. Вместе с тем, $5,5 \pm 0,6$ на 100 детей дополнительно к полису ОМС имели полис ДМС и $1,4 \pm 0,3$ - не имели никакого медицинского полиса. Таким образом, большинство родителей с детьми ($98,6 \pm 0,3$ из 100) имели возможность получения бесплатной медицинской помощи надлежащего качества в объеме и на условиях, установленных в рамках ТПГГ, в МО, участвующих в реализации программ ОМС, а также в соответствии с договором ДМС.

Согласно статье 19 ФЗ-323 и в рамках ТПГГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан

лекарственными препаратами, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств», и медицинскими изделиями, назначенными лечащим врачом, за счет средств ОМС и государственного бюджета РФ [59,67,68,70,75,80]. Обеспечение граждан лекарственными препаратами, не включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов или в соответствующий стандарт медицинской помощи, а также медицинскими изделиями, не входящими в соответствующий стандарт медицинской помощи, осуществляется в случае наличия у пациента медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии МО.

Однако недостаточное финансирование МО, перегрузка, организационные просчеты приводят к перебоям в поставке медикаментов и их частичного отсутствия в лечебных отделениях детских больниц [85]. Кроме того, ассортимент лекарственных средств в различных стационарах может существенно отличаться, а некоторые препараты из указанных в перечне лекарств могут оказаться недостаточно эффективными для лечения данного заболевания у конкретного ребенка. Очереди на диагностические исследования и консультации врачей специалистов или невозможность их проведения бесплатно ставят родителей в безвыходное положение. Все это приводит к тому, что несмотря на законодательную базу, наличия полиса ОМС, в отдельных случаях, родители больных детей или их родственники по просьбе врачей вынуждены приобретать необходимые медикаменты, оплачивать медицинские услуги из личных средств.

По данным анкетирования, у $64,1 \pm 1,2$ из 100 респондентов дети за время госпитализации были обеспечены полностью всем необходимым, и родители не использовали личные средства на их лечение. В то же время более трети родителей ($35,9 \pm 1,3$) за время госпитализации поступали предложения самостоятельно приобрести для лечения ребенка медикаменты, лекарства, перевязочный материал и др. Из них $28,2 \pm 1,2$ из 100 респондентов были вынуждены что-либо приобретать за свои деньги, а $1,4 \pm 0,3$ практически все оплачивали из личных средств. $6,3 \pm 0,6$ из

100 предлагалось использовать личные средства, но они отказались, так как не имели на это средств.

В соответствии с ТПГГ лечащий врач определяет объем, сроки и своевременность лечебно-диагностических мероприятий. В данном случае, можно предположить, что причинами использования личных средств являлись: недостаточное информирование родителей об объеме бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС, ограничение в доступности медицинской услуги (большие очереди, отсутствие бесплатной альтернативы в медицинской организации) или приобретение услуги повышенного качества.

Среди медицинских услуг, которые были назначены лечащим врачом ребенка, и которые родителям приходилось оплачивать из личных денежных средств во время пребывания в стационаре, респонденты отметили: лекарственные препараты ($46,1 \pm 2,4$), лабораторные анализы ($12,0 \pm 1,6$), инструментальные исследования ($11,3 \pm 1,5$), консультации врачей специалистов ($8,3 \pm 1,3$), изделия медицинского назначения ($7,2 \pm 1,2$), операцию ($6,1 \pm 1,1$) и другие медицинские манипуляции (общее обезболивание, перевязки, инъекции - $9,0 \pm 1,4$) (Рисунок 4.4).



Рисунок 4.4 - Структура медицинских услуг, которые пришлось оплачивать родителям в детском стационаре

В настоящее время порядок предоставления платных медицинских услуг определен Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» [65,108]. Приобретая медицинскую услугу на платной основе, пациент становится потребителем. С этого момента все взаимоотношения между потребителем и медицинской организацией регулируются Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 03.07.2016) «О защите прав потребителя» [26,70]. Согласно законодательству при заключении договора на медицинскую услугу потребителю должна быть предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках ТППГ без взимания платы.

Однако, за время госпитализации возможность ознакомиться с перечнем бесплатных медицинских услуг, на которые ребенок имел право за счет средств ОМС, отметили только треть всех респондентов, из них большая часть ($19,7 \pm 1,0$) получила информацию из информационных стендов, висящих на видном месте, а $7,9 \pm 0,7$ из 100 - всё подробно рассказал лечащий врач. Больше половины родителей не интересовались ($23,5 \pm 1,1$) или не обращали внимание ($31,6 \pm 1,2$) на данный вид информации. Оставшейся части опрошенных информация совсем не предоставлялась ($17,2 \pm 1,0$). Таким образом, имеет место не только недостаточное информирование населения об их правах в системе ОМС, но и низкая правовая активность граждан в приобретении этих знаний.

При проведении анкетирования было выявлено, что платные услуги в детских стационарах часто оказывались с нарушениями установленных правил. Из ответов респондентов, воспользовавшихся платными услугами, следует, что с $33,1 \pm 2,3$ из 100 родителей письменный договор на оказание платных медицинских услуг не заключали, а $17,9 \pm 1,8$ - об этом не знают. Только $48,3 \pm 2,4$ из 100 респондентов

оплачивали платные услуги через кассу, и $26,9 \pm 2,1$ ответили, что оплата производилась непосредственно врачу или медицинской сестре.

После оплаты услуги $41,4 \pm 2,4$ на 100 респондентов был выдан чек или другой платежный документ, а $31,7 \pm 2,2$ - никакого документа не выдавалось.

Около трети всех респондентов ($32,3 \pm 1,2$) оценили стоимость платных медицинских услуг в детском стационаре как вполне приемлемая, а $9,7 \pm 0,8$ - как дорогая. $6,1 \pm 0,6$ из 100 родителей рассматривали возможность приобретения платных медицинских услуг, но их стоимость посчитали для себя недоступной. Половина респондентов ($51,9 \pm 1,3$) платными услугами не пользовались и оценить их стоимость не смогли.

Для установления социального статуса родителей, воспользовавшихся платными услугами, была проведена оценка социального и материального положения респондентов. Больше половины респондентов ($57,9 \pm 2,4$) относились к группе родителей с высшим образованием. Также $22,8 \pm 2,0$ из 100 родителей имели среднее специальное образование, $10,3 \pm 1,5$ - незаконченное высшее и $9,0 \pm 1,4$ - родители со средним и начальным образованием. По социальному положению большинство респондентов, оплативших те или иные медицинские услуги и лекарства в больнице, оказалось временно неработающими (в отпуске по беременности и родам, по уходу за ребенком) – $34,5 \pm 2,3$, служащими – $20,0 \pm 1,9$ и рабочими - $17,9 \pm 1,8$ на 100 респондентов.

По материальному положению более половины родителей ($56,6 \pm 2,4$), воспользовавшихся платными услугами и принявших участие в исследовании, отнесли себя к категории семей с низким достатком, указав в анкете, что средств в семье хватает только на питание и на самое необходимое, а $6,2 \pm 1,2$ из 100 респондентов сообщили, что средств в семье не хватает на питание и им приходится на всем экономить. Только треть родителей ($31,0 \pm 2,2$) отметили достаточное наличие средств и возможность отложить их на будущее, а $6,2 \pm 1,2$ - указали, что у них обеспеченная семья и средств хватает на все.

При анализе имеющегося опыта госпитализаций большая часть ($71,0 \pm 2,2$) родителей, воспользовавшаяся платными услугами, отметила наличие предыдущего опыта пребывания с ребенком в стационаре.

В рамках ТППГ специализированная медицинская помощь оказывается бесплатно в стационарных условиях и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний. Экстренная медицинская помощь оказывается бесплатно, вне зависимости от наличия гражданства и полиса ОМС. По данным анкетирования, среди респондентов, оплативших медицинские услуги и лекарства за период госпитализации, больше половины родителей ($52,4 \pm 2,4$) поступило с детьми в стационар в экстренном порядке и около трети ($31,0 \pm 2,2$) по направлению базовой поликлиники на плановое лечение.

Одновременно, родители детей, проходивших лечение на отделениях хирургического профиля, оплачивали лекарства и медицинские услуги чаще, чем на соматических отделениях ($57,2 \pm 1,7$ против $42,8 \pm 2,0$; $t \geq 2$).

Таким образом, большинство родителей, воспользовавшихся платными услугами, имело высшее и среднее специальное образование, были трудоустроены, относили себя к категории семей с низким и средним доходом, имели предыдущий опыт нахождения с ребенком в стационаре, их дети были госпитализированы в экстренном порядке и проходили лечение в отделениях хирургического профиля [237].

На вопрос сталкивались ли респонденты со случаями вымогательства со стороны медицинского персонала положительно ответили $2,8 \pm 0,4$ из 100 родителей, а $10,8 \pm 0,8$ не захотели отвечать на данный вопрос.

Родители признались, что сами давали «в знак благодарности» медицинскому персоналу деньги или другие ценные подарки часто ($3,7 \pm 0,5$) и редко ($13,6 \pm 0,9$), а почти четверть респондентов не захотели отвечать на данный вопрос ($23,9 \pm 1,1$), что также наводит на мысль о положительном ответе.

На момент анкетирования объем обследования ребенка за период госпитализации удовлетворил только половину родителей ($52,9 \pm 1,3$), остальных респондентов удовлетворил не в полной мере ($31,6 \pm 1,2$) или не удовлетворил

полностью ($5,5 \pm 0,6$). Объем лечения удовлетворил $66,7 \pm 1,2$ из 100 респондентов, а около трети родителей ($28,8 \pm 1,2$) удовлетворил частично или полностью не удовлетворил ($2,4 \pm 0,4$). Затруднились дать оценку объему проведенного обследования и лечения - $9,9 \pm 0,8$ и $2,0 \pm 0,4$ на 100 респондентов, соответственно.

Существенной разницы в оценках объема обследования и лечения между родителями соматических и хирургических отделений, а также разных стационаров не было ($t < 2$).

В целом оказанной ребенку МП за период госпитализации остались удовлетворены чуть больше половины родителей ($57,8 \pm 1,3$), в то же время $30,4 \pm 1,2$ на 100 респондентов были удовлетворены, но не в полной мере, а $6,3 \pm 0,6$ остались полностью неудовлетворенными качеством. Затруднились ответить на данный вопрос $5,5 \pm 0,6$ из 100 респондентов (Рисунок 4.5).

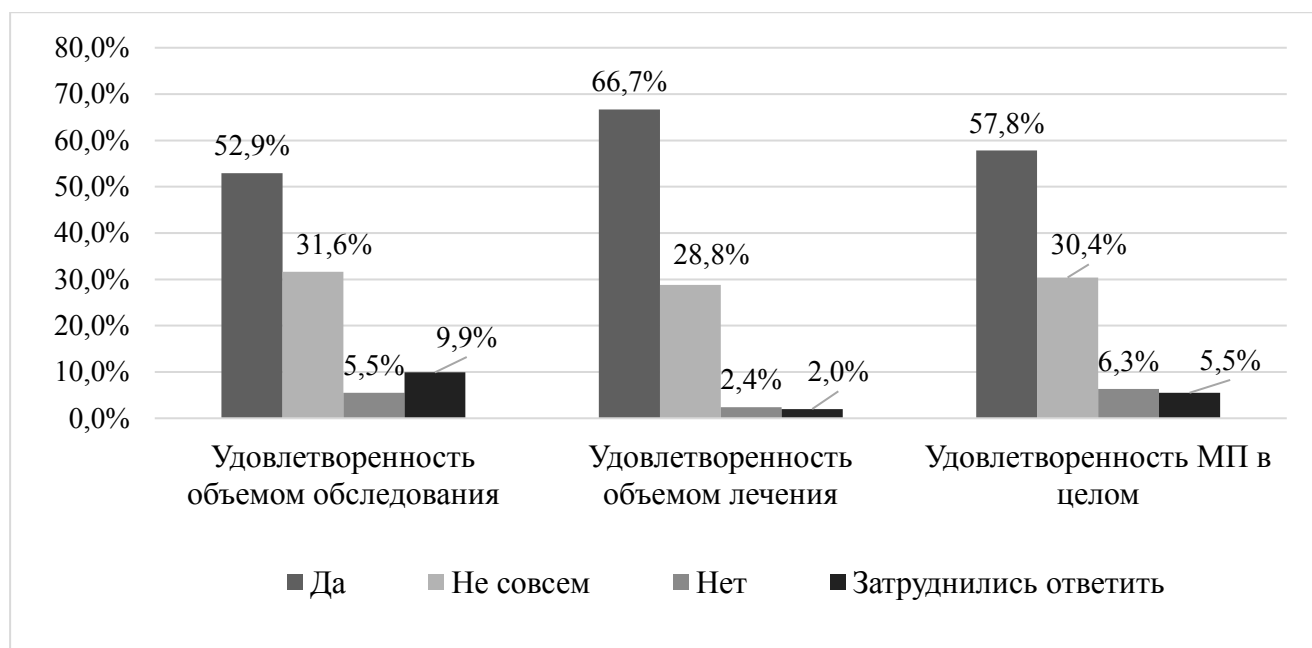


Рисунок 4.5 - Удовлетворенность родителей объемами обследования, лечения и медицинским обслуживанием в целом в детском стационаре

Все детские многопрофильные стационары Санкт-Петербурга, на базе которых проводилось анкетирование, осуществляли госпитализацию и стационарное лечение детей как в экстренном, так и в плановом порядке, имели примерно одинаковое количество коек на отделениях хирургического и соматического профиля. При сравнении степени удовлетворенности наиболее

высокая доля родителей, полностью удовлетворенных МП, проходила лечение с детьми в СПб ГБУЗ «Детская городская больница №19 им. К.А. Раухфуса» ($70,1 \pm 2,6$). И только чуть более половины родителей были полностью удовлетворены КМП в остальных детских стационарах города (Таблица 4.7).

Таблица 4.7

Распределение детских стационаров по степени удовлетворенности родителей МП в целом ($P \pm m$)

Стационар/удовлетворенность МП в целом	Да	Не совсем	Нет	Затруднились ответить
СПб ГБУЗ «Детская городская больница №1»	$55,2 \pm 2,4$	$34,5 \pm 2,3$	$6,9 \pm 1,2$	$3,4 \pm 0,9$
СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 Святой Марии Магдалины»	$51,3 \pm 3,3$	$29,5 \pm 3,0$	$10,3 \pm 2,0$	$8,9 \pm 1,9$
СПб ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф. Филатова»	$55,8 \pm 2,2$	$33,7 \pm 2,1$	$6,7 \pm 1,1$	$3,8 \pm 0,9$
СПб ГБУЗ «Детская городская больница №19 им. К.А. Раухфуса»	$70,1 \pm 2,6$	$19,6 \pm 2,2$	$1,9 \pm 0,7$	$8,4 \pm 1,6$

При сравнении степени удовлетворенности между разными группами респондентов (по полу респондента, по возрасту детей, наличию предыдущего опыта пребывания с ребенком в стационаре, профилю лечебного отделения) уровень удовлетворенности статистически значимо не отличался ($t < 2$) (Таблица 4.8).

Таблица 4.8

Распределение групп респондентов в зависимости от уровня удовлетворенности родителей МП ($P \pm m$)

Группы респондентов	Группа/удовлетворенность МП	Да	Не совсем	Нет	Затруднились дать ответ
1. По полу	Мужчины	$56,8 \pm 3,3$	$35,1 \pm 3,2$	$6,8 \pm 1,7$	$1,3 \pm 0,8$
	Женщины	$58,0 \pm 1,4$	$29,6 \pm 1,3$	$6,2 \pm 0,7$	$6,2 \pm 0,7$
2. По возрасту ребенка	Дети до 7 лет	$56,2 \pm 1,6$	$31,9 \pm 1,5$	$5,5 \pm 0,7$	$6,4 \pm 0,8$
	Дети старше 7 лет	$61,0 \pm 2,2$	$27,4 \pm 2,0$	$7,9 \pm 1,2$	$3,7 \pm 0,9$
3. По наличию предыдущего опыта нахождения в	Был опыт	$57,8 \pm 1,6$	$29,7 \pm 1,5$	$6,7 \pm 0,8$	$5,8 \pm 0,8$
	Не было опыта	$57,8 \pm 2,1$	$31,7 \pm 2,0$	$5,5 \pm 1,0$	$5,0 \pm 0,9$

стационаре с ребенком					
4. По профилю лечебного отделения	Отделения соматического профиля	56,1±2,0	29,8±1,9	5,6±0,9	8,5±1,1
	Отделения хирургического профиля	59,3±1,7	30,8±1,6	6,5±0,8	3,4±0,6

Среди респондентов, воспользовавшихся за период госпитализации платными услугами, более трети родителей ($40,0 \pm 2,4$) остались полностью удовлетворены МП, оказанной их ребенку. Однако $39,3 \pm 2,3$ на 100 родителей остались удовлетворены не в полной мере и $12,4 \pm 1,6$ - были полностью не удовлетворены МП. $8,3 \pm 1,3$ из 100 родителей затруднились ответить на данный вопрос. Таким образом, необходимость оплаты медицинских услуг во время пребывания в стационаре с ребенком только в половине случаев ($51,7 \pm 2,4$) оказало влияние на уровень удовлетворенности родителей медицинским обслуживанием.

Большинство опрошенных ($26,6 \pm 1,1$ из 100) в качестве основной причины неудовлетворенности МП в детском стационаре отметили плохие санитарно-гигиенические условия. Кроме того родители указали: трудности в получении консультации врачей-специалистов ($13,6 \pm 0,9$ из 100), плохую организацию работы отделения стационара, в котором проводилось лечение ребенка ($13,3 \pm 0,9$) и приемного отделения ($11,5 \pm 0,8$), грубость и невнимательность медперсонала ($10,8 \pm 0,8$), трудности в прохождении обследования ребенка ($10,8 \pm 0,8$) и другое (низкое качество питания, отсутствие организации досуга ребенка, плохое лекарственное обеспечение и необходимость оплаты медицинских услуг, отсутствие эффекта от лечения – $13,4 \pm 0,9$).

По мнению родителей улучшению качества работы детской больницы будут способствовать в первую очередь увеличение финансирования медицинской организации ($14,5 \pm 0,9$ из 100), увеличение объема бесплатной медицинской помощи ($12,8 \pm 0,9$), обеспечение лекарствами ($8,8 \pm 0,7$), средствами ухода и изделиями медицинского назначения ($8,3 \pm 0,7$). Были высказаны пожелания повышения комфортности пребывания детей в лечебных отделениях, включающее в себя обновле-

ние мягкого инвентаря (постельное белье и принадлежности- $9,9\pm 0,8$ из 100), ремонт палат и санузлов ($9,8\pm 0,8$), доброжелательное отношение к ребенку со стороны медицинского персонала ($9,5\pm 0,8$), улучшение вкусовых характеристик больничного питания ($7,4\pm 0,7$), организация досуга детей в свободное время ($5,9\pm 0,6$) и оборудование игровых комнат ($5,4\pm 0,6$). Респонденты также считают, что для уменьшения эмоционального напряжения, тревоги за состояние ребенка врачи должны больше времени уделять осмотру ($4,6\pm 0,5$), разъяснению родителям о состоянии ребенка, тактике и результатах обследования и лечения ($3,1\pm 0,5$).

Таким образом, проведенное анкетирование показало, что в детских стационарах г. Санкт-Петербурга более трети респондентов ($36,7\pm 1,3$ из 100) остались полностью неудовлетворенными или удовлетворенными не в полной мере оказанной стационарной помощью детям в целом. Среди причин неудовлетворенности МП родители выделили не только отношение медицинского персонала, плохую организацию работы отделений, качество обследования и лечения, но прежде всего санитарно-гигиенические условия пребывания ребенка в стационаре, недостаточный объем бесплатной медицинской помощи, качество питания и оказанный ему сервис. Родители часто сталкиваются с нарушениями законных прав и интересов ребенка в сфере ОМС, а также в порядке предоставления и оплаты платных медицинских услуг. Несмотря на наличие медицинского полиса, почти треть родителей ($29,6\pm 1,2$) были вынуждены воспользоваться личными денежными средствами для оплаты лекарств, консультаций врачей специалистов, лабораторных и инструментальных исследований в детском стационаре.

ГЛАВА 5

ОБРАЩЕНИЯ ГРАЖДАН КАК ВАЖНЫЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ КАНАЛ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

5.1 Роль страховой медицинской организации в решении проблем, связанных с ущемлением законных прав и интересов граждан в системе обязательного медицинского страхования

В соответствии с действующим законодательством СМО обеспечивает контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в медицинских организациях, осуществляет рассмотрение обращений и жалоб граждан, а также играет ведущую роль в защите прав и интересов застрахованных лиц в сфере ОМС [51,57,59,61,66].

В структуре Комитета по здравоохранению, ТФ ОМС и СМО в каждом регионе РФ организованы телефоны «горячей линии» и службы защиты прав граждан, которые призваны осуществлять не только консультативную поддержку населения в сфере охраны здоровья, работу с обращениями, но и проводить контроль объема и КМП, осуществлять большой раздел работы по защите нарушенных прав застрахованных, проводя экспертизы КМП, обеспечивая правовое консультирование, досудебное и судебное возмещение гражданам неправомерно понесенных денежных затрат, морального вреда здоровью застрахованным при получении медицинской помощи [10,18,39,119,121].

С 2007 года в соответствии с распоряжением Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 22.06.2007 N 289-р "Об усилении защиты прав граждан" и Приказом ТФ ОМС Санкт-Петербурга от 22.08.2007 N 173-А «Положение о страховых представителях в лечебно-профилактических учреждениях системы обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга" с целью защиты интересов застрахованных граждан непосредственно в медицинских организациях системы ОМС была создана служба страховых представителей от различ-

ных СМО [47,131]. Целесообразность организации данного института была вызвана высокой обращаемостью застрахованных граждан в СМО и ТФ ОМС Санкт-Петербурга по вопросам получения бесплатной и доступной медицинской помощи в стационарах экстренной медицинской помощи, по вопросам взимания денежных средств в период госпитализаций по экстренным показаниям. Данная служба страховых представителей позволила оперативно решать правовые вопросы в форме консультирования граждан и решения проблем получения ими бесплатной и доступной медицинской помощи в период лечения в стационаре вне зависимости от страховой принадлежности конкретного гражданина. В настоящее время проводится реструктуризация службы страховых представителей с расширением штата сотрудников и увеличением функциональных обязанностей в вопросах получения медицинской помощи в системе ОМС.

Обращения от застрахованных лиц в СМО могут поступать как в устной форме при личном визите или по телефону, так и в письменном виде по почте или по факсу, по электронной почте или на странице официального сайта в сети Интернет. Обращения граждан подразделяют на предложения, заявления, обращения за консультацией или с жалобой.

Предложения от застрахованных граждан часто содержат просьбу, совет или требования, направленные на улучшение порядка, организации работы и других сфер деятельности медицинских организаций.

Заявления граждан в СМО следует рассматривать как обращения лиц по поводу реализации их законных прав, в том числе в системе ОМС.

Обращения за консультацией носят информационный характер и дают ответ застрахованным об их правах в системе ОМС применительно к той или иной жизненной ситуации.

Жалобы являются обращениями граждан об неудовлетворенности действиями или бездействием конкретных юридических и/или физических лиц и/или обстоятельствами, нарушающими или ущемляющими законные права и интересы гражданина в системе ОМС или просьба граждан о восстановлении или защите

их нарушенных прав, свобод и законных интересов либо прав, свобод и законных интересов других лиц (Рисунок 5.1).

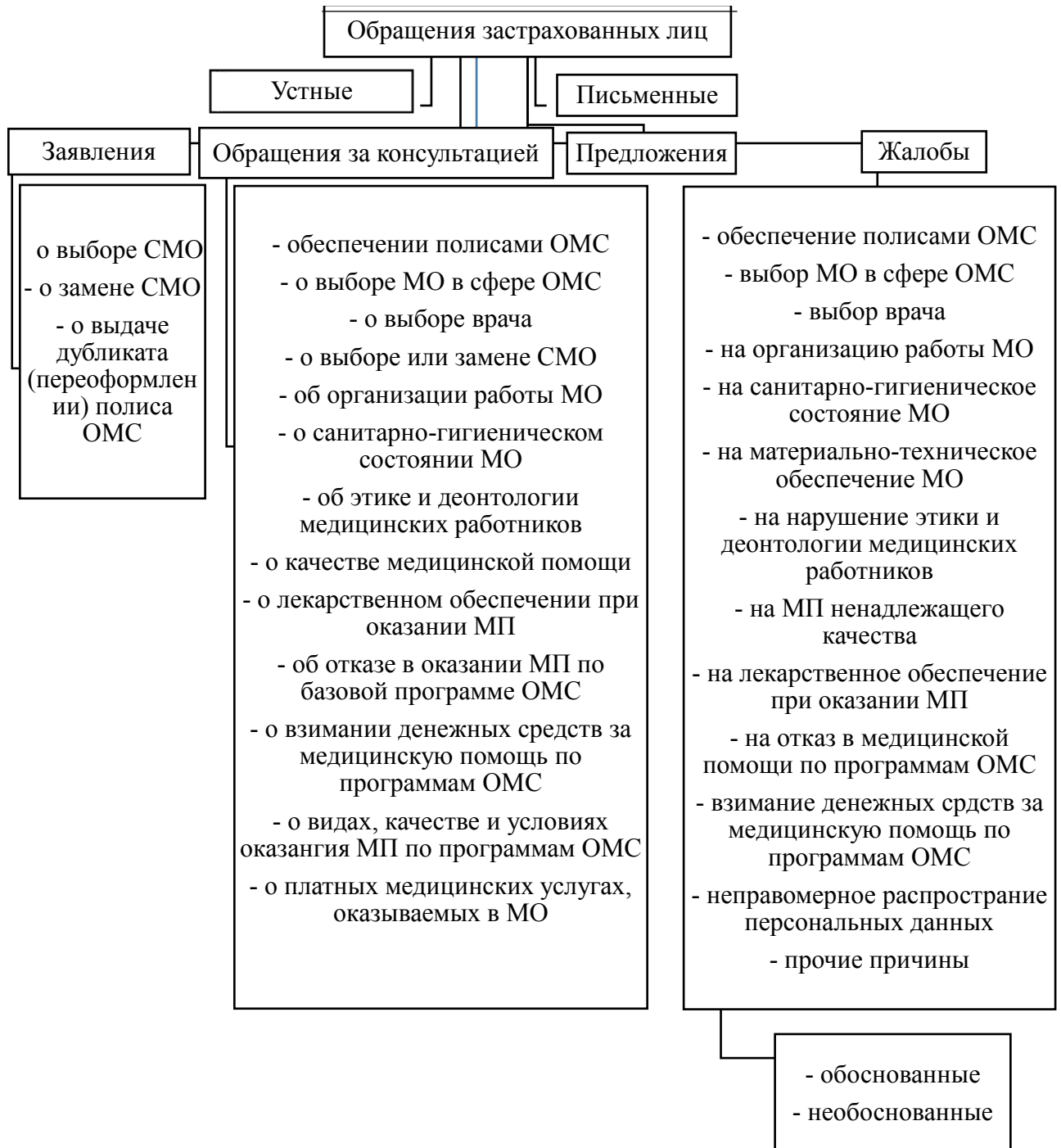


Рисунок 5.1 - Виды обращений в СМО

Личный прием граждан осуществляется директором филиала, его заместителями, начальниками отдельных служб и представителями СМО в медицинских организациях. Все обращения граждан поступают в специально созданную службу защиты прав застрахованных граждан, где поводится их рассмотрение и принятие по ним решений.

Все обращения граждан в СМО являются ценным источником информации о проблемах в учреждениях здравоохранения, позволяют предупредить нарушение прав застрахованных и их законных интересов или вовремя принять меры по их защите, избежать повторения данных прецедентов в будущем.

Являясь важным информационным каналом, обращения застрахованных служат одним из основных источников информации необходимой для решения вопросов не только информирования, но и повышения удовлетворенности населения КМП, а также защиты нарушенных прав и интересов застрахованных лиц. Наиболее часто в СМО обращаются те граждане, у которых возникли серьезные затруднения при получении медицинской помощи, справиться с которыми своими силами они не в состоянии или те, у которых есть конкретные предложения по повышению качества медицинского обслуживания. В связи с этим, анализ обращений в СМО предоставляет возможность получить оперативную информацию о существующих проблемах в МО, определить стратегию СМО и методы по их решению.

По результатам проведенного исследования при изучении правовой активности граждан в отношении защиты прав и интересов детей в системе ОМС, только $14,2 \pm 0,7$ из 100 родителей по предыдущему опыту приходилось обращаться в СМО для консультации или разъяснения по факту нарушения прав их ребенка, из них более двух трети обращений ($76,7 \pm 1,8$) составляли консультации в устной форме. Абсолютное большинство ($85,8 \pm 0,9$ на 100) респондентов за консультативной помощью в СМО ранее не обращались.

В случае ущемления прав ребенка при оказании медицинских услуг только $2,0 \pm 0,4$ из 100 респондентов ранее всегда обращались с жалобой в вышестоящие структуры, а $12,8 \pm 0,9$ из 100 родителей лишь иногда обращались за помощью. Однако большая часть респондентов, составивших $42,8 \pm 1,3$ из 100, при

нарушении прав своего ребенка предпочитали никуда не обращаться. Меньше половины родителей ($42,4 \pm 1,3$) никуда не обращались в связи с тем, что данных случаев ими отмечено не было.

Среди жалоб в вышестоящие структуры $74,3 \pm 1,1$ из 100 родителей направляли обращения в устной форме и $25,7 \pm 1,1$ в письменной. Из них большинство жалоб были адресованы в СМО ($42,2 \pm 1,3$), остальные к администрации медицинской организации ($30,7 \pm 1,2$) и в органы управления здравоохранения ($27,1 \pm 1,2$).

В будущем, с целью защиты прав и интересов ребенка, большинство респондентов ($36,9 \pm 1,3$ из 100) готовы обратиться в СМО, к администрации медицинской организации - $21,3 \pm 1,1$, в органы управления здравоохранения (комитет и райотдел) - $15,8 \pm 1,0$, в прокуратуру и полицию - $7,5 \pm 0,7$. Больше трети родителей никуда обращаться не планируют или разберутся с проблемой самостоятельно - $26,0 \pm 1,1$ и $11,9 \pm 0,8$, соответственно (Рисунок 5.2).

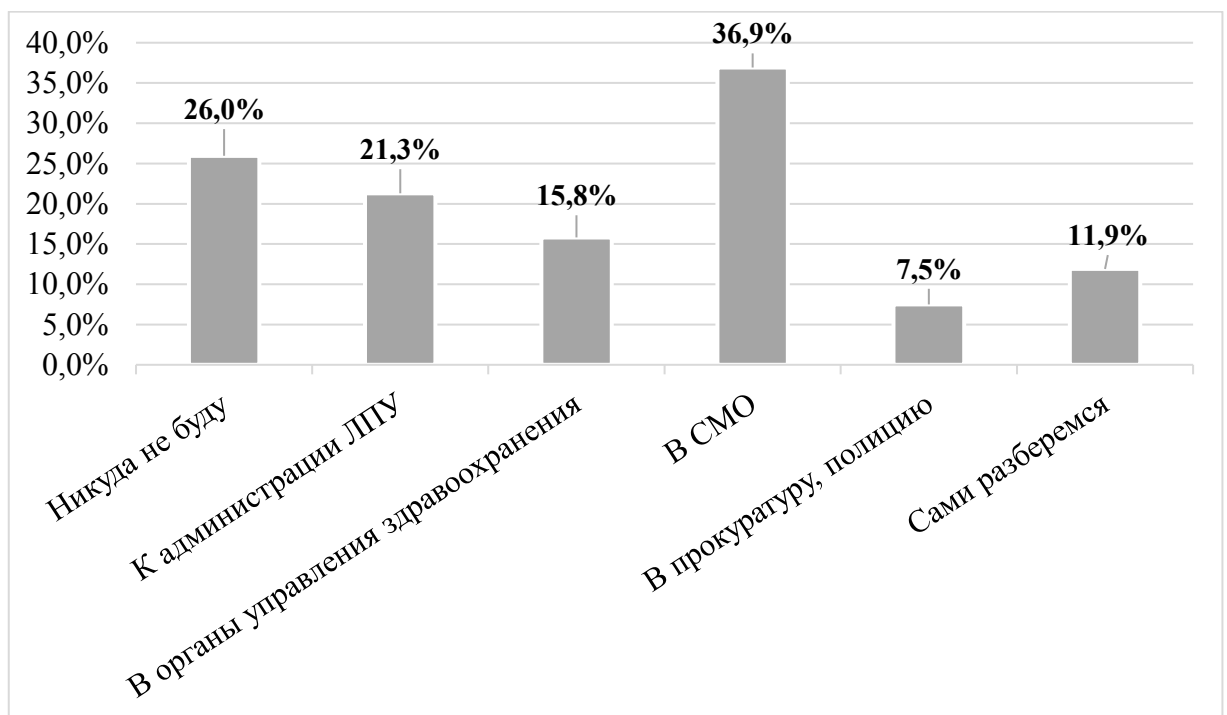


Рисунок 5.2 - Готовность родителей обратиться в вышестоящие структуры с целью защиты прав и интересов их ребенка

Таким образом, в случае нарушения прав и законных интересов ребенка далеко не все родители обращались или готовы обратиться за помощью в вышестоящие структуры, что говорит о низкой правовой активности населения. Только

чуть больше трети родителей ($36,9 \pm 1,3$) видит СМО в роли защитника нарушенных прав.

С целью изучения причин низкой обращаемости родителей в СМО при нарушении прав их ребенка в сфере охраны здоровья, были проанализированы мнения респондентов. Большинство родителей не обращались в СМО, т.к. не желали тратить время на разбирательство ($25,8 \pm 1,1$ из 100), не верили в положительное решение вопроса ($20,2 \pm 1,1$) или опасались бумажной волокиты ($19,2 \pm 1,1$). Менее четверти респондентов ($17,5 \pm 1,0$) признались, что не знали каким образом можно обратиться в СМО, а $7,4 \pm 0,7$ из 100 не знали, что это вообще можно сделать. Небольшое количество родителей ответило, что опасаются мести со стороны медицинских работников ($5,6 \pm 0,6$) или считают это не достойным и предпочитают защищать свои интересы иначе ($4,3 \pm 0,5$). Таким образом, среди основных причин низкой правовой активности родителей можно выделить экономию личного времени, инертность, недоверие и низкую информированность населения об обязанностях СМО в защите прав и законных интересов граждан. В ряде случаев это было обусловлено боязнью возникновения конфликтных ситуаций с администрацией и другими медицинскими работниками, а также страхом мести с их стороны при повторных обращениях с детьми.

В трех из четырех стационаров (СПб ГБУЗ «Детская городская больница №1», СПб ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф. Филатова», СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 Святой Марии Магдалины»), где проводилось исследование, имелись страховые представители различных СМО. Однако только $11,9 \pm 0,8$ из 100 респондентов знали об их присутствии в медицинской организации, из них $6,5 \pm 0,6$ обращались к ним за помощью; $12,8 \pm 0,9$ из 100 родителей с убежденностью ответили, что их нет в больнице. Большая часть респондентов ($75,3 \pm 1,1$) признались, что не знали о существовании страховых представителей вовсе или об их наличии в детских стационарах Санкт-Петербурга. Таким образом, информирование населения о данном направлении работы СМО является крайне недостаточным, что препятствует наиболее эффективному функционированию данной службы.

Таким образом, имеет место низкая информированность и правовая активность граждан в вопросах защиты прав ребенка и его законных интересов при получении им медицинской помощи. Почти половина ($42,8 \pm 1,3$ из 100) родителей при ущемлении прав ребенка предпочли никуда не обращаться, а $37,9 \pm 1,3$ никуда в дальнейшем обращаться не планируют. Только треть родителей ($36,9 \pm 1,3$) видит СМО в роли защитника прав и законных интересов ребенка. О существовании в стационаре страхового представителя СМО большинство родителей не знало и к нему за помощью не обращалось. Очевидно, что низкий уровень правовой активности родителей в большей степени связан с недостаточной информированностью населения о системе ОМС в целом и обязанностях СМО, в частности.

5.2 Структура обращений граждан по вопросам удовлетворенности качеством медицинской помощи, оказываемой детям, и степень социальных ожиданий от обращений

За период с 2011 по 2016 гг. в Санкт-Петербургский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» поступило 434263 обращений от застрахованных граждан, из них 35369 обращений по вопросам получения медицинской помощи в системе ОМС и защиты прав застрахованных ($35,4$ на 1000 населения), в том числе 3448 касалось лиц детского возраста ($3,4$ на 1000). Динамика обращений в СМО в целом имела положительный характер и за 6 лет возросла более чем в 7 раз. А в 2015 году в результате прекращения действия лицензии СМО ЗАО «Страховая медицинская компания АСК-Мед» и изменения страховой принадлежности большого количества застрахованных граждан объем обращений резко возрос более чем в 17 раз по сравнению с данными 2011 г. (Рисунок 5.3). Такая положительная динамика обращений в СМО свидетельствует не только о повышении гражданской активности населения Санкт-Петербурга, но и о уменьшении доступности и качества медицинской помощи, увеличении потребности граждан в информационной и правовой поддержке в системе ОМС.

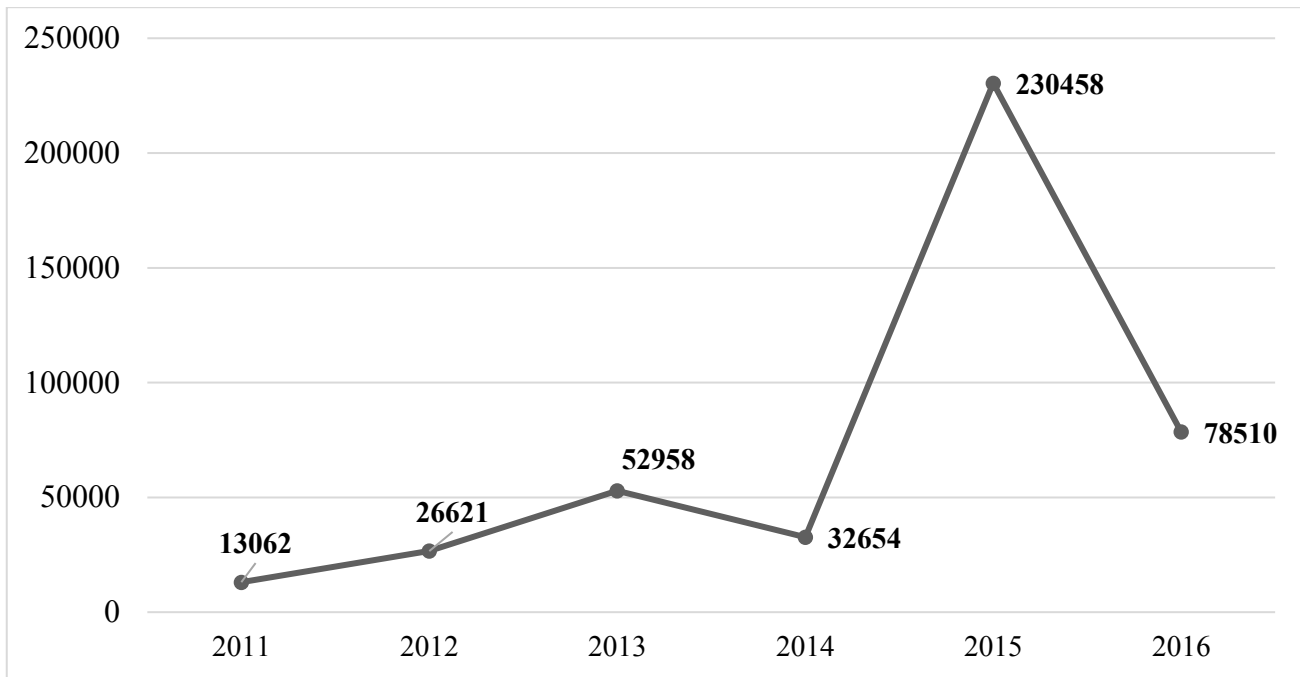


Рисунок 5.3. - Динамика частоты обращений застрахованных в Санкт-Петербургский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» (в абс. числах)

Большинство обращений были направлены в СМО в письменной форме и составили 92,0% в среднем от всех обращений (Рисунок 5.4).



Рисунок 5.4 - Распределение обращений в СМО по форме

В структуре обращений в СМО преобладали заявления (91,9%), меньшую часть составили консультации (7,8%), жалобы (0,2%) и предложения (0,1%). Большинство заявлений (97,8%) было связано с выдачей или обменом страхового медицинского полиса и только 2,2% с другими причинами.

Однако наиболее полно характеризуют проблемы граждан при получении медицинской помощи среди всех категорий обращений - обращения с целью получения консультаций (разъяснений) и жалобы. Для объективной оценки обращаемости родителей к страховщику по вопросам оказания медицинской помощи несовершеннолетним проведен анализ структуры и оценка динамики таких обращений. Вместе с тем, формы ведомственного статистического наблюдения, используемые страховщиком для учета причин обращений граждан, не предусматривают отдельного учета по детскому населению. Все данные регистрируются и анализируются суммарно, без градации и выделения обращений родителей в отдельную структуру. В целях настоящего исследования, нами была проведена выкопировка обращений, касающихся получения медицинской помощи застрахованными лицами детского возраста.

В составе всех консультаций в СМО доля консультаций по детскому населению составила в среднем 9,7%. За весь период наблюдений с 2011 по 2016 гг. отмечалось их постепенное увеличение, с максимальным ростом в 2012 и 2014 гг. (Рисунок 5.5.).

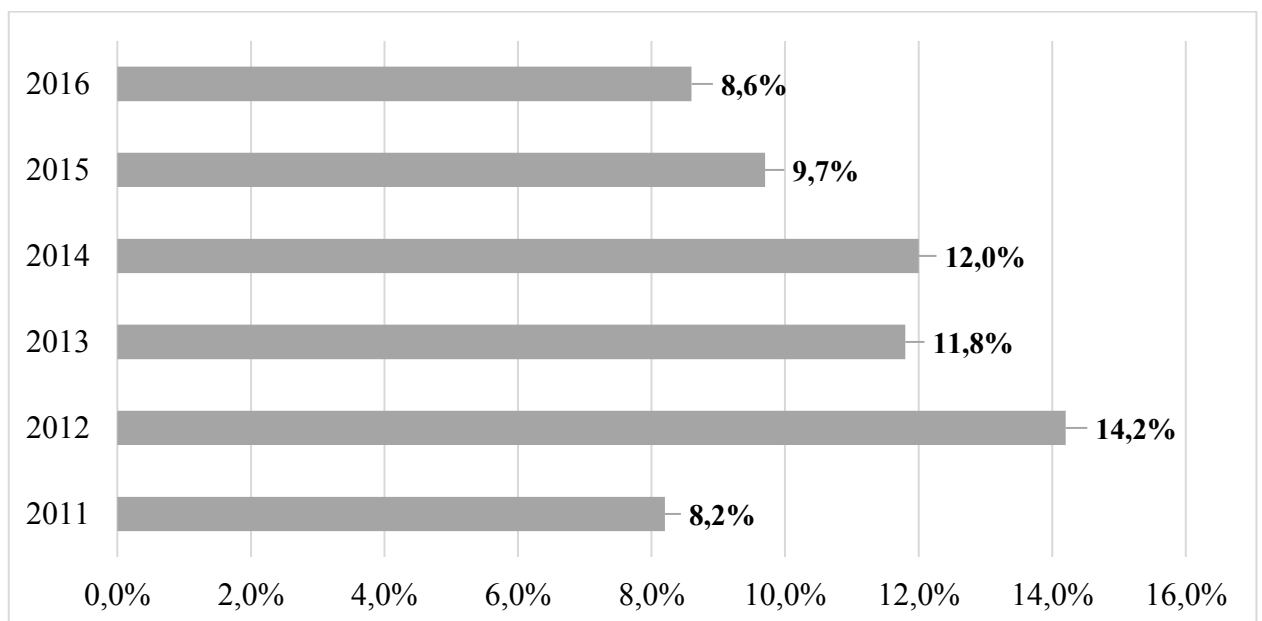


Рисунок 5.5 - Доля консультаций по детскому населению от общего количества консультаций в СМО в динамике

Это связано прежде всего с тем, что с 2011 г. были введены полисы единого образца и отменено страхование граждан через работодателя и по районам города, вступлением в силу нового законодательства в сфере ОМС и как следствие повышение интереса граждан в данном вопросе. У граждан также появилось право не только на выбор СМО для своего ребенка, но и выбор медицинской организации и лечащего врача. Включение многих медицинских услуг в финансирование за счет средств ОМС вместо действующего ранее федерального или муниципального, ежегодное изменение ТППГ и включенного в нее перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения - способствовало возникновению у населения большого количества вопросов по срокам, объемам оказания медицинской помощи в системе ОМС, видам и качеству медицинского обслуживания, в том числе вне территории страхования ребенка. Однако снижение объема консультаций по детскому населению в СМО в 2015 и 2016 гг. может свидетельствовать как об увеличении информационной грамотности граждан в данных вопросах ОМС, так и, наоборот, о снижении правовой активности населения в приобретении знаний, но не позволяет говорить о полном насыщении потребности родителей в информационной поддержке и исчезновении проблем в сфере оказания медицинской помощи детям.

В структуре консультаций по детскому населению в СМО основная часть вопросов были связаны с вопросами организации работы МО, обеспечением ребенка полисом ОМС, получением медицинской помощи по базовой программе ОМС вне территории страхования. Также большой интерес родителей был проявлен к вопросам КМП, порядку получения платных медицинских услуг, видам, качеству и условиям предоставления медицинской помощи, праву выбора МО, необоснованному взиманию денежных средств за медицинскую помощь в системе ОМС и др. Прочие виды консультаций имели малую долю по отдельности и объединили в себя вопросы родителей по выбору или замене СМО, соблюдению этики и деонтологии

медицинскими работниками, лекарственном обеспечении, отказе в медицинской помощи, выборе врача и другие (Рисунок 5.6).

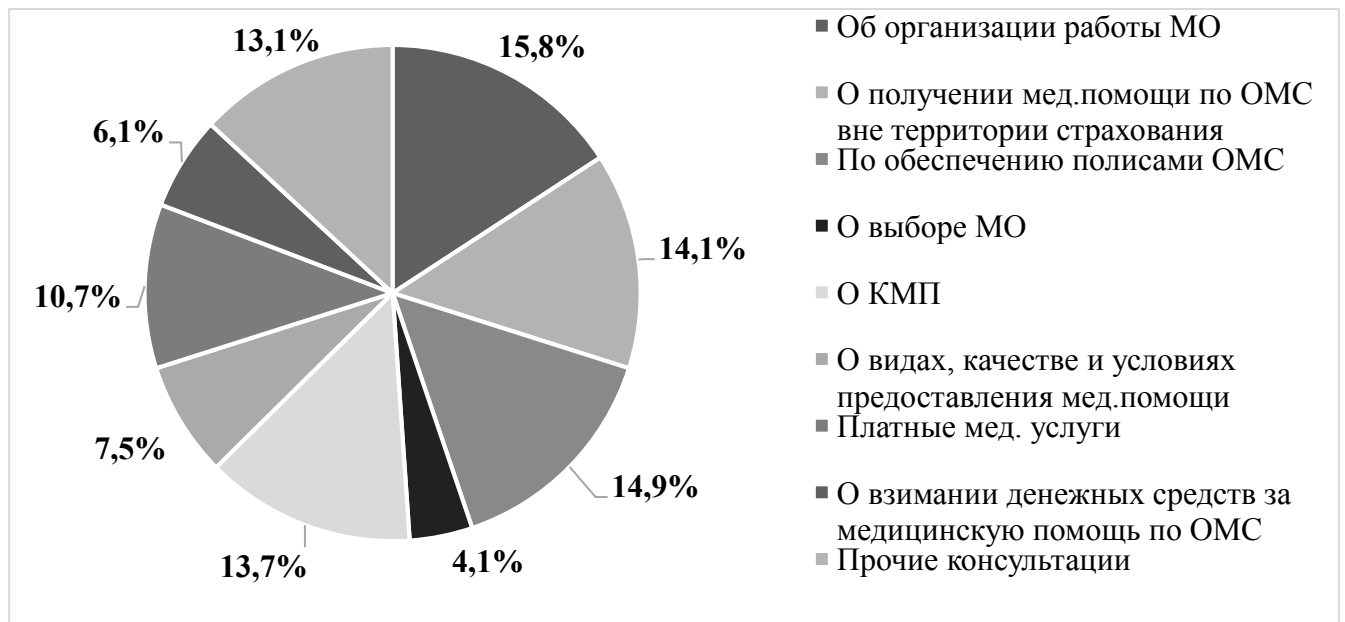


Рисунок 5.6 - Структура консультаций в СМО по детскому населению (в %)

Структура консультаций по детскому населению отличалась от структуры всех консультаций в СМО, где абсолютное большинство вопросов касалось обеспечения полисами ОМС (в среднем 49,2%) и выбора или замены СМО (11,8%), что подчеркивает различия и специфику вопросов, интересующих взрослое население, и не отражает особенностей проблем родителей при получении медицинской помощи несовершеннолетним.

Среди консультаций по детскому населению в СМО большая часть обращений затрагивала вопросы, связанные с организацией работы МО (в среднем 15,8%). В данную категорию обращений за консультацией вошли вопросы о записи и получении талонов на консультацию к участковым врачам-педиатрам и врачам-специалистам, ожидания очереди и проведения лабораторно-инструментальных исследований, вызова врача к ребенку на дом, вопросы, связанные с получением справок о состоянии здоровья, в школу, в бассейн; вопросы о проведении профилактических прививок, массажа, ЛФК детям; экстренной и плановой госпитализации в стационар; отсутствием мест на профильных отделениях и др. В течение всего периода наблюдения – за 6 лет данная группа консультаций имела отрицательную динамику

и в 2016 г. сократилась более чем в 2 раза по сравнению с начальным периодом (Рисунок 5.7).

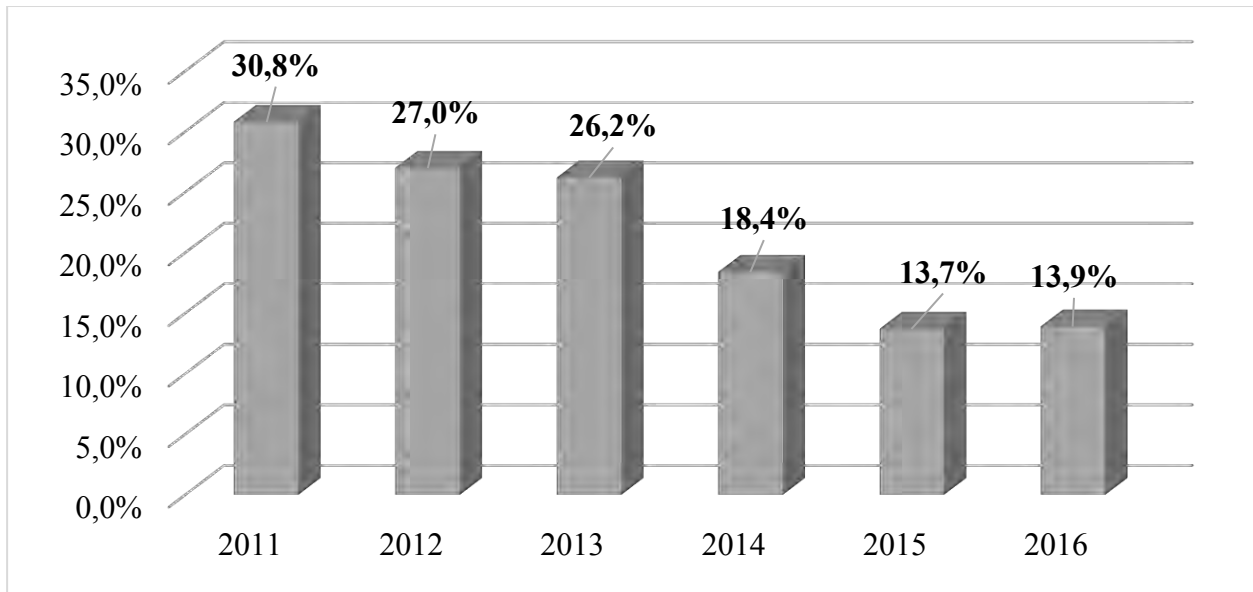


Рисунок 5.7 - Консультации об организации работы МО

Данная динамика отражает эффективность проведения реформ в информационной поддержке населения: появление колл-центров записи ребенка к врачу по телефону в каждом районе города и на сайте Комитета по здравоохранению, создание интернет-сайта МО с подробной информацией о местонахождении, режиме работы, видах предоставляемых услуг, структуре, телефонах регистратуры и службы квартирной помощи, сведения о должностных лицах и контролирующих организациях, предоставление возможности оставить отзыв или предложение о порядке оказания ребенку медицинской помощи, а также появление информационно-разъяснительных стендов и плакатов в самих МО.

На втором месте в структуре общего количества консультаций в СМО по детскому населению стоят вопросы по обеспечению полисами ОМС (в среднем 14,9%). Большинство вопросов данной группы касалось получения или замены медицинского полиса в связи с утерей старого, переездом на новое место жительства, сменой СМО или изменением паспортных данных. Причем в динамике максимальный рост обращений по данным вопросам отмечался в 2011г (13,5%) с введением новых медицинских полисов единого образца и в 2014 г. (19,2%) с прикреплением

к СМО Санкт-Петербургский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» части застрахованных от ЗАО «МСК АСК-Мед». Однако с насыщением рынка медицинского страхования с 2015г. отмечается постепенное снижение у родителей интереса к этой группе вопросов и уменьшение количества данных консультаций (Рисунок 5.8).

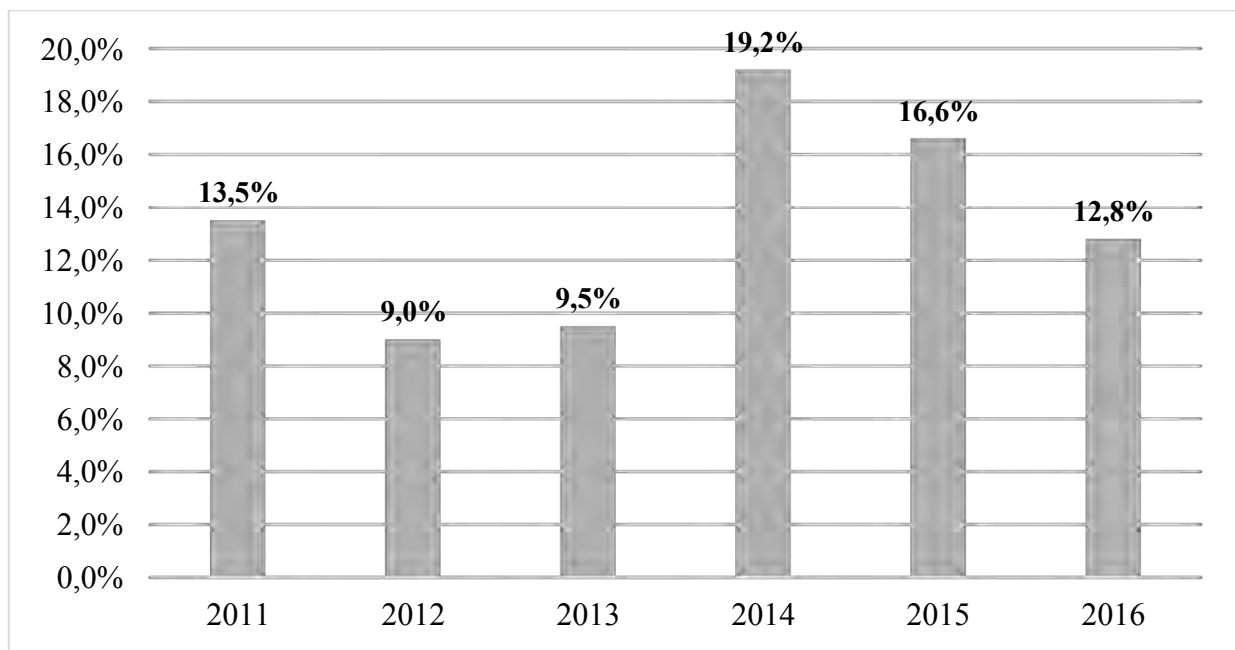


Рисунок 5.8 - Динамика консультаций родителей в СМО по вопросам обеспечения ребенка полисом ОМС

На третьем месте в структуре консультаций в СМО по детскому населению находились вопросы, посвященные получению медицинской помощи по базовой программе ОМС вне территории страхования (в среднем 14,1%). Данные консультации касались получения медицинской помощи в МО г. Санкт-Петербурга несовершеннолетними из других регионов РФ, а также детьми постоянно проживающими в Санкт-Петербурге, но временно находящимися в других регионах РФ. Наибольшее количество консультаций данной категории встречалось в периоды летних отпусков и школьных каникул. На протяжении 2011-2013 гг. отмечалось постепенное увеличение количества вопросов данной категории и в 2014 г. составило более четверти всех консультаций в СМО. Однако с 2014 г. отмечено стойкое их снижение, что объясняется увеличением информирования населения в данной

области и превалярованием обращений в СМО по вопросам других групп (Рисунок 5.9).

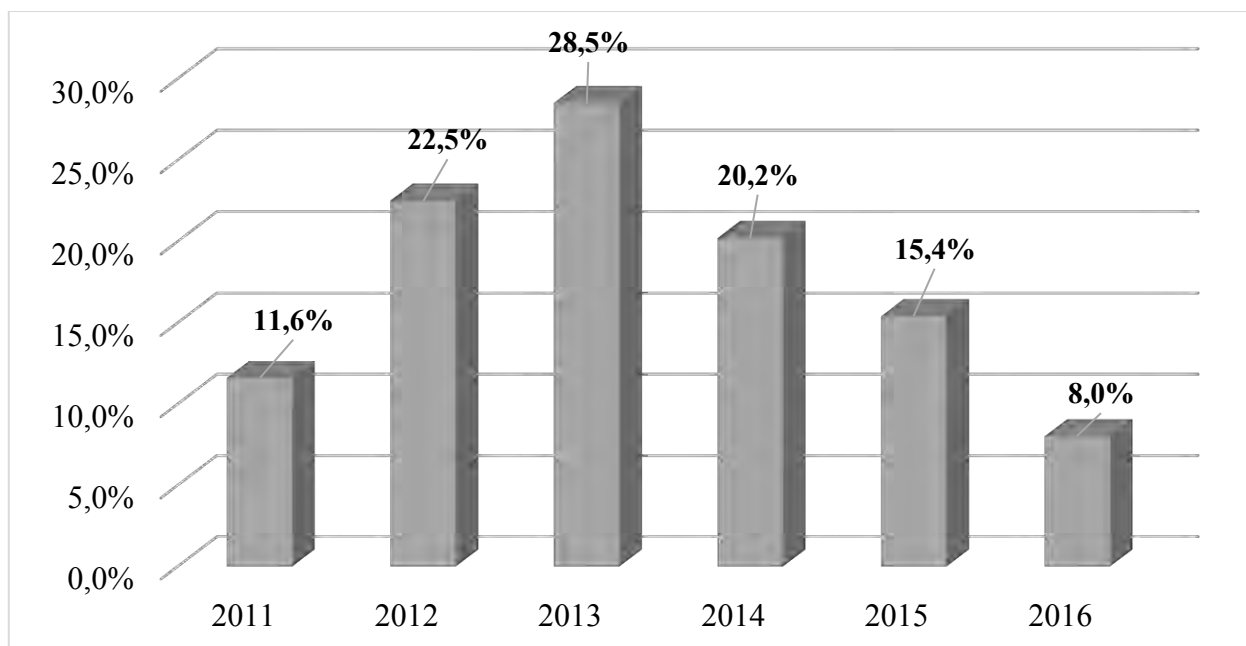


Рисунок 5.9 - Динамика консультаций о получении медицинской помощи по базовой программе ОМС вне территории страхования

Также высокий уровень имели вопросы, посвященные качеству медицинской помощи (в среднем 13,7%), оказанной детям, как в базовых поликлиниках, так и при получении консультаций врачей-специалистов, прохождении обследования и лечения в стационаре. С 2011 по 2013 г. отмечено незначительное снижение консультаций по данным вопросам в общей структуре консультаций в СМО по детскому населению и на фоне увеличения консультаций по вопросам других групп, а с 2014 г. постоянный рост более чем в 2 раза. Это может быть связано не только с низким КМП в детских МО, но и повышении информированности населения о правах ребенка в системе ОМС и критичности в отношении получаемых ребенком медицинских услуг (Рисунок 5.10).

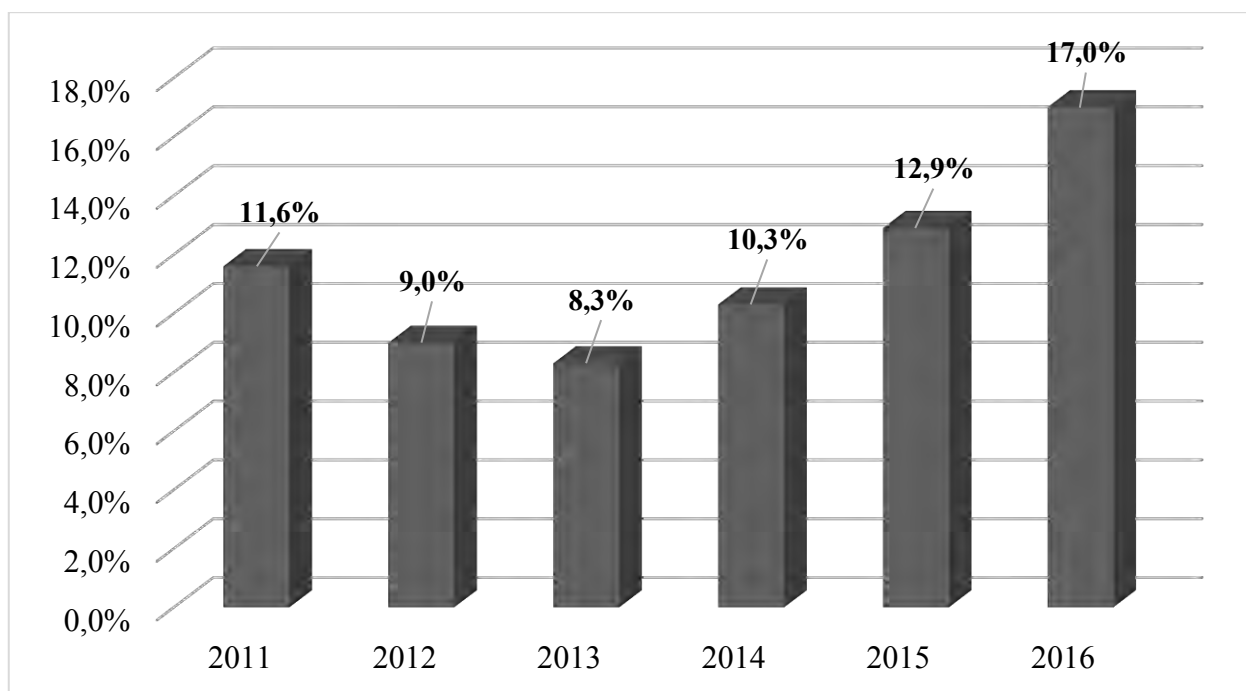


Рисунок 5.10 - Динамика консультаций родителей в СМО о качестве медицинской помощи

Большой интерес вызывает рост количества консультаций, затрагивающих вопросы, касающиеся платных медицинских услуг (в среднем 10,7%). Причем на протяжении 2011-2014 гг. доля вопросов данной категории оставалась на стабильно низком уровне и не превышала 3,8% в общей структуре консультаций в СМО по детскому населению. Однако с 2015 г. отмечался значительный рост обращений родителей по данным вопросам и в 2016 г. превысил начальные показатели в 5 раз (в 2011г. -3,8%, в 2016г. – 15,6%) (Рисунок 5.11). Данный критерий также косвенно указывает на ограничение в доступности к бесплатным и качественным медицинским услугам, гарантированных ТПГГ, в детских МО. Родители выбирают платные медицинские услуги как альтернатива недоступных или ограниченных в доступе бесплатных медицинских услуг (отсутствие номерков, длительная запись на прием к врачу или проведение лечебно-диагностических манипуляций), рассчитывая также получить повышенный сервис обслуживания и высокое КМП.

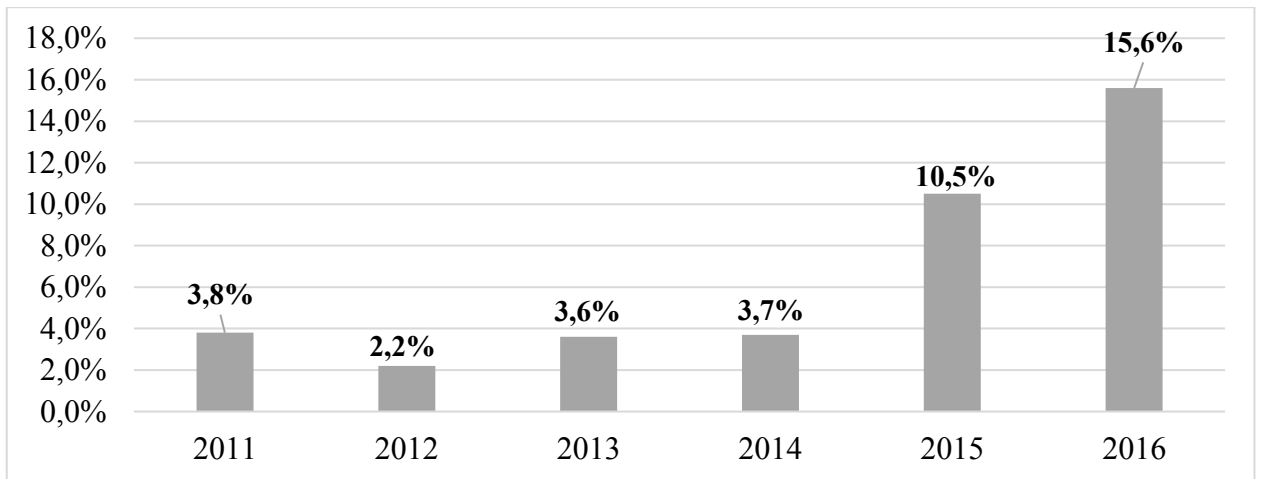


Рисунок 5.11 - Динамика консультаций родителей в СМО по платным медицинским услугам

Среди прочих видов консультаций в течение периода наблюдений отмечалась положительная динамика у групп вопросов, касающихся необоснованного взимания денежных средств за медицинскую помощь в рамках ОМС (в среднем 6,1%), о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи (в среднем 7,5%). Указанная группа консультаций за 2011-2016 гг. имела постепенное повышение Динамика и увеличение начальных показателей к 2016 г. в 2 раза (Рисунок 5.12).

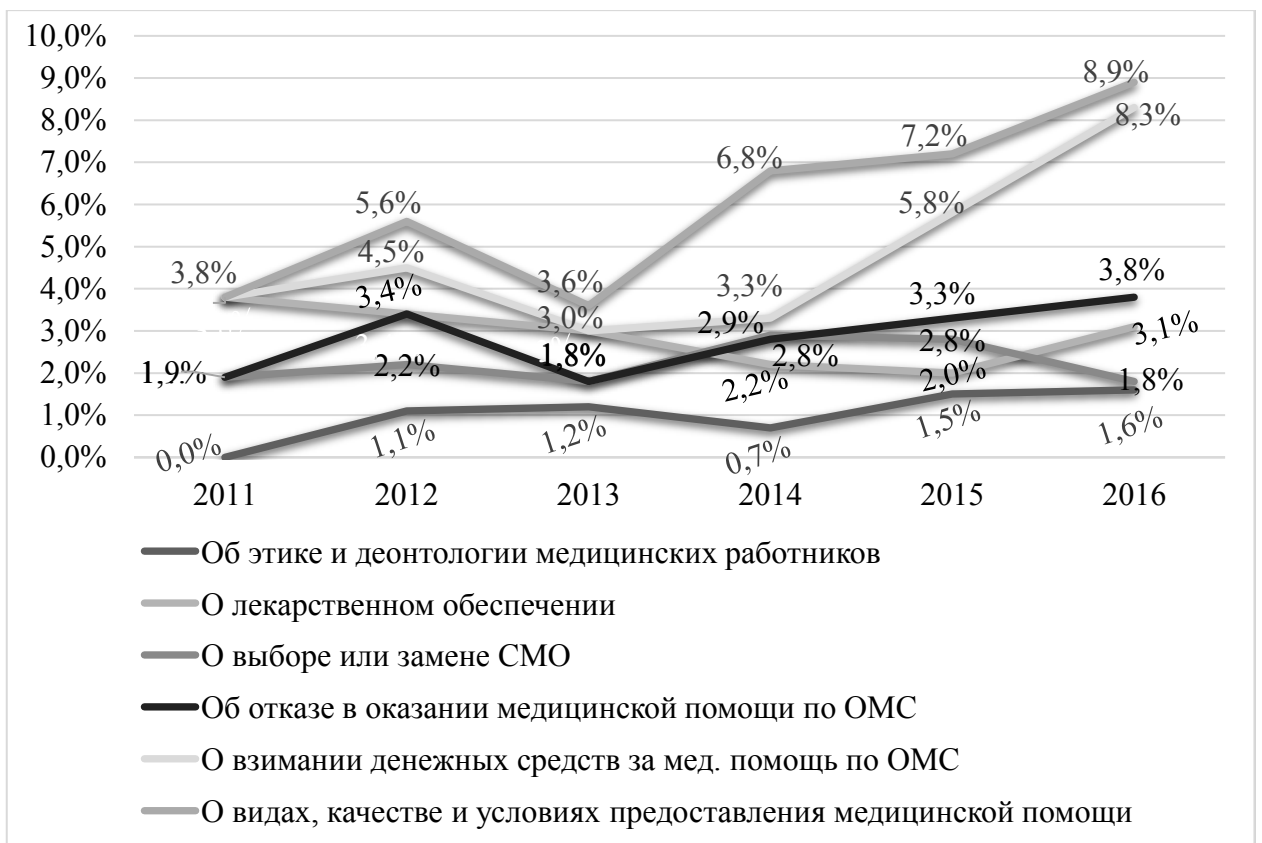


Рисунок 5.12 - Динамика прочих видов консультаций в СМО (в %)

Обе группы вопросов часто затрагивали перечень медицинских услуг и ЖНВЛП для медицинского применения, входящих в ТПГГ и оказываемых бесплатно по полису ОМС. Часто родители интересовались на какие бесплатные медицинские услуги их ребенок имеет право, условия и предельные сроки ожидания лечебных и диагностических мероприятий при лечении в условиях детской поликлиники или стационара, порядок госпитализации, условия круглосуточного пребывания родителей с ребенком в стационаре. При выявлении случаев вымогательства в отношении родителей со стороны медицинских работников при оказании медицинской помощи детям обращение сразу переводилось в разряд жалоб с последующим проведением экспертных мероприятий и ведомственного разбора по каждому заявленному случаю.

Консультации по вопросам этики и деонтологии медицинских работников, выбора или замены СМО, лекарственному обеспечению, отказу в оказании медицинской помощи по ОМС (в среднем 1,4%, 2,2%, 2,5% и 3,3% соответственно) имели малую долю и в течение 2011-2016 гг. в их отношении существенной динамики выявлено не было. Однако присутствие данных обращений в течении всего периода наблюдений свидетельствует о наличии стабильного интереса к ним у родителей. Данные обращения касались прежде всего межличностных отношений родителей с медицинским персоналом, условий и порядка замены СМО, состава перечня жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов и медицинских услуг, не входящих в рамки ОМС.

Ряд вопросов среди всех консультаций имели отрицательную динамику. К обращениям с консультацией по выбору МО (в среднем 4,1%) относились вопросы по прикреплению к базовым медицинским организациям, прохождению консультаций у врачей-специалистов, лабораторно-инструментальных видов исследований в крупных стационарах и КДЦ. Среди консультаций по выбору врача (в среднем 2,4%) встречались вопросы по замене участкового врача-педиатра, возможности

наблюдения у другого врача-специалиста. Наибольшие значения данных групп обращений приходились на 2011 год (7,7% и 5,5%), с принятием ФЗ №323 и ФЗ №326, устанавливающих право граждан на выбор МО и лечащего врача. Однако за последующие 5 лет доля консультаций родителей по данным вопросам сократилась в 3 раза и в 2016 г. составила 2,4% и 1,8% соответственно (Рисунок 5.13).

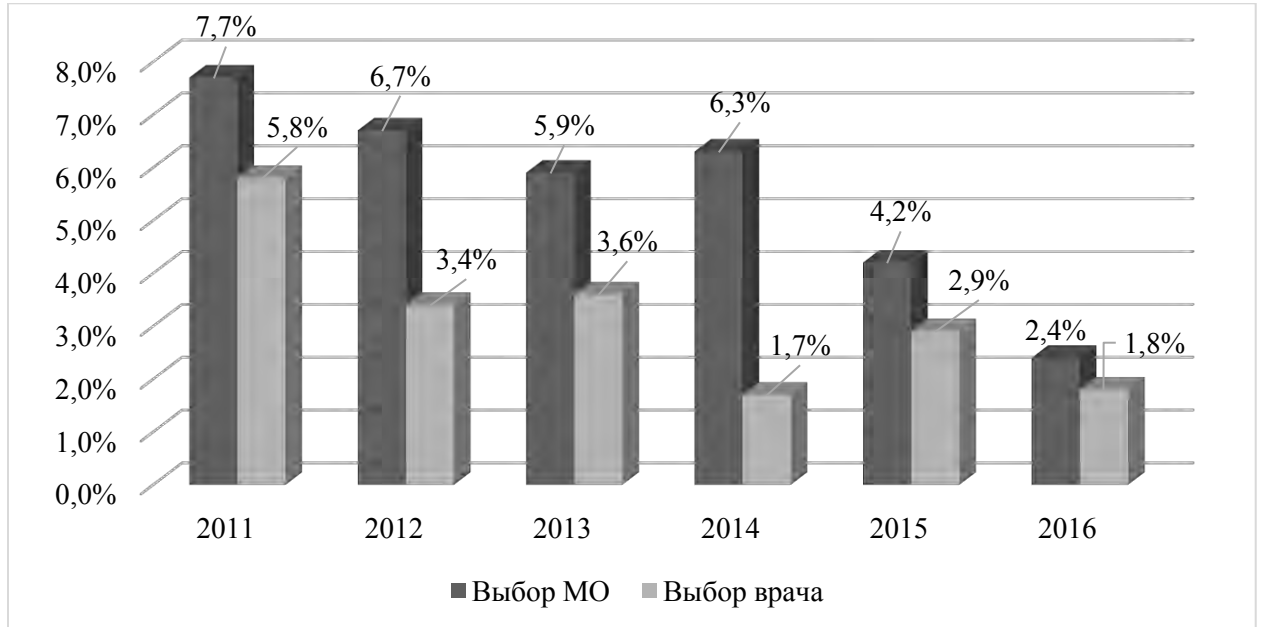


Рисунок 5.13 - Динамика консультаций родителей по выбору МО и врача

Таким образом, обращения в СМО в виде консультаций носят информативный характер и позволяют застрахованным в целом, и родителям детей в частности, получить знания о правах граждан в системе ОМС при оказании медицинской помощи применительно к конкретной жизненной ситуации или разобраться имеет ли место нарушение прав и законных интересов ребенка со стороны медицинских работников. Проведенный анализ консультаций свидетельствует о повышенном интересе родителей в последние годы в вопросах оказания ребенку КМП, платных медицинских услуг, о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи и взимания денежных средств в системе ОМС.

Работа с обращениями граждан является одним из ключевых направлений деятельности страховщика не только в повышении информационной доступности медицинской помощи в системе ОМС, но и при необходимости в защите прав и за-

конных интересов застрахованных. Жалобы родителей в СМО наиболее явно отражают активную неудовлетворенность населения КМП, оказанной несовершеннолетним. Анализ данной категории обращений имеет наибольшее значение в изучении причин и структуры правонарушений, позволяет принять меры по защите прав ребенка и его законных интересов и пресечь дальнейшее распространение противоправных действий.

Структура жалоб по детскому населению отличалась от структуры всех жалоб в СМО, где на первом месте по частоте стояли жалобы на неудовлетворительную организацию работы МО (40,3%). Жалобы на медицинскую помощь ненадлежащего качества и взимание денежных средств в общей структуре жалоб в СМО имели меньший объем и составили в среднем 21,8% и 13,2% соответственно, что также свидетельствует о наличии различий и особенностей в структуре активной неудовлетворенности КМП взрослого и детского населения, и не отражает специфику проблем родителей при получении медицинской помощи несовершеннолетними.

Незначительная доля жалоб по детскому населению (в среднем 16,3%) в структуре всех жалоб в СМО была обусловлена не только недостаточной информированностью граждан, но и недостаточной правовой активностью родителей в случаях нарушения прав и интересов ребенка. Удельный вес жалоб по детскому населению за период наблюдения имел тенденцию к увеличению и в 2015-2016 гг. составил до 20,0% среди всех жалоб в СМО (Рисунок 5.14). Чаще всего родители обращались с письменными жалобами (92,1%), реже с жалобами в устной форме (7,9%).

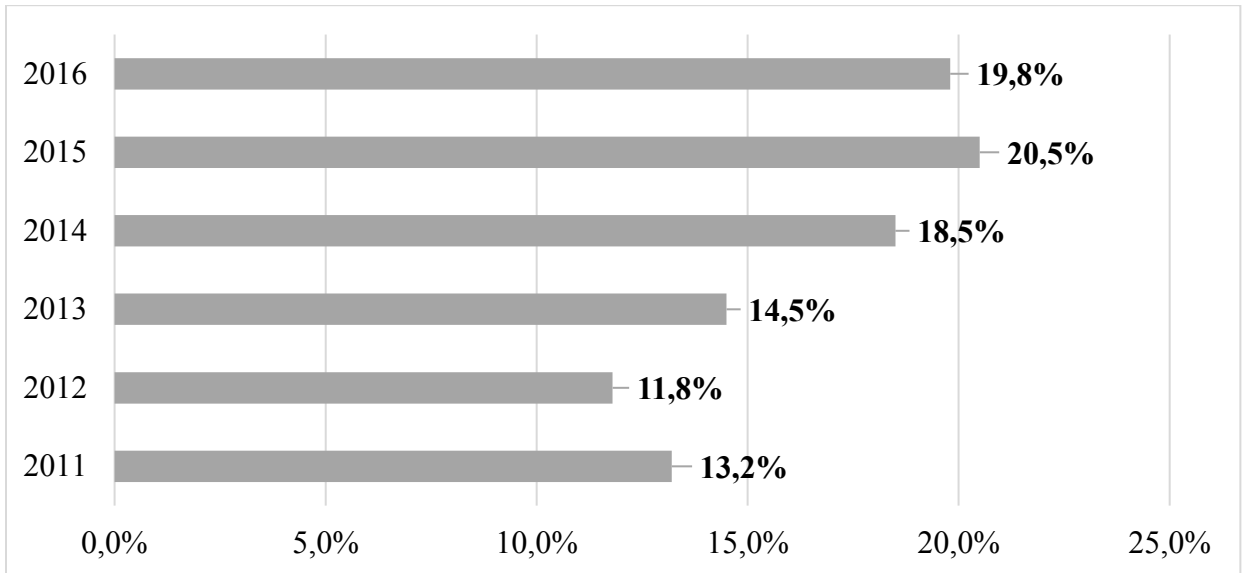


Рисунок 5.14 - Жалобы по детскому населению в СМО (% от общего количества жалоб)

В структуре жалоб по детскому населению в СМО преобладали жалобы на ненадлежащее КМП, неудовлетворительную организацию работы детских МО, отказ в оказании медицинской помощи ребенку, взимание денежных средств при лечении по ОМС и нарушение этики и деонтологии со стороны медицинского персонала (Рисунок 5.15).

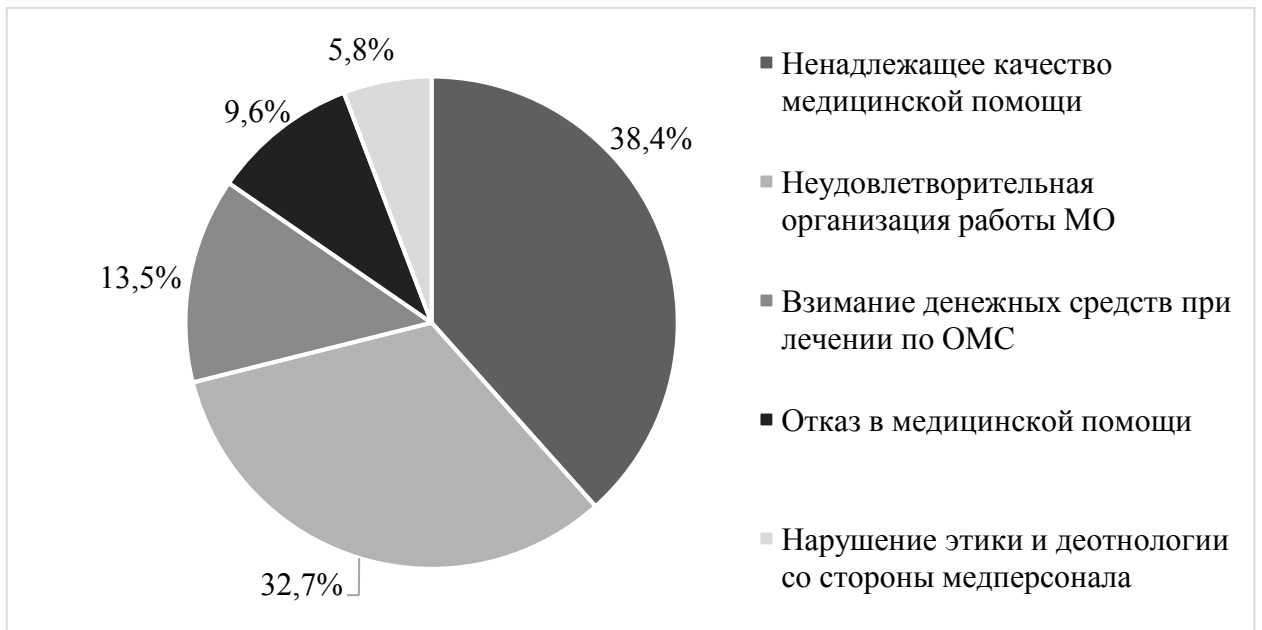


Рисунок 5.15 - Структура жалоб по детскому населению в СМО

На первом месте в структуре жалоб родителей стояли жалобы на ненадлежащее КМП (в среднем 38,4%) как на этапе амбулаторно-поликлинического звена, так и во время лечения в детском стационаре. Сюда вошли претензии родителей к недостаточному объему или отсутствию лечебных и диагностических мероприятий при лечении ребенка, несвоевременное оказание медицинской помощи или отсутствие эффекта от лечения, несоблюдение правил безопасности при ее оказании, причинение вреда жизни и здоровью ребенка. За весь период наблюдения данная категория жалоб стабильно занимала одно из первых мест в общей структуре. С 2011 г. отмечался значительный рост данных жалоб (в 2,5 раза) и в 2014 г. составил половину от всех жалоб по детскому населению в СМО. В дальнейшем отмечалось небольшое снижение, однако уровень жалоб данной категории продолжал занимать лидирующее положение в общей структуре (Рисунок 5.16).

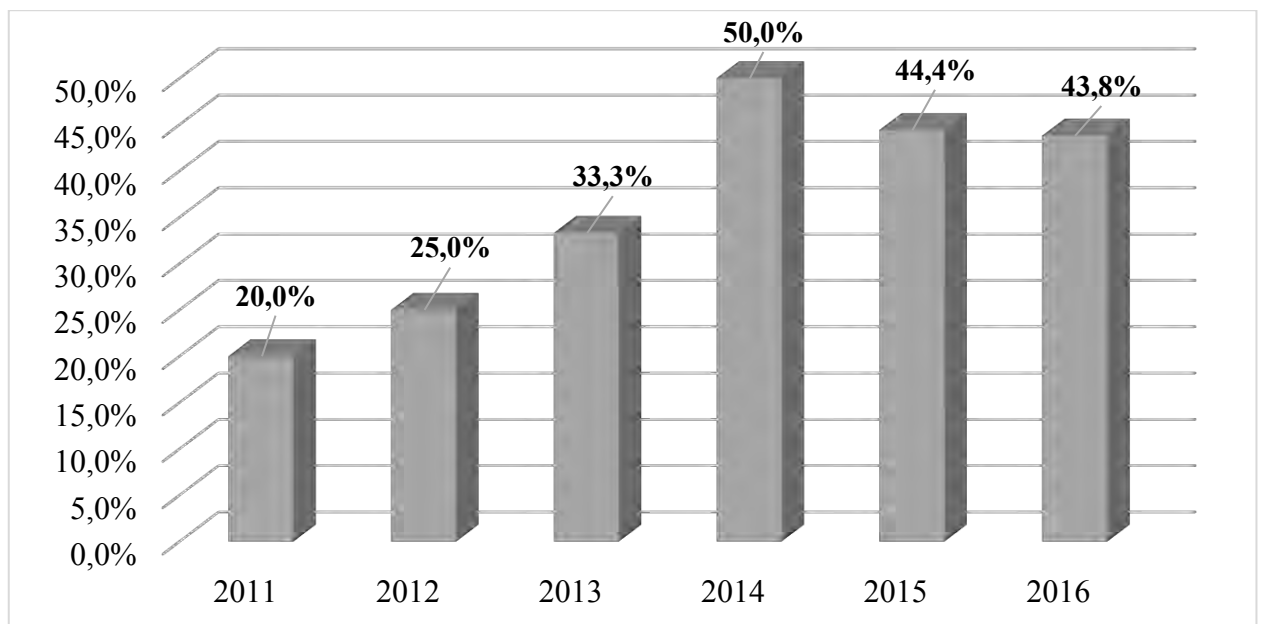


Рисунок 5.16 - Динамика жалоб по детскому населению в СМО на ненадлежащее качество медицинской помощи

Полученные данные наряду с высокой долей консультаций родителей в СМО по вопросам КМП, а также результатов анкетирования родителей по удовлетворенности КМП, оказанной детям, свидетельствуют о низком качестве медицинского обслуживания в системе ОМС, наличии проблем в данной области и необходимости принятия мер по защите прав и законных интересов ребенка.

Также в общей структуре преобладали жалобы родителей на неудовлетворительную организацию работы МО (в среднем – 32,7%), в том числе на отсутствие талонов к врачу, длительный период ожидания консультации врачей-специалистов и проведения исследований, отказ в выдаче медицинской документации и др. Данная группа жалоб на протяжении 2011-2013 гг. занимала лидирующее положение и составила почти половину всех жалоб по детскому населению в СМО. Однако в 2014 г. отмечался резкий спад жалоб данной категории (в 2 раза) и в последующем их незначительный рост, не превышающий четверти в общей структуре (Рисунок 5.17).

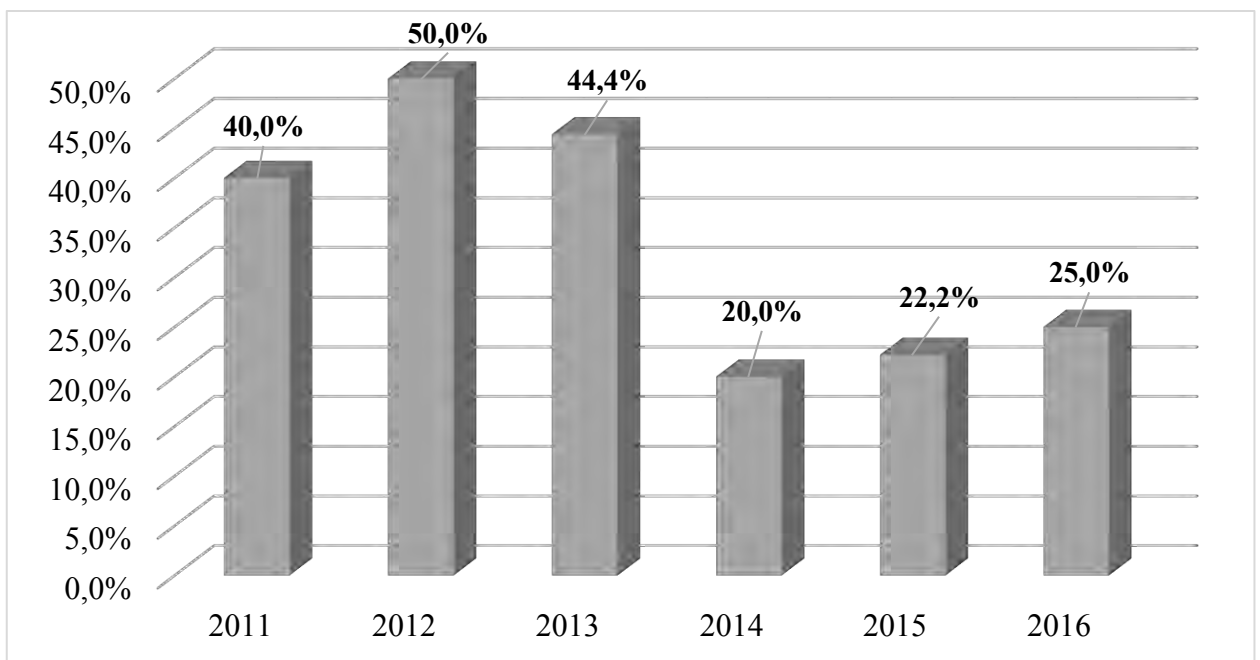


Рисунок 5.17 - Динамика жалоб родителей в СМО на организацию работы детских МО

Данная тенденция, как и отрицательная динамика консультаций в СМО по вопросам организации работы МО, связана прежде всего с увеличением каналов информирования населения о работе детских МО и ростом других видов жалоб в СМО. Однако снижение интереса и жалоб родителей по данным вопросам не позволяет говорить о полном решении проблем в области организации работы детских МО и оказании медицинской помощи несовершеннолетним.

Жалобы по поводу нарушения этики и деонтологии со стороны медицинского персонала в течение 6 лет в СМО или не поступали вовсе (в 2011, 2012 и 2014 гг.),

или их удельный вес не превышал 11,1% в общей структуре жалоб (в среднем 5,8%). Чаще всего родителей не устраивало отношение участкового врача-педиатра, медицинских регистраторов, санитарок к себе и ребенку, возникновение конфликтных ситуаций при вызове врача к ребенку на дом или посещении детской поликлиники. Малая доля жалоб родителей данной группы, как и консультаций в СМО по этике и деонтологии медицинских работников, свидетельствует о меньшей распространенности проблемы по сравнению с другими причинами неудовлетворенности КМП, оказанной детям (Рисунок 5.18).



Рисунок 5.18 - Динамика прочих видов жалоб родителей в СМО

Жалобы на необоснованное взимание денежных средств за медицинскую помощь в системе ОМС присутствовали в течение всего периода наблюдения (в среднем 13,5%) и достигали максимума в 2011 и в 2014 гг., однако не превышали пятой части от всех жалоб в СМО. В данную группу жалоб входили обращения об оплате медицинских процедур (массаж, физиотерапия и др.), лабораторных и инструментальных исследований, назначенных врачом в поликлинике. Часто родители отмечали случаи оплаты лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, медицинских манипуляций и операций во время лечения в детском стационаре.

наре. В ситуациях несоблюдения со стороны медицинской организации установленных сроков предоставления медицинских услуг, родители зачастую вынуждены получать необходимую медицинскую помощь ребенку на возмездной основе. Устойчивая динамика уровня жалоб родителей в данной группе жалоб коррелирует с динамикой консультаций в СМО по схожим вопросам, что свидетельствует об увеличении случаев нарушения прав ребенка на получение бесплатной медицинской помощи в рамках программы ОМС и развитие «теневой» коммерческой медицины.

Также родители обращались в СМО с жалобами на отказ в оказании медицинской помощи ребенку (в среднем 9,6%). Сюда вошли жалобы на отказ в приеме вызова врача к ребенку на дом, а также в приеме участкового врача-педиатра, врачей-специалистов при посещении детской поликлиники и обращении в приемное отделение детских стационаров. Часто такие жалобы родителей свидетельствуют о несоблюдении установленных нормативными актами и договорами в системе ОМС порядка и сроков предоставления медицинской помощи. За 6 лет наблюдений данная группа жалоб в СМО имела максимальное значение в 2011 г. с последующим уменьшением, а в 2013 и 2014 г. жалобы и вовсе отсутствовали. Однако с 2015г. отмечен их повторный рост до восьмой части от всех жалоб по детскому населению в СМО. Положительная динамика консультаций по аналогичным вопросам за весь период наблюдения свидетельствует о постоянной встречаемости данного явления при оказании медицинской помощи детям в системе ОМС, актуальности проблемы и устойчивого интереса родителей к ней.

Таким образом, рост динамики обращений родителей с жалобами в СМО в общей структуре жалоб свидетельствует о росте активной неудовлетворенности родителей КМП, оказанной детям. Большинство жалоб родителей были связаны с оказанием ребенку медицинской помощи ненадлежащего качества и неудовлетворительной организацией работы МО. В динамике, в течение всего периода наблюдений, на фоне относительно стабильного уровня жалоб родителей на необоснованное взимание денежных средств за медицинскую помощь в системе ОМС, отмечен повторный рост жалоб на отказ в оказании ребенку медицинской помощи,

что свидетельствует о распространении коррупционных начал и развитии «теневой» коммерческой медицины.

Все жалобы по результатам рассмотрения были разделены на обоснованные и необоснованные. Рассмотрение жалоб осуществлялось путем проведения врачебной медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи, а также сопровождалось оценкой результатов внутриведомственного разбора по каждому случаю.

В отличие от жалоб в СМО в общей структуре обращений с убывающей динамикой обоснованности, процент обоснованных жалоб по детям за 6 лет постепенно возрастал, если в 2011 году составлял всего 40,0%, то в 2016 году уже 68,8%, и в среднем составил 55,0%, что свидетельствует не только о повышении активной неудовлетворенности родителей КМП, но и о наличии реальных проблем и фактов нарушения прав ребенка в системе ОМС (Рисунок 5.19).

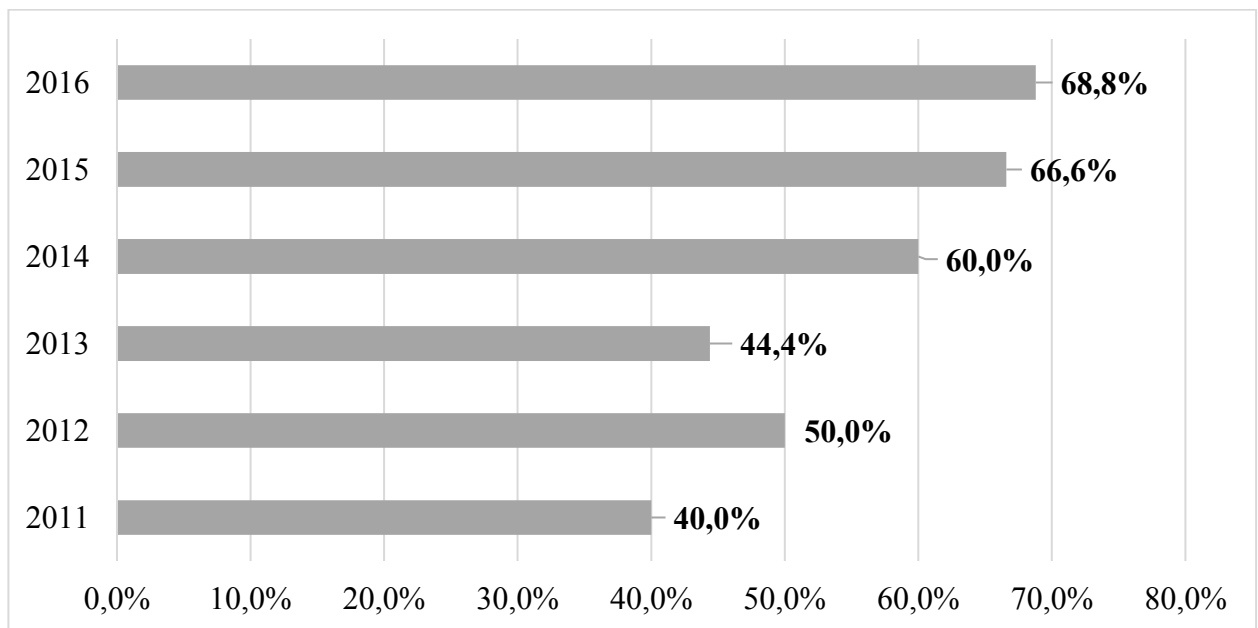


Рисунок 5.19 - Обоснованность жалоб родителей по результатам экспертизы (в % от общего количества жалоб по детям)

Причем большинство жалоб родителей в СМО, в структуре обоснованных, приходилось на жалобы на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (в среднем 30,4%), незаконное взимание денежных средств за медицинскую

помощь, предусмотренную программой ОМС (в среднем 28,8%) и неудовлетворительную организацию работы МО (в среднем 20,8%) (Рисунок 5.20).



Рисунок 5.20 - Структура причин обоснованных жалоб в СМО по детскому населению

Данная тенденция является весьма тревожной и требует принятия оперативных мер для обеспечения несовершеннолетних доступной и бесплатной медицинской помощью надлежащего качества.

Жалобы на отказ в медицинской помощи (в среднем 9,6%), нарушение этики и деонтологии со стороны медицинских работников (7,2%) и прочие причины (3,2%) имели малую долю обоснованности ввиду трудности их доказательства и невозможности проведения экспертизы медицинской документации по данным случаям.

В соответствии с Федеральным законом от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», СМО обязаны безотказно принимать и в установленные законом сроки рассматривать обращения граждан, отвечать на них и принимать необходимые меры для их решения. По результатам рассмотрения обращения граждан СМО принимает решение о полном или частичном удовлетворении претензии, восстановлении нарушенного права или об

отказе в удовлетворении претензии в виду отсутствия законных оснований для обжалования. Заявителя в устной или письменной форме оповещают о результатах рассмотрения обращения и принятом по нему решении.

Однако, механизмы воздействия СМО на лечебно-профилактические учреждения, в соответствии с действующим законодательством, весьма ограничены и сводятся к наложению штрафных санкций за нарушения в случае обнаружения недостатков в оказании медицинской помощи, отсутствие информированности застрахованного населения, дефекты оформления медицинской документации. По результатам медико-экономической экспертизы СМО вправе давать предписания медицинской организации о возмещении застрахованному лицу незаконно затраченные им средства.

Всего в течение 2011-2016 гг. Санкт-Петербургским филиалом АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» было проведено 65 целевых экспертиз качества медицинской помощи и 34 медико-экономических экспертиз в связи с получением жалоб от родителей детей или других законных представителей.

Из всех обоснованных жалоб, поступивших в Санкт-Петербургский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в течение 2011-2016 гг., 28,8% были связаны с материальным возмещением денежных средств, неправомерно израсходованных при оказании медицинской помощи ребенку в системе ОМС. За шесть лет изучаемого периода общая сумма средств возмещения медицинскими организациями по жалобам родителей составила 58150 рублей. Анализ динамики суммы денежных средств, предъявленных медицинским организациям к возмещению, показывает постоянный рост пропорционально увеличению жалоб на случаи необоснованного взимания денежных средств.

Все спорные случаи в отношении возврата денежных средств могут разрешаться либо в судебном, либо в досудебном порядке. В течение 2011-2016 гг. случаев судебного разрешения спорных случаев по жалобам родителей не было и все претензии были удовлетворены, а вопросы разрешены в досудебном порядке.

Результаты рассмотрения жалоб и обращений родителей в Санкт-Петербург-

ский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» были доведены до застрахованных в устном или письменном виде, а также размещены на официальном сайте страховой компании.

Таким образом, проведенный анализ деятельности СМО по работе с обращениями граждан, показал наличие значимых отличий в структуре и динамике обращений по вопросам оказания медицинской помощи детям по сравнению с общими данными СМО, что свидетельствует о наличии специфики проблем при получении медицинской помощи несовершеннолетними и необходимости выделения обращений в СМО по детям в отдельную структуру. Что позволит наиболее объективно оценить уровень и причины активной неудовлетворенности родителей КМП, проанализировать данные, разработать и предпринять меры по устранению негативных факторов, а также проследить в динамике дальнейшее их развитие и эффективность проведенных мероприятий.

ГЛАВА 6

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ КАЧЕСТВОМ ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

В соответствии с положениями Конституции, федерального законодательства, базовыми рекомендациями ФФОМС на уровне субъектов РФ создаются собственные территориальные модели работы СМО в организации защиты прав граждан, в соответствии с особенностями данного региона. В каждом субъекте формируется собственный подход к системе повышения удовлетворенности граждан КМП и защиты прав застрахованных, который включает прежде всего информирование граждан о правах в системе ОМС, обеспечение доступности и контроля качества медицинского обслуживания, работе отделов защиты прав застрахованных в ТФОМС и СМО, оценке эффективности работы СМО по защите прав застрахованных граждан [8,10,57,59,68,116,119].

Санкт-Петербург одним из первых регионов стал проводить системные работы по управлению КМП. С момента принятия Постановления Правительства Санкт-Петербурга от 03.07.2007 №730 «О создании единой системы управления качеством медицинской помощи в Санкт-Петербурге» была проделана большая работа по повышению КМП включая: разработки и вступления в силу целого ряда нормативно-правовых актов, регулирующих деятельность учреждений и организаций систем здравоохранения и ОМС по экспертизе и управлению КМП, создание служб защиты прав граждан в сфере охраны здоровья, подготовка экспертов и формирование единого регистра внештатных экспертов КМП, внедрение информационно-аналитических технологий, разработка и внедрение различных механизмов стимулирования деятельности МО по обеспечению КМП, в том числе порядок проведения экспертизы при осуществлении ОМС [40,99,106,112].

В течение десяти лет на страховщика была возложена особая роль в работе по созданию системного подхода в управлении КМП, в том числе по обеспечению ин-

формационной и правовой поддержки населения. При этом все мероприятия, проводимые СМО призваны прежде всего удовлетворять потребность всех категорий застрахованных граждан в получении доступной и качественной медицинской помощи в рамках программы ОМС [85,121,156,158,160,168].

В настоящее время основными направлениями деятельности СМО в управлении КМП являются: информирование населения о системе ОМС и правах застрахованных в сфере охраны здоровья, правовая поддержка граждан в виде консультирования и приема обращений по вопросам оказания медицинской помощи, контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в рамках ОМС, а также социологический мониторинг по оценке удовлетворенности населения МП. При этом результаты каждого направления работы СМО подвергаются анализу и, путем выявления недостатков работы МО, способствуют оптимизации процесса оказания медицинской помощи населению. Таким образом, происходит непрерывное повышение КМП и совершенствование системы здравоохранения. Однако общий подход и отсутствие специфики в работе СМО по защите прав застрахованных лиц детского возраста не позволяют детально изучить проблемы получения медицинских услуг несовершеннолетними, реализовать стратегический и организационный потенциал, а также повысить конкурентоспособность в сфере медицинского страхования (Рисунок 6.1).

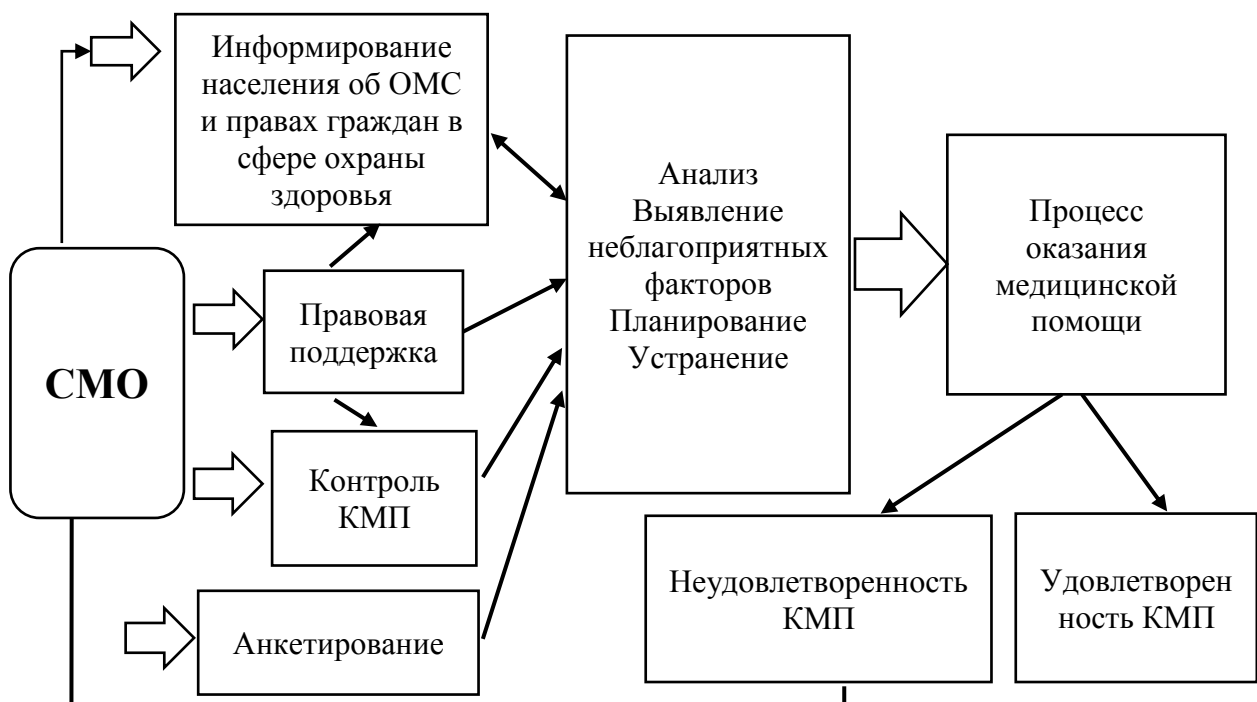


Рисунок 6.1. Основные направления деятельности СМО в защите прав застрахованных граждан.

Ввиду уязвимости и крайней незащищенности застрахованных лиц детского возраста мероприятия СМО в повышении удовлетворенности родителей КМП, оказанной детям в системе ОМС, должны носить принципиально иной подход, в отличие от мероприятий для взрослого населения. С этой целью деятельность СМО должна иметь научно-обоснованный характер, основанный на системе научного анализа и позволяющий наиболее точно подобрать эффективные инструменты для защиты прав несовершеннолетних.

Основным механизмом обеспечения удовлетворенности населения доступностью и КМП в каждом субъекте РФ является разработка и реализация ТПГГ, которая определяет виды гарантированного объема бесплатной медицинской помощи гражданам в данном регионе, а также нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь. ТПГГ ежегодно пересматривается и дополняется в части расширения видов медицинской помощи, финансируемых за счет средств ОМС, а также повышения стоимости самой ТПГГ, что позволяет своевременно компенсировать расходы ЛПУ на оказание медицинской помощи населению. При этом объемы, сроки, условия предоставления диагностических и лечебных мероприятий, диспансеризации чаще всего носят усредненный характер для всех категорий населения, не учитывая специфику оказания медицинских услуг населению детского возраста, и возлагая обязанности по контролю соблюдения требований к оказанию медицинской помощи несовершеннолетним в первую очередь на законных представителей ребенка - родителей. Однако, в случае их низкой информированности и правовой активности, отсутствии поддержки СМО, в некоторых случаях возникают проблемы в поиске необходимой информации, правильном толковании юридических норм применительно к конкретной ситуации. Которое, в свою очередь, приводит к использованию родителями недостоверных источников, недоступности или оказанию ребенку медицинской помощи

ненадлежащего качества, что только усиливает неудовлетворенность родителей КМП и всей системой здравоохранения в целом. В связи с чем, можно рекомендовать ТФ ОМС детализировать нормы по правам ребенка в системе ОМС для данного региона, адаптировать их для восприятия различными категориями населения.

Одним из основных аспектов деятельности СМО, направленный на повышение удовлетворенности родителей КМП, оказанным детям, является прежде всего информационно-разъяснительная деятельность о системе ОМС в целом и правах ребенка в сфере охраны здоровья. Публичное и индивидуальное информирование населения о системе ОМС, правах застрахованных лиц при получении медицинской помощи, службах защиты прав и законных интересов граждан позволяют повысить правовую грамотность населения, способствуют оказанию медицинской помощи надлежащего качества, а при необходимости получению своевременной защиты нарушенных прав со стороны страховщика.

Наличие у граждан необходимой информации о предоставлении бесплатной медицинской помощи является в системе ОМС одним из ключевых факторов ее доступности. Важнейшим источником получения информации о доступности медицинской помощи для граждан являются субъекты и участники системы ОМС, осуществляющие непосредственное взаимодействие с гражданином и, прежде всего, ЛПУ, где застрахованные лица непосредственно сталкиваются с процессом оказания медицинских услуг и чаще всего происходят нарушения их прав на получение бесплатной и качественной медицинской помощи.

Оснащение ЛПУ информационно-справочными материалами (стенды, плакаты, брошюры, листовки и др.) осуществляется как со стороны МО, так и со стороны страховщика, создавая условия обеспечения информационной доступности не только для потребителей медицинских услуг, но и их законных представителей, других посетителей медицинских учреждений. Способы размещения и представления, формы и содержание такой информации, размещенной в ЛПУ, при условии традиционно высокого доверия к ней граждан как к официальным источникам,

определяют действия (бездействия) гражданина по беспрепятственному получению необходимых ему медицинских услуг, в том числе бесплатной медицинской помощи по полису ОМС.

Согласно распоряжению Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 09.10.2007 №525-р «Об утверждении Правил информирования граждан в медицинских учреждениях и организациях, участвующих в выполнении территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге» (далее Правила), информационному письму ФФОМС № 3109/30/и от 10.06.2014 «Об обеспечении информированности застрахованных лиц о правах при получении медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования» были определены виды информационных материалов по вопросам прав граждан на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и других прав в области охраны здоровья, даны конкретные рекомендации к ЛПУ по размещению информационных стендов и вручению персонально застрахованным лицам (их представителям) информационных и тематических материалов.

В соответствии с Правилами все информационные и тематические материалы в медицинских организациях прежде всего должны соответствовать требованиям достоверности, доступности, наглядности и полноты.

С целью оптимизации организации основных видов деятельности СМО в повышении удовлетворенности родителей КМП, оказанным детям, нами была проведена оценка мероприятий СМО в информировании родителей о системе ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья, в проведении социологических опросов и работе по защите прав и законных интересов несовершеннолетних.

В ходе исследования наличие или отсутствие вышеуказанных информационных материалов и их полнота в ЛПУ отдельно не оценивались, однако по результатам анкетирования был выявлен низкий уровень информированности законных представителей ребенка - более половины респондентов ($53,2 \pm 0,9$ из 100) вообще не были информированы или имели весьма скудный объем информации об ОМС

в целом и $47,1 \pm 0,9$ из 100 о правах ребенка в системе ОМС, в частности. Информацию о том, каким образом можно обратиться в СМО, в случае необходимости защиты прав ребенка, не имели более трети родителей ($37,7 \pm 0,9$), а $17,2 \pm 0,7$ не имели представления об обязанности СМО по защите прав и законных интересов застрахованных. Одновременно, основными причинами низкой обращаемости населения в СМО по мнению каждого пятого респондента ($22,5 \pm 0,8$ из 100) является отсутствие у граждан информации о средствах связи с СМО, а каждого десятого ($9,5 \pm 0,5$) – неведение о возможности получить помощь от СМО. Больше половины респондентов ($50,7 \pm 0,9$ из 100) отметили в качестве основного источника сведений об ОМС - средства массовой информации и «Интернет-ресурсы». И только десятая часть ($11,4 \pm 0,6$ из 100) родителей указали стенды и плакаты в детской медицинской организации, что свидетельствует о низкой эффективности данного способа подачи материала для изучаемой категории населения.

В настоящее время во всех МО большое внимание уделяется внебюджетным источникам финансирования, прежде всего развитию возмездных медицинских услуг. С целью информирования граждан о перечне, основаниях и порядке предоставления платных услуг, их стоимости, а также возможности бесплатного получения медицинских услуг в рамках ТПГГ из средств ОМС, данный вид информации размещается на отдельном стенде или плакате в первую очередь возле кабинета или отделения платных медицинских услуг, а также у регистратуры в АПУ и в холле для посетителей в стационаре. Однако несмотря на то, что оказание населению медицинской помощи на коммерческой основе осуществляется по определенным правилам [97], проведенное исследование показало, что в детских поликлиниках и стационарах встречаются различного рода нарушения в порядке предоставления платных медицинских услуг, в том числе с использованием незаконных методов (вымогательства, получение взятки, превышение служебных полномочий).

Для абсолютного большинства родителей ($98,6 \pm 0,2$ на 100) источниками информации о бесплатных медицинских услугах являлись помимо лечащего врача ($37,7 \pm 0,9$) - знакомые ($37,3 \pm 0,9$), СМИ и «Интернет» ($20,4 \pm 0,7$). Только небольшое

количество респондентов в качестве источника указали СМО ($3,2 \pm 0,3$), а также стенды, плакаты и брошюры (только $1,4 \pm 0,2$ из 100).

Низкую информированность населения о правах ребенка на бесплатную медицинскую помощь в рамках ТППГ также подтверждают результаты анкетирования, по которым почти треть родителей ($29,6 \pm 1,2$ из 100) были вынуждены оплачивать медицинские услуги, назначенные лечащим врачом, в стационаре. Причем больше половины респондентов, оплативших медицинские услуги, были госпитализированы с ребенком в экстренном порядке ($52,4 \pm 1,3$) и на отделения хирургического профиля ($57,2 \pm 1,3$). Одновременно, в детской поликлинике оплативших медицинские услуги, назначенные лечащим врачом, было более трети родителей ($38,7 \pm 1,3$). Причем более двух трети респондентов ($73,1 \pm 1,2$ из 100) отметили, что предпочитают обращаться за медицинскими услугами не в АПУ, а в другие частные клиники ввиду их большей доступности и качества медицинского обслуживания. При этом только $2,0 \pm 0,3$ из 100 респондентов всегда, а $12,8 \pm 0,6$ лишь иногда обращались при нарушении прав своего ребенка за помощью в вышестоящие структуры. Однако большая часть родителей, составивших $42,8 \pm 0,9$ из 100, предпочли куда не обращаться, а меньше половины респондентов ($42,4 \pm 0,9$) куда не обращались в связи с тем, что случаев нарушений ими отмечено не было.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости принятия СМО мер по защите интересов несовершеннолетних на получение бесплатных и доступных медицинских услуг, и в первую очередь налаживание эффективных каналов информирования родителей.

В рамках индивидуального информирования населения большое значение имеют мероприятия СМО в распространении информационно справочной литературы (буклеты, листовки и др.) непосредственно на территории ЛПУ. При этом выдача тематических материалов персонально гражданам или их представителям должна осуществляться при экстренной госпитализации не позднее первых суток пребывания в стационаре, при плановой госпитализации - при выдаче направления на госпитализацию, а при предоставлении платных медицинских услуг - в момент

ознакомления гражданина с договором платных медицинских услуг (до его подписания). Однако на практике данное положение Правил соблюдается далеко не всегда. По данным проведенного анкетирования только $4,6 \pm 0,4$ из 100 родителей отметили наличие данного источника информации в МО, что также свидетельствует или об отсутствии выдачи буклетов и листовок в ЛПУ, или о низкой эффективности данного способа подачи материала для родителей.

С учетом того, что на амбулаторно-поликлиническом этапе происходит основная масса оказания детскому населению медицинской помощи, именно в медицинских организациях, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, должен проводиться основной объем информирования родителей о системе ОМС и правах застрахованных лиц детского возраста. В базовых АПУ осуществляется определение объема, сроков, места и своевременность проведения диагностических и лечебных процедур, весь объем профилактических мероприятий и диспансеризации детского населения, организация и оказание лечебно-профилактической помощи в поликлинике, на дому и в детских образовательных учреждениях, проведение санитарно-просветительной работы и противоэпидемических мероприятий. В детских поликлиниках родители чаще всего сталкиваются не только с ограничениями в получении ребенком бесплатной и доступной медицинской помощи, неудовлетворительной организацией работы ЛПУ, но и оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества, нарушениями этики и деонтологии со стороны медицинского персонала, реже с отказом в медицинском обслуживании и взиманием денежных средств за медицинскую помощь в рамках программы ОМС. Поэтому информирование родителей в базовых АПУ имеет первоочередную значимость и создает предпосылки для обеспечения информационной доступности медицинской помощи в системе ОМС населения в целом.

В стационарных учреждениях также необходимо проводить информирование в связи с тем, что именно в стационарах на фоне экстренных показаний, госпитализации, угрозы здоровью и жизни ребенка родители чаще всего сталкиваются с необоснованным отказом в оказании медицинской помощи или взиманием денеж-

ных средств. Помимо этого, на этапе стационаров имеется возможность охвата информированием родителей, которые по тем или иным причинам не посещают АПУ или не получили данную информацию в детской поликлинике, а также дополнить имеющийся уровень знаний. Таким образом, информирование населения необходимо на всех этапах медицинского обслуживания, однако способ подачи и характер информации требуют своей специфики.

Отсутствие должного информирования родителей в сети детских МО по вопросам возможности реализации прав ребенка в системе ОМС создает условия для ограничения доступности медицинской помощи и низкой правовой активности родителей в защите нарушенных прав детей. С учетом того, что родители, находясь в медицинском учреждении в свободное время ожидания приема врача, лечебно-диагностических процедур в АПУ или находясь на отделении с ребенком в стационаре, чаще всего заняты организацией досуга ребенка и ограничены в свободном времени на ознакомление с информационно-справочными материалами, при проведении информирования требуется индивидуальный и адресный подход.

Как показало проведенное исследование, родители детей до 3-х лет информированы о системе ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья в меньшей степени, чем родители детей 8-17 лет ($t > 2$). А родители с двумя и более детьми в семье оценивают свои знания в данном правовом поле несколько ниже, чем родители с одним ребенком ($t > 2$). Одновременно низкая степень информированности была выявлена у родителей с начальным и средне-специальным образованием, а также у неработающих респондентов (родители, находящиеся в декрете, отпуске по уходу за ребенком и другие неработающие граждане) ($t > 2$). Таким образом, для повышения эффективности информационной деятельности СМО необходим выбор способа подачи информации в первую очередь для указанных категорий родителей. Повышение уровня информированности у данной группы респондентов позволит не только повысить правовую грамотность наиболее незащищенных категорий населения, но и инвестировать знания, вложенные в родителей (в том числе в раннем возрасте ребенка), для дальнейшего применения в сфере охраны здоровья в процессе взросления несовершеннолетнего.

Так, например, создание обучающих, ознакомительных или социальных анимационных видеороликов по вопросам системы ОМС и прав ребенка при получении медицинской помощи поможет привлечь внимание как детей, так и их родителей, позволив одновременно совместить время досуга ребенка и образовательный процесс как в период пребывания в АПУ, так и на отделении стационара. Использование простых сюжетных линий, основанных на конкретных примерах оказания ребенку медицинской помощи, мультимедийных технологий, красочных и интересных художественных образов при информировании родителей позволит сделать информацию более яркой, наглядной, способствуя лучшему восприятию и запоминанию материала. А реализация эмоционально-ценностного компонента с помощью методов эмоционально-сенсорного воздействия позволит вовлечь в процесс информирования самих детей, формируя у них с малого возраста положительный образ СМО как главного помощника и защитника прав и законных интересов в получении медицинской помощи. Преимуществом данного способа подачи материала является возможность применения не только через СМИ (телевидение, радио), «Интернет-ресурсы», но и в самой медицинской организации. Таким образом, индивидуальный и адресный подход в информировании родителей о системе ОМС позволит не только увеличить правовую грамотность и активность населения в вопросах медицинского обслуживания детей, но и повысить доверие потребителей и сформировать положительный имидж СМО, способствовать развитию конкуренции на рынке медицинского страхования.

С 2016 года в рамках индивидуального информирования в регионах России заработал механизм индивидуального оповещения граждан (SMS-сообщения) о необходимости пройти диспансеризацию, вакцинацию, а также контроль за их проведением. Однако если у взрослого населения объем, порядок и кратность диспансерных осмотров установлены нормативными актами, то для детского населения, не относящегося к группам детей-сирот и детей, оставшимся без попечения родителей или в трудной жизненной ситуации, порядок проведения профилактических осмотров имеет ряд особенностей, связанных с возрастными периодами и в настоящее время до конца не определен. Таким образом, проводя работу по увеличению

объемов диспансеризации взрослого населения страховщик не уделяет должного внимания проблемам проведения профилактических осмотров среди детей, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, не учитывает затруднения родителей в вопросах их доступности и качества. Как показало проведенное анкетирование, для $17,7 \pm 1,0$ из 100 респондентов основной причиной обращения с ребенком в АПУ является прохождение профилактических осмотров, а для $15,8 \pm 0,9$ - выполнение профилактических прививок. При этом у большинства родителей возникали трудности в получении талона на прием к участковому врачу-педиатру ($49,8 \pm 1,3$) и врачу-специалисту ($77,8 \pm 1,1$). В связи с чем, можно рекомендовать активное участие СМО в контроле доступности и качества проведения профилактических осмотров и вакцинации несовершеннолетних, обеспечить поддержку родителей при их проведении, как альтернатива информирования и контроля СМО за диспансеризацией взрослого населения.

Для принятия необходимых управленческих решений и достижения стабильных показателей качества оказываемой медицинской помощи гражданам, поддержания их на высоком уровне и обеспечения непрерывного процесса повышения качества, особенно значимым является получение необходимой информации о существующем состоянии отрасли с использованием социологических методов на различных этапах оказания медицинской помощи и среди различных субъектов системы здравоохранения. Результаты, полученные в ходе анкетирования, позволяют сформировать достаточно четкую картину по восприятию населением функционирования системы охраны здоровья в стране, выявить особенности относительно доступности и качества медицинских услуг, присущие конкретным территориям, медицинским организациям и специализированным структурам, оценить уровень информированности граждан о системе ОМС в целом. И что наиболее важно – оценить пассивную неудовлетворенность населения МП.

С этой целью в соответствии с методическими рекомендациями и указаниями ФФОМС (Приказ ФФОМС от 29.05.2009 № 118 «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступно-

стью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования» (ред. от 26.04.2012 № 86), Приказ ФФОМС от 11 июня 2015 №103 «Об утверждении Методических указаний по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования») проводится социальный мониторинг показателей удовлетворенности и информированности граждан.

Однако на данный момент все рекомендации и указания по проведению социологического опроса не до конца раскрывают механизмы устранения факторов неудовлетворенности граждан МП, выявленных по результатам анкетирования, рычаги воздействия СМО на конкретные ЛПУ. И самое важное – анкеты, рекомендованные для проведения опроса, оценивают удовлетворенность МП преимущественно взрослого населения и не учитывают специфику оказания медицинской помощи детям (проблемы вызова врача к ребенку на дом, длительность ожидания медицинских процедур - массажа, ФТО, обсуждение с родителями материальной доступности выписанных ребенку лекарств, состояние санузла, возможность пребывания родителей вместе с ребенком в стационаре, размещение детей в палатах в зависимости от возраста, в том числе в непригодных помещениях ввиду отсутствия мест в палатах, регулярность уборки помещений, качество постельного белья и питания, организация досуга ребенка, нарушение этики и деонтологии со стороны медицинского персонала) не устанавливают минимальный необходимый объем репрезентативной выборки, учет и анализ показателей отдельно по детскому населению, порядок выбора детских ЛПУ для проведения анкетирования.

Результаты оценки пассивной неудовлетворенности родителей МП, оказанной детям, полученные в ходе настоящего исследования, существенно отличались от результатов социологических опросов, проводимых СМО. Стандартные анкеты СМО имеют ограниченное количество вопросов, составленных по образцу анкет для оценки удовлетворенности МП взрослого населения. Результаты социологического мониторинга заносятся в ежегодные формы отчетов СМО без отдельной градации по детям и анализируются вместе с данными по взрослому населению суммарно.

Анкеты, рекомендованные для проведения опроса населения в части информированности граждан о системе ОМС, также носят общий характер, не учитывают специфику оказания медицинских услуг несовершеннолетним: осведомленность родителей о правах ребенка в системе ОМС (возможность получения медицинской помощи новорожденному по полису ОМС матери, право на совместное нахождение с ребенком в стационаре, выбор лечащего врача и МО, лекарственное обеспечение, информирование несовершеннолетних о состоянии своего здоровья), востребованность служб защиты прав застрахованных и страхового представителя СМО в детских ЛПУ, причины пассивной правовой позиции.

Предполагается, что страховщик самостоятельно расширит анкету, включив дополнительные вопросы по информированности и удовлетворенности родителей МП, оказанной детям. Отсутствие единых подходов в решении данной задачи способствует низкой эффективности социологического мониторинга как оценочного инструмента в управлении КМП несовершеннолетним. Также окончательно не решен вопрос о возможности проведения отдельной части медико-социологического мониторинга вне территории медицинской организации (по телефону, в пунктах выдачи полисов ОМС) для получения наиболее объективных ответов респондентов, без боязни родителей мести со стороны медицинского персонала.

Большой объем работы СМО в повышении удовлетворенности населения КМП, в том числе при оказании медицинской помощи детям, включает проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи [98]. Основными целями контроля являются: предоставление застрахованным бесплатной медицинской помощи в объеме и условиях, установленных ТППГ, защита прав граждан на получение медицинских услуг надлежащего качества, предупреждение дефектов медицинской помощи, оптимизация расходов по оплате медицинского обслуживания и другие. Являясь эффективным инструментом внешнего контроля деятельности медицинских учреждений, экспертные мероприятия СМО позволяют посред-

ством финансовых санкций оптимизировать процесс оказания медицинской помощи, стимулировать повышение КМП и удовлетворенность застрахованных лиц результатом лечения. В соответствии с п.9 Приказа ФФОМС от 01.12.2010 №230 в целях обеспечения прав на получение доступной и качественной медицинской помощи застрахованные лица информируются МО, СМО, ТФОМС о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи по ТППГ, в том числе по результатам контроля [98]. Однако в большинстве случаев информирование не проводится и данное направление работы страховщика остается малоизвестным для граждан, что во многом обуславливает отсутствие или дефицит знаний об обязанностях СМО и снижает значимость СМО в глазах населения.

Помимо осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, проведение работы по защите прав и законных интересов застрахованных лиц также является одним из значимых направлений деятельности страховщика. Ограничение в доступности и снижение КМП, увеличение видов и объемов медицинских услуг, предоставляемых гражданам за плату, нарушение этики и деонтологии со стороны медицинских работников привело к необходимости активного развития форм досудебной и судебной защиты страховщиком нарушенных прав и законных интересов застрахованных граждан.

Комитетом по здравоохранению, ТФ ОМС и СМО Санкт-Петербурга организованы отделы по работе с обращениями граждан. Помимо круглосуточной работы телефонов "горячей линии" в целях принятия необходимых мер по устранению недостатков в деятельности учреждений здравоохранения, СМО осуществляет прием и рассмотрение обращений при личном обращении застрахованных лиц или их законных представителей (родителей), обращений в письменной форме, в том числе по сети «Интернет-ресурсы». Данный вид деятельности СМО позволяет не только обеспечить индивидуальное информирование граждан, но прежде всего проводить консультирование застрахованных по конкретным вопросам оказания медицинской помощи, рассмотрение жалоб населения по фактам нарушения их прав и законных интересов в сфере охраны здоровья, возмещение застрахованным неправо-

мерно понесенных ими расходов в случае оплаты медицинских услуг или медикаментов, подлежащих финансированию из средств ОМС, при стационарном лечении по назначению врача. Решение об обоснованности жалобы и о необходимости возмещения денежных средств гражданину или об отказе в удовлетворении требований принимается в установленном порядке по результатам экспертных действий (экспертиза КМП, медико-экономическая экспертиза страхового случая). В настоящее время СМО рассматривают обращения граждан за консультацией и в связи с жалобами суммарно, без детализации по-взрослому и детскому населению. Однако проведенное исследование показало существенное отличие в структуре обращений родителей по вопросам оказания медицинской помощи детям за консультацией и с жалобами от общей структуры обращений в СМО. Разделение данных групп обращений граждан в отдельные направления позволит детализировать структуру активной неудовлетворенности родителей, выявить неблагоприятные факторы, полноценно сформулировать и провести мероприятия по повышению качества медицинского обслуживания застрахованных лиц детского возраста.

Появление в 2007 г. института страховых представителей СМО непосредственно в МО позволило проводить дополнительное консультирование граждан по вопросам получения бесплатной и доступной стационарной медицинской помощи, осуществлять оценку удовлетворенности населения КМП и информирование о системе ОМС, выявлять факторы, способствующие возникновению нарушений прав граждан, и своевременно их пресекать, защищать права застрахованных граждан в системе ОМС вне зависимости от страховой принадлежности пациента.

Однако широкого развития в ЛПУ институт страховых представителей не получил, и в настоящее время представлен только в 11 городских стационарах Санкт-Петербурга, специализирующихся на оказании экстренной медицинской помощи. Из них только в 3 детских стационарах имеются страховые представители разных СМО (СПб ГБУЗ «Детская городская больница №1», СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 Святой Марии Магдалины», СПб ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф. Филатова»). При этом, как показало проведенное

анкетирование, только $11,9 \pm 0,8$ из 100 родителей знали об их присутствии в медицинской организации, из них $6,5 \pm 0,6$ обращались к ним за помощью. Большая же часть респондентов ($75,3 \pm 1,1$ из 100) признались, что не знали о существовании страховых представителей вовсе или об их наличии в детских стационарах Санкт-Петербурга, а $12,8 \pm 0,9$ - с убежденностью ответили, что их нет в данной больнице. Таким образом, информирование населения о данном направлении работы СМО является крайне недостаточным и требует более широкого разъяснения в обществе. Как главный инструмент обеспечения застрахованных доступными и бесплатными медицинскими услугами во время лечения в стационаре, информирование родителей о страховых представителях необходимо осуществлять непосредственно на всех этапах госпитализации, включая приемное и лечебные отделения. Прикрепление каждого ребенка к страховому представителю на время госпитализации позволит не только контролировать процесс оказания медицинской помощи надлежащего качества, но и своевременно пресекать нарушения прав и законных интересов несовершеннолетних.

Формирование с 2016 года в рамках пациентоориентированной модели здравоохранения трехуровневой системы страховых представителей СМО несомненно является важным шагом в повышении качества медицинского обслуживания населения в целом. Однако новая структура поверенных, несмотря на увеличение круга обязанностей в информировании и решении вопросов по оказанию населению медицинской помощи, не предусматривает расширение сети страховых представителей СМО непосредственно в детских ЛПУ, усиленный контроль и помощь в получении бесплатной и доступной лечебно-профилактической помощи несовершеннолетним.

Таким образом, для повышения удовлетворенности родителей КМП, оказанной детям, основные направления работы СМО должны включать: 1) адресный и индивидуальный подход в информировании родителей о системе ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья (социальные анимационные видеоролики в СМИ и ЛПУ, создание художественных образов в конкретных примерах оказания ре-

бенку медицинской помощи), об обязанностях СМО (информирование о выявленных нарушениях в оказании медицинской помощи по результатам контроля, функциях страхового представителя в МО), в том числе SMS-информирование и контроль доступности и качества профилактических осмотров несовершеннолетних; 2) проведение социального мониторинга по оценке удовлетворенности родителей качеством лечебно-профилактической помощи с помощью специальных форм, ориентированных на выявление проблем в предоставлении медицинской помощи детям; 3) расширение сети страховых представителей СМО в детских ЛПУ и информирование население о работе данной службы; 4) регистрация и учет обращений граждан по вопросам оказания медицинской помощи несовершеннолетним отдельно от обращений по взрослому населению (Рисунок 6.2).



Рисунок 6.2. Схема мероприятий СМО по повышению удовлетворенности родителей КМП, оказанной детям

При невозможности урегулировать конфликт интересов и решить спор в досудебном порядке проводится судебная защита нарушенных прав застрахованных

лиц в системе ОМС. С 2007 г. большой опыт по разрешению споров, возникших из гражданско-правовых отношений между субъектами и участниками системы медицинского страхования и системы здравоохранения, был накоплен Санкт-Петербургским Третейским судом медицинского страхования и здравоохранения при Санкт-Петербургской торгово-промышленной палате. Вместе с тем, судебная защита, в том числе нарушенных законных интересов (права) ребенка на бесплатную медицинскую помощь и на оказание медицинской помощи должного объема и качества применяется СМО не так широко, что связано прежде всего с рядом причин: недоверием граждан к судебной системе, отсутствием во многих случаях у родителей желания инициировать судебное разбирательство с ЛПУ, значительные расходы на проведение судебного производства (оплата судебно-медицинской экспертизы, другие расходы), длительные сроки проведения судебных разбирательств, но прежде всего отсутствие во многих СМО специализированной юридической службы, способной сопровождать профессиональную судебную защиту застрахованных граждан, в том числе лиц детского возраста. В связи с чем, можно рекомендовать более тесное взаимодействие страховщика с ассоциациями юристов в области медицинского права для обмена опытом и сотрудничества в судебной защите застрахованных.

Помимо вышеупомянутых основных направлений деятельности СМО в повышении удовлетворенности родителей КМП, оказанной детям, необходимо также упомянуть учебно-образовательные мероприятия страховщика по повышению образовательного уровня и квалификации медицинского персонала, а также правовое просвещение потребителей медицинских услуг и их родственников.

Недостаточная осведомленность практикующих врачей-педиатров в вопросах современного законодательства, особенно в части защиты прав пациентов, приводит к произвольной, и часто неверной трактовке юридических фактов, ежедневно встречающихся в медицинской практике, и, как следствие, к неправомерным действиям в отношении детей при получении ими медицинской помощи. Последипломное обучение врачей по медико-юридическим вопросам, циклы усовершенствования по экспертизе КМП и вопросам медицинского права позволяют широко

осветить проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи и защиты прав пациентов, в том числе несовершеннолетних, с правовых и экспертных позиций, разобрать вопросы бесплатности и доступности медицинской помощи для лиц детского возраста, разъяснить положения ТППГ, обсудить проблемы врачебных ошибок, профессиональных правонарушений в сфере здравоохранения, об уголовной и административной ответственности медицинских работников и т.д.

Организация конференций, выступлений, школ правовой грамотности для потребителей медицинских услуг и их родственников позволяют привлечь внимание общественности к вопросам медицинского страхования и повысить уровень информированности населения о системе ОМС в целом и правах ребенка в области охраны здоровья, в частности. Однако данное просвещение ориентировано в первую очередь на группу граждан, имеющих свободное время для посещения данных мероприятий, и не учитывает ограниченные возможности родителей, в особенности, имеющих детей младшего возраста. В связи с этим можно рекомендовать проведение данных мероприятий, приближенных к месту оказания медицинской помощи, в детских поликлиниках и стационарах, с организацией досуга детей на время правового просвещения родителей.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что в настоящее время основные мероприятия СМО в повышении удовлетворенности граждан КМП носят общий характер и не учитывают особенности получения медицинской помощи застрахованными лицами детского возраста. Учитывая низкий уровень удовлетворенности родителей КМП и их правовой активности в защите прав ребенка, считаем целесообразным использовать разработанные в данном исследовании научно-обоснованные рекомендации по совершенствованию деятельности СМО в повышении удовлетворенности родителей качеством лечебно-профилактической помощи детям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современной России СМО играет ведущую роль в защите прав и интересов граждан в сфере охраны здоровья, включая застрахованных лиц детского возраста. Вместе с тем Президентом РФ В.В. Путиным с 2018 года объявлено Десятилетие детства в России, а основными задачами государственной политики провозглашены стимулирование рождаемости, поддержка и охрана детства, снижение заболеваемости и смертности среди несовершеннолетних, что прежде всего достигается соблюдением прав ребенка на получение доступной и качественной лечебно-профилактической помощи.

Однако успешная защита прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья возможна только в том случае, если родители (законные представители) обладают достаточным объемом информации о правах ребенка, порядке и условиях предоставления медицинской помощи, понимают работу системы ОМС и занимают активную правовую позицию в отстаивании интересов детей самостоятельно или с помощью вышестоящих структур.

Проведенный анализ годовых отчетных форм СМО «Форма ПГ» за 2011-2016 гг. показал, что Санкт-Петербургским филиалом АО «СОГАЗ-Мед» проводится большая работа в рамках публичного и индивидуального информирования граждан. За шесть лет было выпущено 514 434 экземпляров различных информационных материалов, опубликовано 18 статей информационного характера в СМИ, сделано 21 выступление на радио и телевидении, 80 в коллективах застрахованных, оформлено и обновлено 156 стендов в медицинских организациях, проведено создание и ежегодное обновление сайта в сети "Интернет-ресурсы".

Однако информирование населения носит общий характер без детализации особенностей оказания медицинской помощи несовершеннолетним, проводится без учета принадлежности потребителей информации (граждан) к той или иной социальной группе. В связи с чем на фоне общего низкого уровня информированности ($53,2 \pm 0,9$ из 100 респондентов считают себя не информированными или плохо информированными в вопросах ОМС, $47,1 \pm 0,9$ о правах ребенка в сфере

охраны здоровья), а в некоторых случаях и отсутствия знаний и интереса в данных вопросах вовсе, наибольший дефицит информации наблюдается у родителей с начальным и средним образованием, детьми до 3-х лет, имеющих два и более ребенка в семье, а также неработающих граждан ($t \geq 2$).

В тоже время родители проявляют высокую заинтересованность в получении дополнительных знаний – 76,1±0,8 респондентов хотели бы больше узнать об ОМС и о правах ребенка в сфере охраны здоровья.

В связи с чем полагаем, что СМО следует совершенствовать методы и формы информирования населения о системе ОМС и правах ребенка, учитывая индивидуальный и адресный подход.

В соответствии с приказами ФФОМС (№ 118 от 29.05.2009 и №103 от 11.06.2015), СМО Санкт-Петербургский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» осуществляется социологический мониторинг населения по оценке удовлетворенности граждан доступностью и КМП, в том числе в детских ЛПУ. В течение 2011-2016 гг. оценка СМО проводилась по единой форме анкеты, составленной в соответствии с приказами, включающей лишь шесть вопросов программы и носящей общий характер, как для взрослых, так и для детских МО, и не учитывающей специфику оказания медицинской помощи несовершеннолетним. Всего за изучаемый период было проанкетировано 2021 родителей.

В результате проведенного мониторинга было установлено, что остались больше не удовлетворены, чем удовлетворены результатами оказанной ребенку помощи в АПУ – 21,0% родителей, а 9,0% были полностью не удовлетворены. В детском стационаре количество родителей в большей степени неудовлетворенных качеством оказания лечебно-профилактической помощи составило 6,3%, а полностью неудовлетворенных - 2,9%. При этом в динамике за 6 лет удельный вес показателей частичной и полной неудовлетворенности стабильно уменьшался как на этапе АПУ (с 39,0% и 16% в 2011 г. до 1,7% и 0% в 2016 г.), так и стационаров (с 8,2% и 5,2% в 2011 до 2,0% и 0% в 2016 г.).

Полученные результаты социологического мониторинга по весьма узкому

спектру вопросов отразили лишь общие тенденции в оценке удовлетворенности родителей результатами лечебно-профилактической помощи несовершеннолетним, но не позволили выявить конкретные проблемы. В связи с этим, по специально разработанным расширенным анкетам было проведено анонимное анкетирование 1488 родителей в детских АПУ и 1479 в стационарах, которое показало, что на всех этапах респонденты часто сталкивались с нарушением законных прав и интересов ребенка в сфере ОМС.

В АПУ у родителей нередко возникали трудности при вызове врача к ребенку на дом, получении консультации врача-педиатра и врачей узких специальностей, при сдаче анализов, при проведении дополнительного обследования. Вместе с тем график работы учреждений респонденты сочли не всегда удобным. Родители с детьми часто были вынуждены длительное время ожидать приема врача, сталкивались с невнимательностью и грубостью медперсонала (чаще всего медрегистраторов, медицинских сестер и врачей-специалистов).

При поступлении на стационарное лечение часть родителей с детьми (каждый десятый) первое время вынуждены были лежать в коридоре или другом непригодном помещении, часто не соблюдался комфортный температурный режим, не регулярно проводилась уборка палат и санузлов, не были предусмотрены помещения и сотрудники по организации досуга ребенка. Часть респондентов не удовлетворило состояние постельного белья, качество питания на отделении.

Как в детских АПУ, так и в стационарах широко распространено предоставление платных медицинских услуг, но порядок их предоставления нередко нарушался. Имели место случаи прямого вымогательства денег и ценных подарков. Несмотря на то, что абсолютное большинство детей имело полис ОМС (более 90%) около трети (38,7% в АПУ и 29,6% в стационаре) родителей приходилось оплачивать медицинские услуги по обследованию и лечению ребенка, назначенные лечащим врачом.

В целом медицинским обслуживанием в АПУ остались полностью неудовлетворенными 12,5% родителей и 40,7% были удовлетворены не в полной мере, стационарной помощью - 6,3% и 30,4% респондентов соответственно.

Таким образом, анонимное анкетирование по специально разработанным расширенным анкетам дало возможность установить конкретные недостатки в деятельности детских МО. В связи с чем, считаем оправданным рекомендовать СМО, помимо проводимого в соответствии с приказами ФФОМС (№ 118 от 29.05.2009 и №103 от 11.06.2015) обязательного социологического мониторинга, регулярно (не реже 1 раза в год) осуществлять анкетирование родителей по расширенной программе, разработанной в ходе настоящего исследования, проводить отдельный учет и анализ данных от результатов по взрослому населению, с их обсуждением на заседаниях Координационного совета по обеспечению и защите прав граждан в системе ОМС.

За шесть лет изучаемого периода в Санкт-Петербургский филиал СМО АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» поступило 434 263 обращений от застрахованных граждан, из них 35 369 обращений по вопросам получения медицинской помощи в системе ОМС и защиты прав застрахованных (35,4 на 1000 населения), в том числе 3448 касалось лиц детского возраста (3,4 на 1000). Динамика обращений в СМО в целом имела положительный характер и за 6 лет возросла более чем в 7 раз, что с одной стороны может свидетельствовать о возрастающей гражданской активности населения, но с другой стороны - об ухудшении качества медицинского обслуживания несовершеннолетних.

В структуре консультаций по детскому населению в СМО (среднем 9,7% от всех консультаций) основная часть вопросов были связаны с организацией работы МО, особенностями получения полиса ОМС и получении медицинской помощи ребенку по ОМС вне территории страхования. Также большой интерес родителей был проявлен к вопросам КМП, о порядке получения платных медицинских услуг, о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи, о выборе МО, о взимании денежных средств за медицинскую помощь в системе ОМС и др.

В структуре жалоб по детскому населению в СМО (в среднем 16,3% от всех жалоб) преобладали обращения на ненадлежащее качество медицинской помощи, неудовлетворительную организацию работы детских МО, отказ в оказании ребенку медицинской помощи, взимание денежных средств при лечении по ОМС

и нарушение этики и деонтологии со стороны медицинского персонала.

Вместе с тем процент обоснованных жалоб в СМО по детям в динамике за 6 лет постепенно возрастал и составил в 2016 году 68,8%. При этом основная часть обоснованных жалоб касалась оказания медицинской помощи ненадлежащего качества (в среднем 30,4%), незаконного взимания денежных средств за медицинскую помощь, предусмотренную программой ОМС (в среднем 28,8%) и неудовлетворительной организации работы МО (в среднем 20,8%).

Однако в большинстве случаев при ущемлении прав ребенка в области здравоохранения далеко не все родители обращаются в СМО. Проведенное анкетирование показало, что только $19,5 \pm 0,7$ из 100 родителей по предыдущему опыту приходилось обращаться в СМО за консультацией. В случае ущемления прав ребенка при оказании медицинских услуг только $2,0 \pm 0,4$ из 100 обращались с жалобой в вышестоящие структуры, а $12,8 \pm 0,9$ из 100 респондентов лишь иногда обращались за помощью. Однако большая часть родителей, составивших $42,8 \pm 1,3$ на 100, при нарушении прав своего ребенка предпочли никуда не обращаться. В будущем, с целью защиты прав и интересов ребенка только треть респондентов ($36,9 \pm 1,3$) готовы обратиться в СМО.

Среди основных причин низкой правовой активности родители указали экономии личного времени, инертность, недоверие и низкую информированность населения об обязанностях СМО по защите прав и законных интересов граждан. В ряде случаев это обусловлено боязнью возникновения конфликтных ситуаций с администрацией и другими медицинскими работниками, а также мести с их стороны при повторных обращениях с детьми.

В трех из четырех стационаров имелись страховые представители разных СМО. Однако только $11,9 \pm 0,8$ из 100 респондентов знали об их присутствии в МО, из них $6,5 \pm 0,6$ обращались к ним за помощью; $12,8 \pm 0,9$ из 100 родителей с убежденностью ответили, что их нет в больнице. Большая часть респондентов ($75,3 \pm 1,1$) признались, что не знали о существовании страховых представителей вовсе или об их наличии в детских стационарах Санкт-Петербурга. В связи с чем

считаем целесообразным, в целях повышения доступности и КМП детям, организовать работу страховых представителей СМО во всех детских МО, включенных в реестр ЛПУ работающих в системе ОМС, и наладить эффективные каналы информирования населения о работе данной службы.

Из всех обоснованных жалоб, поступивших в Санкт-Петербургский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в течение 2011-2016 гг., 28,8% были связаны с материальным возмещением денежных средств, неправомерно израсходованных при оказании медицинской помощи ребенку в системе ОМС. За шесть лет изучаемого периода общая сумма средств постоянно росла, пропорционально увеличению жалоб на случаи необоснованного взимания денежных средств, и составила 58150 рублей.

Однако, в соответствии с действующим законодательством, механизмы воздействия СМО на ЛПУ весьма ограничены, так СМО не имеет права применять санкции в отношении отдельных критериев КМП, относящихся к условиям оказания медицинских услуг (качество питания и постельного белья, наличие очередей в АПУ, состояние и чистота помещений, санузлов, соблюдение гигиенических мероприятий и т.д.). В связи с чем органам законодательной власти целесообразно рассмотреть вопрос о расширении прав и механизмов воздействия СМО на детские ЛПУ при выявлении указанных причин неудовлетворенности родителей в ходе социологического мониторинга.

Исходя из вышеизложенного, в российском здравоохранении имеется необходимость принятия организационных мер по совершенствованию и дальнейшему развитию ОМС, стимулирования конкурентной среды между СМО, удовлетворению потребности населения в активном целенаправленном информировании об ОМС и правах ребенка в сфере охраны здоровья, формировании позитивного образа и укреплении статуса СМО, повышении контроля и качества лечебно-профилактической помощи несовершеннолетним.

ВЫВОДЫ

1. Более половины ($53,2 \pm 1,3$ из 100) родителей недостаточно полно информированы о системе ОМС в целом и $47,1 \pm 1,3$ из 100 о правах ребенка в сфере охраны его здоровья. Наиболее низкий уровень информированности имеют родители с начальным образованием, неработающие, имеющие детей до 3-х лет, имеющие двух и более детей в семье. Большинство родителей ($76,1 \pm 1,1$ из 100) хотели бы получить необходимую информацию по этим вопросам, основанную на адресном подходе. Наиболее эффективными каналами информирования родители считают средства массовой информации и «Интернет-ресурсы».

2. Существующая система оценки удовлетворенности родителей КМП не в полной мере объективна. По результатам действующего мониторинга средний уровень полной или частичной неудовлетворенности респондентов не превышает 30,0% по детским АПУ и 9,2% по стационарам, в то время как по результатам проведенного углубленного социального мониторинга медицинским обслуживанием несовершеннолетнего в АПУ были удовлетворены не в полной мере или полностью не удовлетворены $53,2 \pm 1,3$, стационарной - $36,9 \pm 1,3$ из 100 родителей.

3. Основными причинами неудовлетворенности родителей в АПУ являлись: сложности в получении талона на прием к участковому педиатру, врачу-специалисту, трудности в вызове участкового педиатра на дом, ограничение доступности в проведении лечебно-диагностических процедур, инструментальных и лабораторных исследований, недостаточное внимание и грубость медицинского персонала. Основные причины неудовлетворенности родителей в стационарах были связаны с отсутствием условий для организации досуга детей, плохим состоянием помещений, низким качеством питания, состоянием постельного белья и некомфортным температурным режимом. В медицинских организациях Санкт-Петербурга широко распространено предоставление платных медицинских услуг, которые часто оказываются с нарушением установленных правил.

4. При ущемлении прав ребенка родители проявляют низкую правовую активность, обосновывая это экономией личного времени, недоверием,

инертностью, низкой информированностью о каналах связи и об обязанностях СМО по защите прав и законных интересов граждан, страхом мести со стороны администрации и других медицинских работников, желанием защищать свои интересы иначе. Основными причинами обращений родителей в СМО являлись вопросы организации работы детских МО, обеспечения полисами ОМС и их действия вне территории проживания ребенка.

5. Несмотря на различия в структуре, СМО не проводят отдельного учета обращений для детского и взрослого населения. Из всех обращений граждан в СМО на долю консультаций по вопросам оказания медицинской помощи несовершеннолетним приходилось всего 9,7%, а из всех жалоб лишь 16,3%. Процент обоснованных жалоб по детям за 6 лет увеличился в 1,7 раза и составил в среднем 55,0%. Основными причинами обоснованных жалоб являлись: оказание ребенку медицинской помощи ненадлежащего качества, незаконное взимание денежных средств, неудовлетворительная организация работы детских ЛПУ, отказ в медицинской помощи, нарушение этики и деонтологии со стороны медицинских работников. Роль страховых представителей в защите прав и интересов застрахованных крайне низка.

6. Резервами увеличения эффективности деятельности СМО в повышении удовлетворенности родителей качеством лечебно-профилактической помощи детям являются индивидуальный и адресный подход в информировании родителей о правах ребенка в сфере охраны здоровья; внедрение разработанных форм социологического мониторинга; выделение отдельного направления в работе страховщика по вопросам оказания медицинской помощи несовершеннолетним; организация работы страховых представителей во всех детских медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, работающих в системе ОМС. Разработанные рекомендации будут способствовать своевременному проведению мероприятий по защите прав ребенка и формированию концептуальных и методических подходов в разработке системы непрерывного контроля качества и доступности медицинской помощи несовершеннолетним в целом.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Органам законодательной власти целесообразно принять решение о расширении прав и механизмов воздействия СМО на ЛПУ при защите законных интересов застрахованных лиц детского возраста.

2. ТФОМС, СМО следует:

- совершенствовать методы и формы информирования родителей о системе ОМС, правах ребенка в сфере охраны здоровья, обязанностях СМО, механизмах и организации защиты нарушенных прав ребенка, используя адресный подход к наименее информированным группам населения и эффективные способы информирования;
- ТФОМС усилить контроль за выполнением Приказа ФФОМС №230 в части индивидуального информирования населения о выявленных нарушениях в ходе деятельности СМО по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи детям по ОМС;
- при проведении обязательного социологического мониторинга удовлетворенности граждан медицинским обслуживанием в детских ЛПУ использовать расширенную программу оценки, разработанную в ходе настоящего исследования; выделение данных мониторинга по детскому населению в отдельную структуру, анализ и обсуждение результатов на заседаниях Координационного совета по обеспечению и защите прав граждан в системе ОМС, принятие оперативных мер;
- для выявления причин неудовлетворенности КМП, оказанной детям, и целенаправленному воздействию на них, СМО необходимо дифференцировать в общей структуре данные обращений граждан по вопросам оказания медицинской помощи застрахованным лицам детского возраста, обеспечить усиленный контроль за исполнением работы по защите прав и законных интересов несовершеннолетних;
- для обеспечения организации и проведения мероприятий по защите прав ребенка на получение доступной и бесплатной медицинской помощи, выявления случаев нарушений прав детей, создающих условия для отказов или ограничений в

предоставлении бесплатной и доступной медицинской помощи непосредственно в ЛПУ, организовать работу страховых представителей СМО во всех детских МО, включенных в реестр ЛПУ работающих в системе ОМС Санкт-Петербурга; повысить информирование населения о работе данной службы;

➤ 3. СМИ Санкт-Петербурга необходимо шире освещать материалы информационно-разъяснительного характера по вопросам защиты прав застрахованных лиц детского возраста, формируя имидж СМО, в роли надежного помощника в решении проблем и спорных вопросов, связанных с получением ребенком медицинской помощи по программе ОМС.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АО — акционерное общество

АПУ — амбулаторно-поликлинические учреждения

КМП – качество медицинской помощи

ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение

МО — медицинская организация

ОМС — обязательное медицинское страхование

ООН – организация объединенных наций

СМИ — средства массовой информации

СМО — страховая медицинская организация

СПб ГБУЗ – Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения

ТПГГ — территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (с 2011 года – территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)

ТФОМС — Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

ФЗ — федеральный закон

ФФОМС — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абанин, А.М. Нормативная база статистической обработки результатов санитарно-гигиенических исследований / А.М. Абанин, И.В. Подушкина, А.С. Вавилычев, Д.В. Непряхин // Актуальные проблемы управления здоровьем населения. Сборник научных трудов, Выпуск IX. – 2016. – С. 58-63.
2. Александров, М.В. Оценка удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи пациентами поликлиники / М.В. Александров, С.Е. Ушакова, А.А. Щёголева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - М., 2014. – № 13. – С.7.
3. Александрова, О.Ю. Организационно-правовые проблемы российского здравоохранения и перспективы их законодательного решения / О.Ю. Александрова // Справочник врача общей практики. - 2009. - № 4. - С. 6-13.
4. Алексеева, Н.Ю. Системное преобразование регионального здравоохранения в целях повышения доступности и качества медицинской помощи населению / Н.Ю. Алексеева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2011. - № 3. - С. 25-27.
5. Альбицкий, В.Ю. Роль института охраны материнства и младенчества в становлении государственной системы охраны здоровья детей России / В.Ю. Альбицкий, С.А. Шер, Л.А. Закирова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2014. - № S1. - С. 15-17.
6. Андреева, М. Р. Основные задачи и перспективы развития системы управления качеством медицинской помощи в Санкт-Петербурге / М. Р. Андреева, М. А. Карачевцева, О. А. Махова, Н. В. Шипачёва // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 5. – С. 22-27.
7. Анисимов, М.В. Медико-социальные аспекты доступности, удовлетворенности населения качеством медицинской помощи и пути повышения их уровня: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Анисимов Михаил Валерьевич. - Воронеж, 2011. – 23 с.
8. Антонова, Н.Л. Становление, функционирование и развитие социальной

практики обязательного медицинского страхования в России: автореф. дис. ...д-ра социол. наук: 22.00.04 / Антонова Наталья Леонидовна. – Екатеринбург, 2012. – 39 с.

9. Артамонова, Г.В. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи как показатель результативности СМК в фокусе – потребитель / Г.В. Артамонова, С.А. Макаров, Н.В. Черкасс [и др.] // Методы менеджмента качества. – 2013. – № 12. – С.32-37.

10. Артемьева, Г.Б. Медико-экономическая оценка реформирования региональной системы обязательного медицинского страхования (на примере Рязанской области): автореф. дис. ...д-ра мед. наук: 14.02.03 / Артемьева Галина Борисовна. – М., 2014. – 48 с.

11. Байбарина, Е.Н. Модернизация службы охраны и детства в Российской Федерации: результаты и перспективы / Е.Н. Байбарина, О.С. Филиппов, Е.В. Гусева // Акушерство и гинекология. - 2013. - № 12. - С. 4-9.

12. Банюшевич, И.А. Удовлетворенность родителей организацией медицинского обслуживания детей в детских поликлиниках в условиях реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» / И.А. Банюшевич, А.П. Денисов, А.И. Бабенко [и др.] // Фундаментальные исследования. - 2014. - № 4. - С. 453-456.

13. Баранов, А.А. Изучение качества жизни в педиатрии: монография / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская. - Сер. Социальная педиатрия. - Москва, 2010. – Вып. 10. – 267 с.

14. Баранов, А.А. Итоги, задачи и перспективы изучения качества жизни в отечественной педиатрии, социальная педиатрия и организация здравоохранения / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2007. - Т. 6, № 3. - С. 6-8.

15. Баранов, А.А. Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2014. - № 13(2). - С. 5-10.

16. Башкуева, Е.Ю. Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи (по материалам республики Бурятия) / Е.Ю. Башкуева // Ойкумена. Регионоведческие исследования. - 2015. – № 4(35). — С. 83-92.

17. Боброва, И.Н. Удовлетворенность населения доступностью и качеством медицинской помощи, оказанной детям первого года жизни (на примере Оренбургской области) / И.Н. Боброва, Н.Ю. Перепелкина // Медицинский альманах. - 2011. - № 2. - С. 28-30.
18. Болотина, М.В. Практические аспекты совершенствования работы медицинских организаций с обращениями граждан по вопросам качества оказания медицинских услуг / М.В. Болотина // Научные труды IV Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / под ред. член-корр. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева, проф. С.В. Ерофеева. - М.: НАМП, 2009. - С. 88-90.
19. Вардосанидзе, С.Л. Мониторинг удовлетворённости пациентов качеством медицинской помощи в многопрофильном стационаре / С.Л. Вардосанидзе, Н.В. Сорокина, И.Б. Шикина // ГлавВрач. – 2016. – № 1. – С. 59-62.
20. Винярская, И.В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование): автореф. дис. ... докт. мед. наук : 14.00.33 / Винярская Ирина Валериевна. – М., 2008. – 45 с.
21. Вишняков, Н.И. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи / Н.И. Вишняков, Н.Г. Петрова, С.А. Балохина // Проблемы управления здравоохранением. – 2013. – № 2 (45). – С. 43–45.
22. Гаджиев, Р.С. Совершенствование организации медицинской помощи детям раннего возраста в городских поликлиниках / Р.С. Гаджиев, Л.С. Агаларова // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2016. - Т. 21, № 4. - С. 5-10.
23. Гасиловская, Т.А. Значение опроса родителей в экспертизе качества педиатрической амбулаторно-поликлинической помощи / Т.А. Гасиловская, М.М. Садыков // Российский педиатрический журнал. - 2009. - № 6. – С. 43.
24. Гельман, В.Я. Статистический анализ медико-биологических данных в MS Excel: учебно-методическое пособие / В.Я. Гельман, А.А. Тихомирова. – Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2016. – 56 с.
25. Гехт, И.А. Некоторые методические аспекты реализации закона об обязательном медицинском страховании на региональном уровне / И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева.

– Самара, 2011. – 108 с.

26. Гражданский кодекс Российской Федерации. – М.: Статут, 2013. – 688 с.
27. Григорьева, В.К. Совершенствование организации ревматологической помощи населению республики Саха (Якутия) на основе анализа доступности и качества медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Григорьева Валентина Кимовна. – Хабаровск, 2012. – 24 с.
28. Давыдова, Ю.А. Удовлетворенность жителей Свердловской области качеством и доступностью медицинской помощи / Ю.А. Давыдова, Г.В. Коновалова // Уральский медицинский журнал. – 2014. – № 6. – С. 147-150.
29. Демуров, Т.М. Научное обоснование обеспечения социальной доступности медицинской помощи населению республики Северная Осетия-Алания: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Демуров Таймураз Мисостович. – М., 2007. – 48 с.
30. Долгова, И.В. Опыт работы территориальных фондов ОМС Сибирского Федерального округа по защите прав застрахованных граждан / И.В. Долгова, Л.Г. Присяжная // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. - 2011. - № 1. - С. 36-38.
31. Дьяченко, Т.С. Мнение родителей о работе педиатрических амбулаторно-поликлинических организаций как важный критерий оценки качества медицинской помощи детскому населению / Т.С. Дьяченко, Л.Н. Грибина, О.Ф. Девляшова // Педиатр. – 2017. – № 8 (2). – С. 50-55.
32. Егина, О.М. Удовлетворенность родителей качеством медицинской помощи в условиях детской поликлиники / О.М. Егина // Новая наука: Современное состояние и пути развития. – 2015. - № 5. — С. 24-28.
33. Еругина, М.В. Научное обоснование концепции оптимизации качества медицинской помощи при взаимодействии участников медико-организационного процесса: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Еругина Марина Васильевна. – Рязань, 2009. – 51 с.
34. Жуйкова, П.В. Анализ удовлетворенности родителей качеством медицинской помощи детям в поликлинике / П.В. Жуйкова, А.И. Зямилова, Н.М. Попова // Международный студенческий научный вестник. – 2016. - № 2. – С. 42.

35. Здравоохранение в России. 2015: Стат. сб. / Росстат; ред. М.А. Дианов, С.Ю. Никитина, Л.И. Агеева, Г.А. Александрова, Н.М. Зайченко, Г.Н. Кириллова, С.А. Леонов, Т.В. Мухина, Е.В. Огрызко, Т.Л. Харькова, В.Ж. Чумарина, Е.М. Шубочкина. — М., 2015. — 174 с.
36. Калыгин, А. Б. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в Московском районе Санкт-Петербурга и его влияние на показатели здоровья населения и деятельность учреждений здравоохранения / А. В. Калыгин. – Санкт-Петербург: ВВМ, 2010. – 136 с.
37. Каплунов, К.О. Оптимизация отношений врача и родственников ребенка-пациента в клинике детских инфекций: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.05 / Каплунов Кирилл Олегович. - Волгоград, 2014. - 24 с.
38. Караева, О.С. Представления о справедливости и эффективности в системах здравоохранения различных стран (по данным ISSP) / О.С. Караева // Вестник общественного мнения. - 2014. - № 1–2 (117). - С. 50–65.
39. Карчевская, С.А. Влияние нового законодательства об обязательном медицинском страховании на деятельность страховых медицинских организаций / С.А. Карчевская, С.Г. Кравчук, Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева, С.В. Шишкин // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. - 2013. - № 4. - С. 58–63.
40. Карачевцева, М. А. Экспертиза в сфере обязательного медицинского страхования (опыт Санкт-Петербурга) / М. А. Карачевцева, С. М. Михайлов, П. В. Гуринов, К. А. Савин // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 3. – С. 68 - 73.
41. Комаров, Ю.М. Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения / Ю.М. Комаров // Вестник государственного социального страхования. - 2005. - № 1. - С. 65-75.
42. Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) // Сборник международных договоров СССР. - 1993. - Выпуск XLVI.
43. Конституция РФ. Официальное издание. – М.: Юридическая литература, 2011. – 64 с.
44. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до

2020 г.: Комиссия Минздравсоцразвития РФ по разработке концепции развития здравоохранения до 2020 г. – М., 2008. – 168 с.

45. Кочкина, Н.Н. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения / Н.Н. Кочкина, М.Д. Красильникова, С.В. Шишкин // Нац. Исслед. Ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. Дом Высшей школы экономики, 2015. – 56 с.

46. Куличенко, Т.В. Оценка качества стационарной помощи детям в регионах Российской Федерации / Т.В. Куличенко, Е.Н. Байбарина, А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2016. - Т. 71, № 3. - С. 214-223.

47. Куприянова, В.И. Оценка эффективности деятельности страховых представителей по защите прав застрахованных / В.И. Куприянова // Проблемы городского здравоохранения. - СПб., 2012. - Вып. 17. - С. 270-272.

48. Кучма, В.Р. Достижения и перспективы научных исследований по гигиене и охране здоровья детей и подростков / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, М.А. Поленова // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. - 2017. - № 1. - С. 4-11.

49. Лучкевич, В.С. Использование показателей качества жизни населения как интегрального критерия оценки эффективности медико-профилактических программ / В.С. Лучкевич, Г.Н. Мариничева, И.Л. Самодова, А.М. Шакиров, А.В. Зелионко // Гигиена и санитария. – 2017. – Т. 96, № 4. – С. 319-324.

50. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник, 2-е изд., испр. и доп. / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 608 с.

51. Медицинское страхование: синергия ДМС и ОМС / По материалам круглого стола, организованного рейтинговым агентством «Эксперт РА» // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. - 2012. - № 2. - С. 22-23.

52. Моисеева, К.Е. Опыт использования анонимного анкетирования для оценки качества медицинской помощи в Санкт-Петербурге / К.Е. Моисеева, К.В. Артамонов, С.К. Исенов, Ш.Д. Харбедия, М.Г. Хведелидзе // Сборник научных трудов: «Проблема человека: Философские, исторические, медицинские, правовые, социологические, этические и культурологические аспекты». – СПб, 2010. – Вып. VIII. - С. 127-130.

53. Намазова-Баранова, Л.С. Заболеваемость детей в возрасте от 5 до 15 лет в Российской Федерации / Л.С. Намазова-Баранова, В.Р. Кучма, А.Г. Ильин, Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт // Медицинский совет. - 2014. - № 1. - С. 6-10.
54. Неверов, А.В. Анализ материалов о нарушениях прав пациентов по данным обращений в органы управления здравоохранением и социологического опроса / А.В. Неверов, М.Я. Подлужная // Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева, проф. С.В. Ерофеева. - Иваново-Владимир: НАМП, 2008. - С. 235-238.
55. Новокрещенова, И.Г. Роль мониторинга удовлетворенности населения в управлении качеством первичной медико-санитарной помощи / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2014. – Т. 4, № 10. – С. 1091-1094.
56. О защите прав потребителей: [федер. закон № 2300-1 от 7 февраля 1992 г. по состоянию на 18 июля 2011 г.] – М., 2011. – 36 с.
57. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: [федер. закон № 1499-1 от 28 июня 1991 г.: по состоянию на 27 июля 2007 г.]. – М., 1991.- 22 с.
58. О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы [Указ Президента РФ от 01.06.2012 №761]. - Собрание законодательства РФ. - 2012. - № 23. - ст. 2994.
59. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: [Федеральный закон № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г.: принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г.: по состоянию на 28 декабря 2013 г.]. – М., 2010. – 32 с.
60. Об организации страхового дела в Российской Федерации: [Федеральный закон № 4015-1 от 27 ноября 1992 г.: по состоянию на 28 декабря 2013 г.]. – М., 1992. – 22 с.
61. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: [Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ] - Российская газета – Федеральный выпуск № 5639 (263) от 23.11.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html> (дата обращения 20.02.2016).

62. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации: [Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ (ред. от 13.07.2015)]. - Собрание законодательства РФ, 1998. - № 31. - ст. 3802.
63. Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [Указ Президента РФ от 09.10.2007 г. № 1351]. - Собрание законодательства РФ, 2007. - № 42. - ст. 5009.
64. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи: [Приказ Минздрава России № 422ан от 07 июля 2015 г.]. – М., 2015. – 5 с.
65. Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг: [Постановление правительства РФ № 1006 от 4 октября 2012 г.]. – М., 2012. – 18 с.
66. Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»: [Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования №230 от 01.12.2010 г.]. – М., 2011.- 24 с.
67. Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации: [приказ МЗ РФ № 66 от 13 февраля 2013 г.]. – М., 2013. - 26 с.
68. Оношко, С.С. Роль обязательного медицинского страхования в финансировании здравоохранения региона: дис. ... канд. эконом. наук: 08.00.10 / Оношко Сергей Сергеевич – Иркутск, 2011. – 234 с.
69. Орел, В.И. Здоровье детей Санкт-Петербурга / В.И. Орел, В.М. Середина, А.В. Ким, Л.Л. Шарафутдинова, С.И. Беженар, Т.И. Булдакова, З.А. Рослова, В.В. Орел, Н.А. Гурьева // Педиатр. - 2017. - Т.8, № 1. - С. 112-119.
70. Пацукова, Д.В. Научное обоснование процедур защиты прав застрахованных пациентов в условиях возмездного договора: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Пацукова Дина Владимировна. – М., 2005. – 18 с.
71. Петрова, Н.Г. Социологические исследования как неотъемлемый инструмент управления на современном этапе / Н.Г. Петрова, С.А. Балохина, М.М. Мартиросян и [др.] // Проблемы управления здравоохранением. – 2008. – № 4 (41). – С. 19 – 25.

72. Политика охраны здоровья в «Стратегии – 2020» // Менеджер здравоохранения. - 2012. - № 5,6,7. - С. 6-16, 6-18, 6-18.
73. Попова, Н.М. Анализ удовлетворенности родителей качеством медицинской помощи детям в поликлинике / Н.М. Попова, П.В. Жуйкова, А.И. Зямилова // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 2. – С. 42.
74. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 N 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. — 2010. — № 36. — 06.09.2010.
75. Постановление Правительства РФ от 28 ноября 2014 г. №1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rg.ru/2014/12/05/medpomosch-site-dok.html> (дата обращения 10.11.2016).
76. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 марта 2016 г. №136 «Об организации работ по независимой оценке качества оказания услуг медицинскими организациями» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/71346356/> (дата обращения 12.11.2017).
77. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 мая 2015 г. № 240 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70956658/> (дата обращения 10.04.2015).
78. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 мая 2009 г. № 118 «Об утверждении Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования (с изм. на 26.04.2012)» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902166028> (дата обращения 11.12.2017).

79. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11 июня 2015 №103 «Об утверждении Методических указаний по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/71164994/> (дата обращения 12.11.2017).
80. Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2014 N 2782-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2015 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.pravo.gov.ru>, 04.01.2015 (дата обращения 05.08.2015).
81. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 10.02.2017) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с "Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года") [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/ (дата обращения 02.04.2016).
82. Решетников, А.В. Удовлетворенность Россиян качеством медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / А.В. Решетников, Н.Н. Стадченко, К.Э. Соболев // Социология медицины. - 2015. - № 1. — С. 19-25.
83. Росстат. Естественное движение населения [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_11/IssWWW.exe/Stg/d1/05-05.htm (дата обращения 14.06.16).
84. Росстат. Число больничных коек [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdr1-1.xls (дата обращения 18.06.17).
85. Русских, Т.Н. Модели формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования в условиях риска финансовой необеспеченности: автореф. дис. ... канд. эконом. наук: 08.00.13 / Русских Татьяна Николаевна. – Орел,

2008. – 23 с.

86. Садовой, М.А. Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодишь» или «Пациент всегда прав»? / М.А. Садовой, О.С. Кобякова, И.А. Деев, Е.С. Куликов, Н.А. Табакаев, Д.С. Тюфилин, О.О. Воробьева // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. - Т. 16, № 1. – С. 152-161.

87. Салагай, О. О. Стратегические аспекты политики Европейского Союза в области охраны здоровья граждан / О. О. Салагай // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2012. – № 4. – С. 3-7.

88. Светличная, Т. Г. Методика анализа удовлетворенности населения качеством медицинской помощи: методические рекомендации / Т.Г. Светличная. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2010. - 51 с.

89. Семченко, Л.А. Оценка удовлетворенности медицинской помощью в акушерском стационаре больницы № 6 города Курска / Л.А. Семченко, Е.С. Емельянова, Д.В. Петроченко, Г.А. Сидоров // Молодой ученый. — 2016. — № 28. — С. 292-296.

90. Сердюков, А.Г. Роль страховой медицинской организации в информировании населения об обязательном медицинском страховании [Электронный ресурс] / А.Г. Сердюков, А.Ш. Тапаев // Современные проблемы науки и образования. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/115-12024> (дата обращения 02.03.2015).

91. Серегина, И. Ф. Опыт всероссийского изучения мнения населения об организации медицинской помощи / И. Ф. Серегина // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2009. – № 6. – С. 9-12.

92. Сибурина, Т.А. Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов высокотехнологичной медицинской помощью / Т.А. Сибурина, Г.Н. Барскова, Л.В. Лактионова // Социальные аспекты здоровья населения. - 2013. - Т. 29, № 1. - С. 3.

93. СНиП-69-78 «Нормы проектирования лечебно-профилактических учреждений», утвержденные Постановлением Госстроя СССР 17.05.78 г. № 92.

94. Соболева, Ю.П. Формирование позитивного имиджа страховых организаций / Ю.П. Соболева, Т.В. Маслова // Экономическая среда. - 2016. - № 3 (17). – С. 62-66.

95. Соколова, В.В. Некоторые результаты изучения мнения родителей о качестве стационарной помощи детям / В.В. Соколова // Врач-аспирант. - 2017. - Т.81, № 2.2. - С. 286-294.
96. Солодкий, В.А. Современные аспекты совершенствования систем оплаты больничной помощи в Российской Федерации и за рубежом / В.А. Солодкий, И.М. Сон, В.И. Перхов, Р.В. Стебунова // Менеджер здравоохранения. - 2011. - № 8. - С. 6-12.
97. Спиридонов, А.В. Метод оценки удовлетворенности пациентов качеством стационарных услуг в условиях модернизации здравоохранения / А.В. Спиридонов, А.В. Шулаев // Современные проблемы науки и образования. – 2013. - № 4. – С. 164.
98. Старченко, А.А. Конфликтология в системе ОМС: прогнозирование моделей / А.А. Старченко // Менеджер здравоохранения. - 2011. - № 12. – С. 31-37.
99. Строгонова, О.Б. Опыт работы страховых представителей в стационарных учреждениях здравоохранения / О.Б. Строгонова // Экология человека. - 2011. - № 2. - С. 23-27.
100. Сурске, М. Экономический ущерб от плохого здоровья: ситуация в Европейском регионе / М. Сурске // Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. - Копенгаген, 2008. – 83 с.
101. Тапаев, А.Ш. О предоставлении платных медицинских услуг в стационарах Чеченской Республики / А.Ш. Тапаев // Проблемы городского здравоохранения. - 2013. – Вып. 18. – С. 201-206.
102. Тарычев, В. В. Анализ письменных обращений граждан как инструмент определения удовлетворённости пациентов качеством оказания скорой медицинской помощи / В.В. Тарычев // Медицина и здравоохранение: материалы Междунар. науч. конф. — Чита: Издательство Молодой ученый, 2012. — С. 92-98.
103. Ткаченко, Т.В. К вопросу о реализации права детей на охрану здоровья / Т.В. Ткаченко, А.А. Пронина // Наука и образование: хозяйство и экономика; предпринимательство; право и управление. - 2015. – № 11(66). - С. 116-119.
104. Третьякова, Ю.А. Информированность населения Российской Федерации в

- сфере обязательного медицинского страхования / Ю.А. Третьякова // Мат. Международной 64-й научной студенческой конференции им. Н.И. Пирогова: под общей ред. В.В. Новицкого, Л.М. Огородовой. – Томск, 2005. – С. 88.
105. Улумбекова, Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года / Г.Э. Улумбекова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 96 с.
106. Федонников, А.С. Научное обоснование модели информационного взаимодействия страховщика и медицинского учреждения при проведении экспертизы качества медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Федонников Александр Сергеевич. – СПб., 2007. – 24 с.
107. Федорова, Г.В., Оценка родителями организации и качества оказания медицинской помощи в омском центре восстановительного лечения и реабилитации / Г.В. Федорова, Т.Ф. Шрейдер // Омский научный вестник. - 2014. - № 1 (128). - С. 70-72.
108. Филатов, В.Н. Удовлетворенность клиентов качеством платной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения амбулаторного звена / В.Н. Филатов, О.А. Махова // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 7. – С. 30–36.
109. Флек, О.В. Основные проблемы финансового обеспечения медицинской помощи населению России и пути их решения / О.В. Флек, П.И. Кузенко // Менеджер здравоохранения. - 2011. - № 11. - С. 13-20.
110. Фоменко, А.Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения / А.Г. Фоменко // Медицинские новости. – 2011. - № 11. – С. 31-38.
111. Ходакова, О.В. Организационно-правовое регулирование в системе управления качеством медицинской помощи на территориальном уровне: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / Ходакова Ольга Владимировна. – Кемерово, 2014. – 42 с.
112. Цыцорина, И.А. Разработка и научное обоснование системы экспертных оценок в управлении здравоохранением на территориальном уровне (на примере Новосибирской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Цыцорина Ирэна Адольфовна. – Новосибирск, 2003. – 18 с.

113. Чиженок, Н.И. Удовлетворенность качеством медицинской помощи детям / Н.И. Чиженок, Н.В. Иванова, Н.Ю. Коломеец, О.Ю. Калион, Е.В. Лыкова / Актуальные вопросы педиатрии. – 2015. – С. 138-141.
114. Чирков, В.А. Комплексное социально-гигиеническое исследование удовлетворенности городского населения организацией и качеством первичной медико-санитарной помощи / В.А. Чирков, А.В. Бреусов, Р.А. Бреусов // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). - 2012. - № 9 (17). – С. 89.
115. Чичерин, Л.П. Правовые аспекты охраны здоровья детей и подростков в Российской Федерации / Л.П. Чичерин, В.О. Щепин, М.В. Никитин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. - № 3. – С. 11-15.
116. Чумаков, А.С. Модель непрерывного улучшения качества медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования с позиций их потребителей (концептуальные и методические подходы): автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / Чумаков Александр Сергеевич. – М., 2010. – 43 с.
117. Шадрин, С.Г. Реализация прав граждан, застрахованных в системе ОМС на Территории Удмурдской республики / С.Г. Шадрин, Т.А. Валеев, Е.О. Евтодиева, Е.Л. Лялина // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. - 2016. – № 3. – С. 18-21.
118. Шейман, И. М. Конкурентная модель участия страховых медицинских организаций в системе ОМС / И. М. Шейман // Здравоохранение. – 2012. – № 3. – С. 34-40.
119. Шишкин, С.В. Реформы финансирования Российского здравоохранения / С.В. Шишкин. - М.; ТЕИС, 2000. – 444 с.
120. Шмелев, И.А. Доступность и качество медицинской помощи детям в оценках родителей / И.А. Шмелев, О.Е. Коновалов // Российский педиатрический журнал. – 2016. - Т.19, № 2.– С. 97-102.
121. Штельмах, Л.Г. Государственное регулирование обязательного медицинского страхования населения в условиях построения социально ориентированной экономики региона: автореф. дис. ... канд. эконом. наук: 08.00.05 / Штельмах Леонид

Георгиевич. – Орел, 2004. – 21 с.

122. Шулаев, А.В. Метод оценки удовлетворенности пациентов качеством стационарных услуг в условиях модернизации здравоохранения / А.В. Шулаев, А.В. Спиридонов, А.В. Шулаев // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 4. – С. 164.

123. Щепин, В.О. Особенности медико-демографической ситуации в регионах России / В.О. Щепин, О.В. Миргородская // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. - 2007. - Вып.6. - С. 9-15.

124. Юргель, Н.В. Всероссийское социологическое исследование «Изучение мнения населения Российской Федерации о доступности и качестве медицинской помощи» / Н.В. Юргель [и др.]. – Москва: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социал. развития, 2009. – 39 с.

125. Юрин, А.В. Вознаграждение страховщиков должно соответствовать их вкладу в систему ОМС / А.В. Юрин // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. - 2011. - № 2. - С. 43-45.

126. Юрьев, В.К. Анкетирование как метод оценки состояния здоровья детей / В.К. Юрьев, М.Р. Ахмедов, К.Е. Моисеева [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2008. - № 1. – С. 57-60.

127. Юрьев, В.К. Общественное здоровье и здравоохранение / В.К. Юрьев, В.А. Медик. – М., 2014. – 412 с.

128. Юрьев, В.К. Основные причины неудовлетворенности населения чеченской республики доступностью и качеством амбулаторно-поликлинической помощи / В.К. Юрьев, А.Ш. Тапаев // Современные проблемы науки и образования. - 2014. - № 3. - С. 483.

129. Юрьев, В.К. Основные причины неудовлетворенности родителей доступностью и качеством амбулаторно-поликлинической помощи детям / В.К. Юрьев, В.В. Соколова // Педиатр. – 2017. – Т. 8, № 6. – С. 24-29.

130. Юрьев, В.К. Оценка родителями порядка предоставления платных медицинских услуг в детском стационаре / В.К. Юрьев, В.В. Соколова // Педиатр. - 2017. - Т. 8, № 3. – С. 57-61.

131. Юрьев, В.К. Роль службы страховых представителей в защите прав и интересов больных / В.К. Юрьев, В.И. Куприянова // Социология медицины. - 2013. - № 1 (22). - С. 56-58.
132. Юрьев, В.К. Удовлетворенность застрахованных по ОМС качеством амбулаторно-поликлинической помощи / В.К. Юрьев, А.Ш. Тапаев, В.В. Соколова // Сборник научных трудов «Проблемы городского здравоохранения». - 2014. - № 19. - С. 204-206.
133. Яковлева, Т.В. Проблемы и задачи по охране здоровья детей России / Т.В. Яковлева, А.А. Баранов // Вопросы современной педиатрии. - 2011. - Т. 10, № 2. - С. 7-11.
134. Albrecht, M. Finanzielle Auswirkungen und typische Formen des Wechsels von Versicherten zwischen GKV und PKV / M. Albrecht, G. Schiffhorst, C. Kitzler // Beitrage zum Gesundheitsmanagement.- Baden-Baden: Nomos, 2007. - P. 42-54.
135. Ali, M. Seeking what matters: determinants of clients' satisfaction in obstetric care services in Pakistan / M. Ali, M.S. Qazi, A. Seuc // Med Coll. Abbottabad. - 2014 – Vol. 26, N 4. – P. 481-487.
136. Alvarez, L. S. The Colombian health insurance system and its effect on access to health care / L. S. Alvarez, J. W. Salmon, D. Swartzman // International Journal of Health Services. – 2011. – Vol. 41, № 2. – P. 355-370.
137. Amedro, P. Quality of Life of Children with Congenital Heart Diseases: A Multi-center Controlled Cross-Sectional Study / P. Amedro, R. Dorka, S. Moniotte, S. Guillaumont [et al.] // *Pediatr Cardiol.* – 2015. – Vol. 36, N 8. –P. 1588-1601.
138. Aspesberro, F. Construct Validity and Responsiveness of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 Generic Core Scales and Infant Scales in the PICU / F. Aspesberro, M.D. Fesinmeyer, C. Zhou [et al.] // *Pediatr Crit Care Med.* – 2016. – Vol. 17, N 6. – P. 272-290.
139. Bach, P. Cost sharing for health care – whose skin? Which game? / P. Bach // *New England Journal of Medicine.* - 2008. - Vol. 358. - P. 411-413.
140. Balabanova, D. Health Service Utilization in the Former Soviet Union: Evidence from Eight Countries / D. Balabanova, M. McKee, J. Pomerleau [et al.] // *Health Services Research.* - 2004. - Vol. 39, N 6. - Part II. - P. 1927–1950.

141. Balabanova, D. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria / D. Balabanova, M. McKee // *Health policy*. - 2002. - Vol. 62. - P. 243-273.
142. Bamford, C. Development of patient satisfaction questionnaires. I: Methodological issues / C. Bamford, A. Jacoby // *Qual Health Care*. – 1992. – Vol. 1. – P. 153–157
143. Bann, C. M. Insurance knowledge and decision-making practices among Medicare beneficiaries and their caregivers / C. M. Bann, N. Berkman, T. M. Kuo // *Medical Care*. – 2004. – Vol. 42, № 11. – P. 1091-1099.
144. Baranov, A. The russian child health care system / A. Baranov, L. Namazova-Baranova, V. Albitskiy [et al.] // *The Journal of Pediatrics*. - 2016. - T. 177, N S. C. - S148-S155.
145. Baztan, J.J. Efectividad y eficiencia de la atención hospitalaria a ancianos con enfermedad aguda / J.J. Baztan [et al.] // *Med. clin.* – 1996. – V. 107, N 11. – P. 437.
146. Berthou, A. Europäisches Modell für Total Quality Management (TQM). Eine-Methode der Selbstevaluation / A. Berthou, P. Horner // *Krankenpfl. Soins Infirm.* – 2001. – Bd. 94, N 2. – S. 20-21.
147. Bertoletti, J. Quality of life and congenital heart disease in childhood and adolescence / J. Bertoletti, G.C. Marx, S.P. Hattge Júnior, L.C. Pellanda // *Arq Bras Cardiol.* – 2014. – Vol. 102, N 2. –P. 192-8.
148. Bible, J.E. What patient characteristics could potentially affect patient satisfaction scores during Spine Clinic? / J.E. Bible // *Spine (Phila Pa 1976)*. – 2015 – Vol. 40, N 13. – P. 1039-1044.
149. Bowling, A. *Measuring Health: a review of quality of life measurement scales – 2nd edition* / A. Bowling // Philadelphia: Open University Press, 1997. – 235 p.
150. Bradley, J. Improving the quality of child health services: participatory action by providers / J. Bradley, S. Igras // *Int J Qual Health Care*. – 2005. – Vol. 17, N 5. – P. 391-397.
151. Braithwaite, R. Linking cost sharing to value: an unrivaled yet unrealized public health opportunity / R. Braithwaite, A. Rosen // *Annals of Internal Medicine*. - 2007. - Vol. 146. - P. 602-605.

152. Campbell, J. L. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care / J. L. Campbell, J. Ramsay, J. Green // *Quality in Health Care*. – 2001. – Vol. 10, № 2. – P. 90-95.
153. Callahan, D. A World Growing Old / D. Callahan, R.H. Iter Meulen, E. Topincova // *The Coming Health Care Challenges*. - Wash. DC: Georgetown Univer. Press, 1995. - P. 1-106.
154. Callahan, D. How much medical progress can we afford? Equity and the cost of health care / D. Callahan // *J. Mol. Biol.* - 2002. - Vol. 319, N 4. - P. 885-890.
155. Capital investment for health / В. Rechel et al.; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2009. - 185 p.
156. Chaturvedi, SK. Improving quality of prescriptions with clinical audit / SK. Chaturvedi, P. Sinha, PS. Chandra, G. Desai // *Indian J Med Sci.* – 2008. – Vol. 62, N 11. – P. 461-470.
157. Chen, B. Informal politics and inequity of access to health care in Lebanon / B. Chen, M. Cammet // *International Journal for Equity in Health*. – 2012. –Vol. 11, № 1. – P. 23.
158. Cleary, P.D. The increasing importance surveys. Now that sound exist, patient surveys can facilitate improvement / P.D. Cleary // *BMJ*. – 1999. – Vol. 319, N 7212. – P. 720-721.
159. Clements, CJ. Supervision in primary health care - can it be carried out effectively in developing countries? / CJ. Clements, PH. Streefland, C. Malau // *Curr Drug Saf.* – 2007. – Vol. 2, N 1. – P. 19-23.
160. Cohen, M. Quality of life, depressed mood, and self-esteem in adolescents with heart disease / M. Cohen, D. Mansoor, H. Langut, A. Lorber // *Psychosom Med.* – 2007. – Vol. 69, N 4. – P. 313-318.
161. Cortese, D. Taking Steps Toward Integration / D. Cortese, R. Smoldt // *Health Affairs* - 2007. - Vol. 26, N 1. – P. 680-710.
162. Dai, B. Can the New Cooperative Medical Scheme promote rural elders' access to health-care services? / B. Dai [et al.] // *Geriatrics and Gerontology International*. – 2011. – Vol. 11, № 3. – P. 239-245.

163. Danziger, S. Health insurance and access to care among welfare leavers / S. Danziger, M. M. Davis, S. Orzol, H. A. Pollack // *Inquiry*. – 2008. – Vol. 45, N 2. – P. 184-197.
164. Dettrick, Z. Do strategies to improve quality of maternal and child health care in lower and middle income countries lead to improved outcomes? A review of the evidence / Z. Dettrick, S. Firth, E. Jimenez Soto // *PLoS One*. – 2013. – Vol. 9, N 8 (12). – P. e83070.
165. Devoe, J.E. Insurance + access not equal to health care: typology of barriers to health care access for low-income families / J. E. Devoe [et al.] // *Annals of Family Medicine*. – 2007. – Vol. 5, № 6. – P. 511-518.
166. Dixon, N. Proposed standards for the design and conduct of a national clinical audit or quality improvement study / N. Dixon // *Int J Qual Health Care*. – 2013. – Vol. 25, N 4. – P. 357-365.
167. Driscoll, A. K. Health and access to care among employed and unemployed adults: United States, 2009-2010 / A. K. Driscoll, A. B. Bernstein // *National Center for Health Statistics Data Brief*. – 2012. – Vol. 83, № 6. – P. 1-8.
168. Drummond, M.F. Methods for the economic evaluation of health care programmes / M.F. Drummond, M.J. Sculpher, B.J. O'Brien [et al.] // Oxford: Oxford University Press. – 2005. – P. 2-22.
169. Duke, T. Improving the quality of paediatric care in peripheral hospitals in developing countries / T. Duke, G. Tamburlini, D. Silimperi // *Arch Dis Child*. – 2003. – Vol. 88, N 7. – P. 563-568.
170. Eiser, C. A review of measures of quality of life for children with chronic illness / C. Eiser, R. Morse // *Arch. Dis. Child*. – 2001. – Vol. 84. – P. 205-211.
171. Ettelt, S. International healthcare comparisons net work / S. Ettelt [et al.] // *Real Time*. – 2009. – P. 96.
172. Faezipour, M. A system dynamics perspective of patient satisfaction in healthcare / M. Faezipour, S. Ferreira // *Procedia Computer Science*. – 2013. – Vol. 16. – P. 148-156.
173. Flores, G. Parent mentors and insuring uninsured children: A randomized controlled trial / G. Flores, H. Lin, C. Walker [et al.] // *Pediatrics*. – 2016. – P. 120-129.
174. Footman, K. Public satisfaction as a measure of health system performance: A

study of nine countries in the former Soviet Union / K. Footman, B. Roberts, A. Mills [et al.] // Health Policy. - 2013. - Vol. 112, N 1–2. - P. 62–69.

175. Gataullina, G.S. Assessment of patient satisfaction with medical care as an indicator of the activities of the children's clinic / G.S. Gataullina, M.I. Galiullin // Urban health. – 2008. – N 6. – P. 29-31.

176. Griffiths, T. Life mapping: a “Therapeutic Document” approach to needs assessment / T. Griffiths, G. Giarchi, A. Carr [et al.] // Quality Life Res. – 2007. – Vol. 16. – P. 467-481.

177. Grignon, M. Does free complementary health insurance help the poor to access health care? Evidence from France / M. Grignon, M. Perronnin, J.N. Lavis // Health Econ. – 2008. – Vol. 1, № 2. –P. 203-219.

178. Guendelman, S. Access to health care for children and adolescents in working poor families: recent findings from California / S. Guendelman, V. Angulo, D. Oman // Medical Care. – 2005. – Vol. 43, № 1. – P. 68-78.

179. Hamer, L. Improving patient access to health services: a national review and case studies of current approaches. / L. Hamer – London: Natl. Health Agency, 2004. – 29 p.

180. Hanan, T. Mothers satisfaction with triage nursing care system for their children in pediatric emergency / T. Hanan et al. // Journal of nursing and health science. - 2013. – Vol. 2, N 3. – P. 201-209.

181. Heffler, S. Health spending projections through 2013 / S. Heffler // Health Affairs. - 2004. – Vol. 2 – P. 4-79.

182. Herman, P. M. Health insurance status, medical debt, and their impact on access to care in Arizona / P. M. Herman, J. J. Rissi , M. E. Walsh // American Journal of Public Health. – 2011. – Vol. 101, № 8. P. 143 -1443.

183. Hofmarcher, M. Austria: health sistem review / M. Hofmarcher, H. Rack // Healt Systems in Transition. - 2006. – Vol. 8, N 3. - P.219-247.

184. Hoffman, C. Health insurance and access to health care in the United States : Rev / C. Hoffman, J. Paradise // Annals of the New York Academy of Sciences. – 2008. – №

1136. – P. 149-160.

185. Horowitz, D. *The Fight Back. Guide to Senior Citizen's Medical Care* / D. Horowitz, D. Shilling. – N.Y.: A Dell Book, 1993. – 209 p.

186. Horsman, J. *The Health Utilities Index (HUI®): concepts, measurement properties and applications* / J. Horsman, W. Furlong, D. Feeny [et al.] // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2003. – Vol. 1, N 54. – P. 11-13.

187. Ilioudi, S. *Importance of patient satisfaction measurement and electronic surveys: methodology and potential benefits* / S. Ilioudi [et al.] // *International Journal of health research and innovation*. – 2013. – Vol. 1, N 1. – P. 67-87.

188. Jacobi, J. V. *Implementing health reform at the state level: access and care for vulnerable populations* / J. V. Jacobi, S. D. Watson, R. Restuccia // *Journal of Law Medicine & Ethics*. – 2011. – P. 39, Suppl. 1. – P. 69-72.

189. Jakab, Z. *Health 2020 - Achieving Health and Development in Today's Europe* / Z. Jakab, AD. Tsouros // *Cent Eur J Public Health*. – 2014. – Vol. 22, N 2. – P. 133-148.

190. Jaipaul, C.K. *Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients?* / C.K. Jaipaul, A. Rosenthal // *J. Gen Intern Med*. – 2003. – Vol. 18, N 1. – P. 23–30.

191. Jesse, M. *Governance of the health system, health insurance fund and hospitals in Estonia: Opportunities to improve performance* / M. Jesse. – Copenhagen: WHO, 2008. – P. 5-10.

192. Joffe, S. *What do patients value hospital care? An empirical erspective on autonomy centre bioethics* / S. Joffe, M. Manocchia, J. Weeks, P. Cleary // *J. Med Ethics*. – 2003. – Vol. 29, N 2. – P. 103-108.

193. Kalache, A. *Active ageing: a policy framework* / A. Kalache, A. Gatti // *Successes of gerontology*. – 2003. – Vol. 11. – P. 7–18.

194. Kelley, J.M. *The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials* / J.M. Kelley, G. Kraft-Todd, L. Schapira [et al.] // *PLoS One*. – 2014. – Vol. 9, N 4. – P. 3-10.

195. Ku, J.H. *Determinants of patient satisfaction in an academic rheumatology practice* / J.H. Ku, A. Danve, H. Panq, D Choi., J.T. Rosenbaum // *J. Clin. Rheumatol*. – 2015. – Vol.

21, N 5. – P. 256-262.

196. Larkin, H. States evidence. Four big questions loom over ambitious state efforts to expand coverage. The answers shape national health care reform / H. Larkin // *Hosp. Health Netw.* - 2007. - V. 81, N 9. - P. 48-50, 52, 54.

197. Latour, J.M. Parent satisfaction in pediatric intensive care: a critical appraisal of the literature / J.M. Latour // *Pediatric Critical Care Medicine.* – 2005. - Vol. 6, N 5. – P. 578-584.

198. Lazzerini, M. Improving the quality of hospital care for children by supportive supervision: a cluster randomized trial, Kyrgyzstan / M. Lazzerini, V. Shukurova, M. Davletbaeva, K. Monolbaev, L. Namazova-Baranova [et al.] // *Bull World Health Organ.* – 2017. – Vol. 95. – P. 397–407.

199. Litaker, D. Managed care penetration, insurance status, and access to health care / D. Litaker, R. D. Cebul // *Medical Care.* – 2003. – Vol. 41, № 9. – P. 1086-1095.

200. Maclachlan, M. Access to health care of persons with disabilities as an indicator of equity in health systems / M. Maclachlain, H. Mannan, E. McAuliffe // *Open Medicine.* – 2011. – Vol. 5, N 1. – P. e10 - e12.

201. Magge, H. Mentoring and quality improvement strengthen integrated management of childhood illness implementation in rural Rwanda / H. Magge, M. Anatole, FR. Cyamatare [et al.] // *Arch Dis Child.* – 2015. – Vol. 100, N 6. - P. 565-570.

202. Manning, W. Health insurance and the demand for medical care: vidence from a randomizet experiment / W. Manning // *American Economic Review.* - 2006. - Vol. 77. - P. 251-277.

203. Manzi, A. Clinical mentorship to improve pediatric quality of care at the health centers in rural Rwanda: a qualitative study of perceptions and acceptability of health care workers / A. Manzi, H. Magge, BL. Hedt-Gauthier [et al.] // *BMC Health Serv Res.* – 2014. – Vol. 20, N 14. – P. 275.

204. Matza, L.S. Assessment of health-related quality of life in children: A review of conceptual, methodological and regulatory issues / L.S. Matza, A.R. Swensen, E.M. Flood [et al.] // *Val. in Health.* – 2004. – Vol. 7, N 1. – P. 79 – 92.

205. Michielsen, J. Can health insurance improve access to quality care for the Indian

- poor? / J. Michielsen [et al.] // *International Journal for Quality in Health Care*. – 2011. – Vol. 3, № 4. – P. 471-486.
206. Mohamed, EY. Patients' Satisfaction with Primary Health Care Centers' Services, Majmaah, Kingdom of Saudi of Saudi Arabia / EY. Mohamed, W. Sami, A. Alotaibi [et al.] // *Int. J. Health Sci. (Qassim)*. – 2015. – Vol. 9, N 2 – P. 163-170.
207. Morgan, M.W. Demographic, operational and Healthcare utilization factors associated with emergency department patient satisfaction / M.W. Morgan, J.G. Salzman, R.C. LeFevere [et al.] // *West J. Emerg. Med.* – 2015. – Vol. 16, N 4. – P. 516-526.
208. Morris, A. The use of quality of life data in clinical practice / A. Morris, D. Perez, B. McNoe // *Qual Life Research*. – 1998. – Vol. 7. – P. 85-91.
209. Murata, C. Social factors determining health. Access to medical care and health disparities / C. Murata, Y. Kondo // *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. – 2011. – Vol. 58, № 6. – P. 463-467.
210. Murray, C.J.L. Quantifying global mortality, disability, and the contribution of risk factors: results of the Global Burden of Disease Study / C.J.L. Murray, A. Lopez // *Lancet*. – 1997. – Vol. 349. – P. 1436–1442.
211. Myburgh, N.G. Patient satisfaction with health care providers in South Africa: the influences of race and socioeconomic status. International / N.G. Myburgh, G.C. Solanki, M.J Smith, R. Lalloo // *Journal for Quality in Health Care*. – 2005. – Vol. 17, N 6. – P. 473–477.
212. Perez, F. The role of community health workers in improving child health programmes in Mali / F. Perez, H. Ba, SG. Dastagire, M. Altmann // *BMC Int Health Hum Rights*. – 2009. – Vol. 10, N 9. - P. 28.
213. Perrem, LM. Assessment of paediatric clinical audit / LM. Perrem, MB. O'Neill // *Ir Med J*. – 2012. – Vol. 10, N 52. - P. 55-62.
214. Plug, I. Socioeconomic inequalities in mortality from conditions amenable to medical interventions: do they reflect inequalities in access or quality of health care? / I. Plug [et al.] // *BMC Public Health*. – 2012. – Vol. 1, № 1. – P. 346.
215. Quill, B.E. Reconsidering health disparities / B.E. Quill, M. Des Vignes -Kendrick // *Public Health Repts*. - 2001. - Vol. 116, N 6. - P. 505-514.

216. Quintana, J.M. Predictors of patient satisfaction with hospital health care / J.M. Quintana, N. Gonzalez, A. Bilbao [et al.] // BMC Health Serv. Res. – 2006. – Vol. 6. – P. 102.
217. Rahmqvist, M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units / M. Rahmqvist // Int. J. Qual. Health Care. – 2001. – Vol. 13, N 5. – P. 385–390.
218. Ramsay, J. The general practice assessment survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties / J. Ramsay, J. Campbell, S. Schroter [et al.] // Fam Pract. – 2000. – Vol. 17. – P. 372–379
219. Reinhardt, U. US health care spending in an international context / U. Reinhardt, P. Hussey, G. Anderson // Health Affairs. - 2004. - Vol. 23. - P. 10-25.
220. Richardson, E. Health insurance coverage and health care access in Moldova / E. Richardson [et al.] // Health Policy Plan. – 2012. – Vol. 27, N 3. – P. 204-212.
221. Rowe, AK. A multifaceted intervention to improve health worker adherence to integrated management of childhood illness guidelines in Benin / AK. Rowe, F. Onikpo, M. Lama, DM. Osterholt [et al.] // Am J Public Health. – 2009. – Vol. 99, N 5. - P. 837-846.
222. Sabik, L. M. The effect of community uninsurance rates on access to health care / L. M. Sabik // Health Services Research. – 2012. – Vol. 47, N 3, pt. 1. – P. 897 - 918.
223. Safran, D.G. The Primary Care Assessment Survey: Tests of data quality and measurement performance / D.G. Safran, M. Kosinski, A.R. Tarlov [et al.] // Medical Care. – 1998. – Vol. 36. – N 5. – P. 728-739.
224. Sandier, S. Health Care systems in transition / S. Sandier et al // Health System in transition. - 2004. – Vol. 6, N 2. - P.1-145.
225. Schoen, C. How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries / C. Schoen [et al.] // Health Affairs (Millwood). – 2010. – Vol. 9, № 1. – P. 2323-2334.
226. Schrop, S.L. The relationship between patient socioeconomic status and patient satisfaction: Does patient-physician communication matter? / S.L. Schrop // Kent, USA: Kent State University, 2011. – 257 p.

227. Schulz, J.P. Zur aktuellen Diskussion um die Reform der Sozialen Sicherungssystem in der Bundesrepublik / J.P.Schulz // Bonn, 2003. - S.12-13.
228. Sebo, P. What Are Patients' Expectations about the Organization of Their Primary Care Physicians' Practices? / P. Sebo, F.R. Hermann, P. Bovier, D.M. Haller // BMC Health Serv. Res. – 2015. – Vol. 15. – P. 328.
229. Sorenson, C. Ensuring value for money in health Care / C. Sorenson, M. Drummond, P. Kanavos // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Copenhagen, 2008. - 156 с.
230. Sorenson, C. Report 3: Ensuring value vor money in health care: the role of HTA in the European Union / C. Sorenson, P. Kanavos, M. Drummond // In: The Co P et al. The Cox report on financing sustainable healthcare in Europe, 2016 - P. 139-162.
231. Steel, K. A Home Care Annotated Bibliography / K. Steel // Journal of the American Geriatrics society. – 1998. – Vol. 46, N 7. – P. 898.
232. Subramanian, S. V. Whose health is affected by income inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effects of state income inequality on individual self-rated health in the United States / S. V. Subramanian, I. Kawachi // Health Place. – 2006. – Vol. 1, № 2. – P. 141-156.
233. Suhrske, M. Investment in health could be good for Europe economies / M. Suhrske // British Medical Journal. - 2006. - Vol. 333. - P. 1017-1019.
234. Tekwani, K.L. Emergency department crowding is associated with reduced satisfaction scores in patients discharged from the emergency department / K.L. Tekwani, Y. Kerem, C.D. Mistry, B.M. E.B. Sayqer, Kulstad // West J. Emerg. Med. – 2013. – Vol. 14, N 1. – P. 11–15.
235. Tomlinson, J. Using clinical supervision to improve the quality and safety of patient care: a response to Berwick and Francis / J. Tomlinson // BMC Med Educ. – 2015. – Vol. 11, N 15. – P. 103.
236. Tsironi, Sp. Measuring parental satisfaction of care quality provided in hospitalized children / Sp. Tsironi, G. Koulierakis // Hellenic Journal of Nursing Science. – 2017. – Vol. 10, N 1. – P. 13-26.
237. Valconen, T. Social Ingualities in Mortality / T. Valconen // Demography:

Analysis and Synthesis. – Amsterdam: Elsevier, 2006. - Vol. 2. - P. 195-206.

238. Voss, R. The care transitions intervention: translating from efficacy to effectiveness / R. Voss [et al.] // *Arch Intern Med.* - 2011. - Vol.171, N 14. - P. 1232-1237.

239. Waclawski, E. Clinical audit in occupational health services / E. Waclawski // *Occup Med (Lond).* – 2009. – Vol. 59, N 2. – P. 74-85.

240. Wagner, T.H. Free Internet access, the digital divide, and health information / T. H. Wagner, M. K. Bundorf, S. J. Singer, L. C. Baker // *Medical Care.* – 2005. – Vol. 43, № 4. – P. 415-420.

241. Wood, D. A multi-method assessment of satisfaction with services in the medical home by parents of children and youth with special health care needs / D. Wood, Q. McCaskill, N. Winterbauer [et al.] // *Maternal and child health journal.* – 2014. – P. 1-13.

242. Woods, S.E. The influence of gender on patient satisfaction / S.E. Woods, Z. Heidari // *J. Gend. Specif. Med.* - 2003. - Vol. 6, N 4 - P. 30–35.

243. Wyszewianski, L. Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions and their implication for policy formulation / L. Wyszewianski // *Inquiry.* - 1986. - N 23. - P. 382-394.

244. Yahaya, J.S. Assessment of students satisfaction and quality of patient care under the Nigerian tertiary institutions social health insurance programme / J.S. Yahaya // *European Journal of Business and Management.* – 2015. – Vol. 7, N 6. - P. 20-31.

245. Young, G.J. Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics / G.J. Young, M. Meterko, K.R. Desai // *Med. Care.* – 2000. – Vol. 38, N 3. – P. 325-334.

246. Zendjidjian, X.Y. Determinants of patient satisfaction with hospital health care in psychiatry: results based on the SATISPSY-22 questionnaire / X.Y. Zendjidjian, P. Auquier, C. Lancon [et al.] // *Patient Prefer Adherence.* – 2014. – Vol. 24, N 8. – P. 1457-1464.

Анкета родителей пациента детской поликлиники**Уважаемые родители!**

С целью дальнейшего улучшения качества оказания медицинской помощи вашему ребенку просим Вас ответить на предложенные вопросы, высказать замечания и пожелания. Подчеркните подходящий для Вас ответ или допишите то, что считаете необходимым. Гарантируем анонимность Ваших ответов, они будут учитываться только для оценки средних показателей качества работы медицинских учреждений.

1. Название ЛПУ _____.
2. Ваш пол: *М-1, Ж-2.*
3. Постоянное место жительства Вашего ребенка: *г. Санкт-Петербург-1; Ленинградская область-2; другой регион РФ-3; мы иммигранты, приехали из _____-4.*
4. Возраст Вашего ребенка: ___ лет (до года _____ мес).
5. Ваше образование: *начальное, среднее-1; средне-специальное-2; незаконченное высшее – 3; высшее-4.*
6. Ваше социальное положение: *рабочий-1; служащий-2; занимаюсь предпринимательской деятельностью-3; учащийся-4; стою на учете в центре занятости; домохозяйка-5; пенсионер, инвалид-6; временно неработающий (декрет, отпуск по уходу за ребенком)-7; другое _____-8.*
7. Оцените материальное положение Вашей семьи: *средств не хватает на питание, приходится экономить-1; средств хватает только на питание и на самое необходимое-2; средств достаточно, удастся отложить на будущее -3; средств хватает на все, у нас обеспеченная семья-4.*
8. Как часто Вам приходится обращаться с ребенком в детскую поликлинику за медицинской помощью: *1 раз в месяц и чаще-1; несколько раз в год -2; 1 раз в год и реже -3; впервые -4.*

9. Какая основная причина обращений в детскую поликлинику: *профилактические осмотры-1; справки в д/сад, бассейн и др. -2; профилактические прививки-3; сдача анализов, прохождение исследований-4; лечение острых заболеваний-5.*
10. Удобно ли составлен график работы Вашего участкового педиатра: *да-; нет-2; не знаю-3.*
11. Возникают ли у Вас сложности при вызове участкового педиатра к ребенку на дом: *- да, всегда-1; часто-2; редко-3; никогда-4; не знаю -5.*
12. Долго ли Вам приходится ожидать очередь в регистратуре детской поликлиники: *очереди нет-1; до 15 мин.-2; до 30 мин-3; до 1 часа- 4.*
13. Сложно ли взять талон, попасть на прием:
- 1) к участковому врачу-педиатру: *легко-1; иногда бывает трудно-2; трудно всегда-3; практически невозможно-4; не знаю-5.*
 - 2) к врачам-специалистам: *легко-1; иногда бывает трудно-2; трудно всегда-3; практически невозможно-4; не знаю-5.*
14. Сколько времени Вы тратите на ожидание приема врача в Вашей детской поликлинике:
- у участкового врача-педиатра: *очереди нет-1; до 15 мин-2; от 15 до 30 мин-3; от 30 мин. до 1 часа-4; 1 час и более -5; не знаю-6;*
 - у врача-специалиста: *очереди нет-1; до 15 мин-2; от 15 до 30 мин-3; от 30 мин. до 1 часа-4; 1 час и более -5; не знаю-6.*
15. К врачам каких специальностей труднее всего попасть на прием в Вашей детской поликлинике: *- невролог-1, - ЛОР-2, -офтальмолог-3, - хирург-4; - кардиолог-5; - ортопед-6; - аллерголог-7; - другой (впишите) _____-8.*
16. Сложно ли получить направление на инструментальные виды исследования (УЗИ, рентгенография, ЭКГ, КТ и др.) в Вашей детской поликлинике: *легко-1; иногда бывает трудно-2; трудно всегда-3; практически невозможно-4; не знаю, не было необходимости-5.*
17. Сколько времени в днях проходит от момента назначения исследования врачом до момента его проведения (в среднем):
- 1) а. сдача анализов крови _____-1, *не знаю-2, не сдавали – 3;*

б. сдача анализов мочи _____ -1, не знаю-2, не сдавали – 3;

2) ультразвуковое исследование (УЗИ) _____ -1, не знаю-2, не сдавали-3;

3) рентгенография _____ -1, не знаю -2, не сдавали-3;

4) электрокардиография (ЭКГ) _____ -1, не знаю -2, не сдавали-3;

5) компьютерная томография (КТ) _____ -1, не знаю -2, не сдавали-3;

6) магнитно-резонансная томография (МРТ) _____ -1, не знаю -2, не сдавали-3.

18. Сложно ли сдать назначенные лечащим врачом анализы в детской поликлинике:

1) общий анализ крови: *легко-1; иногда бывает трудно-2; трудно всегда-3; практически невозможно-4; не знаю, не было необходимости-5.*

2) биохимический анализ крови: *легко-1; иногда бывает трудно-2; трудно всегда-3; практически невозможно-4; не знаю, не было необходимости-5.*

3) анализ крови на гормоны: *легко-1; иногда бывает трудно-2; трудно всегда-3; практически невозможно-4; не знаю, не было необходимости-5.*

4) общий анализ мочи: *легко-1; иногда бывает трудно-2; трудно всегда-3; практически невозможно-4; не знаю, не было необходимости-5.*

5) анализ кала: *легко-1; иногда бывает трудно-2; трудно всегда-3; практически невозможно-4; не знаю, не было необходимости-5.*

19. Сложно ли сделать назначенные врачом лечебные процедуры (физиотерапия, массаж, ЛФК, инъекции) в дет. поликлинике: *легко-1; иногда бывает трудно-2; трудно всегда-3; практически невозможно-4; не знаю, не было необходимости-5.*

20. Проводят ли врачи профилактическую работу, беседы по здоровому питанию, физическому развитию ребенка, прививкам: *да, в полном объеме-1; нет, не достаточно-2.*

21. Предусмотрено ли оснащение Вашей детской поликлиники:

1) пандусами: *да- 1, нет-2;*

2) лифтом: *да-1, нет-2;*

3) достаточным количеством пеленальных столов, скамеек в коридорах: *да-1, нет-2;*

4) наличие площадки для колясок на улице: *да-1; нет-2;*

5) наличие парковочных мест для автомобилей: *да-1; нет-2.*

22. Как Вы оцениваете в поликлинике:

- 1)- чистоту коридоров, кабинетов: *хорошее-1; удовлетворительное-2; плохое-3; очень плохое-4.*
- 2)- состояние, уборку туалетов: *хорошее-1; удовлетворительное-2; плохое-3; очень плохое-4.*
- 3)- соблюдение медицинскими работниками санитарно-эпидемиологического режима: *хорошее-1; удовлетворительное-2; плохое-3; очень плохое-4.*

23. Оцените отношение педиатра к Вам и Вашему ребенку:

- *с вниманием и участием-1;*
- *с недостаточным вниманием-2;*
- *с безразличием-3;*
- *с грубостью и раздражительностью-4.*

24. Приходилось ли Вам сталкиваться с невнимательностью и грубостью сотрудников детской поликлиники:

- 1) работников регистратуры: *часто-1, иногда-2, нет-3;*
- 2) участкового педиатра: *часто-1, иногда-2, нет-3;*
- 3) медицинских сестер: *часто-1, иногда-2, нет-3;*
- 4) врачей специалистов: *часто-1, иногда-2, нет-3;*
- 5) работников администрации: *часто-1, иногда-2, нет-3; не общались -4.*

25. При назначении лекарств обсуждали ли с Вами врачи их стоимость и Ваши материальные возможности для их приобретения (подбор более дешевых аналогов): *да-1; нет-2; лекарства не назначали-3.*

26. Есть ли у Вас материальная возможность приобретать выписанные врачами лекарства: *да-1; не всегда-2; нет-3; не знаю, лекарства не выписывались-4.*

27. Из каких источников в основном Вы узнаете информацию о возможности получения медицинской услуги бесплатно или на платной основе: *от лечащего врача-1; от знакомых-2; из СМО, интернета-3; от страховой медицинской организации-4; другое (укажите) _____-5.*

28. Приходилось ли Вам оплачивать медицинскую помощь в Вашей детской поликлинике:

- не приходилось-1;
- не оплачивала, т.к. нет средств-2;
- консультацию врача педиатра-3;
- консультацию врача специалиста -4;
- медицинские процедуры (массаж, физиотерапия, инъекции и др.)-5;
- лабораторные исследования (анализы крови, мочи и др.)-6;
- инструментальные виды исследований (УЗИ, ЭКГ, рентген, МРТ и др.)-7;
- другое (укажите) _____ 8.

29. Для получения платных медицинских услуг для Вашего ребенка Вы обращаетесь:

- не обращаюсь, т.к. нет на это средств-1;
- за платными услугами ранее не обращались, т.к. не было необходимости-2;
- в государственные медицинские учреждения-3;
- в частные медицинские клиники-4;
- обращаюсь по рекомендации знакомых -5.

30. Какие медицинские услуги Вам приходилось оплачивать вне поликлиники:

- не приходилось-1;
- не оплачивала, т.к. нет средств-2;
- консультацию врача педиатра-3;
- консультацию врача специалиста -4;
- медицинские процедуры (массаж, физиотерапия, инъекции и др.)-5;
- лабораторные исследования (анализы крови, мочи и др.)-6;
- инструментальные виды исследований (УЗИ, ЭКГ, рентген, МРТ и др.)-7;
- другое (укажите) _____ 8.

31. Какой основной причиной, по Вашему мнению, является обращение за медицинскими услугами в платные клиники:

- не знаю, мы никуда не обращались -1;
- отсутствие очередей, рядом с домом, удобный график приема -2;
- индивидуальный подход, доброжелательный медицинский персонал -3;
- современное оборудование и большое количество видов исследований -4;
- наличие врачей узких специальностей и высокая квалификация врачей -5;

- сервис и условия повышенной комфортности -6;
- доверие к результатам обследования и лечения -7;
- другое (укажите) _____ - 8.

32. Как Вы оцениваете стоимость платных услуг в Вашей детской поликлинике: *ими не пользовалась-1; вполне приемлемая-2; дорого-3; для меня их стоимость не доступна-4.*

32. Заключали ли с Вами договор на оказание платных услуг: *не знаю-1; нет-2; да-3; не пользовалась-4.*

33. Как Вы оплачивали платные услуги в поликлинике: *не пользовалась-1; через кассу-2; непосредственно медицинскому персоналу с оформлением платежного документа (квитанции, чека)-3; напрямую врачу (медицинской сестре) без платежных документов-4.*

34. Выдавали ли Вам чек или другой платежный документ об оплате: *да-1; нет-2; ни разу не пользовался платными услугами-3.*

35. Сталкивались ли Вы со случаями вымогательства у Вас денег, ценных подарков со стороны медицинского персонала в Вашей детской поликлинике: *да-1; нет-2; не хочу отвечать-3.*

36. Давали ли Вы сами «в знак благодарности» медицинскому персоналу деньги, ценные подарки за лечение Вашего ребенка: *да, часто-1; да, редко-2; никогда-3; не хочу отвечать-4.*

37. Устраивает ли вас объем:

1) обследования Вашего ребенка: *да-1; не совсем-2; нет -3; затрудняюсь ответить-4.*

2) лечения Вашего ребенка: *да-1; - не совсем-2; нет-3; затрудняюсь ответить-4.*

38. Удовлетворены ли Вы качеством медицинской помощи в целом, оказанной Вашему ребенку в поликлинике: *да-1; не совсем-2; не удовлетворена-3; затрудняюсь ответить-4.*

39. Причины Вашей неудовлетворенности результатами медицинской помощи (можно указать несколько причин): *- отношение медицинского персонала-1; - плохая организация работы регистратуры-2; - большая очередь к педиатру-3; -*

трудности в получении консультации врача-специалиста-4; - трудности в прохождении обследования-5; - плохие санитарно-гигиенические условия-6; - нет эффекта от лечения-7; - другое (укажите) _____ -8.

40. Как по Вашему мнению можно улучшить работу детской поликлиники (впишите):

-увеличить количество врачей -1; - повысить квалификацию врачей-2; - увеличить время осмотра ребенка-3; - оснащение современной аппаратурой (УЗИ, ЭКГ, др)-4; - информационная доступность (усовершенствование интернет-сайта, электронной записи к врачу, SMS-оповещения и др)-5; - ремонт поликлиники-6; _____ другое -

_____ -7.

Благодарим за помощь и желаем доброго здоровья!

9. Каким способом был госпитализирован в стационар Ваш ребенок: *в экстренном порядке - 1; в плановом порядке (по направлению базовой поликлиники) -2; самостоятельно -3.*

10. На отделении какого профиля лечился Ваш ребёнок: _____.

11. Сколько времени Вы потратили на ожидание осмотра и обследования в приемном отделении: *до 30 мин-1; от 30 мин. до 1 часа-2; от 1 часа до 2-х часов-3; 2 часа и более -4.*

12. Приходилось ли Вашему ребенку в первое время лежать на отделении в коридоре, в другом непригодном помещении (из-за отсутствия мест): *да, непродолжительное время-1; да, длительное время-2; нет-3.*

13. В какой палате лежал Ваш ребенок: *в одноместной-1; в двухместной-2; в трехместной-3; четырехместной и более-4.*

14. Разрешали ли Вам находиться в стационаре вместе с Вашим ребёнком: *да-1; нет-2.*

15. Удовлетворяла ли Вас температура в палате: *всегда была нормальная температура-1; иногда была некомфортная температура-2; всегда была некомфортная температура-3.*

16. Как Вы оцениваете на отделении состояние:

- постельного белья в палате: *хорошее-1; удовлетворительное-2; плохое-3; очень плохое-4.*

- чистоту (соблюдение санитарно-эпидемиологического режима): *хорошее-1; удовлетворительное-2; плохое-3; очень плохое-4.*

- состояние туалета и ванны: *хорошее-1; удовлетворительное-2; плохое-3; очень плохое-4.*

- условий пребывания: просторность палаты, качество ремонта, мебели: *хорошее-1; удовлетворительное-2; плохое-3; очень плохое-4.*

17. Уборка в Вашей палате делалась: *регулярно-1; нерегулярно-2; самим приходилось убираться -3.*

18. Имелись ли условия для организации досуга Вашего ребенка во время нахождения на отделении:

- да (игровая комната, преподаватели, нянечка) -1;

- нет- 2.

19. Как Вы оцениваете питание в детском стационаре по объёму порций: *порции большие, ребенок наелся-1; порции средние-2; порции маленькие, ребенок не наелся-2.*

20. Как Вы оценивание питание по вкусовым качествам: *ребенок употреблял пищу с аппетитом, съедал все полностью 1; употреблял еду частично, более половины порции 2; употреблял еду частично, менее половины порции-3, практически ничего не съедал -4.*

21. Отличался ли рацион питания на отделении в течение недели по разнообразию блюд: *да-1; нет 2.*

22. Оцените отношение к Вам и ребенку Вашего лечащего врача:

- в основном доброжелательное-1;

- индифферентно, с безразличием -2;

- негативно -3.

23. Приходилось ли Вам сталкиваться с невнимательностью и грубостью:

1) работников приемного отделения: часто-1; иногда-2; нет-3.

2) лечащего врача: часто-1; иногда -2; нет-3.

3) санитарок: часто – 1; иногда -2; нет-3.

4) медицинских сестер: часто-1; иногда-2; нет-3.

5) работников администрации: часто-1; иногда-2; нет-3; не общались-4.

24. Была ли у Вас возможность за время госпитализации ознакомиться с перечнем бесплатных медицинских услуг, на которые Вы имеете право:

- да, перечень висит на информационном стенде, на видном месте-1;

- да, лечащий врач подробно все объяснил-2;

- нет, информация не предоставлялась – 3;

- не обращала внимание-4;

- не интересовалась-5.

25. Приходилось ли Вам оплачивать медицинскую помощь, назначенную врачом, во время госпитализации в детской больнице (нужный вариант подчеркните или допишите):

1.- да, на медицинские услуги (осмотр, консультация специалиста, массаж, ЛФК, _____);

2.- да, на лабораторные исследования (анализы крови, мочи и др. _____);

3.- да, на инструментальные виды исследования (УЗИ, ЭХО-КГ, КТ, МРТ, ___);

4.- нет;

5.- другое _____.

26. Предлагалось ли Вам за время госпитализации Вашего ребенка самостоятельно приобрести какие-либо лекарства, медикаменты, шприцы, перевязочный материал и др.:

1.- нет, здесь есть все необходимое;

2.- да, кое-что здесь пришлось покупать самостоятельно _____;

3.- да, практически все пришлось покупать самостоятельно;

4.- да, предлагалось, но у меня нет средств.

27. Как Вы оцениваете стоимость платных услуг в детском стационаре: ими не пользовалась-1; вполне приемлемая-2; дорого-3; для меня их стоимость не доступна-4.

28. Заключали ли с Вами договор на оказание платных услуг: не знаю-1; нет-2; да-3; не пользовалась-4.

29. Как Вы оплачивали платные услуги в детском стационаре: не пользовалась-1; через кассу-2; непосредственно медицинскому персоналу с оформлением платежного документа (квитанции, чека)-3; напрямую врачу (медицинской сестре) без платежных документов-4.

30. Выдавали ли Вам чек или другой платежный документ об оплате: да-1; нет-2; ни разу не пользовалась платными услугами-3.

31. Сталкивались ли Вы со случаями вымогательства у Вас денег, ценных подарков со стороны медицинского персонала в детской больнице:

да-1; нет-2; не хочу отвечать-3.

32. Давали ли Вы сами «в знак благодарности» медицинскому персоналу деньги, ценные подарки: *да, часто-1; да, редко-2; никогда-3; не хочу отвечать-4.*

33. Устроил ли Вас за время госпитализации:

- объем обследования Вашего ребенка: *да-1; не совсем-2; нет -3; затрудняюсь ответить-4;*

- объем лечения Вашего ребенка: *да-1; не совсем-2; нет -3; затрудняюсь ответить-4.*

34. Удовлетворены ли Вы качеством медицинской помощи в целом, оказанной Вашему ребенку в детской больнице: *да-1; не совсем-2; не удовлетворена-3; затрудняюсь ответить-4.*

35. Причины Вашей неудовлетворенности результатами медицинской помощи (можно указать несколько причин): *отношение медицинского персонала-1; плохая организация работы приемного отделения-2; плохая организация работы отделения, где проводилось лечение-3; трудности в получении консультации врача-специалиста-4; трудности в прохождении обследования-5; плохие санитарно-гигиенические условия и ремонт-6;*

другое- _____-7.

36. Как, по Вашему мнению, можно улучшить работу детской больницы:

Благодарим за помощь и желаем доброго здоровья!

**Анкета информированности родителей об
обязательном медицинском страховании**

Уважаемые родители!

С целью дальнейшего улучшения работы страховой медицинской организации просим Вас ответить на предложенные вопросы, высказать замечания и пожелания. Подчеркните подходящий для Вас ответ или допишите то, что считаете необходимым. Гарантируем анонимность Ваших ответов, они будут учитываться только для оценки средних показателей качества работы страховой медицинской организации.

1. Название ЛПУ _____.
2. Имеет ли Ваш ребенок полис медицинского страхования: - да, по ОМС-1; - да, по ДМС-2; - у моего ребенка нет полиса-3.
3. Знаете ли Вы:
 - 3.1. О системе обязательного медицинского страхования в целом: *ничего не знаю-1; - знаю, но очень мало-2; в основном представляю-3; хорошо информирована-4.*
 - 3.2. О правах ребенка в системе обязательного медицинского страхования: *ничего не знаю-1; - знаю, но очень мало-2; в основном представляю-3; хорошо информирована-4.*
4. Знаете ли Вы:
 - название страховой организации, где застрахован Ваш ребенок: *да-1; нет-2;*
 - как обратиться в страховую медицинскую организацию: *да-1; нет-2;*
 - об обязанности страховой компании по защите прав и интересов застрахованных: *да-1; нет-2;*
5. Где Вы получили основной объем информации об обязательном медицинском страховании, правах в области охраны здоровья: - *от лечащего врача-1; на информационных стендах, плакатах в поликлинике-2; из средств массовой информации,*

в интернете-3; -не интересовалась-4; другое (впишите) _____-5.

6. Хотели бы Вы получить дополнительные знания о системе ОМС и правах ребенка: да-1; нет-2; затрудняюсь ответить-3.
7. Обращались ли Вы за консультативной помощью в страховую компанию (по ОМС): - да, устно -1; - да, письменно-2; -нет, не обращалась -3.
8. В случае ущемления прав Вашего ребенка в области здравоохранения Вы обращались с жалобой: случаев ущемления прав не было-1; случаи были, но я не обращалась-2; случаи были и я иногда обращалась-3; всегда обращалась-4.
9. Приходилось ли Вам обращаться с жалобами на работу детской поликлиники: нет-1; да, устно-2; да, письменно-3.
10. Куда Вы обращались с жалобой: никуда не обращалась-1; к администрации ЛПУ-2; в органы управления здравоохранения (комитет, райотдел)-3; в СМО, ТФОМС-4; в прокуратуру, полицию-5; другое _____-6.
11. Куда в будущем Вы готовы обратиться для защиты прав Вашего ребенка в области здравоохранения: никуда не буду-1; к администрации ЛПУ-2; в органы управления здравоохранения (комитет, райотдел)-3; в страховую медицинскую организацию, ТФ ОМС-4; в прокуратуру, полицию-5; сама разберусь-6.
12. Есть ли в Вашей детской больнице страховой представитель: да -1; нет-2; не знаю-3.
13. Обращались ли Вы за помощью к страховому представителю в детской больнице: да, помощь получила- 1; да, но помощь не получила-2; не обращалась -3.
14. По Вашему мнению, по каким причинам граждане при нарушении прав ребенка в области здравоохранения не обращаются в страховую медицинскую организацию: не знают, что это можно сделать-1; не знают как это сделать-2; не верят в положительное решение вопроса-3; опасаются бумажной волокиты-4; не желают тратить время на разбирательство-5; опасаются мести-6; считают это недостойным и предпочитают защищать интересы ребенка иначе-7; другое _____-8.