



# ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений .....	13
<b>РАЗДЕЛ 1. МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ .....</b>	<b>15</b>
<b>Глава 1. Основы построения медико-социологического мониторинга .....</b>	<b>17</b>
1.1. Роль и значение медико-социологического мониторинга в системе обязательного медицинского страхования .....	17
1.2. Концепция организации медико-социологического мониторинга .....	25
1.3. Принципы выбора контрольных точек медико-социологического мониторинга .....	35
<b>Глава 2. Выбор приоритетов в медико-социологических исследованиях .....</b>	<b>41</b>
2.1. Принципы выделения приоритетов медико-социологического мониторинга .....	41
2.2. Отношение населения к реформам в здравоохранении.....	43
2.3. Спрос населения на медицинские услуги.....	45
2.4. Информированность населения о деятельности медицинских организаций, страховых медицинских организаций .....	46
2.5. Защита интересов застрахованных в системе обязательного медицинского страхования .....	47
2.6. Доступность и качество медицинской помощи .....	48
2.7. Дифференциация потока пациентов .....	50
2.8. Динамика потребления платных медицинских услуг .....	53
2.9. Степень удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи .....	54
2.10. Динамика отношений между врачом и пациентом.....	56
2.11. Оптимизация уровня доступности квалифицированной и специализированной медицинской помощи .....	59
2.12. Медико-социологическая оценка врачами эффективности использования своего трудового потенциала .....	59
2.13. Динамика формирования платежеспособного спроса на медицинские услуги.....	60
2.14. Мониторинг целевых программ в здравоохранении.....	61
2.15. Динамика воздействия экологических факторов.....	62
<b>Глава 3. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга .....</b>	<b>64</b>
3.1. Особенности наблюдения медико-социальных явлений .....	64
3.2. Структурные компоненты процесса медико-социологического исследования .....	79
3.3. Разработка общей концепции медико-социологического исследования .....	88
3.4. Выбор методов сбора медико-социологической информации .....	100

3.4.1. Медико-социологические опросы .....	100
3.4.2. Программные требования к выборке .....	103
3.4.3. Репрезентативность выборки .....	104
3.4.4. Расчет необходимой численности случайной выборки, характеристика которой представлена ответами на вопрос анкеты «да» или «нет» .....	106
3.4.5. Предельная ошибка выборки и коэффициента доверия .....	107
3.4.6. Определение поправок к полученным результатам выборочных социологических исследований .....	109
3.5. Методы измерения социальных характеристик .....	111
3.5.1. Понятие о социальном измерении .....	111
3.5.2. Способы проверки процедуры измерения на надежность .....	112
3.5.3. Общая характеристика шкал .....	116
3.5.4. Ограничения социальных характеристик .....	121
3.6. Методы и операции сбора данных, подлежащих количественному анализу.....	122
3.6.1. Методика прямых наблюдений .....	122
3.6.2. Методика изучения документальных источников.....	127
3.6.3. Методика анкетного опроса и интервью.....	131
3.6.4. Методика проведения экспертных опросов.....	143
3.6.5. Методика проведения фокус-группы.....	145
3.6.6. Методика проведения медико-социологических опросов .....	147
3.7. Методы анализа медико-социологической информации.....	150
3.7.1. Последовательность действий при анализе данных .....	150
3.7.2. Группировка и эмпирическая типология данных медико-социологического мониторинга .....	152
3.7.3. Поиск взаимосвязей между переменными .....	154
3.7.4. Анализ данных повторных и сравнительных исследований .....	156
3.7.5. Методика постановки медико-социального эксперимента .....	159
3.7.6. Представление результатов медико-социологического мониторинга .....	165

## **РАЗДЕЛ 2. СОЦИОЛОГИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ .....**

171

### **Глава 4. Медико-социальная характеристика территориальной системы обязательного медицинского страхования.....**

173

4.1. Система обязательного медицинского страхования и ее окружение .....	173
4.2. Правила и отношения в территориальной системе обязательного медицинского страхования .....	182
4.2.1. Застрахованные .....	182
4.2.2. Медицинские организации.....	183
4.2.3. Страхователи .....	185

4.2.4. Страховые медицинские организации .....	186
<b>Глава 5. Социологическая оценка состояния территориальной системы обязательного медицинского страхования.....</b>	<b>188</b>
5.1. Принципы выделения составляющих социологической оценки.....	188
5.2. Принципы построения выборочной совокупности и социально- демографическая характеристика пациентов, принявших участие в опросе .....	190
5.3. Основные элементы медико-социологического мониторинга .....	193
5.3.1. Динамика процессов, происходящих в системе здравоохранения и медицинском страховании.....	193
5.3.2. Удовлетворенность населения отдельными составляющими организации медицинской помощи и качества предоставляемых услуг .....	194
5.3.3. Платная медицинская помощь.....	197
5.3.4. Поддержка работодателями при получении медицинской помощи .....	198
5.3.5. Использование застрахованными собственных средств для оплаты медицинских услуг, проблема «теневых» платежей.....	198
<b>Глава 6. Доступность медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования .....</b>	<b>201</b>
6.1. Принципы выделения составляющих оценки доступности медицинского обслуживания.....	201
6.2. Ключевые точки мониторинга доступности и качества медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования .....	205
6.2.1. Частота потребления услуг медицинских организаций, входящих в систему обязательного медицинского страхования.....	205
6.2.2. Востребованность застрахованными своих прав в системе обязательного медицинского страхования .....	206
6.2.3. Факторы выбора медицинского учреждения застрахованными .....	208
6.2.4. Мотивы поведения застрахованных при выборе врача .....	209
6.2.5. Характер потребностей застрахованных в получении медицинского обслуживания.....	210
6.2.6. Временные затраты застрахованного на ожидание и получение медицинской помощи .....	211
6.2.7. Экономическая доступность медицинской помощи.....	212
6.2.8. Возможность альтернативного обслуживания.....	213
6.2.9. Доступность лекарственного обеспечения .....	216
6.2.10. Эффективность коммуникаций между застрахованными и страховыми медицинскими организациями .....	218

6.2.11. Актуальные проблемы медицинских организаций, входящих в систему обязательного медицинского страхования .....	220
6.2.12. Оценки качества медицинской помощи, оказываемой медицинскими учреждениями, входящими в систему обязательного медицинского страхования.....	223
6.2.13. Степень доверия застрахованных к медицинским работникам .....	224
6.2.14. Эффективность профилактических мероприятий.....	225
6.2.15. Дополнительные критерии оценки качества и доступности медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования, предложенные застрахованными.....	225
6.3. Управленческие решения по результатам мониторинга состояния доступности и качества медицинской помощи.....	227
<b>Глава 7. Статус врача в системе обязательного медицинского страхования .....</b>	<b>231</b>
7.1. Адекватность статусной позиции врача изменениям в системе здравоохранения .....	231
7.2. Экономический статус врача .....	234
7.2.1. Характеристики экономической составляющей статуса врача...	234
7.2.2. Экономический контекст врачебной деятельности .....	235
7.2.3. Эффективность экономического стимулирования .....	236
7.2.4. Структура текущих доходов .....	237
7.2.5. Оплата труда .....	238
7.2.6. Дополнительные заработки .....	240
7.2.7. Стратегии заработка как показатели успеха .....	241
7.2.8. Матрица медико-социологического мониторинга показателей экономического статуса врача .....	242
7.3. Профессионально-должностной статус врача .....	244
7.3.1. Характеристики профессионально-должностного статуса .....	244
7.3.2. Профессиональная карьера в статусе врача .....	245
7.3.3. Матрица медико-социологического мониторинга показателей профессионально-должностного статуса врача .....	251
7.4. Престижное измерение статуса врача.....	258
7.4.1. Престиж профессии врача в социальной иерархии.....	258
7.4.2. Факторы престижа и их индикаторы.....	259
7.4.3. Индикаторы престижа в измерении экономического спроса.....	261
7.4.4. Индикаторы престижа в измерении жизненных шансов.....	263
7.4.5. Индикаторы престижа в измерении доступности привилегий.....	265
7.4.6. Индикаторы престижа в измерении ценностей.....	266
7.4.7. Матрица медико-социологической оценки престижности статуса врача .....	266
7.5. Социально-психологический статус врача.....	272

7.5.1. Факторы, определяющие социально-психологический статус врача .....	272
7.5.2. Влияние уровня доходов врача на психологический климат в коллективе медицинского учреждения .....	273
7.5.3. Отношения с администрацией медицинского учреждения и их влияние на психологический климат в коллективе .....	274
7.5.4. Отношения с пациентами и их влияние на статус врача в коллективе медицинского учреждения .....	275
7.5.5. Информированность и ее влияние на социально-психологическое состояние коллектива .....	276
7.5.6. Матрица медико-социологической оценки социально-психологического статуса врача .....	277
7.6. Этическое измерение статуса врача .....	277
7.6.1. Структурные компоненты статуса врача, влияющие на официальную оценку качества работы .....	277
7.6.2. Организационная составляющая качества работы врача .....	283
7.6.3. Качество работы врача в фокусе общественных мнений .....	285
7.6.4. Отношения «врач—пациент» .....	287
7.6.5. Матрица медико-социологической оценки этического измерения статуса врача .....	288
7.7. Ключевые точки мониторинга показателей, характеризующих статус врача в системе обязательного медицинского страхования .....	288
7.7.1. Методологические основы мониторинговых исследований .....	288
7.7.2. Социально-демографические и профессионально-должностные характеристики медицинских работников, принявших участие в исследовании .....	294
7.7.3. Ценностные ориентиры врачей. Престижность врачебной профессии и удовлетворенность работой в оценках медицинских работников .....	295
7.7.4. Удовлетворенность работой .....	296
7.7.5. Условия труда .....	297
7.7.6. Заработная плата врачей .....	298
7.7.7. Социально-психологический климат в коллективе .....	299
7.7.8. Взаимоотношения в системе «врач—пациент» .....	302

### **РАЗДЕЛ 3. ТЕХНОЛОГИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИО-ЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ .....**

303

<b>Глава 8. Застрахованный как объект медико-социологического мониторинга .....</b>	<b>305</b>
8.1. Медико-социальная характеристика застрахованного .....	305
8.2. Принципы формирования показателей состояния здоровья застрахованного .....	311
8.3. Сопровождение показателей застрахованного в общем технологическом процессе .....	317

8.4.	Управление по результатам медико-социологического мониторинга застрахованного .....	321
8.4.1.	Управленческие решения по результатам мониторинга показателей состояния застрахованного .....	321
8.4.2.	Общая численность граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию .....	322
8.4.3.	Численность умерших.....	324
8.4.4.	Показатель распространенности .....	326
8.4.5.	Доля конкретных обращений застрахованных в общем количестве обоснованных обращений .....	328
8.4.6.	Оценка уровня здоровья застрахованных граждан .....	329
8.4.7.	Оценка удовлетворенности медицинских работников отдельными характеристиками застрахованного.....	332
8.4.8.	Численность и удельный вес работников, работающих в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам .....	334
8.4.9.	Численность и удельный вес населения с доходами ниже прожиточного минимума .....	336

#### **Глава 9. Медицинская организация как объект медико-социологического мониторинга .....**

	.....	338
9.1.	Медико-социальная характеристика медицинской организации.....	338
9.2.	Принципы формирования показателей статуса медицинской организации .....	343
9.3.	Сопровождение показателей медицинской организации в общем технологическом процессе .....	349
9.4.	Управление по результатам медико-социологического мониторинга медицинской организации .....	353
9.4.1.	Управленческие решения по результатам медико-социологического мониторинга .....	353
9.4.2.	Доля обратившихся за медицинской помощью.....	354
9.4.3.	Средняя стоимость медицинских услуг обязательного медицинского страхования в расчете на одного обратившегося пациента.....	357
9.4.4.	Количество обоснованных обращений граждан, связанных с недостатками в работе.....	359
9.4.5.	Показатель качества медицинских услуг .....	361
9.4.6.	Эффективность использования ресурсов обязательного медицинского страхования .....	363
9.4.7.	Оценка медицинскими работниками уровня медицинского обслуживания населения .....	365
9.4.8.	Оценка уровня удовлетворенности медицинских работников различными сторонами работы .....	367
9.4.9.	Экспертная оценка уровня общей удовлетворенности застрахованных амбулаторно-поликлиническим обслуживанием .....	369

9.4.10. Экспертная оценка уровня общей удовлетворенности застрахованных стационарным обслуживанием .....	370
9.4.11. Сводный индекс потребительских цен по субъекту Российской Федерации .....	371
<b>Глава 10. Методика сбора социологической информации .....</b>	<b>373</b>
10.1. Обобщенные характеристики медико-социологического исследования субъектов и участников системы обязательного медицинского страхования .....	373
10.2. Сбор показателей, характеризующих внешние факторы деятельности субъектов и участников системы обязательного медицинского страхования .....	383
<b>Глава 11. Автоматизированная поддержка процессов медико-социологического мониторинга .....</b>	<b>387</b>
11.1. Современные технологии автоматизированной поддержки мониторинговых процессов .....	387
11.2. Функциональные характеристики автоматизированной поддержки медико-социологического мониторинга .....	392
11.3. Основные формы работы с автоматизированной системой поддержки медико-социологического мониторинга .....	397
11.4. Публикация материалов медико-социологического мониторинга .....	398
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ. МЕТОДИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ....</b>	<b>401</b>
<b>Глава 12. Инструментарий медико-социологического исследования: «Отношение населения к системе обязательного медицинского страхования и реформам в здравоохранении» .....</b>	<b>403</b>
12.1. Экспертная карта .....	403
12.2. Анкета для опроса пациентов .....	413
12.3. Анкета для опроса населения .....	423
12.4. Анкета для опроса медицинского персонала .....	429
12.5. Анкета медико-социологического исследования «Застрахованный как субъект системы обязательного медицинского страхования» .....	434
<b>Глава 13. Инструментарий медико-социологического исследования медицинской организации .....</b>	<b>439</b>
13.1. Анкета для опроса главных врачей .....	439
13.2. Анкета для медицинских работников и руководителей медицинских организаций .....	446
13.3. Лист экспертной экспресс-оценки для застрахованных граждан «Эффективность работы стационаров в системе обязательного медицинского страхования» .....	451



13.4. Лист экспертной экспресс-оценки для застрахованных граждан «Эффективность работы амбулаторно-поликлинических учреждений в системе обязательного медицинского страхования» .....	453
<b>Глава 14. Инструментарий медико-социологического исследования «Доступность и качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования» .....</b>	<b>455</b>
14.1. Бланк-интервью медико-социологического опроса «Доступность и качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования».....	455
<b>Глава 15. Инструментарий экспертных интервью «Статус врача в системе обязательного медицинского страхования» .....</b>	<b>469</b>
15.1. Бланк интервью с врачами .....	469
15.2. Анкета медико-социологического мониторинга «Статус врача в системе обязательного медицинского страхования» .....	472
<b>Глоссарий .....</b>	<b>508</b>
<b>БИБЛИОГРАФИЯ.....</b>	<b>532</b>

# Глава 1

## ОСНОВЫ ПОСТРОЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА

### 1.1. РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Социальный эффект деятельности территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) заключается в организации защиты прав и интересов застрахованных при получении медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования (ОМС). Необходимость в такой защите обусловлена тем, что в процессе социальной дифференциации непрерывно меняются материальные возможности различных социально-экономических групп населения поддерживать свое здоровье. Именно поэтому, на наш взгляд, важнейшей задачей территориального фонда ОМС является также создание механизмов контроля за дифференциацией медико-социального статуса различных социально-экономических групп населения. Это позволяет разрабатывать дополнительные профилактические меры, смягчающие действие негативных тенденций в организации здравоохранения, связанных с экономическим неравенством социальных групп.

Управление здоровьем населения требует учета факторов различной природы (медико-биологической, медико-социальной, эколого-антропогенной, социально-экономической и др.). К сожалению, до сих пор нет единой, постоянно действующей системы сбора подобных данных, отсутствует и установившаяся общепринятая полная модель состава параметров для описания целостной модели мониторинга. Существующая система представления официальной информации о состоянии здоровья по известным формам государственной отчетности отражает уже свершившиеся факты и потому оказывается несколько устаревшей. Кроме того, сведения могут быть одновременно и чрезвычайно малоинформативными, вследствие чего в системе охраны здоровья принимаются иногда запоздалые решения. Вот почему последние не всегда оказываются

достаточно эффективными. Особенностью настоящего момента является то, что совокупность отраслей социально-экономической статистики представляет по своей сути набор отдельных направлений, которые нуждаются во взаимоувязке. Сбор социальной информации осуществляется разными подразделениями органов государственной статистики: статистики цен, бюджетов, статистики труда и т.д.

Автономность различных отраслей обусловливается такими объективными причинами, как:

- несопоставимость статистических показателей, являющихся отражением разнообразных сторон жизни общества;
- обособленность организаций, занимающихся сбором статистических данных.

Социальной направленностью проводимых в России структурных преобразований здравоохранения, кроме всего прочего, является разработка эффективной системы контроля и мониторинга социальных индикаторов, единых социальных стандартов в деле охраны здоровья, а также интеграция в социально-экономическую модель отрасли системы ОМС как формы социальной защиты.

Несомненно, что большая часть этих вопросов вполне может быть решена при использовании той информационной базы, которую предоставляет государственная медицинская статистика, включающая сбор и хранение данных о состоянии здоровья населения, уровне медицинского обслуживания, санитарно-гигиеническом состоянии объектов окружающей среды (последняя ведется органами санэпиднадзора). Наиболее крупный блок медицинской статистики составляют сведения о состоянии здоровья населения. Сюда относятся многочисленные показатели, характеризующие рождаемость, смертность, заболеваемость, нарушения репродуктивной функции женщин. Эти данные являются важнейшими в процессе управления здоровьем населения и широко используются в качестве основных критериев в принятии управленческих решений, в частности при определении:

- степени доказанного вреда, наносимого здоровью населения воздействием различных факторов, и связанного с этим экономического ущерба;
- возможности снижения или устранения риска для здоровья населения и уменьшения стоимости затрат на достижение этих целей;
- важности ожидаемых результатов для общества и их экономической эффективности.

В последние годы заметно повысился интерес к разработке комплексных индикаторов, количественно характеризующих популяцион-

ное здоровье территории, социально-экономическую эффективность здравоохранения, качество медицинской помощи. Основные показатели (смертность, заболеваемость взрослых и детей, нарушения репродуктивной функции женщин), как и более частные, используются в качестве индекса здоровья для ранжирования административных районов территориальных образований. На основании мониторинга показателей, включенных в индекс здоровья, выделяют районы, отличающиеся наиболее «хорошим» и наиболее «плохим» здоровьем населения. Наличие подобной информации, собранной в течение ряда лет, позволяет разрабатывать прогнозы состояния популяционного здоровья для каждого административно-территориального образования на ближайшие годы.

Информация, необходимая для проведения такого анализа, в большинстве своем содержится в системе государственной медицинской статистики. В частности, из нее можно получить блок параметров, характеризующих здоровье населения, уровень его медицинского обслуживания, уровень санитарно-гигиенического состояния объектов окружающей среды (атмосферный воздух, питьевая вода, продукты питания, почва). Что же касается социально-экономических и медико-социологических показателей, то они могут быть получены только в ходе социологических исследований, статистических наблюдений участников территориальной системы ОМС.

Так, многочисленные отчеты, отражающие в соответствии с нормативными требованиями различные аспекты деятельности территориальной системы ОМС, как правило, не содержат информации, полученной непосредственно от населения и врачей, оказывающих лечебно-профилактическую помощь. В то же время цели системы ОМС и ее социальная значимость реализуются именно на этих уровнях. Анализ результатов социологических исследований различных групп населения, врачей и менеджеров всех уровней территориальной системы и связанного с этим экономического ущерба ОМС о качестве деятельности, состоянии здоровья являются высокоинформативным источником, способствующим объективизации данных для проведения организационно-управленческих мероприятий.

Применение медико-социологических методов изучения субъектов и участников системы ОМС (застрахованных, страхователей, страховых медицинских организаций, медицинских учреждений) позволяет получать такие данные, какие не могут быть получены никакими другими методами. Однако проведение разовых социологических исследований по ограниченному кругу вопросов медико-социальной направленности

с применением методов социологии медицины для управления хотя и важно, но мало что дает для разработки тактических и стратегических управленческих решений. Отсутствие мониторинга территориальной системы ОМС — один из важнейших факторов, тормозящих развитие профилактического направления в деятельности служб охраны здоровья населения, переход от системы медицинского страхования к страхованию здоровья. Решение проблем менеджмента настоятельно требует создания и внедрения технологии регулярных, многоплановых медико-социологических мониторинговых обследований территориальной системы ОМС, нацеленных на долговременное изучение факторов и их взаимосвязей, наличие которых в современной ситуации выступает совершенно необходимым условием эффективного управления.

Одним из самых эффективных инструментов в решении данных задач является медико-социологический мониторинг (МСМ).

Медико-социологический мониторинг территориальной системы ОМС — это система наблюдения, анализа, оценки и прогноза изменения мнения населения о доступности и качестве бесплатной медицинской помощи, а также определения причинно-следственных связей между общественным мнением и функционированием субъектов и участников системы ОМС. Он отражает как статистические, так и социологические (качественные и количественные) показатели здоровья групп населения, динамику и прогноз их изменений, общественное мнение об изменении тенденций в функционировании учреждений здравоохранения по предоставлению медицинской помощи и технологически представляет собой систему сбора, хранения и анализа данных о состоянии здоровья населения, функционирования медицинских учреждений и уровне медицинского обслуживания. Структура, объем и периодичность представления данных определяются целями и задачами территориальной системы ОМС.

При этом медико-социологический мониторинг обеспечивает оценку деятельности всех субъектов и участников с позиций социальной эффективности их функционирования. Критериями повышения эффективности являются проведенные на постоянной основе целевые действия в территориальной системе ОМС, основанные на оценке состояния всех звеньев системы, полученной методами медико-социологического мониторинга.

Таким образом, медико-социологический мониторинг как инструмент наблюдения за субъектами и участниками системы ОМС, а также происходящими в этой системе изменениями путем непрерывной или

периодической регистрации показателей есть технология по обеспечению менеджмента полными и достоверными знаниями о социальном статусе и социальных процессах, происходящих в территориальной системе ОМС.

Система медико-социологического мониторинга позволяет распознавать управленческие проблемные ситуации трех типов:

- узкие места и диспропорции в развитии территориальной системы ОМС;
- расхождение целей и интересов субъектов и участников территориальной системы ОМС;
- некорректные взаимоотношения в системе подчинения и коммуникаций.

Проведение медико-социологического мониторинга территориальной системы ОМС обеспечивает:

- выявление в деятельности субъектов и участников системы ОМС факторов, оказывающих отрицательное воздействие на ее деятельность;
- прогнозирование социального статуса субъектов и участников территориальной системы ОМС;
- определение неотложных и долгосрочных мероприятий по предупреждению и устранению неэффективных механизмов в организации ОМС;
- подготовку решений по реализации мер, направленных на совершенствование механизмов предоставления бесплатной медицинской помощи населению;
- информирование государственных органов, органов местного самоуправления, организаций независимо от их организационно-правовой формы, а также граждан о результатах, полученных в ходе мониторинга.

Медико-социологический мониторинг субъектов и участников ОМС является современным средством реализации целевых задач по оптимизации деятельности территориальной системы ОМС. Использование данных медико-социологического мониторинга направлено на обеспечение решения задач повышения уровня и качества медицинской помощи. Но сам по себе медико-социологический мониторинг, как, впрочем, и любой иной, не оказывает непосредственного влияния на процессы обеспечения здоровья населения. Однако его результаты ориентированы на принятие оптимальных управленческих решений во всей социальной сфере. И потому главная цель проведения медико-со-

циологического мониторинга состоит в обеспечении обратной связи, которая должна быть отражена в оценках социальной и экономической эффективности реализации программы ОМС.

Проведение медико-социологического мониторинга территориальной системы ОМС направлено:

- на уменьшение несогласованности в работе субъектов и участников ОМС по причинам неопределенности (неодинакового понимания) реальной ситуации во всех звеньях системы;
- включение в существующий процесс управления системой результатов медико-социологических опросов;
- разработку единой системы медико-социологических показателей;
- разработку технологии медико-социологического мониторинга территориальной системы ОМС.
- сокращение временных затрат на получение заинтересованными лицами данных мониторинга, их оценки и либо проведения уточняющих исследований, либо принятия обоснованных решений.

Создание на региональном уровне системы медико-социологического мониторинга требует организации сбора, накопления, обработки и представления для управленцев значительного объема информации. Для решения этой задачи лучше всего подходят средства автоматизации, основанные на современных информационных и коммуникационных технологиях. Однако нельзя рассматривать систему мониторинга в качестве простой информационной системы, по данным которой руководитель может контролировать сроки выполнения задач, а также осуществлять оценку эффективности деятельности. Медико-социологический мониторинг охватывает все виды деятельности, влияющие на социально-экономическую эффективность системы ОМС. Именно поэтому систему мониторинга процесса следует рассматривать как систему, которая систематически позволяет контролировать и измерять качество деятельности по ее определенным срезам.

Качество в трактовке международных стандартов качества (ИСО) — это совокупность признаков процесса, продукта, организации, которая способствует выполнению поставленных требований. Уже из этого определения понятия качества видно, что система мониторинга процесса не ограничивается контролем лишь временных и финансовых аспектов процесса.

Только на этой основе собираемые данные становятся доступными руководителям, субъектам и участникам ОМС, аналитикам, органам власти и другим заинтересованным лицам. В этом случае подобная информация

может служить основой повышения эффективности не только управления во всех звеньях территориальной системы ОМС, но и управления всей социальной сферой как единым целым. Последнее становится особенно актуальным и важным в связи с возможным переходом к страхованию здоровья. В условиях роста значимости рыночной составляющей в экономике персонифицированный учет не только здоровья, но методов и стоимости его сохранения и восстановления является важнейшим условием управления развитием территориальной системы ОМС.

Основные функции медико-социологического мониторинга коррелируют с возможностями информационных технологий, применяемых в системе ОМС. По этой причине система медико-социологического мониторинга выступает составной частью автоматизированного управления рабочими процессами территориального фонда ОМС.

Осуществление медико-социологического мониторинга является разновидностью использования информационных технологий, применяемых для накопления и обработки информации с применением средств вычислительной техники и специальных программ. Автоматизированные системы, как правило, дают возможность накапливать результаты статистических наблюдений в базах данных и в дальнейшем выводить их в требуемом виде (получать новые показатели, математически обрабатывая исходные данные; проводить статистическую обработку информации; контролировать динамику изменения), что позволяет оптимизировать управление технологическими процессами.

В информационном плане данные медико-социологического мониторинга должны обрабатываться таким образом, чтобы была обеспечена возможность осуществлять экспертное ранжирование непосредственно через программно-компьютерный комплекс по тому или иному вкладу в состояние субъекта и участника ОМС территории, выявлять тенденции, давать прогнозы, предлагать на этой основе рекомендации по разработке управленческих решений, мероприятий, а также корректировать соответственно направленность деятельности территориальных органов и учреждений государственной инфраструктуры, решающих проблемы здравоохранения.

Заключение о результатах мониторингования формулирует менеджер процесса. В более простых системах (мониторирование количественных показателей) возможна автоматическая распечатка необходимого управленческого решения и даже его автоматизированное выполнение.

По времени анализа данных различают две принципиально различные формы мониторинга. Первая предполагает наблюдение и анализ



показателей в реальном масштабе времени их регистрации и принятия мер. При этом выявленные отклонения важных функций от заданной нормы используют как руководство для своевременного принятия мер по нормализации соответствующих процессов. Существуют различные системы такого наблюдения. Наиболее простые из них состоят в том, что отклонение исследуемых показателей от нормальных значений фиксируется тем или иным сигналом (звуковой и световой сигналы тревоги). Менеджер процесса, наблюдающий динамику исследуемого параметра с помощью тех или иных индикаторов, при появлении отклонений при необходимости принимает управленческие решения.

Вторую форму мониторинга с отсроченным анализом изучаемых показателей применяют с целью обнаружения их изменений в процессе обычной для обследуемой системы деятельности или под влиянием определенных воздействий, например при выполнении тех или иных медико-социальных программ. При таком мониторинге чаще используют разнообразные приемы сбора показателей в той или иной системе их учета (время, персоналии, процессы, факторы и т.д.), что позволяет в дальнейшем ретроспективно проанализировать имевшие место в процессе события.

Системы мониторинга, как правило, предусматривают сбор информации о большом числе показателей. Однако следует иметь в виду, что постоянное наблюдение за большим числом жизненно важных функций системы и необходимость одновременно следить за состоянием множества параметров приводят к рассредоточению внимания менеджера процесса, его быстрому утомлению, что может быть причиной ошибочных решений. И поэтому сложившиеся системы мониторинга, контролируя множество показателей, в зависимости от конкретной задачи выводят для оценки 3–5 показателей.

Некоторые важные для диагностики и контроля за состоянием системы здравоохранения показатели мониторируют ограниченно из-за технических трудностей их регистрации, в частности к таковым относятся медико-социологические показатели деятельности субъектов и участников. Целесообразно привлекать персонал к добровольному участию в разработке критериев измерения деятельности в рамках рабочих процессов. Это необходимо для отбора рациональных показателей, которые должны благоприятно влиять на атмосферу внутри системы ОМС. Тем самым будет гарантирован системный и разносторонний подход к деятельности, учитывающий желания и требования субъектов и участников ОМС.