

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПОСЕЩАЕМОСТИ ВРАЧЕЙ ЛИЦАМИ, ЗАСТРАХОВАННЫМИ ПО ПРОГРАММАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Р. С. МАМЕДОВА

*Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, Баку,
Азербайджанская Республика*

Показано, что вероятность заболеваемости и, соответственно, посещаемости врачей-специалистов застрахованными лицами зависит от их возраста, что необходимо учитывать при определении размеров страховых взносов.

Ключевые слова: добровольное медицинское страхование, заболеваемость, посещаемость врачей, уровень страхового риска, Азербайджан.

В странах постсоветского пространства накоплен большой опыт использования различных вариантов медицинского страхования для привлечения дополнительных финансовых ресурсов в учреждениях здравоохранения. Особое внимание обращается на расширение медицинских услуг по программам добровольного медицинского страхования (ДМС) [1–5].

Высококвалифицированную медицинскую помощь по программам ДМС в Азербайджане предоставляет ограниченное количество лечебно-профилактических учреждений, среди которых ведущим является Центральная больница нефтяников. Привлекательность этого учреждения для страховых компаний обусловлена высокой технологичностью медицинских услуг, качеством лечебно-диагностических процессов и хорошими санитарно-гигиеническими условиями для пациентов.

Абсолютное количество застрахованного контингента Центральной больницы нефтяников за 2003–2007 гг. увеличилось на 16,7%. При этом динамично увеличивается доля застрахованных лиц в составе всего обслуживаемого контингента, которая ежегодно с 2003 по 2007 гг. составляла соответственно: 5,4±0,1%; 5,6±0,1%; 5,9±0,1%; 6,0±0,1%; 6,3±0,1%. Застрахованные лица обращаются в больницу в основном для получения амбулаторно-поликлинической помощи.

Уровень общей заболеваемости застрахованных лиц в 2003 г. составлял 472,9±8,1‰ (93%-ный доверительный интервал 456,7–489,1‰). В 2004 г. величина показателя немного увеличилась и составила 487,4±8,0‰ (94%-ный доверительный интервал 471,4–503,4‰). В последующие годы уровень общей заболеваемости динамично уменьшился (в 2005 – 438,2±7,1‰ и в 2006 – 443,1±7,0‰). Различия между максимальной и минимальной величиной уровня общей заболеваемости за наблюдаемый период (487,4±8,0‰ и 438,2±7,1‰ соответственно; $p < 0,01$) было статистически значимо.

Таким образом, уровень общей заболеваемости по обращаемости, который косвенно может охарактеризовать степень страхового риска получения амбулаторно-поликлинической помощи, меняется и колеблется в пределах от 424,0‰ до 503,4‰.

Наиболее частым поводом обращения застрахованных пациентов являются острые респираторные инфекции, уровень которых за 2003–2007 гг. составлял соответственно: 105,0±5,0‰; 106,4±4,9‰; 98,7±4,5‰; 94,3±4,2‰; 96,6±4,2‰. Различия между максимальной и минимальной величиной показателя не было статистически достоверно ($p > 0,05$). Очевидно, что страховой риск в связи с острыми респираторными инфекциями за наблюдаемый период в основном был относительно стабилен. При этом доля острых респираторных инфекций среди всех случаев заболеваемости по обращаемости за 2003–2007 гг. составляла соответственно: 22,2±1,0%, 21,8±0,9%, 21,4±0,9%, 21,5±0,9% и 21,8±0,9%. Это также свидетельствует об относительной стабильности страхового риска в связи с острыми респираторными инфекциями.

Другие патологии органов дыхания (вазомоторный и аллергический ринит, хронический ринит, назофарингит, синусит, болезни миндалин и аденоидов, хронический ларингит, бронхит и прочие) по частоте заболеваемости занимали второе место в нозологической структуре общей заболеваемости.

Частота и доля болезней органов дыхания (Х класс по МКБ-10) составляла соответственно: 165,4±6,0‰ и 34,9±1,1% в 2003 г.; 167,6±6,0‰ и 34,4±1,1% в 2004 г.; 157,5±5,5‰ и 34,2±1,1% в 2005 г.; 149,1±5,1‰ и 34,0±1,0% в 2006 г.; 151,6±5,1‰ и 34,2±1,0% в 2007 г. Различия между максимальной и минимальной величиной уровня болезней органов дыхания (167,6±6,0‰ и 149,1±5,1‰ соответственно) статистически значимо ($p < 0,05$).

Частота болезней системы кровообращения (IX класс по МКБ-10) в 2003 г. составила $56,2 \pm 3,7\%$ (доверительный интервал $48,8-63,6\%$). Доля этих патологий в структуре общей заболеваемости была относительно невелика ($11,9 \pm 0,8\%$). В 2004 г. показатели частоты ($60,7 \pm 3,8\%$ с доверительным интервалом $53,1-68,3\%$) и удельного веса ($12,5 \pm 0,8\%$) были относительно выше, чем в 2003 г., но достоверность различия не подтверждается ($p > 0,05$). Сравнение уровней болезней системы кровообращения у застрахованных лиц по данным 2005–2007 гг. (соответственно $58,2 \pm 3,5\%$, $56,8 \pm 3,3\%$ и $57,8 \pm 3,3\%$) показало, что между ними статистически значимое различие не выявляется ($p > 0,05$). Доля болезней системы кровообращения в структуре общей заболеваемости по обращаемости за 2003–2007 гг. (соответственно $11,9\%$, $12,5\%$, $12,6\%$, $13,0\%$ и $13,1\%$) также практически стабильна.

Ишемическая болезнь сердца является часто встречающейся патологией IX класса по МКБ-10. В 2003 г. на 1000 застрахованных было выявлено $29,5 \pm 2,8$ случая ишемической болезни сердца (доверительный интервал $23,9-35,1\%$). В 2005 г. величина этого показателя составила $30,5 \pm 2,8\%$, в последующие годы наблюдалось небольшое ее снижение ($28,4 \pm 2,5$, $27,9 \pm 2,4$ и $27,9 \pm 2,3\%$). Доля ишемической болезни сердца в структуре общей заболеваемости по обращаемости в 2003–2007 гг. ($6,25\%$, $6,26\%$, $6,16\%$, $6,37\%$ и $6,30\%$ соответственно) была практически стабильной.

Частота артериальной гипертензии была максимальной в 2004 г. ($17,4 \pm 2,1\%$) и минимальной в 2006 г. ($16,0 \pm 1,8\%$). Между этими показателями достоверность различия не подтверждается ($p > 0,05$). Доля этой патологии в составе общей заболеваемости по обращаемости ($3,5\%$, $3,6\%$, $3,7\%$, $3,7\%$ и $3,8\%$) также была стабильной.

В 2003 г. у 27 застрахованных лиц были выявлены церебро-vasкулярные болезни (частота $7,1 \pm 1,4\%$ и удельный вес в составе общей заболеваемости — $1,5\%$). В 2004 г. величины этих показателей были выше (соответственно $9,0 \pm 1,5\%$ и $1,8\%$), но при сравнении с данными 2003 г. нулевая гипотеза была опровергнута ($p > 0,05$). Относительная стабильность этих показателей прослеживалась и в последующие годы наблюдения ($8,7 \pm 1,4\%$ и $1,9\%$ в 2005 г., $8,8 \pm 1,3\%$ и $2,0\%$ в 2006 г., $9,1 \pm 1,3\%$ и $2,1\%$ в 2007 г.).

За наблюдаемые годы частота болезней артерий, артериол и вен (соответственно $1,9\%$, $2,8\%$, $3,0\%$, $3,1\%$ и $3,2\%$), а также ревматизма (соответственно $1,1\%$, $1,0\%$, $1,2\%$, $1,0\%$ и $0,8\%$) у застрахованных пациентов существенно не изменилась.

Таким образом, частота болезней системы кровообращения в целом и отдельных нозологических форм IX класса по МКБ-10 у застрахованных лиц в динамике за 2003–2007 гг. также характеризуется относительной стабильностью.

В структуре общей заболеваемости по обращаемости существенное место занимают болезни

костно-мышечной системы и соединительной ткани (в основном остеохондроз, спондилезы, дорсалгии — радикулопатии и ишиас). Доля этих патологий в составе общей заболеваемости за 2003–2007 гг. составляла $9,8\%$, $9,4\%$, $9,1\%$, $8,9\%$ и $8,8\%$. Частота этих патологий за наблюдаемый период (соответственно $46,4 \pm 3,4\%$, $45,9 \pm 3,4\%$, $42,1 \pm 3,0\%$, $39,2 \pm 2,8\%$ и $39,2 \pm 2,7\%$) имела тенденцию к снижению.

В 2003 г. частота болезней органов пищеварения составляла $45,4 \pm 3,4\%$, на их долю приходилось $9,6 \pm 0,7\%$ общей заболеваемости застрахованных. При этом на 1000 лиц приходилось 19,0 случаев хронического гастрита, 5,8 случая язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, 20,6 болезни печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей, поджелудочной железы. В последующие годы уровень хронических гастритов и дуоденитов (соответственно $20,8\%$, $20,4\%$, $19,3\%$ и $19,4\%$), болезней печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей, поджелудочной железы (соответственно $21,5\%$, $20,2\%$, $19,3\%$ и $19,6\%$) практически не изменился. Обращает на себя внимание заметная тенденция роста частоты язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. При сравнении уровней этой патологии в 2003 и 2007 гг. ($5,8 \pm 1,2\%$ и $8,7 \pm 1,3\%$, $p = 0,05$) справедливость нулевой гипотезы опровергается.

Изучение уровней целого ряда патологий (кишечные инфекции, туберкулез, новообразования, анемия, болезни щитовидной железы, сахарный диабет, психические расстройства, болезни нервной системы, глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка) у застрахованных пациентов в динамике также подтверждает относительную стабильность показателей. Это дает основание считать, что в целом уровни отдельных патологий среди контингента застрахованных лиц являются стабильными, и позволяет получить количественные характеристики страхового риска.

С экономической точки зрения, которая особенно важна в условиях применения медицинского страхования, потребность в посещениях врачей амбулаторного приема является ведущим критерием объема медицинской помощи. Среднегодовое посещение одного застрахованного составляло 6,0. Основная часть посещений связана с терапевтическим и стоматологическим приемом. В среднем число посещений застрахованными лицами врачей-терапевтов и стоматологов в год составляло соответственно 2354,5 и 1237,5 в расчете на 1000 человек.

По среднегодовой посещаемости застрахованными врачами на третьем, четвертом, пятом и шестом местах соответственно находились невропатологи, хирурги, оториноларингологи и офтальмологи. Среднегодовая посещаемость в расчете на 1000 застрахованных лиц по указанным профилям соответственно составляла 402,0, 380,0, 354,5 и 352,5.

Более низкие показатели посещаемости застрахованных лиц характерны для врачей дерматовенерологов, кардиологов, травматологов и эндокринологов, которые по величине показателя занимали соответственно седьмое, восьмое, девятое и десятое места (на 1000 застрахованных приходилось соответственно 171,0, 123,5, 119,5 и 107,5 посещений в год).

Очень низкие параметры посещаемости застрахованных лиц были отмечены у врачей ревматологов, инфекционистов, фтизиатров, урологов, психиатров (среднегодовое число посещений в расчете на 1000 застрахованных составляло соответственно 93,0, 70,5, 50,5, 49,5 и 47,5).

Общий уровень посещаемости в расчете на 1000 лиц соответствующих возрастов составлял: 4590,5 – в возрасте 20–29 лет, 4819,5 – 30–39 лет, 5387,5 – 40–49 лет, 6167,5 – 50–59 лет и 6979,0 – 60 лет и старше. Очевидно, что с возрастом динамично увеличивается среднегодовая посещаемость застрахованными лицами врачей амбулаторного приема. Возрастное увеличение посещаемости застрахованных характерно для большинства врачебных специальностей.

С возрастом посещаемость застрахованными лицами врачей ревматологов, аллергологов, инфекционистов, фтизиатров и травматологов имеет обратную корреляцию.

Возрастная динамика посещаемости в первую очередь может быть обусловлена различием уровня и структуры заболеваемости застрахованных лиц по обращаемости. Наши данные свидетельствуют о динамичном росте общего уровня заболеваемости с увеличением возраста застрахованных лиц. Так, например, минимальный уровень общей заболеваемости отмечался у застрахованных в возрасте 20–29 лет (на 1000 лиц было зарегистрировано 281,9 случая заболеваний). В возрасте 30–39 лет величина этого показателя увеличилась в 1,4 раза и составляла 380,2 случая заболеваний на 1000 застрахованных данной возрастной группы. Более заметное увеличение (по сравнению с возрастной группой 20–29 лет) общего уровня заболеваемости было отмечено в возрасте старше 40 лет (в 1,8 раза). Возрастные группы 40–49 лет и 50 лет и старше друг от друга существенно не отличались по уровню общей заболеваемости (507,2 и 528,6 в расчете на 1000 лиц соответствующих возрастов).

Возрастная динамика среднегодовой посещаемости и общей заболеваемости у застрахованных

лиц одинакова (возрастной тренд увеличения показателей). В то же время возрастной темп увеличения этих показателей немного отличается. Например, у застрахованных лиц в возрасте 30–39 лет по сравнению с возрастной группой 20–29 лет общая заболеваемость увеличилась в 1,4 раза, а посещаемость врачей – в 1,1 раза. У застрахованных в возрасте 40–49 лет по сравнению с возрастной группой 30–39 лет заболеваемость и посещаемость увеличились соответственно в 1,3 и 1,1 раза. В возрасте 50 лет и старше по сравнению с возрастной группой 40–49 лет рост заболеваемости по обращаемости был незначительным (в 1,04 раза). В то же время рост посещаемости был существенный (в 1,15 раза), что может быть обусловлено характером структуры заболеваемости.

Возрастной коэффициент роста общего уровня посещаемости (соотношение показателя посещаемости в возрасте 60 лет и старше к таковому в возрасте 20–29 лет) составлял 1,4. Величина этого показателя была существенно выше в отношении посещаемости специалистов – пульмонологов (> 2,0), кардиологов (> 5,9), эндокринологов (> 22,7), нефрологов (> 3,7), дерматовенерологов (> 2,2), урологов (> 2,0) и онкологов (> 6,5).

Возрастной коэффициент риска общей заболеваемости (соотношение заболеваемости в возрасте 50 лет и старше к таковой в возрасте 20–29 лет) составлял 1,9. Величина риска была разной по отдельным классам болезней: 1,34 для болезней органов дыхания, 4,6 для болезней системы

Страховой риск посещаемости застрахованными лицами разных специалистов в зависимости от возраста

Специальность	Возраст, лет				
	20–29	30–39	40–49	50–59	60 и старше
Терапия	0,70	0,72	0,85	1,02	1,15
Пульмонология	0,67	0,84	0,90	1,33	1,48
Ревматология	1,35	0,87	0,76	0,38	0,22
Кардиология	0,21	0,25	0,69	1,22	1,42
Гастроэнтерология	1,08	0,68	0,95	1,08	1,00
Эндокринология	0,05	0,08	0,52	1,16	1,35
Аллергология	1,63	1,32	1,11	0,58	0,58
Нефрология	0,42	0,58	0,96	1,58	1,89
Гематология	1,20	1,39	0,80	0,80	0,69
Дерматовенерология	0,47	0,70	1,09	1,03	1,09
Инфекционные патологии	1,21	1,28	0,93	0,65	0,57
Фтизиатрия	1,20	1,00	0,80	0,60	0,50
Хирургия	0,73	0,78	0,91	1,01	1,04
Травматология	1,13	1,00	0,97	0,79	0,72
Урология	0,52	0,65	0,82	1,02	1,53
Стоматология	0,88	0,96	1,00	1,14	1,27
Онкология	0,20	0,24	0,75	1,29	1,66
Оториноларингология	1,17	1,12	0,97	0,89	0,90
Офтальмология	0,77	0,78	0,89	1,01	1,34
Неврология	0,71	0,76	0,83	0,96	1,28
Психиатрия	0,22	0,33	0,54	0,83	1,16

кровообращения, 0,6 для болезней органов пищеварения, 3,2 для болезней глаза и его придаточного аппарата, 0,9 для болезней кожи и подкожной клетчатки, 2,6 для болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, 2,4 для болезней мочеполовой системы.

Уровень заболеваемости и посещаемости специалистов изменяется в зависимости от возраста, что дает основание для определения уровня страхового риска. Страховой риск может быть определен как по уровню заболеваемости, так и по уровню посещаемости. Посещаемость как критерий объема работы лечебно-профилактического учреждения более адекватно отражает расходы ресурсов и, следовательно, характеризует степень риска потребления ресурсов. В среднем у одного

застрахованного вероятность посещения врачей — специалистов амбулаторного приема равна 6,0 посещений в год.

Средний страховой риск изменения посещаемости врачей различных специальностей увеличивается с возрастом застрахованных лиц: он составляет 0,75 для лиц в возрасте 20–29 лет, 0,80 — в возрасте 50–59 лет, 1,15 — в возрасте 60 лет и старше. Данная тенденция хорошо прослеживается в приведенной таблице.

Таким образом, вероятность заболеваемости и в этой связи вероятность посещаемости врачей-специалистов застрахованными лицами зависит от их возраста, что следует учитывать при определении размеров страховых взносов на основе установленных нами уровней страхового риска.

Литература

1. Демичева О. В. Особенности экономического управления маркетинговой составляющей программ добровольного медицинского страхования граждан на территории Краснодарского края: Автореф. дис. ... канд. экон. наук.— Сочи, 2004.— 18 с.
2. Зотова О. Ф. Система аналитической поддержки деятельности компании добровольного медицинского страхования: Автореф. дис. ... канд. технических наук.— Уфа, 2005.— 19 с.
3. Пташинский Р. И. Обоснование системы «Цена — качество» и экономического благополучия лечебного центра при оказании помощи населению в системах ОМС и ДМС в новых экономических условиях // Экономика здравоохранения.— 2004.— № 8 (86).— С. 17–26.
4. Анализ медико-демографического состава пациентов, лечившихся в крупном многопрофильном стационаре по добровольному медицинскому страхованию (Проблемы городского здравоохранения). Сб. науч. трудов / А. В. Шелковников, Ю. В. Павлов, С. А. Балохина, Е. Н. Пенюгина.— СПб., 2002.— С.186–187.
5. Шелковников А. В., Вишняков Н. И., Букин В. Е. Перспективные направления развития коллективного добровольного медицинского страхования // Матер. науч.-практич. конференции.— СПб.; Бостон: Спектр, 2003.— С. 82–83.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ВІДВІДУВАННЯ ЛІКАРІВ ОСОБАМИ, ЗАСТРАХОВАНИМИ ЗА ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В АЗЕРБАЙДЖАНІ

Р. С. МАМЕДОВА

Показано, що ймовірність захворюваності і, відповідно, відвідування лікарів-спеціалістів застрахованими особами залежить від їх віку, що необхідно врахувати при визначенні розмірів страхових внесків.

Ключові слова: добровільне медичне страхування, захворюваність, відвідування лікарів, рівень страхового ризику, Азербайджан.

THE CHARACTERISTICS OF MORBIDITY AND VISITS TO THE DOCTORS OF THE PERSONS INSURED BY THE PROGRAMS OF VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE IN AZERBAIJAN

R. S. MAMEDOVA

It is shown that variability of morbidity and, in particular, probability of visits to the doctors by the insured persons depends on their age, which should be considered at determining the size of insurance fees.

Key words: voluntary medical insurance, morbidity, visits to doctors, insurance risk level, Azerbaijan.

Поступила 19.11.2009