

Н.Ф. Шильникова, О.В. Ходакова, И.В. Богатова

**Социологическая оценка качества медицинской помощи пациентами в амбулаторно-поликлинических учреждениях города Читы**

*Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

*Контактная информация: Н.Ф. Шильникова e-mail: [ozizchita@mail.ru](mailto:ozizchita@mail.ru)*

**Резюме**

Изучение удовлетворенности пациентов качеством амбулаторно-поликлинических услуг выявило низкий уровень медицинского обслуживания. Большое количество пациентов не удовлетворены графиком работы поликлиник и отмечают невнимательное отношение со стороны медицинского персонала. Выявлено влияние ряда социальных факторов на уровень удовлетворенности. Дана оценка доступности медицинской помощи на основе изучения уровня реализации прав пациентов в лечебных учреждениях.

**Ключевые слова:** амбулаторно-поликлиническая помощь; удовлетворенность пациентов; качество медицинских услуг; доступность медицинской помощи; реализация прав пациентов.

N.F. Shilnikova, O.V. Hodakova, I.V. Bogatova

**Sociological estimation of quality of medical care by patients in out-patient-department of Chita**

*Chita State Medical Academy, Chita*

*e-mail: [ozizchita@mail.ru](mailto:ozizchita@mail.ru)*

**Summary**

Study patient's satisfaction with the quality of out-patient-polyclinic services has revealed low level of medical services. Most patients aren't satisfied with polyclinic's schedule and mark the non attentive attitude from the medical personnel's level. Influence is determined by a number of social factors on the satisfaction. The estimation of availability of medical care is given on the basis of studying of level realizations of the patient's rights in medical institutions.

**Key words:** the out-patient-polyclinic help; satisfaction of patients; quality of medical services; availability of medical care; realization of patient's rights.

## Введение

Обеспечение качества и социальной доступности медицинской помощи - одна из наиболее важных и наиболее сложно решаемых проблем здравоохранения. По определению Всемирной организации здравоохранения «гарантией качества медицинской помощи является обеспечение каждому больному того комплекса диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам, в соответствии с уровнем медицинской науки». Исходя из этого, основным направлением организации качества медицинской помощи является обеспечение всех необходимых условий с целью удовлетворения потребностей населения в качественном медицинском обслуживании на всех его этапах – от амбулаторно-поликлинического звена до специализированной помощи [4].

Наиболее популярным методом оценки качества медицинской помощи пациентами является анкетирование, в частности, пациентам предлагается оценить материально-техническое оснащение, доступность медицинской помощи, лекарственное обеспечение, вежливость и квалификацию медицинских работников. В большинстве анкет, разрабатываемых организациями здравоохранения, вклю-

чены эти позиции. При очевидной простоте самого метода анкетирования просматриваются явные недостатки: трудно свести перечень вопросов к ключевому минимуму (в силу многофакторности проблемы); вопросы, касающиеся оценки профессионализма медицинских работников, не корректны и требуют специальных знаний от пациента. Исследования, проведенные в некоторых регионах Российской Федерации, свидетельствуют об отличиях в ответах в зависимости от ситуации. При условии, что анкетирующей стороной является организация здравоохранения, замечаний меньше. Если в качестве сборщика информации выступает общественная организация или кто-либо, не относящийся к медицине, нарекания и жалобы встречаются чаще [2, 3]. Таким образом, субъективность оценки качества медицинской помощи пациентами особенно затрудняет выведение какого-то единого показателя. С учетом этого, на этапе подготовки данного исследования были учтены особенности проводимых социологических исследований, и на основе специально разработанной анкеты предпринята попытка объективизации оценки качества медицинской помощи с позиции пациента.

Целью проводимого исследования явилось изучение социологической оценки качества медицинской помощи, оказываемой амбулаторно-поликлиническими учреждениями Городского округа «Город Чита».

## Материалы и методы

Социологическое исследование среди пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений проводилось в 2010 году. Для сбора информации была разработана специальная анкета, которая содержала готовые варианты ответов с возможностью указания собственного варианта в некоторых случаях. Выборка пациентов осуществлялась случайным способом и соответствовала необходимому числу наблюдений, для получения результатов заданной степени достоверности [1].

$$n = (t^2 * \sigma^2 * N) / (\Delta^2 * N^2 + t^2 * \sigma^2),$$

где: n – объем выборочной совокупности;  $\Delta$  – величина допустимой ошибки в долях; N – величина генеральной совокупности; t – критерий достоверности;  $\sigma$  – дисперсия или мера рассеивания исследуемого признака.

Исходя из заданной степени достоверности и размера генеральной совокупности, выборочная совокупность соответствовала 400 респондентам.

$$n = (2^2 * 0,25 * 308820) / (0,05^2 * 308820 + 2^2 * 0,25) = 400$$

Обработка полученных результатов проводилась путем расчета относительных показателей и ошибки репрезентативности показателя. В соответствии с целью исследования границы допустимой

ошибки показателей запланированы в пределах повышенной надежности (до 3%), и для некоторых показателей – в пределах обыкновенной (3-10%).

## Обсуждение результатов

Структура респондентов, участвующих в исследовании по возрасту представлена следующим образом: от 18 до 25 лет - 30% респондентов; от 26 до 45 лет - 36%, характеризующаяся наибольшей трудоспособностью; от 46 до 60 лет - 26%; старше 60 лет лишь 8% респондентов. Т.е. преобладала категория пациентов молодого и трудоспособного возраста - до 45 лет (66%). Социальный портрет пациентов представлен работающими и служащими - 38,5%, работающими пенсионерами – 15,7%, неработающими пенсионерами – 11,7%, учащимися – 24,5% и неработающими гражданами – 9,6%.

Для оценки доступности медицинской помощи использованы следующие характеристики: время ожидания приема врача и в регистратуре, соблюдение системы приема врача по талону, удовлетворенность графиком работы врача и поликлиники в целом, получение услуг на платной основе. При этом доступность первичной медико-санитарной помощи характеризуется возможностью потребителя получить ее в то время и в том месте, когда и где это необходимо в должном объеме, на безвозмездной основе.

Результатами исследования выявлено, что у большинства опрошенных время ожидания в регистратуре занимает до 30 минут -  $64,5 \pm 0,3\%$ , а в  $13 \pm 0,46\%$  случаев более 30 минут и лишь у  $22,5 \pm 0,44\%$  опрошенных было затрачено меньше 10 минут. Похожая ситуация наблюдается при ожидании приема к врачу –  $44\% \pm 0,44$  респондентов приходилось ожидать до 30 минут,  $30 \pm 0,42\%$  - до 1 часа,  $11 \pm 0,5\%$  - до 2 часов и лишь  $9 \pm 0,47\%$  - до 15 минут ожидания. К основным причинам длительного ожидания очереди к врачу респонденты относят большое количество пациентов на прием, несоблюдение регламентированного времени приема врачом, а также частое отсутствие специалистов на рабочем месте (рис. 1).



Рис. 1. Структура причин длительного ожидания приема к врачу.

Степень доступности медицинской помощи также зависит от режима работы учреждения. Поэтому респондентам предлагалось оценить график работы врачей и различных служб амбулаторно-

поликлинических учреждений. В результате опроса выявлено, что более половины ( $57 \pm 0,33\%$ ) опрошенных не устраивает предлагаемый график работы врачей. Данный факт объясним тем, что лишь в  $25 \pm 0,43\%$  случаев при обращении за медицинской помощью соблюдалась система записи на прием к врачу по талону. А в  $31,5 \pm 0,4\%$  случаев пациенты сталкивались с отменой приема у врача.

На сегодняшний день доступность медицинской помощи для населения Забайкальского края определена условиями реализации территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Однако данные проведенного исследования указывают на участие населения в финансировании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, совершая оплату некоторых медицинских услуг. Это  $28\% \pm 0,42$  респондентов, которым приходилось оплачивать медицинские услуги по поводу данного обращения за медицинской помощью. Среди причин, вынуждающих граждан обращаться за платной медицинской помощью, лидирует возможность получить помощь более быстро ( $73 \pm 4,5\%$ ), что объяснимо достаточно длительным временем ожидания пациентов в регистратуру и на прием. На втором месте причин – пациенты рассчитывают на более внимательное отношение медицинского персонала ( $17 \pm 3,5\%$ ), и на третьем месте –  $10 \pm 2,7\%$  респондентов указали на более высокий и качественный уровень

платного обслуживания.

Доступность медицинской помощи определяется и степенью соблюдения и реализации прав пациентов при обращении в медицинскую организацию. Высокая информированность населения об их праве на выбор врача обеспечивает возможность повышения доступности медицинской помощи. Пациент может обратиться к тому врачу, к которому испытывает большее доверие, или чей график приема более удобен. Результатами исследования отмечена недостаточная степень информированности пациентов о праве выбора врача при получении медицинской помощи в поликлинике, только у  $67 \pm 2,7\%$  респондентов. При этом отвечая на вопрос «Хотели бы Вы воспользоваться правом выбора врача в настоящий момент?» респонденты разделились на группы равные по величине:  $44 \pm 2,8\%$  хотели бы, и  $43 \pm 2,8\%$  нет, а  $13 \pm 1,9\%$  респондентов затруднились в ответе. В определенной степени отсутствие желания воспользоваться правом выбора врача связано с тем, что  $13 \pm 1,8\%$  респондентов указали на невозможность этого выбора в поликлинике по месту жительства. Затруднились ответить на вопрос о возможности воспользоваться правом выбора врача почти половина опрошенных ( $47 \pm 2,8\%$ ).

В ходе исследования проведена оценка степени доверия пациента врачу. Так,  $73 \pm 2,5\%$  респондентов отмечают высокую степень доверия к квалификации и профессиональным качествам своего врача в поликлинике. Не доверяют врачу  $5 \pm 1,2\%$  пациентов,  $22 \pm 2,3\%$  опрошенных не смогли ответить на этот вопрос. Полученные результаты в отношении доверия пациентов к своему врачу объясняются достаточно высоким уровнем безразличного отношения врача, которое было выявлено при оценке качества оказываемой медицинской помощи.

При более подробном изучении реализации прав пациентов в выборе врача выявлено, что среди пациентов имеющих желание воспользоваться этим правом больше пациентов, не доверяющих своему лечащему врачу ( $53\%$ ), чем среди пациентов не желающих воспользоваться этим правом ( $43\%$ ). Однако, на основе предположения нулевой гипотезы об отсутствии влияния желания реализовать право в выборе врача на степень доверия к врачу, при расчете ожидаемых и фактических величин получено значение  $\chi^2$  ( $2,0$ ) меньше табличных. Следовательно, нулевая гипотеза не может быть отвергнута и различия в показателях степени доверия к врачу среди пациентов случайны.

Несмотря на то, что оценка качества медицинской помощи пациентами носит сугубо субъективный характер, она в значительной степени зависит от того как складываются от-

ношения между пациентом, врачом и средним медицинским работником. При правильном построении взаимоотношений во время лечебного процесса происходит формирование авторитета врача и отношение к системе здравоохранения в целом у пациента.

Результаты исследования показали, что отношение врача к пациентам оценивается почти в половине случаев -  $49 \pm 0,36\%$ , как доброжелательное и внимательное, в  $42,5 \pm 0,38\%$  случаев, как безразличное и в  $8,5 \pm 0,48\%$  - как пренебрежительное и грубое. Оценка же отношения среднего медицинского персонала к пациентам показала, что  $48 \pm 0,36\%$  опрошенных респондентов утверждают о безразличном отношении среднего звена,  $12,5 \pm 0,46\%$  - грубом и пренебрежительном и  $39,5 \pm 0,38\%$  - доброжелательном отношении. При оценке разности различий показателей доброжелательного отношения врача и среднего медицинского работника, при ответах пациентов получено значение критерия достоверности (Стьюдента) равное 2,8 ( $p < 0,05$ ). Таким образом, доброжелательное отношение врачей достоверно чаще отмечено пациентами, чем подобное отношение среднего медицинского персонала.

Согласно полученным данным  $71,5 \pm 0,26\%$  опрошенных оценили комфортность при получении медицинской

помощи на среднем уровне;  $21,5 \pm 0,44\%$  - низкий уровень и всего  $7 \pm 0,48\%$  отметили высокий уровень комфортности. Полученная оценка комфортности становится объяснимой тем, что  $49 \pm 0,36\%$  респондентов приходилось ожидать приема врача стоя в коридоре,  $50 \pm 0,35\%$  респондентов смогли воспользоваться оборудованными местами ожидания в коридоре и лишь в  $1 \pm 0,5\%$  случаев респонденты ожидали приема врача в специальном зале с диванами и креслами.

Санитарно-гигиенические условия амбулаторно-поликлинических учреждений только  $53 \pm 0,34\%$  респондентов оценили как удовлетворительные.

Результатами исследования установлено, что во время приема у врача пациент находится с врачом: один на один в  $56,5 \pm 0,33\%$  случаев, наряду с одним пациентом ведется параллельный прием другим специалистом в  $24,5 \pm 0,43\%$  случаев, и  $19 \pm 0,45\%$  опрошенных утверждают, что во время приема в кабинете находятся посторонние люди.

При проведении социологического исследования пациентам предлагалось отметить, как распределяет врач время, отпущенное для приема. Почти половина респондентов ( $41 \pm 0,4\%$ ) отметили, что врач основную часть времени приема посвящает заполнению медицинской документации,  $25,5 \pm 0,43\%$  респондентов отмечают, что основное время отводится беседе с пациентом относительно его заболевания. Только  $21,5 \pm 0,44\%$  респонден-

тов отметили рациональность ведения приема,  $7 \pm 0,48\%$  - убеждены, что врач занимается другими делами, не связанными с приемом и  $5 \pm 0,5\%$  респондентов отметили, что основное время отводится детальному осмотру и диагностическим манипуляциям (рис. 2).

При оценке совокупной удовлетворенности пациентов результатами обращения получены следующие результаты: полностью удовлетворены  $20 \pm 0,45\%$  респондентов, скорее удовлетворены, чем нет -  $41,5 \pm 0,4\%$  респондентов, скорее не удовлетворены, чем удовлетворены - в  $22,5 \pm 0,44\%$  случаев, полностью не удовлетворены -  $16 \pm 0,46\%$  респондентов. Изучение степени удовлетворенности пациентов в различных возрастных группах и с разным социальным статусом позволило выявить наличие корреляционной зависимости между этими факторами.

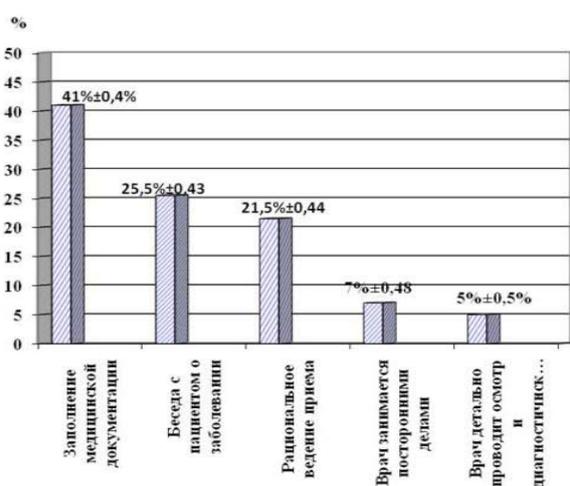


Рис. 2. Распределение времени приема врачом.

Наибольшая степень удовлетворенности отмечена у пациентов в возрастных группах от 18 до 25 лет и от 26 до 45 лет, чем в группах более старшего возраста. При этом выявлена корреляционная зависимость слабой силы ( $r_{xy}=0,26$ ). При изучении удовлетворенности в группах с различным социальным статусом выявлена значительно более высокая степень удовлетворенности среди работающих граждан, чем среди пенсионеров и неработающих граждан. Значение коэффициента корреляции равно  $0,34$ , говорит о средней степени силы и позволяет сделать вывод о влиянии социального статуса граждан на степень их удовлетворенности в качестве пациентов.

### Заключение

На основе проведенного социологического исследования были выявлены условия оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, явившиеся причиной низкого уровня социальной удовлетворенности. С целью повышения уровня социальной удовлетворенности населения при оказании амбулаторно-поликлинических услуг определены следующие мероприятия:

- соблюдение стандартов ведения приема и системы записи на прием к врачу по талону, что позволит сократить время ожидания пациентов;

- соблюдение медицинским персоналом принципов медицинской этики и деонтологии;

- улучшение условий в амбулаторно-поликлинических учреждениях с целью более комфортного ожидания пациентов;

- усиление контроля за соблюдением санитарно-гигиенических условий.

### Список литературы

1. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть II) // Социология медицины. – 2010. – № 2 (17). – С. 3-15.

2. Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Борчанинова Е.Л. Профиль удовлетворенности пациентов первичной амбулаторной медицинской помощью // Про-

блемы стандартизации в здравоохранении. – 2010. – № 5-6. – С. 3-7.

3. Ушаков И.В., Кицул И.С., Князюк Н.Ф., Олейникова О.А. Организационная технология мониторинга удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи // Главврач. - 2006 - № 1. – С. 77-85.

4. Чумаков А.С., Трофимов В.В. Состояние и факторная обусловленность удовлетворенности потребителей медицинских услуг их качеством по данным опроса на этапе оказания услуг // Проблемы управления здравоохранением. – 2008. – № 3. – С. 35-39.