

УДК 614-084:614.2(571.62)

Ю.В. Кирик

Государственное и частное здравоохранение глазами населения Дальнего Востока России (по материалам социологических опросов)

Дальневосточный государственный медицинский университет

Контактная информация: Ю.В. Кирик, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Резюме

В статье представлен анализ проблем доступности и качества медицинских услуг в государственном и частном здравоохранении, по материалам социологического опроса населения, проживающего на Дальнем Востоке России. Результаты исследования свидетельствуют о социальной и экономической неудовлетворенности абсолютного большинства респондентов обслуживанием в целом в государственной системе здравоохранения. При обращении в частные клиники медицинским обслуживанием удовлетворены менее половины респондентов. Значительная часть участников опроса считают, что в стране должна быть выстроена доступная, эффективная, безопасная и качественная государственная система оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: Дальний Восток России; государственные медицинские организации; частные клиники; доступность; качество медицинских услуг; население; социологический опрос

Yu. V. Kirik

State and private healthcare from the point of view of population of the Russian Far East (based on sociological surveys)

Far Eastern State Medical University

e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Summary

The article presents an analysis of the problems of accessibility and quality of health services in the state and private health care, based on sociological surveys of population of the Far East of Russia. The findings suggest that the absolute majority of respondents are dissatisfied by social and economic issues of services in state health system. In private medical care less than half of the respondents are satisfied. A significant portion of survey participants believe that the state should build accessible, effective, safe and high-quality public health care system.

Key words: Russian Far East; public health organizations; private clinics; availability; quality of medical services; population; sociological survey

Введение

С начала постсоветского периода в России так и не удалось создать эффективную и отвечающую современным тенденциям времени систему здравоохранения. До сих пор остаются нерешенными проблемы организационно-функциональной модели государственной системы здравоохранения и финансирования отрасли.

Существующая в современной России организационно-функциональная модель государственного здравоохранения, созданная для обслуживания населения советского государства и приемлемая в том время, не проявляет себя с позиции качественной и эффективной модели в настоящее время.

В результате отсутствия устойчивого механизма финансирования здравоохранения продолжают накапливаться обязательства государства связанные с обеспечением и развитием ресурсов отрасли, не выполняется гарантированный объем медицинской помощи населению; широкое распространение получили платные медицинские услуги и за формально бесплатные услуги население вынуждено оплачивать за счет личных средств. В настоящее время государственные медицинские организации по

своей природе тяготеют к частным организациям.

Отсутствие эффективных действий в сфере здравоохранения, зависимость социальной политики от политических интересов, неготовность власти к эффективным реформам [1], усиливают механизм торможения развития здравоохранения в стране, которое приведет к улучшению доступности и качеству медицинской помощи, удовлетворенности населения медицинскими услугами любой сложности.

Частное здравоохранение в условиях сложившейся ситуации в государственном здравоохранении развивается стихийно, приспособляясь к созданным условиям. В свою очередь в частном здравоохранении формируется широкий спектр проблем организационно-управленческой деятельности, ресурсного обеспечения кадрового, материально-технического, информационного и других проблем, что приводит к задержке развития дополняющего к государственному здравоохранению частного здравоохранения.

В настоящее время в стране политическими элитами широко обсуждается тематика формирования модели государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, взаимное сотрудничество органов власти, коммерческих и некоммерческих организаций, направленное на формирование взаимовыгодных отношений в сфере здравоохранения и привлечение частных ресурсов для создания,

реконструкции, управления, содержания инфраструктуры здравоохранения и предоставление услуг [2].

Системный взгляд на весь комплекс проблем, глубокое понимание закономерностей развития государственного и частного здравоохранения в стране заслуживает специальных исследований. Представители разных научных направлений по-разному подходят к изучению проблем в сфере здравоохранения. Исследованием проблем сферы здравоохранения занимаются ученые таких направлений как общественное здоровье и здравоохранение, экономика, юриспруденция, социология, политология, управление, философия, история и др. Методологический и содержательный анализ разных научных направлений обеспечивает полноту и системность научного познания изучаемой проблемы.

Исследованию здравоохранения в России с периода формирования рыночной экономики в конце XX века посвящено большое количество научных работ, среди которых необходимо отметить фундаментальные работы Ю.П. Лисицина, О.П. Щепина, В.З. Кучеренко, В.А. Медика, А.И. Вялкова, В.И. Стародубова, Н.Б. Найговзиной, Р.А. Хальфина, А.В. Решетникова, Ф.Н. Кадырова, В.Ю. Семенова, А.В. Тихомирова, И.М. Шеймана, С.В. Шишикина, Л.С. Шиловой, Т.В. Чубаровой и др.

В проводимом нами научном исследовании предпринимается попытка исследовать проблемы доступности и качества медицинской помощи в государственном и частном здравоохранении, по материалам социологического опроса населения, проживающего на Дальнем Востоке России. Необходимо отметить, что ранее нами были опубликованы статьи, посвященные данной проблематике [4, 5, 6, 7].

Материал и методы

Для получения научной информации исследователями выбран социологический метод познания. Объектом наблюдения явились граждане субъектов Дальневосточного федерального округа. Единицей наблюдения обозначен - житель Дальневосточного региона, старше 18 лет, обратившийся за медицинской помощью в государственные и частные амбулаторно-поликлинические учреждения, государственные стационары трех уровней (за исключением узкоспециализированных) в районе обслуживания и за его пределами, а также обратившиеся за скорой медицинской помощью в период 2013-2014 годы.

Минимальный объем выборки из генеральной совокупности для получения репрезентативных результатов со степенью уверенности 0,97 и допустимой ошибкой $\pm 3,0\%$ на основании статистического расчета составил - 1320 респондентов. В настоящем исследовании участвовало - 3370 респондентов.

Данное социологическое исследование относится к точечному исследованию, тем самым, научная информация об изучаемом объекте позволяет сделать выводы на момент изучения.

Для получения целостного представления об изучаемом социальном объекте был использован подход описательного исследования социологического анализа [3]. Отбор подлежащих обследованию единиц наблюдения осуществлялся простой случайной выборкой.

Для сбора первичной информации исследователями выбран опрос в виде анкетирования. Респондентам было предложено самостоятельно заполнить анкету. Анкеты распространялись группам респондентов обученными анкетерами. Анкеты респонденты заполняли в присутствии анкетеров и возвращали сразу после ее заполнения. Для проведения опроса было выбрано место работы респондентов.

Анкета состояла из 61 вопроса, которые были разделены на семь разделов. В первом (вводном) разделе описана цель проведения исследования. Во втором (классификационном) разделе, определен статус и положение участника. Далее с третьего по шестой разделы в анкете представлены разработанные вопросы, для респондентов, определяющие познавательную ситуацию об их отношении по проблеме доступности и качества раз-

личных видов медицинской помощи в государственном и частом секторе здравоохранения. Заключительный седьмой раздел анкеты содержит слова благодарности отвечающему за участие в проводимом исследовании.

Вопросы в анкете имеют две формы расположения – линейную и табличную. По своей форме в анкету включены закрытые и полужакрытые вопросы. Закрытый вопрос предполагает наличие готовых вариантов ответов, разработанных исследователем до начала опроса, использовавшего свои теоретические знания. В полужакрытом вопросе – кроме готовых вариантов ответа, прилагается свободное место для самозаполнения. Закрытые вопросы в анкете разработаны нескольких видов. Дихотомические вопросы, предполагают собой оценочную шкалу, позволяющие оценить степень проявления мнения респондентов по изучаемой теме. Альтернативные вопросы, которые предусматривают один вариант ответа, и при статистической обработке их сумма всегда будет составлять 100%. Неальтернативные вопросы, которые предусматривают несколько вариантов ответа и их общая сумма удельного веса ответов может превышать более 100% [3].

Полученные данные оценивались путем вычисления относительных величин, проведения сравнительного анализа.

Следует отметить, что для получения достоверной информации ответов респондентов по каждому виду медицинской помощи, нами взяты для анализа только те анкеты, где

респонденты ответили на каждый вопрос раздела по конкретному виду помощи. Таким образом, при изучении предоставления амбулаторно-поликлинической помощи проанализировано было 3370 анкет, больничной помощи – 1860 анкет, скорой медицинской помощи – 1120 анкет.

Обсуждение результатов

Прежде чем рассматривать результаты полученных данных по изучаемой теме следует дать качественную характеристику респондентам.

Респонденты, принявшие участие в исследовании, представили двенадцать социально-профессиональных групп населения. Среди них пенсионеры - $19 \pm 0,6\%$; государственные и муниципальные служащие - $15,4 \pm 0,5\%$; работники здравоохранения и образования - $14,8 \pm 0,5\%$; работники торговли - $11,6 \pm 0,5\%$; работники транспорта - $9,8 \pm 0,4\%$; сотрудники правоохранительных органов - $8,0 \pm 0,4\%$; работники жилищно-коммунального хозяйства - $5,0 \pm 0,3\%$; предприниматели малого бизнеса - $4,5 \pm 0,3\%$; работники промышленных предприятий инженерно-технических специальностей - $4,2 \pm 0,3\%$; студенты - $3,9 \pm 0,3\%$; работники сельского хозяйства - $2,4 \pm 0,2\%$; сотрудники общественных организаций - $1,4 \pm 0,2\%$. Таким образом, чуть менее половины

опрошенных заняты в государственном секторе, и каждый пятый имеет статус пенсионера.

Средний возраст участвующих - составил $45,7 \pm 2,7$ лет. Что касается гендерного состава, то большинство респондентов, принявших участие в опросе, женского пола ($72,8 \pm 0,7\%$), количество мужчин в три раза меньше ($27,2 \pm 0,7\%$).

Каждый третий участник проживал в городе ($31,1 \pm 0,7\%$), каждый второй в районном центре ($55,4 \pm 0,8\%$), каждый десятый в сельской местности ($13,3 \pm 0,5\%$).

Показатели уровня образования респондентов таковы: чуть менее половины участников отметили, что имеют высшее образование ($44,9 \pm 0,8\%$), каждый третий респондент ($32,7 \pm 0,8\%$) наличие среднего профессионального образования, каждый десятый ($12,7 \pm 0,5\%$) общего среднего образования. Респонденты с незаконченным высшим и с незаконченным средним образованием составили $7,7 \pm 0,4\%$ и $1,8 \pm 0,2\%$ соответственно. Согласно полученным данным, уровень образования участников расценивается как высокий, но сам по себе данный показатель не является гарантией гармоничного развития социальных и культурных потребностей общества.

Респондентам в анкете было предложено дать субъективную оценку собственному здоровью. Среди опрошенных, $46,9 \pm 0,8\%$ - респондентов отметили, что имеют хронические заболевания, и заболевания, протекают без каких-либо обострений и резкого ухудшения здоровья; $11,5 \pm 0,5\%$ - участников имеют хро-

нические заболевания, регулярно случаются обострения, являются инвалидами; 43,6±0,8% участников указали, что не страдают хроническими заболеваниями, респираторными заболеваниями болеют один или два раза в год.

В ходе опроса респондентам было предложено оценить удовлетворенность по пятибалльной шкале, при условии, что самый низкий балл – один. Подавляющее большинство опрошенных (75,4%) были не удовлетворены качеством медицинской помощи. Треть респондентов оцени-

вали удовлетворенность качеством медпомощи в районе проживания на один балл, четверть опрошенных были мало удовлетворены и почти четверть не во всем удовлетворены медицинской помощью, оценивая ее на два и три балла, соответственно. Амбулаторно-поликлинической помощью оказалось не удовлетворено (1–3 балла) большинство опрошенных (75,5%), больничной помощью – чуть более половины (59,1 %) и скорой медицинской помощью – каждый второй (52,2 %) респондент (Табл. 1).

Таблица 1. Удовлетворенность медицинской помощью в районе проживания (%)

Баллы	Удовлетворенность медицинской помощью	В целом, в районе проживания	По видам медицинской помощи		
			амбулаторно-поликлиническая	стационарная	скорая медицинская помощь
1	полностью не удовлетворены	29,7 ± 0,7	18,3 ± 0,6	14,0 ± 0,6	10,6 ± 0,5
2	мало удовлетворены	23,1 ± 0,7	30,3 ± 0,7	13,3 ± 0,6	16,4 ± 0,6
3	не во всем удовлетворены	22,6 ± 0,7	27,2 ± 0,7	31,8 ± 0,8	25,2 ± 0,7
4	в основном удовлетворены	13,3 ± 0,5	19,1 ± 0,6	37,8 ± 0,8	46,3 ± 0,8
5	полностью удовлетворены	11,3 ± 0,5	5,1 ± 0,3	3,1 ± 0,3	1,9 ± 0,2
1 балл – полностью не удовлетворен, 2 – балла – мало удовлетворен, 3- балла – не во всем удовлетворен, 4 – балла в основном удовлетворен, 5 баллов – полностью удовлетворен					

Особое внимание стоит уделить отдельно оценке респондентами качества медицинского обслуживания каждого из видов медицинской помощи.

Можно заметить, что одними из более низких показателей удовлетворенности в учреждениях поликлинического типа для респондентов являются оснащенность медицинским оборудованием (18,4%) и обеспеченность врачами (18,7

%). Состоянием зданий, отделений и кабинетов в поликлиниках (22,8%), а также работой регистратуры (24,2%) удовлетворен каждый пятый опрошенный. И каждый третий респондент считает, что компетентность врачей (28,3%), организация работы врачей (28,9%), информирование врачами о состоянии здоровья (29,3%), результаты оказания медицинской помощи (31,9%), санитарно-гигиеническое состояние (34%) поликлиник соответствует их

запросам. Отметим, что оценивая качество медицинского обслуживания в амбулаторно-поликлинических учреждениях в районе обслуживания, респондентов

в первую очередь волнует отсутствие специалистов и медицинского оборудования для проведения диагностических мероприятий.

Таблица 2. Отношение респондентов к организации амбулаторно-поликлинического учреждения в районе обслуживания (%)

Критерии	Баллы					
	0	1	2	3	4	5
Состояние зданий, отделений, кабинетов	10,5±0,4	19,0±0,6	24,5±0,7	23,1±0,7	17,0±0,6	5,8±0,3
Санитарно-гигиеническое состояние	16,3±0,6	12,2±0,5	19,0±0,6	18,4±0,6	22,8±0,7	11,2±0,4
Оснащенность медицинским оборудованием	12,9±0,5	23,8±0,7	25,5±0,7	19,4±0,6	13,6±0,5	4,8±0,3
Обеспеченность врачами	14,0±0,5	25,2±0,7	26,7±0,7	15,4±0,5	12,5±0,5	6,2±0,3
Работа регистратуры	14,3±0,5	19,4±0,6	19,7±0,6	22,4±0,7	17,7±0,6	6,5±0,3
Организация работы врачей	17,7±0,6	10,2±0,4	24,8±0,7	18,4±0,6	19,7±0,6	9,2±0,4
Компетентность врачей	20,4±0,6	14,6±0,5	15,6±0,5	21,1±0,6	16,7±0,6	11,6±0,5
Информирование врачей о состоянии здоровья	16,7±0,6	15,3±0,5	19,0±0,6	19,7±0,6	19,4±0,6	9,9±0,4
Результаты оказания медицинской помощи	13,9±0,5	9,5±0,4	20,1±0,6	24,5±0,7	22,4±0,7	9,5±0,4

0 – нет ответа, 1 балл – полностью не удовлетворен, 2 – балла – мало удовлетворен, 3- балла – не во всем удовлетворен, 4 – балла в основном удовлетворен, 5 баллов – полностью удовлетворен.

Число затруднившихся оценить степень удовлетворенности качеством медицинского обслуживания в поликлиниках составило от 10,5 % до 20,4 %. При этом самые высокие показатели выделены по следующим критериям – компетентность врачей (20,4%), организация работы врачей (17,7%), информирование врачами о состоянии здоровья (16,7%). Можно сделать вывод о том, что полученные статистические данные, зависят от того, насколько сильно затронуты интересы респондентов, поскольку существует проблема альтернативного выбора медицинской организации и возможности

получения помощи респондентами проживающих в населенных пунктах различного типа (Табл. 2).

При обращении в государственные поликлинические учреждения в районе обслуживания 92,3±0,4% респондентов сталкивались с различными трудностями.

Большинство опрошенных граждан (81,3%) испытывали трудности с доступностью посещения врачей общего профиля и специалистов. Ключевыми проблемами доступности респонденты считают длительное время ожидания со дня обращения в поликлинику до дня назначенного приема (69,7%) и

недостаточная укомплектованность врачами поликлиники (65,9%).

На втором месте по значимости для респондентов является проблема доступности клинико-диагностических мероприятий (71,0%). Чуть менее половины (42,4%) отметили, что испытывали трудности по причине длительного времени ожидания со дня обращения в поликлинику до дня назначенного проведения клинико-диагностических лабораторных исследований и 40,6% респондентов указали на низкий уровень технической оснащённости поликлиник.

Далее по значимости ответы участников опроса были распределены следующим образом. Длительное время ожидания в регистратуре поликлиники (57,8%), необходимость использования личных денежных средств на обследование и лечение (41,5%), отсутствие выбора врача, лечебного учреждения (31,7%), низкое качество работы врачей (19,6%), недоброжелательность или невнимательность медицинского персонала (16,1%), плохое санитарно-техническое состояние помещений поликлиники (10,6%).

Таким образом, обращаясь в государственные поликлиники в районах обслуживания, абсолютное большинство респондентов отмечают ограниченные возможности в получении медицинской помощи. В свою очередь первостепенное значение для них имеют организацион-

ные проблемы медицинской организации, затем экономико-правовые проблемы и далее уже все остальные.

Медицинские организации в соответствии с российским законодательством должны информировать граждан о порядке и условиях предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (ОМС), а также условия и форме предоставления платных медицинских услуг и порядке их оплаты. Все анкетированные отметили, что имеют полис обязательного медицинского страхования, из них 5,9% застрахованы по добровольному медицинскому страхованию.

Чуть менее половины респондентов (48,2%) отметили, что имеют общие представления о медицинском обслуживании по ОМС; 41,6% опрошенных считают, что знают основные нормативные акты по ОМС и 10,2% респондентов не знают государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи.

Полученные данные свидетельствуют о широком применении платных медицинских услуг - 71,5% опрошенных при обращении в поликлинику в районе обслуживания оплачивали различные медицинские услуги за счет личных средств.

Из них, треть опрошенных (29,4%) указали, что не знают условий и порядка предоставления платных медицинских услуг; 45,7% имеют общее представление; 24,9±0,7% респондентов считают, что они обладают полной

информацией о предоставляемых платных медицинских услугах.

Среди всех опрошенных удельный вес лиц, не знающих и мало знающих о правилах и условиях предоставления бесплатных и платных медицинских услуг является высоким. Доля опрошенных, не знающих о правилах предоставления платных услуг в 2,9 раз выше.

Абсолютное большинство респондентов (80,5%) производили оплату за предоставленные платные услуги в кассе поликлиники, 11,2% платили лично врачу

и 8,3% среднему медицинскому персоналу. После оплаты в кассе 94,2% - опрошенных получили копию чека, 5,8% данный документ не получали.

Полученные данные свидетельствуют о сформированном механизме сбора денежных средств за оказанные услуги в кассах медицинских организаций. Также следует констатировать, что в поликлиниках используется гонорарный метод в качестве оплаты услуг при прямом обращении пациентов к медицинским работникам.

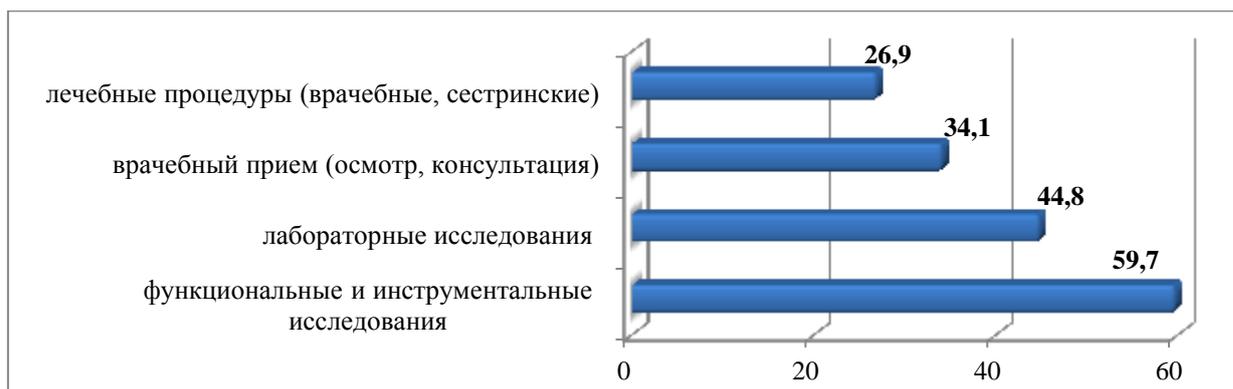


Рис. 1. Распределение расходов респондентов на медицинскую помощь в поликлинике (%).

Первое место в структуре платных услуг в поликлинике в районе обслуживания, занимают функциональные и инструментальные обследования (59,7%), второе - клиничко-лабораторные исследования (44,8%), третье - врачебный прием специалистов (осмотр, прием) - 34,1%. четвертое – оплата врачебных и сестринских лечебных процедур (Рис.1). Чаще всего предметом платных медицинских услуг является проведение диагностических и лабораторных исследований. Для

того, чтобы дать объяснение сложившейся ситуации необходимо проводить дополнительные исследования.

Следующим аспектом социологического исследования явилось изучение мнения респондентов о предоставленной стационарной медицинской помощи в государственных учреждениях общего профиля по месту жительства.

Показатель удовлетворенности материально-техническим обеспечением стационаров оказался самым низким. Однако, что касалось

сравнения этих показателей, то оснащенность оборудованием в стационаре респонденты оценили на 8,1 % выше, чем в поликлинике. Состоянием зданий, отделений и палат был удовлетворен каждый

четвертый опрошенный. Обслуживание в приемном отделении и питание в стационаре как «на должном уровне» оценил каждый третий респондент.

Таблица 3. Отношение респондентов к организации стационарной медицинской помощи в районе обслуживания (%)

Критерии	Баллы					
	0	1	2	3	4	5
Состояние отделений, палат больницы	7,9±0,4	23,8±0,7	26,5±0,7	14,6±0,5	19,9±0,6	7,3±0,4
Санитарно-гигиеническое состояние больницы	8,6±0,4	11,9±0,5	21,2±0,6	17,9±0,6	27,8±0,7	12,6±0,5
Оснащенность медицинским оборудованием	8,6±0,4	23,2±0,7	21,9±0,7	19,9±0,6	19,9±0,6	6,6±0,3
Обеспеченность врачами	7,1±0,3	10,2±0,4	12,1±0,5	23,3±0,7	33,1±0,8	14,2±0,5
Обеспеченность средним мед. персоналом	12,4±0,5	8,1±0,4	16,2±0,6	23,5±0,7	27,5±0,7	12,3±0,5
Организация работы приемного покоя	12,6±0,5	15,2±0,5	17,2±0,6	19,9±0,6	23,8±0,7	11,3±0,4
Организация работы врачей	6,0±0,3	9,9±0,4	13,2±0,5	24,5±0,7	31,1±0,7	15,2±0,5
Компетентность врачей	10,6±0,4	7,9±0,4	12,6±0,5	23,2±0,7	29,8±0,8	15,9±0,5
Компетентность среднего мед. персонала	11,3±0,4	7,3±0,4	17,2±0,6	24,5±0,7	28,5±0,8	11,3±0,4
Информирование врачей о состоянии здоровья	9,9±0,4	8,6±0,4	13,2±0,5	21,9±0,7	31,1±0,8	15,2±0,5
Питание в стационаре	6,0±0,3	19,9±0,6	21,2±0,6	15,9±0,5	24,5±0,7	12,6±0,5
Результаты оказания медицинской помощи	5,3±0,3	8,6±0,4	13,9±0,5	25,8±0,7	31,1±0,7	15,2±0,5

0 – нет ответа, 1 балл – полностью не удовлетворен, 2 – балла – мало удовлетворен, 3- балла – не во всем удовлетворен, 4 – балла в основном удовлетворен. 5 баллов – полностью удовлетворен.

Остальными критериями качества медобслуживания в стационаре, обозначенными в анкете – обеспеченность средним медицинским персоналом, компетентность среднего медицинского персонала санитарно-гигиеническое состояние больницы гигиеническое состояние, организация работы врачей, информирование их о состоянии здоровья, результаты оказания медицинской помощи, ком-

петентность врачей и обеспеченность врачами – был удовлетворен (4–5 баллов) практически каждый второй опрошенный. Число затруднившихся оценить степень удовлетворенности качеством медицинского обслуживания в стационаре составило от 5,3 до 12,6 %, что в 1,6 и более раза ниже оценки удовлетворенности в поликлинике (Табл.3).

Согласно результатам исследования 52,8% опрошенных в стационаре испытывали

трудности различного характера. На первом месте респонденты (89,2%) указали, проблемы низкой обеспеченности необходимых лекарственных препаратов и различных медицинских изделий для проведения манипуляций, на втором - недостаток медицинского оборудования (72,2%), третьем – плохое состояние помещений больницы - палат, ванных комнат, туалетов (70,2%). Далее по значимости ответы были распределены следующим образом, Низкая организация работы в приемном покое (64,9%), необходимость использования личных денежных средств на обследование и лечение (59,1%), плохая работа среднего медицинского персонала (56,2%), плохое санитарно-гигиеническое состояние больницы и восьмом - низкое качество работы врачей (36,2%).

В стационарах в 1,7 раз меньше респондентов испытывали трудности, чем при обслуживании в поликлинике. При получении помощи в поликлинике и стационаре структура изучаемых про-

блем одинакова - первостепенное значение для респондентов имеет проблемы организационного характера, и втором месте проблемы экономического характера, на третьем - взаимоотношение с персоналом.

Возмещали часть расходов на оказанную медицинскую помощь в стационаре за счет личных средств чуть более половины респондентов (57,2%).

Наибольший удельный вес расходов респондентов приходился на оплату лекарственных препаратов (97,5%). Треть опрошенных (30,0%) оплачивали операции и выполнение анестезиологического пособия (наркоз). Далее показатели распределились следующим образом, у 28,8% респондентов расходы были связаны с оплатой функциональных и инструментальных исследования, 21,5% - перевозочного материала, 21,3% - клиничко-лабораторных исследований, 17,5% - медицинских изделий для инъекций и инфузий (шприцы, трансфузионные системы, катетеры и т.д.), 12,5% - рентген-пленки, 2,5% крови и ее компонентов (Рис.2).

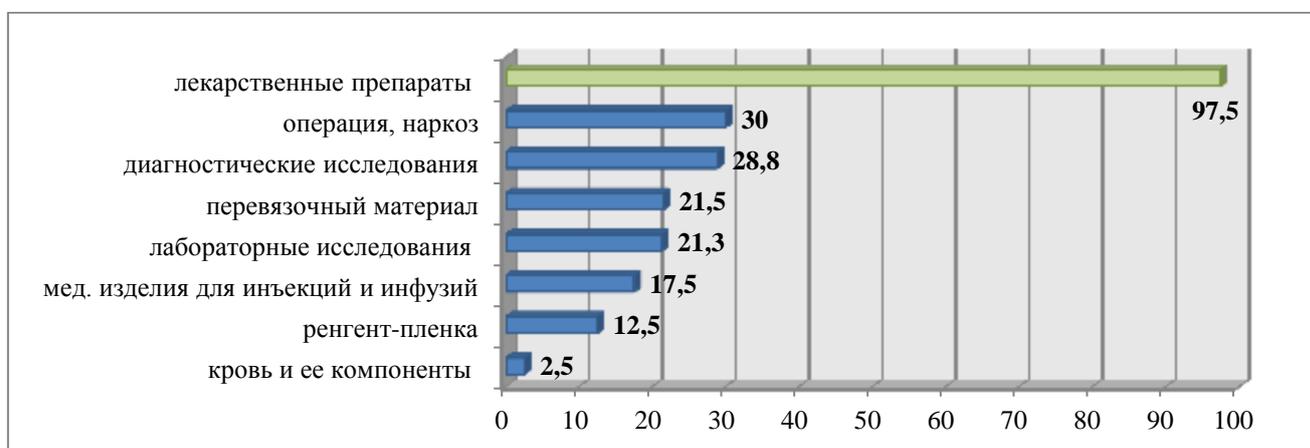


Рис. 2. Распределение расходов респондентов на медицинскую помощь в стационаре (%).

Треть респондентов (31,5%) производили оплату за предоставленные платные услуги непосредственно медицинским работникам, 68,5% опрошенных оплачивали в кассу учреждения. Полученные данные свидетельствуют о том, что в стационарах общего профиля гононарный метод оплаты услуг выше, чем в амбулаторно-поликлинических учреждениях в 1,6 раз.

При необходимости повторной госпитализации лишь чуть менее половины респондентов (47,2%) считают, что выберут стационар, в который были госпитализированы ранее, затруднились ответить – 41,1% опрошенных, и 11,7% опрошенных указали, что выберут любой другой стационар, но только не данный.

В целом отмечены низкие показатели удовлетворенности респондентов оказанной медицинскую помощь в стационарах общего профиля

Следующим аспектов социологического исследования явилось изучение мнения респондентов о предоставленной скорой медицинской помощи.

Что касается результатов удовлетворенности качеством скорой медицинской помощи (СМП), то полученные данные распределились следующим образом.

Каждый второй опрошенный (39,2%) не был удовлетворен выполнением норм и правил санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов. Треть респондентов (30%) считала работу СМП неоперативной, время ожидания приезда бригады несоответствующим стандартам экстренной медицинской помощи. Четверть опрошенных (25,2%) не были удовлетворены организацией приема вызовов и передачей их выездным бригадам. И примерно каждый пятый респондент оказался недоволен транспортировкой в стационар и результатами оказания медицинской помощи, профессионализмом среднего медицинского персонала и врачей бригады СМП и оснащением медицинским оборудованием (Табл. 4)

Таблица 4. Отношение респондентов к организации скорой медицинской помощи в районе обслуживания (%)

Критерии	Баллы					
	0	1	2	3	4	5
Организацией приема вызовов СМП	10,8±0,4	5,4±0,3	19,8±0,6	10,8±0,4	51,3±0,8	1,9±0,2
Время ожидания приезда бригады	6,9±0,3	17,7±0,6	12,3±0,5	19,2±0,6	31,5±0,7	12,3±0,5
Профессионализм врачей бригады СМП	12,3±0,5	6,9±0,3	13,1±0,5	16,2±0,6	36,9±0,7	14,6±0,7
Профессионализм среднего мед. персонала	4,2±0,3	7,6±0,4	14,3±0,5	17,6±0,6	40,3±0,8	16,0±0,5
Соблюдение санитарно-гигиенических правил	3,8±0,3	23,8±0,7	15,4±0,5	13,8±0,5	27,7±0,7	15,4±0,5
Транспортировка больного в	16,9±0,6	11,5±0,5	12,3±0,5	13,1±0,5	35,4±0,7	10,8±0,4

стационар						
Оснащенность медицинским оборудованием	13,8±0,5	10,0±0,4	9,2±0,4	20,0±0,6	34,6±0,7	12,3±0,5
Результаты оказанной медицинской помощи	10,7±0,4	12,5±0,5	10,7±0,4	1,8±0,2	47,3±0,8	17,0±0,6
0 – нет ответа, 1 балл – полностью не удовлетворен, 2 – балла – мало удовлетворен, 3- балла – не во всем удовлетворен, 4 – балла в основном удовлетворен. 5 баллов – полностью удовлетворен.						

По мнению респондентов к организации СМП в районе обслуживания, на первом месте оказался низкий уровень соблюдения работниками бригад санитарно-гигиенических правил, на втором – длительное время ожидания приезда бригады, на третьем месте – неудовлетворительный прием вызовов и передача их бригадам СМП. Число затруднившихся оценить степень удовлетворенности качеством СМП составило от 3,8 до 16,9 %, что в 1,2 и более раза, ниже чем в оценках удовлетворенности в поликлинике и в 1,3 и более раза выше, чем в оценках удовлетворенности качеством медицинского обслуживания в стационаре. Высокие цифры затруднившихся оценить работу СМП можно объяснить тем, что персонал бригад оказывал помощь по месту вызова и на пути следования. Неотложные мероприятия, проводимые непосредственно на месте вызова, включают не весь перечень мероприятий СМП, например, транспортировку больного в стационар.

Большинство респондентов (75,9%) отметили, что не испытывали трудностей при получении экстренной и

неотложной медицинской помощи, 21,1% опрошенных указали, что у них были проблемы. В сравнении с показателями поликлинического обслуживания в 4,3 раза и стационарным обслуживанием в 2,5 раза меньше соответственно.

На первом месте респонденты ставят проблемы несоблюдение санитарно-гигиенических правил сотрудниками бригад СМП (41,7%), втором - длительное ожидание бригады СМП (29,3%), третьем – плохая организация приема вызовов станциями СМП и передача вызовов бригадам СМП (27,4%). Далее показатели распределились следующим образом, плохая транспортировка в стационар (25,9%), низкое качество работы среднего медицинского персонала (23,1%), низкое качество работы врачей (19,2%), недостаток медицинского оборудования (18,2%).

Все респонденты указали, что на платной основе экстренную и неотложную медицинскую помощь не получали. Основными сложностями для участников анкетирования, получившим скорую медицинскую помощь, явились проблемы организационного характера и взаимоотношение с медицинским персоналом.

Необходимо отметить, качество услуг предоставляемых в государственном здравоохранении в районе обслуживания устраивает лишь - 15,6% респондентов; совсем не устраивает - 24,6%; в основном устраивает - 22,5%; считают, что не всегда возможно получить услуги надлежащего качества - 37,4% опрошенных.

Что касается готовности респондентов оплачивать медицинские услуги в государственных медицинских организациях в зоне обслуживания, то 26,4% опрошенных отметили, что оплата медицинской помощи - это обязанность государства и оплачивать за счет своих личных средств они не готовы; 27,3% - не готовы платить, по причине отсутствия в семейном бюджете дополнительных денежных средств; частично согласны оплачивать - 35,6% и полностью возмещать за счет собственных средств согласны - 10,7% опрошенных.

Согласно полученным результатам исследования, более половины респондентов (59,9±0,8%) испытывая значительные трудности в получении медицинской помощи в государственных лечебных учреждениях в районе обслуживания, обращались в другие медицинские организации независимо от формы собственности и места их нахождения.

Чуть менее половины опрошенных (41,9%) посещали различные медицинские организации с целью получить услуги лучшего качества по сравнению с качеством услуг предоставляемых в лечебных учреждениях в районе обслуживания; 36,0% отметили, что основной причиной обращения в другие медицинские организации послужило экономия личного времени и получение медицинской помощи в более быстрые сроки; 13,6% обращался в другие лечебные учреждения по рекомендации лечащего врача и 8,5% респондентов из-за невозможности ее получения в своей медицинской организации.

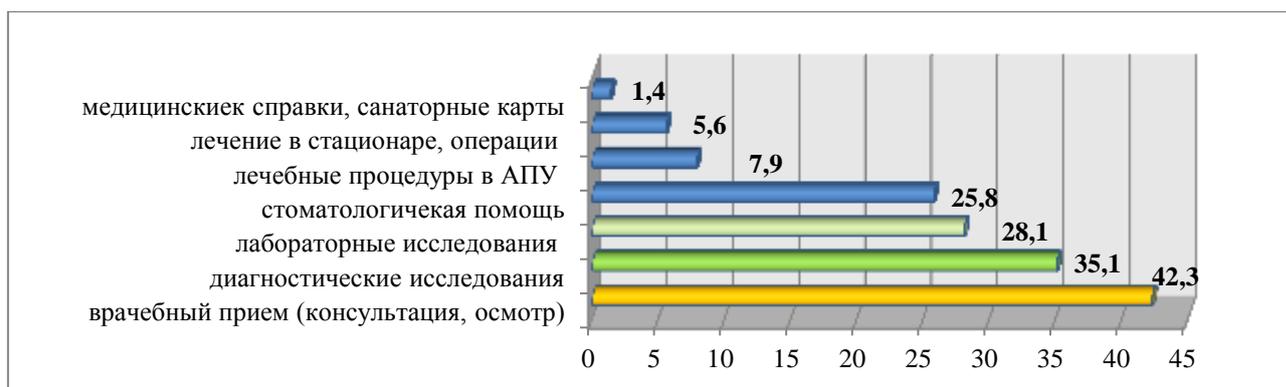


Рис. 3. Виды полученных медицинских услуг респондентами в медицинских организациях независимо от формы собственности вне района обслуживания (%).

Из предложенных в анкете видов медицинской помощи наибольшую по-

требность у респондентов имеет услуга врачебного приема (42,3%), на втором месте - ди-

агностические исследования (35,1%), третьем - лабораторные исследования (28,1%). Далее по значимости ответы были распределены следующим образом. Стоматологическая помощь - 25,8%, лечебные процедуры в поликлинике - 7,9%, лечение в стационаре, операции - 5,6%, медицинские справки, санаторно-курортные карты - 1,4% (Рис.3)

Анализ полученных данных позволил сделать вывод о низком уровне доступности и качестве медицинской по-

мощи в районных лечебных учреждениях. Особенно значимой потребностью при обращении за медицинской помощью является профессиональная консультация или прием специалиста, а также диагностические и клинико-лабораторные исследования.

Доля респондентов, выбравших государственные лечебные учреждения вне района обслуживания, составила - $46,5 \pm 0,8\%$, чуть более половины опрошенных ($53,5 \pm 0,8\%$) обращались в частные клиники ($t > 11,6$).

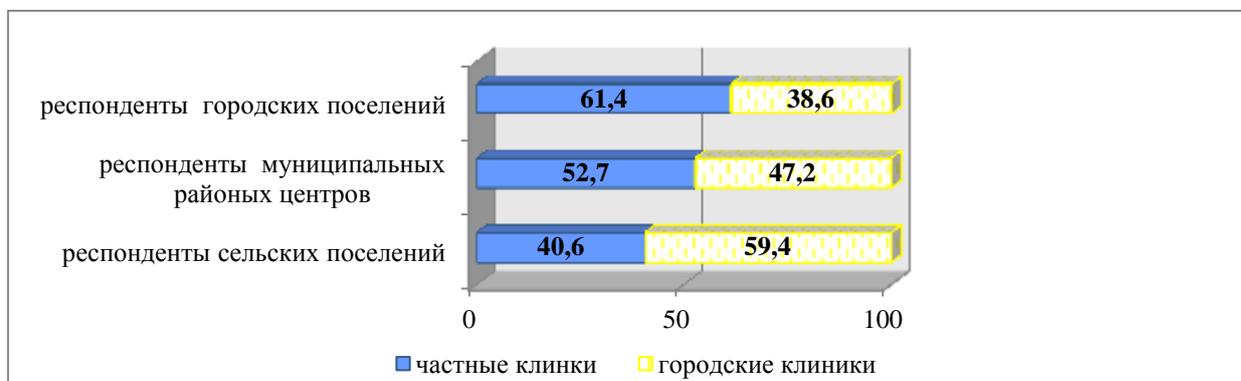


Рис. 4. Обращение респондентов в частные клиники и государственные клиники, расположенных вне района обслуживания (%).

Согласно данным опроса, респонденты городских поселений в 1,1 раз чаще обращались в частные клиники, чем респонденты муниципальных районных центров и 1,5 раз чаще, чем респонденты сельских поселений. При этом при расчете мы учитывали, что анкетированные муниципальных районов и сельских поселений обращались в вышеуказанные клиники не только в населенном пункте и районе проживания, но и в городские государственные и частные клиники в

субъекте, а также за его пределами (Рис. 4).

Согласно полученным данным, остались удовлетворены (4-5 баллов) медицинским обслуживанием в государственных медицинских учреждениях, вне района обслуживания - 19,3%, в частных клиниках чуть менее половины опрошенных - 46,0% (Табл. 5). В свою очередь удовлетворенность медициной помощью в лечебных учреждениях в районе проживания составила - 24,6%. По мнению респондентов, существуют различия качества медицинских услуг предоставляемых в госу-

дарственном и частном секторах здраво-

охранения, в пользу частных клиник.

Таблица 5. Удовлетворенность респондентов качеством медицинского обслуживания в частных клиниках и государственных клиниках вне района обслуживания

Баллы	Удовлетворенность медицинской помощью	Государственная медицинская организация (P±m)	Частная медицинская организация (P±m)	Критерий Стьюдента (t)
0	нет ответа	18,4± 1,0	9,4± 0,7	6,3
1	не доволен	14,1 ± 0,9	6,2 ± 0,5	6,0
2	мало доволен	17,9 ±1,0	11,1±0,7	4,9
3	не во всем доволен	30,3±1,1	27,3 ±1,0	2,7
4	в основном доволен	17,1 ±1,0	35,4 ±1,1	13,0
5	полностью доволен	2,2 ±0,3	10,6 ±0,7	10,5

*p < 0,001

Как показало исследование, половина анкетированных 50,9%, обратившихся в государственные медицинские организации за пределами территориального обслуживания, оплату медицинских услуг производили в кассе лечебного учреждения. Треть респондентов (34,9%) обслуживались по полису обязательного медицинского страхования. Следует отметить, что все граждане, лечившиеся по полису ОМС – это жители сельских поселений и муниципальных районных центров, лечившиеся в медицинских организациях краевого (областного, республиканского) значения. Платили лично медицинскому персоналу 10,3% и медицинские услуги по полису добровольного медицинского страхования получали - 3,9% опрошенных.

Что касается частных клиник, то абсолютное большинство респондентов (80,1%) оплачивали медицинские услуги в кассе учреждения. Оплачивали услуги непосредственно медицинскому персона-

лу - 17,1%, и обслуживались по полису добровольного медицинского страхования - 2,8% респондентов.

Согласно полученным данным, в государственных медицинских организациях при обращении граждан вне зоны обслуживания, распространена практика оказания медицинских услуг на платной основе. При этом, удельный вес гонорарных платежей медицинским работникам в частных клиниках по сравнению государственными лечебными учреждениями выше на 6,8%.

Результаты опроса показали, что 9,7±0,4% респондентов проходили обследование и лечение, в том числе санаторно-курортное за рубежом. В структуре географии зарубежных стран, первое место - занимает Китай (75,9±2,3%), второе – Япония (12,1±1,7%), третье – Корея (4,5±1,1%), далее – Германия (4,5±1,1%) и Израиль (3,0±0,8%). Уровень качества и доступности лечения за рубежом нами не исследовался.

В будущем чуть менее половины респондентов (48,9%) отметили, что желают

обслуживаться в государственных лечебных учреждениях в районе обслуживания при условии, что она будет доступной и качественной. Получать медицинскую помощь в государственных медицинских организациях высокого уровня не зависимо от их места расположения желают - 36,2% опрошенных и 14,9% респондентов готовы в будущем обслуживаться в частных клиниках.

Заключение

1. Полученные нами данные свидетельствуют о низком общем уровне удовлетворенности медицинской помощью населения Дальнего Востока России (24,6%).
2. В целом значительная часть респондентов полагают, что медицинская помощь, предоставляемая государственной системой здравоохранения в районе обслуживания по месту жительства, является малодоступной. Сравнительный анализ доступности видов медицинской помощи показал, что наибольшие трудности опрошенные испытывали при обращении в районные поликлиники. При получении стационарной помощи и скорой медицинской помощи различного рода сложности в сравнении с обслуживанием в поликлинике респонденты испытывали в 1,7 и 4,3 раза меньше соответственно.
3. При обслуживании в поликлиниках и стационарах общего профиля по месту жительства ограниченные возможности в получении медицинской помощи отмечают на первом месте проблемы организационного характера медицинских организаций, на втором месте – экономико-правовые проблемы, на третьем месте – взаимоотношение с медицинским персоналом. При получении скорой медицинской помощи первостепенным значением для анкетированных явились проблемы организация работы бригад скорой медицинской помощи, затем взаимоотношением с медицинским персоналом.
4. В системе государственного здравоохранения между потребителями и производителями медицинских услуг отмечены напряженные отношения и возникающие противоречия. Конфликтные ситуации в абсолютном большинстве были разрешены в досудебном порядке на уровне медицинских организаций, органов управления здравоохранения, страховых медицинских организаций.
5. Показатель удовлетворенности респондентов качеством обслуживания в государственной системе здравоохранения является низким. Медицинская помощь в государственных организациях, в значительной части это районные поликлиники, организована таким образом, что граждане вынуждены оплачивать медицинские услуги для их получения. Оплату медицинских

услуг абсолютное большинство респондентов производили в кассе медицинской организации. В государственной системе здравоохранения присутствует гонорарный метод оплаты медицинских услуг, при этом в стационарах данный метод превышает в 1,6 раз по сравнению с районными поликлиниками.

6. Испытывая трудности в получении медицинской помощи в районе обслуживания по месту жительства, более половины респондентов обращались в другие медицинские организации независимо от формы собственности и места нахождения. Удовлетворенность респондентов качеством медицинской помощи, в сравнении с медицинскими организациями в целом в системе здравоохранения, в частных клиниках выше. Вместе с тем доля лиц удовлетворенных медицинским обслуживанием в частных организациях составила чуть менее половины опрошенных. Гонорарный метод оплаты медицинских услуг в частных клиниках в сравнении с государственными лечебными учреждениями выше на 6,8%.
7. В настоящее время более половины респондентов не готовы оплачивать медицинские услуги за счет своих средств частично или полностью. Значительная часть участников опро-

са считают, что в стране должна быть выстроена доступная, эффективная, безопасная и качественная государственная система оказания медицинской помощи.

Список литературы

1. Лапина. Н. Уроки социальных реформ в России: Региональный аспект: Аналитический обзор / РАН ИНИОН. Центр науч. – информ. исслед. и регион. проблем. Отдел глоб. пробл. – М., 2007. – 78 с.
2. Методические рекомендации для органов государственной власти субъектов РФ по применению механизмов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения. – Москва. 2015. – 37 с.
3. Добреньков В.И., Кравченко А.И. Методы социологического исследования: Учебник. М.: ИНФРА-М; 2004. 768 с.
4. Капитоненко Н.А., Кирик Ю.В., Киселев С.Н. Проблемы эффективного развития системы здравоохранения Дальневосточного федерального округа Российской Федерации в условиях модернизации // Дальневосточный медицинский журнал. - 2012. - № 2. - С. 114-117.
5. Кирик Ю.В., Капитоненко Н.А. Эволюционные процессы здравоохранения в современной России [Электронный ресурс] // Вестник общественного здоровья здравоохранения Дальнего Востока

Управление качеством Ю.В. Кирик

Государственное и частное здравоохранение глазами населения Дальнего Востока ...

России; электрон. науч. журнал.

2014. № 2. URL:

<http://www.fesmu.ru/voz/20142/2014207.aspx>.

6. Кирик Ю.В., Капитоненко Н.А. Организация и развитие медицинской помощи на Дальнем Востоке России, по данным социологических опросов населения // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2015. - № 59 (1). - С 51-55.
7. Кирик Ю.В. Проблемы доступности и качества медицинских услуг на Дальнем Востоке России, по данным социологических опросов населения // Дальневосточный медицинский журнал. - 2016. - № 2. - С. 103-108.