

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ОПРОСЫ КАК ВАЖНЫЙ ИНСТРУМЕНТ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

© 2012 М.В. Петров, М.В. Полюкова, А.А. Дронова,

М.И. Прокопьева, О.В. Калининченко, А.В. Иванов

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет

им. академика И.П. Павлова

Министерства здравоохранения и социального развития РФ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова

E-mail: poluc74@mail.ru

В статье приведены результаты социологического опроса пациентов поликлиники и стационара, характеризующие недостаточный уровень удовлетворенности ими оказанной медицинской помощью, связанный с проблемой доступности функциональных методов исследования, консультативной помощи, деонтологическими аспектами. Также приведены результаты опроса среднего медицинского персонала и организаторов здравоохранения, свидетельствующие о необходимости совершенствования кадрового менеджмента.

Ключевые слова: социологические опросы, качество медицинской помощи.

Как известно, одним из критериев качества медицинской помощи (КМП) является уровень удовлетворенности пациентов, который изучается, главным образом, при проведении специально организованных социологических опросов¹.

К сожалению, данные многих исследований последних лет² свидетельствуют о значительной неудовлетворенности пациентов, связанной с недостаточной доступностью различных видов помощи, широким распространением платных услуг, проблемами деонтологического характера. Проведенные социологические опросы пациентов показывают, что одним из путей решения указанных проблем значительная часть из них считает повышение заинтересованности врачей в результатах своего труда³. С другой стороны, классикой теории управления является тот постулат, что чем более осведомлен персонал о цели и задачах организации, привлечен к их формированию, тем большей будет его отдача в процессе их реализации⁴. Поэтому повседневной задачей в деятельности любого руководителя здравоохранения должно стать проведение социологических опросов как непосредственных потребителей услуг (пациентов), так и медицинского персонала.

В данной статье приведены результаты опросов различных контингентов пациентов и персонала, проведенных в трех регионах России:

Санкт-Петербурге, Республике Саха (Якутия), Кировской области.

Поскольку ведущим видом помощи является поликлиническая, нами был проведен опрос 250 пациентов, обратившихся в несколько городских поликлиник Санкт-Петербурга. Он показал следующее. Оценивая доступность медицинской помощи в поликлинике, две трети респондентов (60,7 %) считали ее вполне доступной, 28,7 % - не совсем доступной, 1,9 % - недоступной, а 2,8 % затруднились дать оценку. Среди лиц разных социальных категорий доля считавших медицинскую помощь не вполне доступной была наибольшей (47,4 %) среди пенсионеров. Увеличивается показатель с ухудшением самооценки здоровья - с 31,8 % среди считавших его удовлетворительным до 50 % у тех, кто считал его очень плохим. Если при доходе менее 6 тыс. руб. считали доступной амбулаторную помощь 75 % респондентов, то при доходе более 10 тыс. руб. - только 53,7 %.

Несколько противоречит предыдущему ответ на вопрос о том, какие виды медицинской помощи в поликлинике являются малодоступными (пациенты хотели бы их получить, но не получили). Не отметили таковых лишь 19,2 % респондентов; 36,0 % опрошенных указали, что малодоступной является консультативная помощь "узких" специалистов, 40,4 % - функциональные ме-

тоды обследования, 6,4 % - различные лечебные процедуры.

Как положительный, следует оценить тот факт, что подавляющее большинство (94,5 %) респондентов считало отношение лечащего врача внимательным и только 5,5 % - недостаточно внимательным. Среди лиц с минимальным уровнем дохода (менее 6 тыс. руб.) отметили недостаточную внимательность врача 13,3 % респондентов, при доходе же более 10 тыс. руб. - только 4,9 % ($p < 0,05$). При удовлетворительной самооценке здоровья считали недостаточно внимательным отношение врача 4,7 % респондентов, среди же оценивших состояние своего здоровья как плохое - 8,3 % ($p < 0,05$). Доля пациентов, отметивших наличие проблем, увеличивается с ухудшением самооценки здоровья. Среди считавших его удовлетворительным она составила 2,4 %, плохим - 14,0 %, очень плохим - 30,3 %.

Респондентам предлагалось также оценить качество медицинской помощи в поликлинике. В основном пациенты считали его хорошим (так полагали 65,7 % опрошенных), а 5,6 % из них - даже отличным. В то же время более четверти (25,9 %) полагали, что качество помощи является удовлетворительным, а 2,8 % - плохим. Среди лиц с удовлетворительной оценкой здоровья доля считавших качество помощи плохим составила 11,5 %, а при плохой самооценке показатель был выше почти в 4 раза (41,7 %).

Следующим направлением работы было анкетирование пациентов, лечившихся в стационаре. Были отобраны 120 больных с пневмонией. Этот выбор определен существенной социальной значимостью данного заболевания, обусловленной ростом его распространенности, смертности и летальности, увеличением контингентов риска (лица пожилого возраста с множественной хронической патологией, социально дезадаптированные контингенты населения)⁵. Среди опрошенных респондентов преобладали лица трудоспособного возраста (31-50 лет) (63,7 %), около трети (27,3 %) составили пациенты зрелого и пожилого возраста (старше 51 года), наименьшая доля (9 %) пришлась на пациентов молодого возраста (до 30 лет). Обращает на себя внимание значительная доля (24,3 %) безработных лиц среди пациентов трудоспособного возраста. Респондентам было предложено оценить качество медицинской помощи на госпитальном этапе. Большинство пациентов оценили его на "хорошо" и "отлично"

(78,1 %). Однако более четверти (21,8 %) полагали, что качество помощи является удовлетворительным. Среди работающих лиц доля считавших качество помощи удовлетворительным была достоверно ($p < 0,05$) выше (63,6 %), чем среди пенсионеров (18,2 %); 81,8 % респондентов считали, что все необходимые исследования выполнены в полном объеме.

Среди проблем и недостатков оказания медицинской помощи были отмечены: в 27,3 % случаев - наличие очередей на исследования и консультации специалистов, в 12,4 % - нехватка врачей, в 9,1 % - несогласованность в работе отделений, в 6,4 % - другие. Стоит отметить, что при оценке отношения медицинского персонала в стационаре подавляющее большинство пациентов посчитало его хорошим и отличным (85,5 %), лишь 4,5 % оценило его как удовлетворительное.

Приведенные данные свидетельствуют не только о проблемах в организации медицинской помощи, но и о том, что усредненные результаты, приводимые в исследованиях, являются явно заниженными. Они должны быть дифференцированы в зависимости от ряда факторов⁶. В частности, чем хуже уровень здоровья, тем чаще приходится пациенту обращаться за медицинской помощью, тем с большим комплексом проблем ему приходится сталкиваться, что существенно ухудшает получаемые оценки.

Свидетельством тому являются и следующие данные. Нами был проведен социологический опрос юношей, которые по направлению военкоматов проходили обследование и лечение по месту жительства. Респонденты оценили работу лечебно-профилактических учреждений по месту жительства примерно на уровне 4 баллов (4,14±0,66). Достоверно более низкой (3,2±0,3) была оценка работы ЛПУ среди призывников, считавших состояние своего здоровья плохим. Доля отличных оценок составила 60 % в случае субъективного улучшения состояния здоровья после обследования и лечения и только 33,3 % - при отсутствии такового.

Неудовлетворенность пациентов имеет как объективные, так и субъективные причины. К последним можно отнести недостаточный уровень деонтологической культуры в лечебно-профилактических учреждениях. Он, в свою очередь, определяется также группой обстоятельств. Одним из них является загруженность медперсонала работой (в том числе несвойственной ему и

даже не входящей в функциональные обязанности), что обусловлено неукомплектованностью штатов среднего и (особенно) младшего медперсонала. К этому следует добавить значительные физические нагрузки и состояние хронического психоэмоционального стресса, который испытывает большинство медицинских работников. Причем, указанное отмечают сами пациенты. Среди опрошенных нами пациентов, лечившихся в стационаре, более половины (55,3 %) считали труд медицинских сестер тяжелым, 44,8 % - средней тяжести, лишь 1,9 % оценили его как нетяжелый. Основными трудностями в работе медсестер пациенты считали: недостаток персонала (41,2 %), низкую заработную плату (29,4 %), плохие условия труда (17,6 %). Часть респондентов (8,8 %) отметила также, что существует проблема взаимоотношений врачей и медицинских сестер, а это (по их мнению) может влиять на качество лечебного процесса.

Для более детального изучения данного вопроса нами было проведено анкетирование медицинских сестер. Оно показало, что почти половина (45,7 %) опрошенных считали эти отношения коллегиальными; 24,8 % - доверительными; 21,9 % оценили их как формальные; в 7,6 % имелись другие ответы. Положительным является тот факт, что между медицинскими сестрами и заведующими отделениями, а также старшими медсестрами (т.е. с руководством) преобладают уважительные отношения, что отметили 75,2 % респондентов.

На эффективность работы коллектива значительное влияние оказывает микроклимат. Проведенное анкетирование показало, что большинство (70,5 %) респондентов считало свой коллектив дружным. Затруднились с ответом 26,7 %, ответили отрицательно 2,9 %. В то же время 12,4 % медсестер хотели бы сменить коллектив.

Важно подчеркнуть, что удовлетворенность своей работой выразили 61,9 % респондентов. "Иногда" получают удовлетворение от работы 29,5 %; ответ "не знаю" дали 6,7 %. И лишь 1,9 % были не удовлетворены своей работой. При этом отношении врачей к медицинским сестрам (после реформы сестринского дела), по мнению 50,8 %, осталось без изменений. Затруднились с ответом 39,1 %; указали на наличие изменений 10,5 % респондентов.

Для выявления степени профессиональной поддержки и товарищества в анкету были вклю-

чены вопросы об уровне взаимодействия коллег по работе. На вопрос "Может ли врач обратиться к Вам за помощью?" утвердительно ответили 79,1 % медицинских сестер. Ответ "не всегда" дали 16,2 %. Отрицательно ответили 3,8 % респондентов. В реальности ситуация несколько иная. На вопрос "Как часто обращается врач за помощью к медсестре?" почти половина (46,7 %) указали, что "изредка". Считали, что врач "часто" обращается за помощью к среднему медперсоналу 39,1 % медсестер, а 10,5 % указали, что врач постоянно обращается за советом; 3,8 % никогда не сталкивались с просьбой врача о помощи.

На степень удовлетворенности работой и ее эффективность влияют методы поощрения, которые должны учитывать реальный вклад каждого сотрудника. Необходимо отметить, что они находят реальное применение в практике. Так, 82,5 % опрошенных указали, что в их коллективах при распределении заработной платы учитывается коэффициент трудового участия (КТУ); 16,7 % опрошенных указали на работу по методу бригадного подряда; только 0,9 % назвали премию в качестве меры поощрения.

Полученные данные среди прочего свидетельствуют о том, что уровень менеджмента в ЛПУ недостаточен. Указанное имеет ряд причин. Одной из наиболее существенных, на наш взгляд, является то, что за последние десятилетия практически была разрушена стройная система выдвижения и плановой целевой длительной подготовки организаторов - руководителей здравоохранения. Это вызывает опасения ряда авторов⁷. В качестве иллюстрации приведем данные анкетирования 70 организаторов здравоохранения Республики Саха (Якутия), которые проходили последипломное обучение. Среди различных видов медицинской помощи приоритетной, на наш взгляд, является экстренная медицинская помощь. Это не только "зеркало" системы здравоохранения в целом, но и этап, от правильной организации работы которого во многом зависят судьба и жизнь пациента. При определенной общности имеются различия в организации оказания данного вида помощи в отдельных регионах, к числу которых относится Республика Саха (Якутия), где значительный объем этой помощи осуществляется специализированной (санитарно-авиационной) службой, входящей в состав службы медицины катастроф. Среди про-

чего нас интересовал вопрос о том, насколько организаторы здравоохранения подготовлены к работе в режиме чрезвычайных ситуаций, знакомы с теоретическими и практическими аспектами работы службы, каким образом вообще осуществляется данная подготовка. Как отметило большинство (63,6 %) респондентов, специальные занятия по оказанию медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях проводятся 1 раз в год (по 18,2 % указали, что они проводятся 1 раз в полугодие и даже 1 раз в квартал). Несмотря на это, оценивая уровень своей подготовки в области медицины катастроф, только 36,4 % опрошенных считали его хорошим, а почти половина (45,4 %) - удовлетворительным (18,2 % затруднились ответить). Вряд ли можно признать данную подготовку достаточной, что и подтвердили последующие результаты специального тестирования.

Таким образом, данные, приведенные в статье, подтвердили, что необходимо существенное улучшение организации и управления оказанием медицинской помощи населению, конечным критерием и результатом которого должно быть достижение уровня удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи и удовлетворенности медицинского персонала условиями и эффективностью своей работы. Для достижения этой цели необходима реализация ряда условий, включая адекватное финансирование, создание должных условий труда, материальное стимулирование, формирование стройной системы обучения и повышения квалификации руководящих кадров здравоохранения.

¹ Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. для студентов. 4-е изд. / под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. М., 2006.

² См.: Качество стационарной гинекологической помощи по оценке пациентов / Н.Г. Петрова [и др.] // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр. Вып. 14. СПб., 2009. С. 303-305; Оценка жителями Астраханской области качества стационарной помощи / А.Г. Сердюков [и др.] // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр. Вып. 14. СПб., 2009. С. 302-303; Современные проблемы организации медицинской помощи населению / О.Н. Щепин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. № 2. С. 31-35.

³ Семенов В.Ю. Развитие системы здравоохранения в Московской области в начале XXI в. // Здравоохранение Российской Федерации. 2010. № 4. С. 15-26.

⁴ Кузнецов А.В., Линденбратен А.Л. Об итогах и проблемах реализации программ общественного здоровья и здравоохранения на муниципальном уровне // Состояние и пути совершенствования стационарной медицинской помощи: сб. тез. XXXIV науч.-практ. конф. врачей ГУВКГ ВВС. Красноярск, 2009. С. 327-328.

⁵ Эпельман Б.В., Петрова Н.Г. Современные подходы к организации медико-социальной помощи в условиях крупного города. СПб., 2010.

⁶ Максимова Т.М., Лушкина Н.П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 3. С. 3-7.

⁷ Галиенко Л.И. Современные кадровые проблемы охраны здоровья в странах европейского региона. ВОЗ // Восточноевропейский журн. общественного здоровья. 2011. № 1 (13). С. 279-280.

Поступила в редакцию 06.01.2012 г.