

## ПАЦИЕНТЫ О КАЧЕСТВЕ СТАЦИОНАРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Т. Г. СВЕТЛИЧНАЯ, О. А. ЦЫГАНОВА, Е. Л. БОРЧАНИНОВА

*СВЕТЛИЧНАЯ Татьяна Геннадьевна - доктор медицинских наук, директор Института сестринского образования ГОУ ВПО Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск). ЦЫГАНОВА Ольга Альбертовна - кандидат медицинских наук, доцент того же университета (E-mail: olgatsyg@nsmu.ru). БОРЧАНИНОВА Елена Леонидовна - заместитель начальника Управления здравоохранения администрации муниципального образования городского округа "Сыктывкар". (E-mail: borchan@mail.ru).*

**Аннотация.** Представлены дефрагментированные и обобщенные оценки пациентов о качестве стационарного обслуживания. Выявлен уровень удовлетворенности населения качеством стационарных услуг, а также различия в оценках представлений пациентов.

**Ключевые слова:** пациенты \* удовлетворенность \* представления \* медицинское обслуживание

Представления пациентов о медицинском обслуживании складываются под влиянием потребления медицинских услуг, а также поведения персонала, оказывающего данные услуги. Суть оценочного процесса заключается в "подтверждении/неподтверждении ожиданий" [4, 5]. Если ожидания пациентов соответствуют воспринимаемому ими качеству обслуживания (подтверждение), то потребители остаются удовлетворенными. И наоборот, если их ожидания оказываются ниже воспринимаемого качества медицинской помощи (негативное неподтверждение), то они остаются неудовлетворенными. Поэтому наиболее адекватным и надежным индикатором является показатель удовлетворенности качеством полученной медицинской помощи. В этой связи чрезвычайно значимыми для более глубокого понимания процесса формирования релевантных представлений являются основные положения теории Кронрос (Cronroos [10]), согласно которой для потребителя важно не только, что он получает в процессе обслуживания, но и как он получает. Это требует выделения технического (что) и функционального (как) аспектов качества обслуживания.

В настоящее время изучение структуры (профиля) удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи и факторов, ее определяющих, проводится с позиций социально-гигиенического [1, 9, 12, 15] и социологического [2, 3, 6] подходов. И, несмотря на то, что в нашей стране эта тема слабо разработана, есть убедительные данные, демонстрирующие наличие существенных различий в представлениях разных социально-демографических, социально-профессиональных и социально-экономических групп пациентов о качестве медицинского обслуживания. При этом медицинские критерии эффективности не всегда являются очевидными для пациентов, а здоровье

стр. 69

---

все еще не занимает первого места в структуре основных человеческих ценностей

[в].

Анализ результатов исследований представлений пациентов о полученной медицинской помощи свидетельствует о широком разнообразии используемых подходов к их количественной и качественной оценке, что существенно затрудняет сопоставление данных и выявление наиболее общих тенденций. Это актуализирует поиск более совершенных методологических и методических приемов к изучению удовлетворенности пациентов получаемой медицинской помощью.

С целью изучения факторов, определяющих удовлетворенность пациентов качеством стационарного обслуживания, нами проведено медико-социологическое исследование, базой для

которого избраны стационарные лечебно-профилактические учреждения (12 ЛПУ): республиканские (4 ЛПУ), городские (3 ЛПУ), ведомственные (2 ЛПУ), центральные районные и районные (3 ЛПУ) больницы, работающие в системе обязательного медицинского страхования в Республике Коми.

Объектом для исследования послужили пациенты старше 18 лет, находившиеся на стационарном лечении в мае - июле 2009 г. и давшие добровольное согласие на участие в исследовании. Сбор статистического материала проводился методом анкетирования по специально разработанной статистической "Карте изучения удовлетворенности потребителей стационарных медицинских услуг". Всего заполнено 489 таких карт.

Основная анализируемая переменная - удовлетворенность стационарной медицинской помощью - оценивалась по 14 параметрам, характеризующим: сроки ожидания госпитализации в больницу; организацию приема пациентов в приемном отделении; качество и полноту первичного осмотра врачом приемного отделения; бытовые условия пребывания в больнице; своевременность назначения и проведения обследования; полноту диагностического обследования и лечения; знания и умения лечащего врача и медицинских сестер; вежливость, заботу и индивидуальный подход лечащего врача и медицинских сестер; доступность объяснений врача при выписке из стационара; наличие информационных и образовательных материалов для пациентов. Эксперимент позволил выявить совокупную удовлетворенность.

Содержание социальных представлений пациентов о качестве стационарного обслуживания определялось с помощью специально разработанной 7-балльной оценочной шкалы; 1 балл - очень недоволен; 7 - очень доволен; 0 - мнения не имею. К независимым переменным были отнесены социально-демографические (пол, возраст, семейное положение, образование, занятость, место жительства), экономические (доходы, расходы на здравоохраненческие нужды) и медицинские (состояние здоровья, исходы заболевания) характеристики потребителей медицинских услуг. Затраты пациентов на здравоохраненческие нужды рассчитывались в абсолютном и относительном выражении как общая сумма и доля расходов бюджета семьи на оплату медицинских услуг и лекарственных средств в течение года.

По нашим данным, в составе изученного контингента женщины составили чуть более половины (54,8%). Преимущественно (79,3%) - это лица трудоспособного (18 - 29 лет - 25,6%, 30 - 39 лет - 21,9%, 40 - 49 лет - 17,4%, 50 - 59 лет - 14,5%) и 20,7% - нетрудоспособного (60 лет и старше) возраста. По уровню образования все респонденты разделены на три группы, имеющие: среднее общее (21,1%); среднее специальное (39,9%) и высшее образование (39,1%). По семейному положению 63,6% респондентов отнесли себя к семейным людям. Из них состоят в официальном браке (50,1%) и незарегистрированном - 13,7%. Из числа одиноких (36,4%) холосты (13,7%), разведены (12,3%), вдовы (10,2%). По занятости исследуемые лица объединены в две категории:

1. работающие (62,6%): служащие (26,0%), рабочие (26,8%) и предприниматели (9,8%);
2. неработающие (37,4%): пенсионеры (22,9%), учащиеся (5,5%), безработные (5,7%) и прочие (3,3%). Городские жители составляют 75,7%; сельские - 24,3%.

Характеристики материального благосостояния оценивались по величине прожиточного минимума и среднедушевого дохода в Республике Коми на 1 квартал 2009

---

года. В зависимости от уровня доходов, респонденты были объединены в три группы: 1. малообеспеченные (24,9%), живущие ниже прожиточного минимума; 2. относительно бедные (66,5%) - в пределах прожиточного минимума; 3. обеспеченные (8,6%). По субъективным оценкам пациенты разделены на 3 группы, здоровье которых после госпитализации: 1. улучшилось (64,2%); 2. осталось без изменений (33,9%); 3. ухудшилось (1,8%). Субъективно оценивают свой

статус здоровья как плохой и очень плохой (13,1%); удовлетворительный (61,9%); хороший и очень хороший (25,0%).

Для изучения структуры (профиля) удовлетворенности мы использовали качественные (позитивные, нейтральные, негативные) характеристики оценочных суждений пациентов о стационарной медицинской помощи. Для выявления факторов, влияющих на представления о качестве медицинской помощи, нами проводилось количественное измерение удовлетворенности пациентов содержанием их взаимодействия с органами здравоохранения.

Количественные параметры представлены средними значениями балльных оценок. Определение ведущих групп факторов, образующих структуру удовлетворенности пациентов, осуществлялось на основании факторного анализа с использованием метода главных компонент и Varimax-вращения. Адекватность выборки тестировалась с помощью критерия КМО (мера выборочной адекватности Кайзера-Мейера-Олкина), статистическая значимость его результатов оценивалась на основании критерия сферичности Бартлетта. Оценка статистической значимости различий между группами по анализируемым признакам осуществлялась: а) при симметричном (нормальном) распределении переменных с использованием t-критерия для двух независимых выборок, однофакторного дисперсионного анализа для нескольких независимых выборок; б) при асимметричном распределении - с помощью H-критерия Краскала-Уоллеса для нескольких независимых выборок. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS 14.

Методом факторного анализа были сформированы две группы параметров, определяющих структуру (профиль) удовлетворенности пациентов. Первая группа (квалификационный фактор) или функциональный аспект качества (как) по С. Стонгоос [10], включала 9 параметров: качество и полноту первичного осмотра врачом приемного отделения; знания и умения лечащего врача и медицинских сестер; полноту диагностического обследования и лечения; вежливость, заботу и индивидуальный подход лечащего врача и медицинских сестер; доступность объяснений врача при выписке из стационара.

Вторая группа (организационный фактор) или технический аспект качества (что) по С. Стонгоос [10], объединяла 5 переменных: сроки ожидания госпитализации в больницу; организацию приема пациентов в приемном отделении; своевременность назначения и проведения обследования; бытовые условия пребывания в больнице; наличие информационных и образовательных материалов для пациентов.

На основании оценок, данных пациентами, мы рассчитали их среднее значение отдельно по каждому структурному компоненту удовлетворенности: квалификационному и организационному факторам или функциональному и техническому аспектам качества. Квалификационная составляющая удовлетворенности оценена пациентами в 5,1 балла, что оказалось чуть выше ее среднего оценочного значения (5,0 баллов). Женщины более высоко (5,3 баллов) оценили функциональный аспект качества, чем мужчины (4,9 баллов). Позитивизм восприятия увеличивается с возрастом: от минимального (4,8 - 5,1 баллов) в трудоспособном до максимального (5,7 баллов) в нетрудоспособном (60 лет и старше). Как и следовало ожидать, ниже оценили данную компоненту высоко- и среднеобразованные (4,9 - 4,2 балла) и выше - малообразованные (5,5 баллов) пациенты. Городские жители более удовлетворены функциональным аспектом качества (5,3 баллов), чем сельские (4,7 баллов). Это объясняется лучшей профессиональной подготовкой врачебного состава медицинских учреждений городского здравоохранения по сравнению с сельским [7]. Наиболее высоко функциональный аспект оценили пенсионеры (5,6 балла) и наименее - предприниматели (4,3 балла).

оказывает и на восприятие лиц с разным семейным положением. Так, ниже всего анализируемую компоненту оценили разведенные (4,6 баллов) и выше - вдовы (5,8 баллов), что объясняется их разным возрастным составом (40,8 и 62,4 лет, соответственно). Вклад данной компоненты в удовлетворенность малообеспеченных значимо выше (5,5 баллов) в сравнении с имеющими более высокие доходы (4,0 - 4,5 баллов). Также обнаружена прямая значимая связь между медицинскими эффектами (исходами заболеваний) и социальными оценками потребителей медицинских услуг. Как и следовало ожидать, пациенты, здоровье которых улучшилось в процессе госпитализации, выше оценили квалификационный фактор (5,6 баллов), в сравнении с теми, чье состояние, несмотря на госпитальное лечение, ухудшилось (3,5 баллов). Вместе с тем, весьма примечательным является факт отсутствия зависимости между субъективным восприятием статуса здоровья и социальными оценками функционального аспекта качества (4,8 - 5,2 балла).

Установлена более низкая значимость вклада в формирование удовлетворенности стационарным обслуживанием организационного (технического) фактора (4,7 баллов) в сравнении с квалификационным (5,1 балла). При этом социальные оценки мужчин и женщин в точности совпали (4,7 и 4,7 балла). Как и следовало ожидать, они повышаются с возрастом пациентов: от минимальной (4,4 балла) - у 18 - 29 летних до максимальной (5,4 балла) - у 60-летних и старше. Позитивность восприятия технического аспекта качества снижается с ростом образовательного уровня пациентов. Лица со средним образованием оценили его на 5,1 баллов, со средним специальным и высшим - только на 4,6 баллов. Городские жители более удовлетворены (4,8 баллов) данным аспектом качества, чем сельские (4,5 баллов) ( $t = 4,8; p < 0,001$ ). Это объясняется наличием традиционных диспропорций в обеспеченности стационарной медицинской помощью жителей города и села [8]. Наиболее высоко (5,3 балла) анализируемый компонент оценили пенсионеры и наименее (4,0 балла) - предприниматели. Различия статистически значимы ( $F = 7,5; p < 0,001$ ). Они объясняются более молодым возрастным составом ( $38,9 \pm 1,4$  лет) последних и большей долей среди них лиц с высшим образованием (83,3% против 23,2%). Величина оценок варьируется в зависимости от семейного положения пациентов ( $F = 6,3; p < 0,001$ ). Она наиболее высока (5,4 балла) у вдовы и наименее (4,4 балла) - у разведенных и состоящих в незарегистрированном браке, что также объясняется разным возрастным составом сравниваемых социально-демографических групп ( $62,4 \text{ года} \pm 1,8; 40,8 \text{ лет} \pm 1,4 \text{ и } 32,8 \text{ года} \pm 1,4$  соответственно). Оценка технического аспекта тесно связана с уровнем материального благосостояния пациентов ( $F = 6,3; p = 0,02$ ). Самые высокие оценки дали низкодоходные (5,1 балла), а самые низкие - средне- (4,5 баллов) и высокодоходные (4,6 балла) группы пациентов. Нами выявлена прямая зависимость между социальными оценками и медицинскими эффектами (исходами заболеваний) ( $F = 34,8; p < 0,001$ ). Пациенты с улучшением здоровья выше оценили организацию стационарного обслуживания (5,0 баллов) в сравнении с теми, чье здоровье в процессе госпитализации ухудшилось (3,8 баллов). Как оказалось, субъективное восприятие статуса здоровья (4,6 - 4,7 баллов;  $F = 0,3; p = 0,73$ ) не оказывает значимого влияния на формирование социальных представлений о техническом аспекте качества, как и при их оценке квалификационной составляющей.

Мы специально поинтересовались мнением пациентов о качестве стационарного обслуживания в целом, т.е. их совокупной удовлетворенности. Оценочное значение (5,3 балла) целостного восприятия потребителями качества стационарного обслуживания оказалось значительно выше его дефрагментированной оценки функциональной (квалификационной) (5,1 балла) и технической (организационной) (4,7 баллов) компонент ( $F = 20,98; p < 0,001$ ). Гендерные различия в социальных представлениях пациентов оказались статистически значимыми ( $t = 2,7; p = 0,008$ ). Оценочный показатель варьирует от 5,1 баллов у мужчин до 5,4 баллов у женщин. Целостное воспри-

---

ятие качества потребителями трудоспособного возраста (4,9 - 5,1 баллов) и с высшим образованием (5,0 баллов) значимо ниже в сравнении с нетрудоспособными (60 лет и старше) (5,9 баллов) и малообразованными (5,3 - 5,6 баллов) ( $F = 7,2; p < 0,001$  и  $F = 6,2; p = 0,02$  соответственно). Городские жители (5,4 баллов) более высоко оценили качество стационарного

обслуживания в целом, чем сельские (4,6 баллов;  $t = 3,6$ ;  $p < 0,001$ ). В основе этих представлений лежит объективное неравенство в доступности качественной медицинской помощи городскому и сельскому населению. На первый взгляд, обобщенные потребительские оценки прямо связаны с социальным статусом пациентов ( $F = 5,8$ ;  $p < 0,001$ ): они существенно ниже у предпринимателей (4,6 балла) и выше у пенсионеров (5,8 баллов). Однако эти различия обусловлены главным образом возрастом пациентов. Подтверждением сделанному нами выводу может служить одинаковое восприятие качества (5,1 балла) безработными и занятыми. Оценочные суждения варьируют в зависимости от семейного положения пациентов: от 5,9 баллов у вдовых до 4,9 баллов у разведенных ( $F = 4,5$ ;  $p = 0,01$ ). Различия объясняются более молодым возрастным составом последних. Особое внимание обращает на себя зависимость социальных представлений от уровня доходов ( $F = 5,9$ ;  $p = 0,003$ ). Чем они выше, тем ниже воспринимаемое качество обслуживания. Так, малообеспеченные оценили его на 5,6, относительно бедные - на 5,2, живущие в достатке - на 4,9 баллов. Как и следовало ожидать, потребительские оценки варьируют в зависимости от исходов заболеваний ( $F = 48,0$ ;  $p < 0,001$ ). Пациенты, с улучшением здоровья, выше оценили (5,7 баллов) стационарное обслуживание в сравнении с теми, чье здоровье в процессе госпитализации ухудшилось (3,6 баллов). Субъективное восприятие статуса здоровья и в данном случае не оказало значимого влияния на социальные представления пациентов о качестве стационарного обслуживания (5,0 - 5,3 баллов;  $F = 1,0$ ;  $p = 0,36$ ).

Поскольку цены являются одним из основных ограничителей объемов потребления медицинских услуг, они часто препятствуют пользованию ими, особенно когда расходы на здравоохраненческие нужды составляют немалую долю семейного бюджета. На практике это ведет к усилению несправедливости в потреблении медицинских услуг в результате сужения доступа к ним пожилых и хронически больных. Мы поинтересовались влиянием на социальные представления пациентов величины их расходов на оплату медицинских услуг и лекарственных средств в течение года. В среднем они составили 9,458 тыс. рублей на одну семью. Однако значимых различий в социальных оценках пациентов с разным уровнем расходов на медицинскую помощь нами не было получено. Вместе с тем, лица, низко оценившие качество стационарного обслуживания, в 1,6 раза больше тратят на приобретение лекарственных средств (8,0 тыс. руб.) по сравнению с теми, чье восприятие было значительно выше (5,0 тыс. руб.).

Мы также не получили статистического подтверждения различий в обобщенных оценках качества стационарного обслуживания в зависимости от частоты госпитализации в круглосуточные и дневные стационары (2,0 и 0,7 случаев за 3 последних года соответственно). Вместе с тем, нами установлено значимое влияние частоты амбулаторных контактов (5,5 посещений на 1 человека в год) на общее восприятие качества стационарного обслуживания. Чем выше частота посещений поликлиники, тем хуже восприятие качества, и наоборот, чем реже пациенты посещают поликлинику, тем выше они оценивают качество стационарного обслуживания. Так, давшие низкие оценки обращались в поликлинику в 1,6 раза чаще (7,9 против 4,9 посещений в год;  $F = 7,8$ ;  $p < 0,01$ ).

Подтверждением объективности дефрагментированных и целостных социальных представлений о качестве стационарного обслуживания служит наличие прямой связи между оценочными суждениями пациентов и их обращениями в компетентные инстанции с жалобами на ненадлежащую медицинскую помощь. По нашим данным, из общего числа опрошенных каждый пятый (19,8%) когда-либо в своей жизни обращался с жалобами на некачественное обслуживание. Уровень воспринимаемого ими

---

качества оказался значимо ниже (4,2 - 4,7 баллов) в сравнении с теми, кто никогда не обращался с претензиями на некачественное обслуживание (4,8 - 5,4 баллов).

Обобщая полученные результаты, можно сделать следующие выводы. Прежде всего, следует отметить весьма невысокий общий уровень восприятия потребителями процесса предоставления



стационарных услуг, что соответствует данным других отечественных исследователей, изучавших качество работы стационаров разных типов и этапов организации медицинской помощи дифференцированно по административным территориям страны. Очевидно, что социальные представления населения о качестве стационарного обслуживания, как о наиболее дорогостоящем виде медицинской помощи, в полной мере отражают кризисное состояние отечественной больничной службы.

Результаты обобщенной оценки процесса стационарного обслуживания подтвердили предсказания двухфакторной теории управления качеством С. Стопгоос о том, что для обеспечения полноценного потребительского восприятия важно одновременное наличие функционального и технического аспектов качества.

Различия в показателях дефрагментированной оценки технического и функционального аспектов качества подтвердили положения концепции J. Ware [11] о присутствии в оценочном процессе субъективной и объективной сторон. При этом объективная составляющая, в которой отражается реальный опыт взаимодействия пациента с системой здравоохранения, формируется под влиянием непосредственного наблюдения и коррелируется с техническим аспектом качества. Субъективная составляющая создается под воздействием личных предпочтений пациента, его ценностей, ожиданий и представлений, хорошо объясняется социально-психологической моделью S. Linder-Pelz [13,14] и коррелируется с функциональным аспектом качества.

Наши данные показали наличие значимых различий в социальных представлениях о качестве стационарного обслуживания разных групп населения. Значимое независимое влияние на интериоризацию социальных представлений о качестве стационарного обслуживания оказывает пол, возраст, образование, место жительства, доходы, частота и эффективность контактов с системой здравоохранения. Этот результат хорошо согласуется с основными концептуальными положениями теории потребления медицинских услуг. Мы не получили подтверждения влияния статусных характеристик, отражающих общественное, семейное положение и здоровье индивидов на их социальные представления, что подтверждает объективизм оценочных суждений пациентов.

И, наконец, результаты исследования убедительно показали, что интериоризация социальных представлений о качестве стационарного обслуживания в значительной мере происходит под влиянием межличностных отношений пациента и контактного персонала здравоохранения, оказывающего данные услуги.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Боярский А.Л.* Современное состояние здравоохранения по оценкам медицинских работников // Здравоохранение РФ. 1994. N2. С. 13 - 14.
2. *Вишняков Н. И.* Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи // Проблемы управления здравоохранением. 2009. N 2(45). С. 43 - 45.
3. *Наумова Е.Л.* Сравнительный анализ удовлетворенности от лечения пациентов терапевтического профиля в клиниках Саратова и Массачусетса // [Электронный ресурс] Современные проблемы науки и образования. 2007. N 2. www.rae.ru
4. *Новаторов Э. В.* Концептуальные и методологические основы маркетинговых исследований качества в сфере услуг // Маркетинг и маркетинговые исследования в России. 2000. N 5(29). С. 4 - 13.
5. *Новаторов Э. В.* Методы разработки и анализа процесса обслуживания в маркетинге услуг // Маркетинг в России и за рубежом. 2001. N1 (21). С. 50 - 57.
6. *Русинова Н. Л.* Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения // Социология медицины. 2006. N 2 (9). С. 24 - 31.

- 
7. *Светличная Т. Г.* Врачебные кадры сельских больниц и их подготовка // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1999. N 2. С. 37 - 40.
  8. *Светличная Т. Г.* Научное обоснование совершенствования системы стационарной помощи сельскому населению на Европейском Севере России в условиях реформирования здравоохранения: Автореф. дис. ... д.м.н. СПб., 1999.
  9. Стационарная медицинская помощь (основы организации) / Под ред. *А. Г. Сафонова, Е. А. Логиновой*. М.: Медицина, 1989.
  10. *Cronroos C.* A services quality model and its marketing implications // European Journal of Marketing. Vol. 18. N4. P. 36 - 44.
  11. Defining and measuring patient satisfaction with medical care / *J.E. Jr. Ware* [et al.] // Eval. Program. Plann. 1983. Vol. 6, N 3 - 4. P. 247 - 263.
  12. *Law M.* Supporting Community Access // *Hugie*. 1989. Vol. 8. N 1. P. 11 - 15.
  13. *Linder-Pelz S.* Toward a theory of patient satisfaction // *Soc. Sci. Med.* 1982. Vol. 16, N 5. P. 577 - 582.
  14. *Linder-Pelz S.* Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis // *Soc. Sci. Med.* 1982. Vol. 16, N 5. P. 583 - 589.
  15. *Luce B.R.* Estimating Costs in the Economic Evaluation of Medical Technologies // *Int. J. Technol. Ass. Hlth Care.* 1990. Vol. 6. P. 57 - 75.