

ГЛАВА 3. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ ПРАВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ДОСТУПНОЙ И КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Влияние социально-экономических характеристик пациентов на реализацию их прав на получение медицинской помощи

Обеспечение всеобщей доступности эффективных служб здравоохранения приемлемого качества рассматривается Всемирной организацией здравоохранения как обязательное требование на современном этапе развития общества. Доступность медицинской помощи и, как следствие, медицинская активность населения, имеют объективные параметры и характеристики, к которым относятся: материально-техническая оснащенность, информационная, финансовая и временная доступность, законодательное обеспечение, этические аспекты и организационные технологии организации доступности [163]. Различия в медицинской активности мужчин и женщин, групп с разным уровнем образования и доходов, проживающих в разных регионах страны и типах населенных пунктов, изучаются многими исследователями [88, 179, 181, 188, 189, 194, 195, 229, 239]. Однако существующее неравенство в доступности медицинской помощи требует более детального анализа и обсуждения для правильного выбора приоритетов реализации государственной политики в сфере охраны здоровья населения.

Наиболее информативным показателем, широко используемым для характеристики медицинской активности населения, является среднее число посещений на одного человека в год. По нашим данным, величина показателя составила в среднем 3,8 посещения на 1 человека в год (табл. 9). По данным В. Бойкова и соавт. [181], проводивших социологический мониторинг населения, среднее число посещений пациентами амбулаторий и поликлиник составило 4,3 случая на 1 человека в год. По результатам социологического исследования А.В. Решетникова, С.А. Ефименко [189], 39,5 % пациентов обращались в поликлинику 2–5 раз, 31,0 % – 1 раз, 19,9 % – более 5 раз в год.

Таблица 9

Среднее число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений по изучаемым признакам и их группам (в расчете на одного человека в год)

Наименование признака и его группы	Абсолютное число респондентов	Среднее число посещений* (на 1 чел. в год), $\pm \sigma$
Пол		t = 2,4; p = 0,02
мужчины	1798	3,7 \pm 1,0
женщины	3086	3,8 \pm 0,9
Возраст, лет		F = 6,5; p < 0,001
18-29	1198	3,3 \pm 0,9
30-39	1105	3,5 \pm 0,9
40-49	996	3,4 \pm 0,8
50-59	839	3,9 \pm 0,8
60 и старше	746	6,6 \pm 0,9
Семейное положение		F = 6,5; p < 0,001
семейные, в т.ч. состоящие в:	3263	3,8 \pm 0,9
зарегистрированном браке	2689	3,8 \pm 1,0
незарегистрирован. браке	574	3,4 \pm 1,0
одинокие, в т.ч.:	1621	3,7 \pm 1,1
холостые	687	3,4 \pm 1,2
вдовы	491	5,6 \pm 1,3
разведенные	443	4,5 \pm 1,3
Образование		F = 5,8; p < 0,001
среднее общее	940	4,7 \pm 0,9
среднее специальное	2118	3,9 \pm 0,9
высшее	1826	3,7 \pm 0,9
Занятость		F = 7,4; p < 0,001
работающие, в т.ч.:	3321	3,4 \pm 0,9
рабочие	1171	3,3 \pm 1,0
служащие	1798	3,6 \pm 0,9
предприниматели	352	2,7 \pm 1,2
неработающие, в т.ч.:	1563	5,9 \pm 1,0
пенсионеры	945	6,4 \pm 1,1
учащиеся	235	3,9 \pm 1,2
безработные	190	3,7 \pm 1,3
прочие	193	3,3 \pm 1,0
Место жительства		t = 1,4; p = 0,4
город	3948	3,7 \pm 1,0
село	936	3,8 \pm 1,1

Уровень доходов		$t < 2,0, p = 0,13$
абсолютная бедность	1392	$3,9 \pm 0,9$
относительная бедность	3110	$3,7 \pm 0,9$
достаток	382	$3,8 \pm 0,9$
В среднем	4884	$3,8 \pm 0,9$

* – жирным выделены статистически значимые различия показателей.

По нашим данным, женщины несколько чаще обращались за медицинской помощью, чем мужчины (3,9 и 3,7 случаев соответственно, $t = 2,4$; $p = 0,02$). Результаты нашего исследования совпадают с данными других авторов. Так, А.В. Решетников [188] также отмечает более частое посещение медицинских учреждений женщинами. По его данным, ежемесячно обращаются за медицинской помощью 8,0 % мужчин и 13,0 % женщин, раз в полгода – 27,0 и 36,0 %, один раз в год – 26,0 и 24,0 %, не каждый год – 31,0 и 21,0 % соответственно. С.В. Шишкин и соавт. [195], изучавшие гендерные различия в доступности медицинской помощи, также обращают внимание на более низкий уровень посещаемости амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) мужчинами (30,5 %) в сравнении с женщинами (40,0 %). По данным И.С. Глазунова и соавт. [179], проводивших телефонный опрос жителей г. Москвы, половина опрошенных женщин (50,4 %) и треть (34,4 %) мужчин обращались за медицинской помощью в течение последнего года. При этом каждый третий (36,4 % мужчин и 36,9 % женщин) из общего числа респондентов посещал поликлинику 1–2 раза в год; 7,1 и 15,8 % – 3–5 раз в год; 3,2 и 5,5 % соответственно – более 10 раз.

При сравнении среднего числа посещений пациентов разных возрастных групп нами выявлены статистически значимые различия ($F = 6,5$; $p < 0,001$). Реже других посещают АПУ лица в возрасте 18–49 лет (3,3 – 3,5 случаев). Как и следовало ожидать, частота посещений увеличивается с возрастом и достигает максимума в 60 лет и старше (6,6 случаев). Наличие различий в частоте посещений лиц разного возраста подтверждается результатами других исследований. Так, по данным С.В. Шишкина и др. [195], в структуре обратившихся в АПУ лица трудоспособного возраста составили 31,0 %, нетрудоспособного – 69,0 %.

По нашим данным, частота посещений поликлиник мужчинами и женщинами разного возраста также различна. В молодом возрасте (18–29 лет) и периоде гормональной перестройки (50–59 лет) чаще за медицинской помощью обращаются женщины (3,6 и 3,9 случаев соответственно против 3,1 и 3,2 случаев у мужчин, $t = 2,2$; $p = 0,04$ и $2,4$; $p = 0,02$), в возрастной группе 60 лет и старше – женщины (7,1 против 6,2 случаев у мужчин, $t = 2,3$; $p = 0,03$).

Нами выявлено значимое обратное влияние образовательного уровня пациентов на их посещаемость амбулаторно-поликлинических учреждений ($F = 5,8$; $p < 0,001$). Так, лица с высшим образованием обращались за медицинской помощью в 3,7 случаях, со средним специальным – в 3,9 случаях, со средним общим – уже в 4,7 случаях. Наши данные несколько отличаются от результатов, представленных другими авторами. Так, А.В. Решетников выявил [188], что лица с высшим образованием преимущественно обращаются за медицинской помощью 1–2 раза в год; лица со средним и средним специальным образованием – еще реже, причем треть из них даже менее одного раза в год; с незаконченным средним или начальным – от 2 до 12 раз в год. По данным Независимого института социальной политики [195], за амбулаторно-поликлинической помощью чаще обращаются лица с высшим (41 %), реже – с полным средним образованием (32 %).

Социальный статус пациентов также влияет на частоту посещений амбулаторий и поликлиник ($F = 7,4$; $p < 0,001$). Значение показателя наиболее высоко у пенсионеров (6,4 случаев) и самое низкое (2,7 случая) – у предпринимателей. Различия в доступности медицинской помощи между категориями работающих (3,4 случая) и не работающих (5,9 случаев) пациентов также достоверно значимы ($t = 4,1$, $p < 0,001$). По материалам исследования А.В. Решетникова [188], по частоте обращений в медицинские учреждения на первом месте находятся пенсионеры, втором – работники бюджетной сферы, третьем – служащие, четвертом – рабочие, пятом – безработные и шестом – предприниматели.

По результатам нашего исследования, уровень посещений в амбулаторно-поликлинические учреждения жителей города и села практически одинаков (3,7 и 3,8 случая соответственно). Скорее всего, это можно объяснить тем, что в исследовании принимали

участие жители городов с небольшой численностью населения (от 5 тыс. до 340 тыс. человек). По данным А.В. Решетникова [188], место жительства влияет на частоту посещаемости АПУ. Однако выявленная исследователем зависимость не связана с размерами населенных пунктов и масштабами сети поликлинических учреждений, как можно было бы предположить. По данным автора, первое место по частоте посещений в АПУ занимают жители городов районного подчинения и рабочих поселков, второе – крупных промышленных центров, третье – сельских поселений и четвертое – городов областного подчинения. По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ), приводимым Независимым институтом социальной политики [195], в течение 1 месяца в поликлиники обращаются 23 % столичных жителей и в 1,5 раза меньше (16 %) – сельских. По результатам Национального обследования благосостояния и участия населения в социальных программах (НОБУС), в течение года за амбулаторной помощью обращаются 48 % населения столиц, 50 % больших и 52 % малых городов, 44 % сельских населенных пунктов. Результаты исследования «Индекс потребительских настроений в России» (ИПН) показали, что в течение трех месяцев за амбулаторной помощью обращаются 34 % жителей столиц, 38 % больших и 36 % малых городов, 32 % сельских поселений. Результаты опросов НОБУС, РМЭЗ, ИПН свидетельствуют о наличии общей тенденции к меньшей посещаемости лечебных учреждений сельскими жителями.

Семейное положение пациентов влияет на их обращаемость за медицинской помощью ($F = 6,5$; $p < 0,001$). Реже пользуются медицинскими услугами лица, состоящие в незарегистрированном браке (3,4 случая), чаще – вдовы (5,6 случаев). Эти различия, по видимому, обусловлены влиянием вмешивающегося (confounding) фактора, а именно, возраста пациентов. Это подтверждается тем, что при разделении пациентов на группы семейных (3,8 случая) и одиноких (3,7 случая) достоверно значимых различий между ними не выявлено ($t < 2,0$, $p = 0,09$).

Нами не выявлено значимого влияния материального благополучия на медицинскую активность населения ($t < 2,0$, $p = 0,13$). Скорее всего, это можно объяснить общим низким уровнем доходов пациентов государственных (муниципальных) учреждений здравоохра-

нения. Только каждый десятый (10,1 %) из них имел доход выше среднедушевого. По данным В. Бойкова с соавт. [181], бедные люди реже посещают амбулаторно-поликлинические учреждения и чаще отказываются от обследования и лечения. Так, в самой низкодоходной квинтильной группе населения среднее число посещений амбулаторий и поликлиник составило 3,7 посещения, второй – 4,7, третьей – 4,3, четвертой – 4,6, и самой высокодоходной – 4,2 посещения на 1 человека в год.

Таким образом, на доступность амбулаторно-поликлинической помощи влияют пол пациентов, их возраст и социальный статус. Самый высокий уровень посещений амбулаторно-поликлинических учреждений отмечается у неработающих пациентов старше 60 лет (6,9 посещений на 1 человека в год), что объясняется высокой распространенностью у них хронических заболеваний и их осложнений. Немаловажное значение имеет также наличие свободного времени для длительного ожидания в очередях при получении бесплатной медицинской помощи.

Различия в возможностях получения медицинской помощи обусловлены историей формирования российской системы здравоохранения: наличие параллельных систем ведомственного здравоохранения, сокращением государственного финансирования в 1990-е годы, существенными различиями в экономическом потенциале разных территорий, ростом неравенства в распределении доходов между различными социальными и территориальными группами. Так, по нашим данным, провинциальные потребители медицинских услуг северных территорий России расходуют на здравоохраненческие нужды в среднем 7,3 тыс. руб. в год (Мп 6,0 тыс. руб.; 3,6 тыс. руб. (25 % квартиль) – 10,0 тыс. руб. (75 % квартиль)), что составляет 4,2 % их семейного бюджета. Полученные нами результаты значительно превышают официальные статистические сведения Госкомстата и почти вчетверо ниже оценок независимых экспертов (16,2 %), приводимых С.В. Шишкиным с соавт. [194]. Так, по данным Госкомстата, расходы населения на платные медицинские услуги в 2010 г. составили 1,6 тыс. руб., на фармацевтические товары – 3,9 тыс. руб. на душу населения в год [65].

Женщины значительно больше мужчин тратят на здравоохраненческие нужды (5,0 и 6,0 тыс. руб. соответственно) (табл. 10). Также

нами подтверждена хорошо известная прямая зависимость между возрастом пациентов и их расходами на медицинские услуги и лекарственные средства: с 5,0 тыс. руб. в 18 – 29 лет до 6,0 тыс. руб. – в 60 лет и старше.

Как и следовало ожидать, семейные лица тратят на оплату здравоохраненческих нужд большую сумму денежных средств (6,0 тыс. руб.) в сравнении с одинокими (5,0 тыс. руб.) Особенно значительны расходы тех семейных пар, брачные отношения которых зарегистрированы официально (6,5 тыс. руб.). Меньше всего (4,4 тыс. руб.) тратят на медицинские нужды холостые мужчины и незамужние женщины. Различия в расходах разных типов домохозяйств статистически значимы ($p < 0,001$). Однако они в гораздо большей степени связаны с возрастом их членов и разным уровнем иждивенческой нагрузки семей.

Таблица 10

Показатели расходов домохозяйств на здравоохраненческие нужды по изучаемым признакам и их группам (в расчете на одно обследованное домохозяйство, в тыс. руб., и к общим семейным доходам, в %)

Наименование признака и его группы	Расходы на медицинские услуги, Мп; 25 % (Q1) – 75 % (Q3) квартили, тыс. руб.	Расходы на лекарственные средства, Мп; 25 % (Q1) – 75 % (Q3) квартили, тыс. руб.	Расходы на здравоохраненческие нужды в целом на одно домохозяйство, 25 % (Q1) – 75 % (Q3) квартили, тыс. руб.	Доля здравоохраненческих расходов в общих семейных доходах, %
Пол	p = 0,472	p = 0,861	p = 0,013	p = 0,001
мужчины	3,5 (2,8 – 6,0)	4,0 (3,0 – 7,0)	5,0 (3,3 – 9,0)	3,9
женщины	4,0 (2,7 – 7,0)	4,0 (3,0 – 7,0)	6,0 (4,0 – 10,0)	4,3
Возраст, лет	p = 0,613	p = 0,039	p = 0,021	p < 0,001
18–29	3,5 (3,0 – 6,0)	4,0 (3,0 – 6,0)	5,0 (3,5 – 9,0)	2,9
30–39	4,0 (2,9 – 7,0)	4,0 (3,0 – 7,0)	6,0 (4,0 – 10,0)	3,8
40–49	4,0 (2,9 – 7,0)	4,0 (3,0 – 7,0)	6,0 (4,0 – 9,5)	3,3
50–59	4,0 (2,5 – 7,0)	4,0 (3,0 – 7,0)	6,0 (3,5 – 10,0)	5,1
60 и старше	4,0 (2,5 – 7,0)	5,0 (3,0 – 8,0)	6,0 (3,7 – 10,0)	8,5
Семейное положение	p = 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001
семейные, в т.ч. состоящие в:	4,0 (3,0 – 7,0)	4,0 (3,0 – 7,0)	6,0 (4,0 – 9,0)	3,7

Продолжение таблицы 10

официальном браке	4,0 (3,0 – 7,0)	4,0 (3,0 – 7,0)	6,5 (4,0 – 10,0)	3,8
незарегистрир. браке	4,0 (3,0 – 7,0)	4,0 (3,0 – 7,0)	5,0 (3,0 – 9,0)	3,6
одинокие, в т.ч.:	3,0 (3,5 – 5,0)	4,0 (3,0 – 7,0)	5,0 (3,0 – 9,0)	5,2
холостые	3,0 (3,5 – 5,0)	4,0 (3,0 – 5,0)	4,4 (3,0 – 7,3)	3,4
вдовы	3,0 (3,5 – 5,0)	5,0 (3,0 – 8,5)	6,0 (3,2 – 10,0)	8,8
разведенные	3,1 (2,4 – 6,0)	3,5 (3,0 – 6,5)	4,5 (3,0 – 9,0)	4,8
Образование	p < 0,001	p = 0,143	p < 0,001	p = 0,02
среднее общее	3,0 (3,3 – 4,5)	4,0 (3,0 – 6,0)	5,0 (3,5 – 8,0)	4,9
среднее специальное	4,0 (3,8 – 6,0)	4,0 (3,0 – 7,0)	5,5 (3,5 – 9,5)	3,8
высшее	4,0 (3,0 – 7,0)	4,0 (3,0 – 7,0)	6,0 (4,0 – 11,0)	3,9
Занятость	p = 0,027	p = 0,012	p = 0,001	p < 0,001
работающие, в т.ч.:	4,0 (3,0 – 5,0)	4,0 (3,0 – 7,0)	6,0 (4,0 – 9,5)	3,3
рабочие	3,2 (2,5 – 5,0)	4,0 (3,0 – 5,0)	5,0 (3,5 – 8,0)	3,5
служащие	4,0 (3,0 – 7,0)	4,0 (3,0 – 7,0)	6,0 (4,0 – 10,0)	3,3
предприниматели	5,0 (3,0 – 7,0)	5,0 (3,1 – 7,0)	8,0 (4,0 – 10,3)	2,5
неработающие, в т.ч.:	3,7 (2,5 – 7,0)	4,0 (3,0 – 8,0)	6,0 (3,3 – 10,0)	6,8
пенсионеры	4,0 (2,5 – 7,0)	5,0 (3,0 – 8,0)	6,0 (3,5 – 12,0)	8,4
учащиеся	3,8 (3,5 – 6,3)	4,0 (3,0 – 7,0)	4,0 (3,1 – 9,0)	3,2
безработные	3,0 (2,1 – 6,0)	3,5 (3,0 – 9,5)	3,9 (3,5 – 9,8)	5,7
прочие	4,0 (2,4 – 7,0)	3,5 (3,0 – 9,5)	6,0 (3,3 – 10,0)	3,2
Место жительства	p < 0,001	p = 0,08	p = 0,04	p = 0,03
город	4,0 (3,0 – 7,0)	4,0 (3,0 – 7,0)	6,0 (3,5 – 10,0)	5,1
село	3,0 (2,5 – 5,0)	4,0 (3,0 – 7,0)	5,0 (3,7 – 8,0)	3,9
Уровень доходов	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001
абсолютная бедность	3,0 (2,5 – 5,0)	3,5 (2,5 – 5,0)	4,5 (3,0 – 7,0)	5,8
относительная бедность	4,0 (2,9 – 6,9)	4,0 (3,0 – 7,0)	6,0 (4,0 – 10,0)	3,8
достаток	4,5 (2,9 – 8,0)	5,0 (3,5 – 9,0)	7,5 (4,0 – 15,0)	2,6
В среднем	4,0 (2,7- 6,0)	4,0 (3,0 - 7,0)	6,0 (3,6 - 10,0)	4,2

* – жирным выделены статистически значимые различия показателей.

Вполне естественно, что самые большие расходы на медицинские нужды несут те домохозяйства, в составе которых имеются дети и лица пенсионного возраста.

Как видно из данных таблицы 10, расходы на медицинские нужды зависят от уровня образования потребителей медицинских услуг ($p < 0,01$). С ростом образовательного уровня они увеличиваются. Самые большие денежные средства (6,0 тыс. руб.) затрачивают пациенты с высшим образованием, меньшие (5,5 тыс. руб.) – со средним специальным и самые низкие (5,0 тыс. руб.) – со средним общим образованием. Полученные нами данные подтверждают установленную ранее другими исследователями [181, 194] прямую зависимость между частотой случаев оплаты медицинских услуг и уровнем образования пациентов.

По нашим данным, затраты на медицинские нужды работающих и неработающих граждан оказались в среднем одинаковыми (6,0 тыс. руб.), что объясняется социальной неоднородностью составляющих их групп. Как видно из таблицы 10, имеются существенные колебания величины расходов по отдельным социальным группам. Наибольшие расходы на здравоохраненческие нужды несут предприниматели (8,0 тыс. руб.), а наименьшие – учащиеся (4,0 тыс. руб.) и безработные (3,9 тыс. руб.). Выявленные различия статистически значимы ($p = 0,001$).

Городские жители тратят на медицинские нужды больше денежных средств в сравнении с сельскими (6,0 тыс. руб. и 5,0 тыс. руб. соответственно; $p = 0,04$). Это объясняется, с одной стороны, более низким уровнем обеспеченности сельских медицинских учреждений материально-техническими и кадровыми ресурсами, а с другой – существенно большими экономическими возможностями горожан в получении надлежащих объемов качественной медицинской помощи.

Нами установлено также, что расходы на оплату медицинских нужд увеличиваются с ростом доходов населения. Хуже всего экономические возможности удовлетворения медицинских потребностей у лиц, живущих на доходы ниже прожиточного минимума. Последние затрачивают на оплату медицинских услуг и приобретение лекарственных средств в среднем 4,5 тыс. руб. в год. Расходы лиц,

живущих в относительной бедности, достигают 6,0 тыс. руб. Как и следовало ожидать, лучшими экономическими возможностями обладают обеспеченные граждане: их расходы на медицинские нужды составляют 7,5 тыс. руб. в год ($p < 0,001$).

Несомненный интерес представляет характеристика обследованных домохозяйств по доле расходов на здравоохраненческие нужды в общих семейных расходах как фактор, значительно ограничивающий доступ населения к качественной медицинской помощи. По нашим данным, доля расходов на здравоохраненческие нужды в общих семейных доходах провинциальных потребителей медицинских услуг составляет в среднем 4,2 % (табл. 10). Показатель весьма невысок. Он в четыре раза меньше результатов, полученных в исследовании 15-летней давности, проведенном Йоркским университетом (Великобритания) [329], и Институтом социальных исследований (Россия) [181] в конце 1990-х годов в ряде регионов (от 3 до 14) страны. По их данным, доля расходов на медицинские услуги и лекарственные средства россиян в тот период была существенно выше и колебалась в пределах 15,0–16,0 % от совокупного дохода среднего домохозяйства. Столь же высокие цифры (16,2 %) приводит и С.В. Шишкин с соавт. [194]. По их данным, доли расходов на медицинские нужды в полярных (max–min) квинтильных группах домохозяйств колебались в пределах от 9,7–11,9 до 29,2–31,7 % соответственно. Скорее всего, расхождения в показателях связаны с существенно меньшей частотой распространенности практики оказания медицинских услуг за плату в северных территориях страны в сравнении с ее центральными и южными регионами.

При традиционно большем внимании женщин к собственному здоровью их расходы на здравоохраненческие нужды значимо выше (4,3 % против 3,9 % у мужчин; $p = 0,001$). На данные различия указывает в своем исследовании и Независимый институт социальной политики [53]. В результате исследования нами установлено также, что доля расходов в общем семейном бюджете достоверно увеличивается с возрастом. Величина показателя минимальна (2,9 %) у самых молодых (18–29 лет). Удельный вес затрат на медицинские нужды в доходах наиболее экономически активной социально-демографической группы граждан (у 30–49-летних) относительно невысок (3,8–3,3 %). Вдвое большую часть (8,5 %) своего бюджета

та на здравоохранение расходуют пожилые люди (60 лет и старше). Доля расходов на медицинские нужды заметно меньше у холостых (3,4 %) и находящихся в незарегистрированном браке (3,6 %), чем у разведенных (4,8 %) и вдовых (8,8 %). Эти различия, по-видимому, обусловлены влиянием вмешивающегося (confounding) фактора, а именно, возраста пациентов. Это подтверждается тем, что в группе лиц нетрудоспособного возраста отсутствуют статистически значимые различия в величине анализируемого показателя ($p = 0,5$).

Нами выявлено также влияние на величину показателя уровня образования потребителей медицинских услуг ($p = 0,02$). Самая высокая доля расходов (4,9 %) отмечается в группе лиц, имеющих лишь общеобразовательную подготовку. Показатель несколько меньше у закончивших средние профессиональные (3,8 %) или высшие учебные заведения (3,9 %), что дает им возможность занимать лучшие рабочие места и получать существенно большие доходы.

Судя по величине показателя, наибольшие трудности в получении бесплатной медицинской помощи испытывают неработающие граждане. Последние расходуют на медицинские нужды 6,8 % от общего семейного бюджета, что вдвое превышает аналогичный показатель работающих лиц (3,3 %). В наиболее невыгодном экономическом положении находятся пенсионеры (8,4 %) и безработные (5,7 %).

Доля расходов на медицинские нужды существенно ниже у сельских жителей (3,9 %) в сравнении с городскими (5,1 %; $p = 0,03$). Эта зависимость подтверждена и в исследовании НИСП [53]. По их данным, жители небольших населенных пунктов тратят на оплату медицинской помощи и лекарств 3,8 % своих доходов, а жители городов с населением больше миллиона человек – уже 5,0 %. Одной из причин такого положения дел, вероятнее всего, является низкий уровень материально-технического обеспечения диагностических служб сельских медицинских учреждений, не позволяющий провести качественные лабораторные и инструментальные исследования. Ситуация усугубляется недостатком или отсутствием специалистов, имеющих специальные знания и подготовку по данным направлениям медицины.

Особенного внимания заслуживают результаты анализа расходов на здравоохранение разных доходных групп населения. Как и следовало ожидать, наибольшую долю семейного бюджета (5,8 %) рас-

ходят малообеспеченные семьи, что вдвое больше аналогичного показателя обеспеченных домохозяйств (2,6 %; $p < 0,001$). Похожие результаты получены и в исследовании НИСП [53]: 6,0 и 3,7 % соответственно. При этом настораживает тот факт, что преобладающей причиной отказов от медицинской помощи у лиц с низкими доходами, по материалам Независимого института социальной политики, является невозможность оплаты расходов на лечение.

При изучении взаимосвязи между наиболее важными социально-экономическими характеристиками провинциальных потребителей медицинских услуг и частотой распространенности неформальных платежей обращает на себя внимание факт нежелания респондентов обсуждать данную тему (на этот вопрос анкеты ответили менее половины (44,3 %) опрошенных). С одной стороны, это свидетельствует о том, что пациенты ЛПУ в условиях жесткого ограничения выбора врача и медицинского учреждения не готовы, по-видимому, открыто обсуждать финансовые условия получения необходимой медицинской помощи, а с другой – подтверждает мнение отечественных исследователей [111] о заинтересованности пациентов в неформальных платежах как способе, значительно сокращающем их общие затраты на здравоохранение.

По нашим данным, уровень распространенности неформальных платежей весьма велик (65,8 % от числа ответивших на данный вопрос). Столь же высокой оказалась и доля теневых выплат в общей сумме платежей (23,5 %). Полученные нами данные превысили показатели (11,5–15,4 %), приводимые другими исследователями по результатам социологического обследования домохозяйств 10-летней давности по 14 регионам страны [181]. Вероятнее всего, этот факт свидетельствует о тенденции к увеличению частоты распространения практики “теневых” платежей в здравоохранении.

Нами не подтверждено наличие взаимосвязи между изучаемыми социально-экономическими характеристиками потребителей медицинских услуг и частотой распространенности неформальных платежей. По-видимому, решающее значение здесь принадлежит другим факторам, в частности, институциональным и социокультурным. Полученные нами результаты не противоречат данным, приводимым другими авторами. Так, анализ специальной литературы

свидетельствует о наличии весьма большого числа работ, посвященных данной проблеме и свидетельствующих о чрезвычайной сложности феномена “теневой” оплаты. При этом общая закономерность заключается в том, что для одних стран связь между характеристиками социально-экономического положения домохозяйств и частотой неформальных платежей есть, а для других ее нет [194, 294]. В частности, в исследовании J. Kogai [287] не обнаружено статистической зависимости между семейными доходами и частотой благодарности “в конверте”, а по результатам исследования T.Mirsoev [302] даже установлена обратная зависимость между ними.

Таким образом, полученные нами данные подтверждают наличие в российском здравоохранении существенного экономического неравенства в реализации права на получение доступной и качественной медицинской помощи для разных социальных групп населения. Выявленные различия в размерах оплаты медицинских услуг и лекарственных средств невозможно объяснить лишь возрастом, типом семьи, образованием, занятостью, местом жительства и даже величиной получаемых домохозяйствами доходов. Они обусловлены сложным сочетанием демографических, профессиональных, экономических, географических, институциональных и социокультурных факторов. При этом наибольшее негативное воздействие эти факторы оказывают на лиц, живущих в чрезвычайной и относительной бедности. Особенно тяжким бременем расходы на здравоохранение ложатся на низкодоходные семьи, часто становясь для них очень серьезной проблемой.

Формирование расходов населения на здравоохранение происходит под влиянием целого ряда социально-экономических факторов. Важное значение в удовлетворении потребностей населения в медицинской помощи принадлежит экономическим характеристикам потребителей медицинских услуг. В сложившихся обстоятельствах основополагающей проблемой при разработке мер по обеспечению права равного доступа к качественной медицинской помощи для всех без исключения граждан независимо от их экономического и географического положения становится проблема социальной несправедливости. Ее возникновение тесно связано с использованием механизма соучастия населения в расходах на здравоохранение.

Применение данного финансового инструмента при отсутствии институционального регулирования со стороны государства ведет к усилению социального неравенства, поскольку создает возможности переноса экономического бремени на семьи с низким доходом. Несправедливость в потреблении медицинских услуг еще более усиливается в результате сужения доступа к ним престарелых, нетрудоспособных и хронически больных.

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что использование рыночных механизмов без адекватного вмешательства государства в этот процесс ведет к созданию предпосылок, при которых социально уязвимые группы населения, особенно малообеспеченные, не имеют равного доступа к качественному медицинскому обслуживанию. Вместе с тем в условиях использования механизма соучастия в расходах именно на них ложится основная тяжесть экономического бремени по оплате услуг здравоохранения. В таких обстоятельствах весьма высока вероятность того, что порождаемый рынком индивидуализм приведет к разрушению коллективной ответственности, на которой основана легитимность системы обязательного медицинского страхования в условиях реализации концепции государства всеобщего благосостояния.

3.2. Оценка удовлетворенности пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений обеспечением прав при получении медицинской помощи

В настоящее время исследования, посвященные измерению уровней удовлетворенности пациентов получаемой медицинской помощью, приобрели широкое распространение. В литературе выделяется несколько основных функций, выполняемых такого рода исследованиями: выявление детерминант поведения пациентов во взаимодействии с врачом и системой здравоохранения в целом; изучение опыта потребителей медицинских услуг; выявление «болевых точек» в системе предоставления медицинской помощи, устранение которых может способствовать повышению эффективности функционирования отрасли здравоохранения; измерение результативности получаемых медицинских услуг [199]. Некоторые исследователи рассматривают социологические опросы пациентов по организации медицинской помощи, мотивах их поведения, медицинской актив-

ности, качестве получаемых услуг как механизм управления лечебными учреждениями [245]. Вместе с тем наиболее важной функцией измерения удовлетворенности пациентов большинством исследователей признается оценка качества предоставляемой медицинской помощи [109, 253].

По итогам факторного анализа нами было сформировано 3 группы факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов амбулаторно-поликлинической помощью (табл. 11). Первый фактор, названный нами квалификационным, объединял 8 составляющих и формировал 24,1 % удовлетворенности пациентов. При этом для 6 из 8 включенных в анализ переменных величина корреляции превышала 0,7. К их числу относились знания и умения врачей (0,793); забота и вежливость врачей (0,784) и медицинских сестер (0,741); внешний вид и опрятность медицинского персонала (0,784); качество лечения (0,755); неразглашение личной тайны (0,752).

Таблица 11

Факторные нагрузки показателей неудовлетворенности пациентов амбулаторно-поликлинической медицинской помощью после Varimax вращения

Наименование показателя	Фактор		
	1	2	3
Знания врачей	0,793		
Внешний вид персонала	0,784		
Забота врачей	0,784		
Качество лечения	0,755		
Неразглашение личной тайны	0,752		
Забота медсестер	0,741		
Время на приеме	0,477	0,552	
Качество обследования	0,514		
Запись на прием		0,770	
Продолжительность ожидания		0,751	
Удобство работы		0,645	
Работа персонала регистратуры		0,577	
Польза от указателей			0,549
Наличие пособий			0,523
Доступность объяснений			0,814
Советы врача			0,814
Знания медсестер	0,479		

Второй фактор – организационный – объединял 5 переменных и формировал 18,7 % удовлетворенности амбулаторной помощью. Высокие корреляции с этим фактором имели удобство и простота системы записи на прием (0,77) и продолжительность его ожидания (0,751).

Третий фактор – информационный – включал 4 составляющих и формировал 15,3 % удовлетворенности пациентов. К их числу относились: доступность объяснений (0,814); советы врача (0,814); информативность указателей (0,549) и наличие обучающих пособий (0,523).

По данным нашего исследования, относительное число лиц, давших положительную оценку качеству полученной амбулаторной помощи, составило 57,7 %. Нейтрально оценили или сообщили об отсутствии у них мнения по данному вопросу еще 17,4 % пациентов. Оставшиеся 24,9 % пациентов дали негативную оценку качеству амбулаторной помощи. При этом жители Архангельской области дали 55,1 % положительных оценок, Мурманской – 58,1 %, Республики Коми – 62,0 %.

Выше других пациенты оценили квалификацию медицинских работников. Удельный вес лиц, удовлетворенных квалификационной составляющей качества амбулаторной помощи, составил 66,1 %, не имеющих мнения/нейтрально относящихся – 16,7 %. Каждый шестой (17,2 %) не удовлетворен квалификацией персонала поликлиник (табл. 12). По нашим данным, в группе показателей, составляющих квалификационный фактор, выше среднего уровня показатели удовлетворенности по критериям: забота и внимание медицинских сестер (68,3 %) и внешний вид медицинских работников (71,6 %). Меньше всего посетители поликлиник довольны тем, как соблюдается врачебная тайна (61,5 %).

Таблица 12

**Показатели субъективной оценки квалификации
медицинских работников, в %**

Наименование признака	Удовлетворены	Оценивают нейтрально/ мнения не имеют	Не удовлетворены
Неразглашение личной тайны	61,5	22,7	15,8
Забота врачей	65,0	15,1	19,9

Продолжение таблицы 12

Качество обследования	65,1	15,6	19,3
Знания врачей	65,7	18,3	16,0
Качество лечения	65,5	16,3	18,2
Забота медсестер	68,3	14,2	17,5
Внешний вид персонала	71,6	14,7	13,7
В среднем	66,1	16,7	17,2

Наши данные отличаются от результатов исследования Н.Ф. Шильниковой и О.В. Ходаковой [245], изучавших удовлетворенность амбулаторной помощью в ведомственном учреждении здравоохранения и выявивших, что медико-деонтологическими (квалификационными) аспектами полученной помощи удовлетворены 44,3 % пациентов. Вместе с тем, по результатам данного исследования, из всей группы удовлетворенных полностью довольны качеством консультационно-диагностических услуг лишь 25,3 %, а две трети респондентов (74,7 %) оценили качество медицинской помощи как «не совсем удовлетворительное».

Немного больше половины (60,3 %) опрошенных довольны информацией, полученной от медицинских работников или через указатели, стенды, обучающие пособия (табл. 13). Каждый пятый (18,5 %) не смог высказать своего мнения, практически столько же (21,2 %) не довольны количеством и качеством полученной таким образом информации. При этом наибольшие претензии пациенты предъявляют к информации, полученной от медицинских работников: каждый пятый (22,1 %) не доволен советами врача и доступностью объяснений медицинского персонала (21,8 %).

Таблица 13

Показатели субъективной оценки информационной составляющей амбулаторной помощи, в %

Наименование признака	Удовлетворены	Оценивают нейтрально/ мнения не имеют	Не удовлетворены
Советы врача	59,7	18,2	22,1
Доступность объяснений персоналом	59,9	18,3	21,8
Польза от указателей	60,1	19,8	20,1

Наличие информационных пособий	61,4	17,7	20,9
В среднем	60,3	18,5	21,2

При изучении мнений пациентов об организации амбулаторно-поликлинической помощи выявлено, что положительно ее оценили лишь 44,2 % респондентов, нейтрально – 17,6 % и негативно – 38,2 % (табл. 14). Наибольшие претензии связаны с длительностью ожидания приема (47,2 % отрицательных оценок) и трудностями записи на прием к врачу (44,3 %). Аналогичные сведения приводит Г.Р. Бульхина [25] по г.о. Тольятти Самарской области. По ее данным, самой низкой была удовлетворенность пациентов амбулаторных учреждений своевременностью приема и поликлинического обслуживания.

Таблица 14

Показатели субъективной оценки организации работы поликлиник, в %

Наименование признака	Удовлетворены	Оценивают нейтрально/ мнения не имеют	Не удовлетворены
Продолжительность ожидания	31,3	21,5	47,2
Запись на прием	36,8	18,9	44,3
Время на приеме	41,5	12,7	45,8
Работа персонала регистратуры	52,1	18,5	29,4
Удобство работы ЛПУ	60,2	16,3	24,5
В среднем	44,4	17,6	38,2

Негативное мнение пациентов об организации медицинской помощи, выявленное в нашем исследовании, подтверждается результатами экспертной оценки КМП. Так, по данным Д.А. Шипунова и Д.В. Плаксина [246], организационные дефекты занимают первое место (66,0 %) в структуре нарушений, выявленных при экспертизе качества медицинской помощи.

Несомненный интерес представляет оценка пациентами качества медицинского обслуживания в целом. В структуре потребительских оценок доля позитивных составила 60,7 %, нейтральных – 12,4 % и

негативных – 26,9 %. Относительное число давших отрицательные оценки качеству амбулаторного обслуживания в целом, полученное по результатам нашего исследования, значительно меньше показателя (38,3 %), приводимого Р.У. Хабриевым и И.Ф. Серегиной [239]. По данным А.В. Решетникова [188], качеством медицинской помощи не удовлетворена треть населения. По результатам исследования Л.М. Мухарямовой [108], изучавшей удовлетворенность медицинской помощью населения Республики Татарстан, 61,2 % респондентов оценили медицинские услуги как качественные. Г.Н. Котова [88], изучавшая удовлетворенность городского населения амбулаторной помощью, выявила 51,2 % пациентов, не довольных качеством поликлинических услуг. По данным В.Н. Филатова и О.А. Маховой [236], проводивших социологический опрос среди пациентов поликлиник г. Санкт-Петербурга, доля недовольных медицинской помощью достигала 67,5 %, а по результатам Ю.Ю. Зиньчук по Московской области – даже 70,0 % [66]. Широкая вариабельность результатов исследований объясняется различиями используемых разными авторами методик, а также особенностями изучаемых аспектов качества медицинской помощи. Не вызывает сомнений и тот факт, что на результаты исследований оказывают определенное влияние субъекты проведения опроса. Анкетирование лечащим врачом будет иметь заведомо лучшие результаты в сравнении с независимыми интервьюерами.

В разработанных нами регрессионных моделях наиболее значимыми предикторами удовлетворенности пациентов качеством амбулаторно-поликлинической помощи явились (табл. 15): качество полученного лечения ($\beta = 0,318$; $p < 0,001$), знания и умения врачей ($\beta = 0,151$; $p < 0,001$), качество диагностического обследования ($\beta = 0,136$; $p < 0,001$), советы врача о том, как предотвратить возможные проблемы со здоровьем в будущем ($\beta = 0,085$; $p < 0,001$), неразглашение личной тайны ($\beta = 0,078$; $p < 0,001$), забота и вежливость лечащего врача ($\beta = 0,078$; $p = 0,001$), доступность объяснений врача по поводу заболевания и лечения ($\beta = 0,076$; $p = 0,002$), удобство работы поликлиники ($\beta = 0,067$; $p < 0,001$), удобство записи на прием к врачу ($\beta = 0,055$; $p = 0,005$), забота и вежливость персонала регистратуры ($\beta = 0,044$; $p = 0,031$). Указанные переменные объясняют 67,0 % дисперсии совокупного показателя удовлетворенности пациентов ($R^2 = 0,665$).

Таблица 15

**Признаки, связанные с удовлетворенностью пациентов амбулаторной
медицинской помощью**

Тестируемый признак	Одномерный анализ		Многомерный анализ		Ранг
	Станд. коэф. beta (95%ДИ)	P	Станд. коэф. beta (95%ДИ)	P	
Удобство работы	0,417	< 0,001	0,067	< 0,001	8
Запись на прием	0,376	< 0,001	0,055	0,005	10
Продолжительность ожидания	0,417	< 0,001			
Польза от указателей	0,364	< 0,001			
Наличие пособий	0,404	< 0,001			
Время на приеме	0,509	< 0,001			
Доступность объяснений	0,595	< 0,001	0,076	0,002	7
Советы врача	0,566	< 0,001	0,085	< 0,001	4
Работа персонала регистратуры	0,450	< 0,001	0,044	0,031	11
Забота медсестер	0,538	< 0,001			
Забота врачей	0,620	< 0,001	0,078	0,001	5-6
Внешний вид персонала	0,426	< 0,001			
Неразглашение личной тайны	0,488	< 0,001	0,078	< 0,001	5-6
Знания врачей	0,630	< 0,001	0,151	< 0,001	2
Знания медсестер	0,557	< 0,001			
Качество обследования	0,666	< 0,001	0,136	< 0,001	3
Качество лечения	0,731	< 0,001	0,318	< 0,001	1

Нами рассчитаны средние значения удовлетворенности пациентов, измеренные по семибалльной шкале, по каждому сформированному фактору (табл. 16). Удовлетворенность пациентов квалификационными характеристиками медицинского персонала составила в среднем 4,8 баллов. Полученные данные совпадают с результатами, приводимыми другими авторами. Так, по данным Н.Ф. Шильниковой и О.В. Ходаковой [245], измерявших деонтологическую составляющую квалификации по пятибалльной шкале, внимание, уделяемое пациенту врачами и медицинскими сестрами, оценивалось в 3,9 и 4,1 балла соответственно, а их профессиональные качества в 4,1 балла.

По нашим данным, женщины более требовательны (4,7 балла) в оценке квалификационных характеристик, чем мужчины (4,9 балла). Различия статистически достоверны ($t = 2,8$; $p = 0,005$). Удовлетворенность квалификационными характеристиками увеличивается с возрастом пациентов: с минимальной (4,5 балла) у 30–39-летних до максимальной (5,0 баллов) у лиц 60 лет и старше ($F = 6,0$; $p < 0,001$). Она снижается с ростом образования пациентов: с 5,0 – 4,8 балла у лиц со средним и средним специальным до 4,6 балла – с высшим образованием ($F = 4,9$, $p = 0,007$). У сельских жителей этот показатель выше (5,0 балла), чем у городских (4,7 балла; $t = 4,0$; $p < 0,001$).

Удовлетворенность квалификационными характеристиками наиболее высока у учащихся (5,1 балла) и ниже всего – у предпринимателей (4,6 балла; $F = 4,3$; $p < 0,001$). Менее других довольны квалификацией медицинского персонала лица, относящиеся по своим доходам к категории относительной бедности (4,6 балла). Лица с доходами ниже прожиточного минимума (абсолютная бедность) оценили удовлетворенность квалификационной составляющей медицинской помощи значительно выше (4,9 балла, $F = 6,3$; $p = 0,002$). Нами не выявлено достоверных различий в величине показателя у лиц с разным семейным положением.

Удовлетворенность пациентов организацией медицинской помощи, по нашим данным, составила в среднем 3,6 балла, что соответствует результатам других исследований. Так, по данным Н.Ф. Шильниковой и О.В. Ходаковой [245], оценка пациентами ожидания приема врача по пятибалльной шкале составила 2,8 балла.

Как и следовало ожидать, женщины оценивают организацию амбулаторно-поликлинической помощи (3,5 балла) достоверно ниже ($t = 4,1$; $p < 0,001$), чем мужчины (3,8 балла). Показатель увеличивается с возрастом пациентов: с минимального (3,4 балла) – у 30–39 летних до максимального (4,0 балла) – у лиц 60 лет и старше ($F = 8,2$; $p < 0,001$). Он снижается с ростом образовательного уровня пациентов. Лица, имеющие среднее образование, оценили данный фактор на 3,9 балла, тогда как респонденты с высшим образованием – только на 3,4 балла ($F = 9,2$; $p < 0,001$). Сельские жители более удовлетворены (3,9 балла) организацией медицинской помощи, чем горожане (3,5 балла) ($t = 4,8$; $p = 0,002$). Работающие пациенты (3,5 балла)

Показатели удовлетворенности пациентов амбулаторно-поликлинической помощью по изучаемым признакам и их группам (в баллах)

Наименование признака и его группы	Абсолютное число респондентов	Компоненты удовлетворенности				Совокупная удовлетворенность, $\pm\sigma$
		Квалификационный фактор, $\pm\sigma$	Организация медицинской помощи, $\pm\sigma$	Доступность медицинской информации, $\pm\sigma$	Интегральная дефрагментированная удовлетворенность, $\pm\sigma$	
Пол		t = 2,8; p = 0,005	t = 4,1; p < 0,001	t = 3,1; p = 0,02	t = 3,4; p = 0,001	t = 3,3; p = 0,01
мужчины	1208	4,9 \pm 1,1	3,8 \pm 1,1	4,5 \pm 1,1	4,4 \pm 1,0	4,6 \pm 0,9
женщины	1927	4,7 \pm 1,1	3,5 \pm 1,0	4,3 \pm 1,0	4,2 \pm 0,9	4,4 \pm 0,9
Возраст, лет		F = 6,0; p < 0,001	F = 8,2; p < 0,001	F = 3,6; p = 0,006	F = 6,5; p < 0,001	F = 5,5; p < 0,001
18-29	748	4,8 \pm 1,0	3,6 \pm 1,2	4,4 \pm 1,0	4,3 \pm 0,9	4,5 \pm 1,4
30-39	713	4,5 \pm 1,0	3,4 \pm 1,2	4,3 \pm 1,1	4,1 \pm 0,9	4,3 \pm 1,5
40-49	695	4,7 \pm 1,0	3,6 \pm 1,2	4,4 \pm 1,0	4,2 \pm 0,8	4,4 \pm 1,4
50-59	545	4,8 \pm 0,9	3,8 \pm 1,2	4,6 \pm 1,1	4,4 \pm 0,8	4,6 \pm 1,4
60 и старше	434	5,0 \pm 0,9	4,0 \pm 1,1	4,6 \pm 1,1	4,5 \pm 0,8	4,8 \pm 1,4
Семейное положение		F = 0,5; p = 0,8	F = 1,3; p = 0,3	F = 0,9; p = 0,5	F = 1,0; p = 0,4	F = 1,2; p = 0,3
семейные, в т.ч. состоящие в:	2107	4,7 \pm 1,1	3,6 \pm 1,0	4,4 \pm 1,3	4,2 \pm 0,8	4,4 \pm 1,0
официальном браке	1761	4,7 \pm 1,1	3,5 \pm 1,1	4,4 \pm 1,3	4,2 \pm 0,9	4,4 \pm 1,0
незарегистриров. браке	346	4,8 \pm 1,2	3,7 \pm 1,2	4,4 \pm 1,2	4,3 \pm 0,9	4,5 \pm 1,1
одинокие, в т.ч.:	1028	4,8 \pm 1,1	3,7 \pm 1,0	4,5 \pm 1,3	4,3 \pm 0,9	4,5 \pm 1,1
холостые	438	4,8 \pm 1,0	3,7 \pm 1,2	4,6 \pm 1,3	4,4 \pm 0,9	4,5 \pm 1,0
вдовье	289	4,8 \pm 1,1	3,9 \pm 1,2	4,5 \pm 1,3	4,4 \pm 0,9	4,6 \pm 1,0

разведенные	301	4,7 ± 1,1	3,5 ± 1,2	4,4 ± 1,3	4,4 ± 1,3	4,4 ± 1,3	4,4 ± 1,0
Образование		F = 4,9; p = 0,007	F = 9,2; p < 0,001	F = 3,1; p = 0,04	F = 3,4; p = 0,04	F = 8,7; p < 0,001	
среднее полное	556	5,0 ± 0,9	3,9 ± 1,1	4,7 ± 1,0	4,5 ± 0,9	4,7 ± 1,4	
среднее специальное	1320	4,8 ± 0,9	3,6 ± 1,2	4,4 ± 1,0	4,3 ± 0,9	4,5 ± 1,4	
высшее	1259	4,6 ± 0,9	3,4 ± 1,2	4,3 ± 1,3	4,1 ± 0,9	4,3 ± 1,4	
Занятость		F = 4,3; p < 0,001	F = 7,6; p < 0,001	F = 2,3; p = 0,03	F = 3,0; p = 0,006	F = 3,8; p = 0,01	
работающие, в т.ч.:	2259	4,7 ± 0,9	3,5 ± 1,2	4,3 ± 1,0	4,2 ± 0,9	4,4 ± 1,4	
рабочие	729	4,8 ± 0,9	3,7 ± 1,2	4,4 ± 1,1	4,3 ± 0,9	4,6 ± 1,4	
служащие	1270	4,7 ± 0,9	3,5 ± 1,2	4,2 ± 1,0	4,2 ± 0,9	4,4 ± 1,4	
предприниматели	260	4,6 ± 0,9	3,3 ± 1,2	4,6 ± 1,1	4,2 ± 1,1	4,3 ± 1,3	
неработающие, в т.ч.:	876	4,9 ± 1,0	3,9 ± 1,2	4,5 ± 1,1	4,5 ± 1,0	4,6 ± 1,4	
пенсионеры	543	4,9 ± 1,0	3,9 ± 1,1	4,5 ± 1,1	4,4 ± 1,0	4,6 ± 1,4	
учащиеся	147	5,1 ± 1,0	3,9 ± 1,2	4,7 ± 1,1	4,6 ± 1,1	4,8 ± 1,3	
безработные	83	4,9 ± 1,1	3,9 ± 1,4	4,4 ± 1,3	4,4 ± 1,2	4,6 ± 1,6	
прочие	103	4,4 ± 1,1	3,3 ± 1,3	4,3 ± 1,2	4,0 ± 1,1	4,4 ± 1,4	
Место жительства		t = 4,0; p < 0,001	t = 4,6; p < 0,001	t = 3,0; p = 0,03	t = 4,4; p < 0,001	t = 4,5; p < 0,001	
город	2650	4,7 ± 1,1	3,5 ± 1,3	4,4 ± 1,3	4,2 ± 1,3	4,4 ± 1,0	
село	485	5,0 ± 1,0	3,9 ± 1,2	4,6 ± 1,3	4,5 ± 1,3	4,7 ± 0,9	
Уровень доходов		F = 6,3; p = 0,002	F = 4,8; p = 0,02	F = 10,2; p < 0,001	F = 6,2; p = 0,002	F = 1,4; p = 0,06	
абсолютная бедность	870	4,9 ± 0,9	3,8 ± 1,2	4,7 ± 1,0	4,5 ± 0,9	4,5 ± 1,4	
относительная бедность	2021	4,6 ± 0,9	3,6 ± 1,2	4,4 ± 1,1	4,2 ± 0,9	4,4 ± 1,4	
достаток	244	4,8 ± 0,9	3,7 ± 1,2	4,6 ± 1,0	4,4 ± 0,9	4,5 ± 1,5	
В среднем	3135	4,8±0,9	3,6±1,1	4,4±1,0	4,3±0,9	4,5±1,4	

* – жирным выделены статистически значимые различия показателей.

имеют гораздо больше ($t = 4,0$; $p < 0,001$) претензий к организации медицинской помощи, чем неработающие (3,9 балла). Наиболее высокая удовлетворенность организацией амбулаторно-поликлинической помощи у пенсионеров, безработных, учащихся (3,9 балла) и ниже всего – у предпринимателей (3,3 балла). Различия статистически достоверны ($F = 7,6$; $p < 0,001$). Величина этого параметра также не зависит от семейного положения пациентов ($F = 1,3$; $p = 0,3$). Удовлетворенность организацией амбулаторно-поликлинической помощи связана с уровнем душевных доходов респондентов. Так, относительно бедные менее довольны организацией амбулаторной помощи (3,6 балла), чем абсолютно бедные (3,8 балла, $F = 4,8$; $p = 0,02$).

Удовлетворенность доступностью медицинской информации (третий фактор) составила в среднем 4,4 балла. Ниже информационную составляющую амбулаторной помощи оценивают женщины (4,3 балла против 4,5 балла у мужчин, $t = 3,1$; $p = 0,02$). Статистически значимые различия в оценке предоставленной пациентам информации выявлены у лиц разного возраста ($F = 3,6$; $p = 0,006$). Показатель увеличивается с возрастом пациентов: от минимального (4,3 балла) – у лиц в возрастной группе 30–39 лет до максимального (4,6 балла) – у лиц в возрасте 60 лет и старше. Удовлетворенность полученной информацией зависит от уровня образования. Так, лица со средним общим образованием выше оценили (4,7 балла) информативную составляющую, чем пациенты со средним специальным (4,4 балла) и высшим образованием (4,3 балла; $F = 3,1$; $p = 0,04$). Работающие пациенты менее удовлетворены доступностью полученной информации, чем неработающие (4,3 балла против 4,5 балла; $t = 3,3$; $p = 0,008$). Показатель варьирует от 4,2 балла у служащих до 4,7 балла у учащихся ($F = 2,3$; $p = 0,03$). Городские жители более требовательны к качеству получаемой информации (4,4 балла), чем сельские (4,6 балла, $t = 3,0$; $p = 0,03$). Удовлетворенность пациентов полученной информацией зависит от их уровня доходов: от максимальной (4,7 балла) – у абсолютно бедных, до минимальной (4,4 балла) – у относительно бедных лиц ($F = 6,2$; $p = 0,002$).

Несомненный интерес представляет оценка совокупной удовлетворенности амбулаторно-поликлинической помощью, которая, по нашим данным, составила 4,5 балла. При этом пациенты отвечали

на вопрос «Удовлетворены ли Вы в целом полученной в поликлинике медицинской помощью?». Данный показатель достоверно выше интегральной дефрагментированной удовлетворенности (4,3 балла; $t = 3,1$; $p = 0,01$), рассчитанной как среднее значение 17 изучаемых параметров. По результатам исследования Н.Ф. Шильниковой и О.В. Ходаковой [245], усредненный уровень удовлетворенности амбулаторной помощью составил 3,8 балла по пятибалльной шкале.

Как и по отдельным выделенным нами группам параметров, совокупная удовлетворенность медицинской помощью выше у мужчин (4,6 балла), чем у женщин (4,4 балла). Различия статистически достоверны ($t = 3,3$; $p = 0,001$). Результаты нашего исследования совпадают с данными Н.Л. Русиновой и соавт. [199], изучавших удовлетворенность поликлинической помощью жителей г. Санкт-Петербурга. Женщины более критично оценивают деятельность поликлиник (54 балла против 50 баллов у мужчин по 100-балльной шкале).

Выявленные тенденции сохраняются и при изучении влияния возраста на совокупную удовлетворенность амбулаторно-поликлинической помощью. Показатель увеличивается с минимального у лиц в возрасте 30–39 лет (4,3 балла) до максимального у пациентов старшей возрастной группы (4,8 балла; $F = 7,3$; $p < 0,001$).

Как и следовало ожидать, совокупная удовлетворенность уменьшается с ростом уровня образования пациентов ($F = 8,7$; $p < 0,001$): от минимального (4,3 балла) с высшим до максимального у лиц со средним образованием (4,7 балла).

Работающие (4,4 балла) достоверно меньше ($t = 2,6$; $p = 0,009$) удовлетворены получаемой медицинской помощью, чем неработающие пациенты (4,6 балла). При распределении респондентов по социальным группам максимальный уровень удовлетворенности выявлен у учащихся (4,8 балла), минимальный – у предпринимателей (4,3 балла). Различия статистически значимы ($F = 3,8$; $p = 0,001$).

По нашим данным, сельские жители выше (4,7 балла) оценивают амбулаторно-поликлиническую помощь, чем горожане (4,4 балла; $t = 4,2$; $p < 0,001$). Различия в уровне удовлетворенности пациентов в зависимости от их семейного положения и уровня доходов статистически не значимы.

Таким образом, в структуре удовлетворенности пациентов амбулаторной помощью можно выделить три составляющие: квалификационную, организационную и информационную. При этом из-за отсутствия специальных знаний оценка квалификации медицинского персонала осуществляется пациентами по иным, чем в профессиональном сообществе, параметрам. К ним относятся: знания и умения врачей; забота медицинского персонала; качество обследования и лечения; внешний вид и опрятность медицинских работников; неразглашение личной тайны. Организационная составляющая, в свою очередь, представлена: продолжительностью ожидания приема врача; удобством записи на прием; удобством работы ЛПУ; временем, уделенном врачом пациенту на приеме; работой персонала регистратуры. Информационная составляющая определяется количеством и качеством информации, полученной пациентом от медицинских работников: через советы лечащего врача и доступность объяснений, а также информативностью указателей и наглядных пособий, имеющих в поликлинике.

Полученные нами данные подтверждают невысокий общий уровень удовлетворенности пациентов амбулаторно-поликлинической помощью (4,5 балла или 52,6 % положительных оценок), что соответствует данным других российских исследователей [88, 188, 199, 236, 239, 245]. Очевидно, что оценка населением результативности деятельности основного звена здравоохранения, первичной медико-санитарной помощи в полной мере отражает кризисное состояние российской медицины.

Среди всех составляющих удовлетворенности выше других пациенты оценивают квалификацию медицинского персонала (4,8 балла, или 61,1 % положительных оценок), ниже – организацию медицинской помощи (3,6 балла или 39,2 % положительных оценок). При этом оценка совокупной удовлетворенности амбулаторной помощи значимо выше, чем ее усредненный показатель, рассчитанный по всем анализируемым критериям (4,5 балла и 4,3 балла соответственно, $t = 4,1$; $p < 0,001$).

Среди 17 анализируемых параметров удовлетворенности пациентов 10 являются наиболее значимыми и объясняют 67,0 % дисперсии ее совокупного показателя. К ним относятся: качество полученного

лечения; знания и умения врачей; качество диагностического обследования; советы врача о том, как предотвратить возможные проблемы со здоровьем в будущем; неразглашение личной тайны; забота и вежливость лечащего врача; доступность объяснений врача по поводу заболевания и лечения; удобство работы поликлиники; удобство записи на прием к врачу; забота и вежливость персонала регистратуры.

На удовлетворенность пациентов качеством амбулаторной помощи влияют их пол, возраст, образование, социальный статус, место жительства, уровень доходов. При этом изменения показателей однонаправлены как по отдельным составляющим удовлетворенности, так и по ее усредненному и совокупному показателям (за исключением отсутствия влияния уровня доходов на совокупную удовлетворенность пациентов). Исходя из этого, можно сделать вывод, что выше оценивают качество амбулаторной помощи неработающие мужчины в возрасте 60 лет и старше, имеющие лишь среднее образование, живущие на селе и имеющие доходы, относящиеся к категории абсолютной бедности. Более требовательными пациентами являются городские работающие женщины в возрастной группе 30–39 лет, имеющие высшее образование и уровень доходов, позволяющий отнести их к категории относительной бедности.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о тесной взаимосвязи удовлетворенности пациентов амбулаторно-поликлинической помощью и организации работы первичного звена здравоохранения, квалификации медицинского персонала, а также информативности и доступности медицинской информации и дают основания для принятия управленческих решений по совершенствованию первичной медико-социальной помощи населению.

3.3. Оценка удовлетворенности пациентов стационарных учреждений обеспечением прав при получении медицинской помощи

При всей неоднозначности трактовки критерия удовлетворенности пациентов как меры качества медицинской помощи органам управления здравоохранением при планировании и организации медицинской помощи крайне важно учитывать мнение ее потребителей. Необходимость в таких исследованиях подтверждается тем, что, во-

первых, пациенты, мнением которых интересуются, чувствуют свою значимость и активно участвуют в лечебном процессе; во-вторых, медицинские работники осознают персональную ответственность за восприятие пациентом качества оказанной ими помощи; в-третьих, при возникновении конфликтных ситуаций появляется возможность их разбора непосредственно на месте и сразу для предупреждения возможных обращений пациентов в вышестоящие инстанции.

По итогам факторного анализа нами было сформировано 3 группы параметров, формирующих удовлетворенность пациентов качеством стационарной помощи. Первая группа параметров (фактор 1 – квалификационный), объединяла 7 составляющих и объясняла 28,4 % удовлетворенности КМП. При этом для 4 из 7 включенных в анализ переменных величина корреляции с фактором 1 превышала 0,7 (табл. 17). К их числу относились вежливость, забота, индивидуальный подход врачей и медицинских сестер (0,808 и 0,776 соответственно); качество лечения (0,722); качество диагностических исследований (0,719).

Таблица 17

Значения факторных нагрузок отдельных параметров стационарной помощи в формировании потребительской удовлетворенности

Наименование признака	Квалификационный фактор	Организационный фактор	Информационный фактор
Вежливость врачей	0,808		
Вежливость медсестер	0,776		
Качество лечения	0,722		
Качество диагностики	0,719		
Знания и умения врачей	0,643		
Знания и умения медсестер	0,626		
Работа приемного отделения		0,795	
Условия пребывания		0,736	
Сроки ожидания		0,716	
Качество первичного осмотра	0,608		
Наличие указателей			0,745
Наличие обучающих пособий			0,703
Неразглашение личной тайны	0,313		0,723
Доступность объяснений			0,688
Своевременность обследования	0,482	0,686	

Вторая группа параметров (фактор 2 – организационный) объединяла 4 переменных и объясняла 18,6 % удовлетворенности КМП. Высокие корреляции ($r > 0,07$) с этим фактором имели: организация приема пациента в приемном отделении (0,795); бытовые условия пребывания в больнице (0,736); сроки ожидания госпитализации (0,716).

Третья группа параметров (фактор 3 – информационный) включала 4 составляющие и объясняла 15,5 % удовлетворенности КМП. К их числу отнесены: информативность указателей (0,745); наличие и доступность информационных и обучающих материалов (0,703); неразглашение личной тайны пациента (0,723); доступность объяснений (0,688).

Нами специально изучены компоненты удовлетворенности пациентов, вносящие наибольший вклад в ее формирование. Так, в разработанных нами регрессионных моделях наиболее значимыми предикторами удовлетворенности пациентов качеством стационарной помощи явились (табл. 18): качество полученного лечения ($\beta = 0,321$; $p < 0,001$) и обследования ($\beta = 0,156$; $p < 0,001$), знания и умения врачей ($\beta = 0,144$; $p < 0,001$), сроки ожидания госпитализации ($\beta = 0,094$; $p < 0,001$), доступность объяснений врача по поводу заболевания и лечения ($\beta = 0,085$; $p = 0,001$), неразглашение личной тайны ($\beta = 0,076$; $p = 0,001$), качество первичного осмотра в приемном отделении ($\beta = 0,074$; $p = 0,001$), забота и вежливость медицинских сестер ($\beta = 0,061$; $p = 0,002$), бытовые условия пребывания в стационаре ($\beta = 0,054$; $p = 0,003$), наличие информационных и образовательных материалов ($\beta = 0,055$; $p = 0,005$), информативность указателей и стендов ($\beta = 0,048$; $p = 0,041$). Указанные переменные объясняют 74,2 % дисперсии показателя удовлетворенности пациентов ($R^2 = 0,764$).

Таблица 18

Признаки, связанные с удовлетворенностью пациентов стационарной медицинской помощью

Тестируемый признак	Одномерный анализ		Многомерный анализ		Ранг
	Станд. коэф. beta (95%ДИ)	P	Станд. коэф. beta (95%ДИ)	P	
Сроки ожидания госпитализации	0,584	< 0,001	0,094	< 0,001	4
Организация работы приемного отделения	0,276	0,004			

Продолжение таблицы 18

Качество обследования	0,648	< 0,001	0,156	< 0,001	2
Условия пребывания	0,374	< 0,001	0,054	0,003	9
Наличие образовательных материалов	0,404	< 0,001	0,055	0,005	10
Качество первичного осмотра	0,601	< 0,001	0,074	0,001	7
Знания медсестер	0,595	< 0,001			
Знания врачей	0,677	< 0,001	0,144	< 0,001	3
Информативность указателей	0,454	< 0,001	0,048	0,041	11
Качество лечения	0,734	< 0,001	0,321	< 0,001	1
Вежливость медсестер	0,427	< 0,001	0,061	0,002	8
Вежливость врача	0,426	< 0,001			
Доступность объяснений	0,624	< 0,001	0,085	0,001	5
Неразглашение личной тайны	0,478	< 0,001	0,076	0,001	6

Интегральный дефрагментированный показатель удовлетворенности пациентов качеством стационарной помощи, рассчитанный как средняя величина по всем 14 анализируемым параметрам, составил 70,3 %. Нейтрально оценили или не высказали своего мнения еще 16,5 % опрошиваемых. Явно негативную оценку дали оставшиеся 13,2 % пациентов. Среди жителей Архангельской области относительное число положительных оценок составило 73,2 %, Мурманской области – 67,3 %, Республики Коми – 70,2 %. Значимых различий показателей удовлетворенности пациентов стационарной помощью в медицинских учреждениях разного типа ($F = 3,9$; $p = 0,02$) нами не выявлено.

По нашим данным, пациенты наиболее высоко оценивают квалификацию медицинского персонала (78,8 %). Значительно меньше они довольны организацией медицинской помощи (69,2 %) и информативностью получаемых медицинских услуг (57,4 %). Так, доля пациентов, позитивно оценивших квалификационные характеристики медицинского персонала, составила 78,8 %, нейтрально

– 12,1 %, негативно – 9,1 % (табл. 19). Выше среднего уровня показатель удовлетворенности выявлен по критериям: знания (84,5 %) и вежливость (80,9 %) врачей, качество диагностического обследования (79,5 %). Ниже среднего – по критериям: вежливость (78,4 %) и знания (78,1 %) медицинских сестер, качества лечения (76,6 %) и первичного осмотра врача приемного отделения (73,3 %).

Таблица 19

Структура потребительских оценок квалификационной составляющей качества стационарной помощи (в % к числу ответов по каждому признаку)

Наименование изучаемых признаков и их группы	Позитивная	Нейтральная	Негативная
Знания врачей	84,5	9,2	6,3
Вежливость врачей	80,9	11,5	7,6
Качество диагностики	79,5	11,2	9,3
Вежливость медсестер	78,4	12,6	9
Знания медсестер	78,1	12,4	9,5
Качество лечения	76,6	14,4	9
Качество первичного осмотра	73,3	13,3	13,4
В среднем	78,8	12,1	9,1

По нашим данным, положительно оценили организацию стационарной медицинской помощи 69,2 % пациентов; еще 15,5 % – не имели определенного мнения, а оставшиеся 15,3 % – дали ей отрицательную оценку (табл. 20). Основные организационные дефекты (20,0 % отрицательных оценок) связаны с длительными сроками (3 месяца и более) ожидания госпитализации и длительными сроками ожидания обследования пациентов, уже находящихся на стационарном лечении (18,4 % отрицательных оценок). Так, согласно Программе государственных гарантий Республики Коми, срок ожидания госпитализации в 2008–2011 гг. составлял 6 месяцев. В Архангельской области в 2008 г. он был равен 3 месяцам, а с 2009 г. сокращен до 1 месяца. Установление единых на всей территории страны сроков ожидания госпитализации, справедливых с социальных и эффективных с экономических позиций, требует их нормативной регламентации, усиления контроля со стороны государственных и негосударственных организаций, а также значительных дополнительных финансовых

вложений в модернизацию материально-технической базы учреждений здравоохранения и интенсификацию лечебно-диагностического процесса.

Таблица 20

Структура потребительских оценок организационной составляющей качества стационарной помощи, (в % к числу ответов по каждому признаку)

Наименование изучаемых признаков и их группы	Позитивная	Нейтральная	Негативная
Работа приемного отделения	74,4	18,7	6,9
Бытовые условия пребывания	69,7	14,6	15,7
Своевременность обследования	68,4	13,2	18,4
Сроки ожидания	64,3	15,7	20,0
В среднем	69,2	15,5	15,3

Самый низкий уровень удовлетворенности (57,4 %) пациентов связан с информационной составляющей качества медицинской помощи (табл. 21). Ее улучшение, являясь компетенцией медицинских работников учреждений здравоохранения и страховых медицинских организаций, прямо зависит от выполнения ими своих профессиональных обязанностей. Выше среднего пациенты оценили информацию, полученную через указатели (70,3 %) и обучающие пособия (62,2 %). Весьма настораживает тот факт, что наименьшее значение показателя получено по критерию «доступность объяснений врачей» (42,6 %).

Таблица 21

Структура потребительских оценок информационной составляющей качества стационарной помощи (в % к числу ответов по каждому признаку)

Наименование изучаемых признаков и их группы	Позитивная	Нейтральная	Негативная
Информативность указателей	70,3	16,8	12,9
Наличие образовательных материалов для пациентов	62,2	23,5	14,3
Неразглашение личной тайны	54,3	36,4	9,3
Доступность объяснений	42,6	22,9	34,5
В среднем	57,4	24,9	17,7

О том же свидетельствуют результаты и других авторов. Так, по данным Ю.Г. Шварца и соавт. [243], неадекватность полученной пациентом в процессе выписки из стационара информации получила наиболее низкую оценку по результатам собственного исследования (49,0 % удовлетворенных пациентов) и по данным программы MNQP Statewide Patient Survey Project (66,0%), в которой принимали участие пациенты 51 медицинского учреждения штата Массачусетс США. Вместе с тем хорошо известен тот факт, что полнота и характер знаний пациента о своей болезни являются необходимой предпосылкой для эффективного взаимодействия врача и пациента, без которого невозможно достижение согласия и социальной солидарности на всем протяжении лечебно-диагностического процесса. Существенно расширяет границы такого взаимодействия законодательно регламентированная необходимость получения письменного добровольного информированного согласия пациента на проведение медицинского вмешательства.

По нашим данным, показатель совокупной удовлетворенности пациентов качеством стационарной помощи составил 78,9 %, что несколько выше интегрального дефрагментированного показателя удовлетворенности (70,3 %), рассчитанного по 14 критериям оценки стационарной помощи и в 1,3 выше уровня аналогичного показателя в условиях амбулаторно-поликлинического лечения (60,7 %). Совокупная удовлетворенность пациентов оценивалась нами по ответу на вопрос: «Довольны ли Вы качеством медицинского обслуживания в данном лечебном учреждении?».

Полученные нами данные лишь частично совпадают со сведениями, приводимыми другими авторами. Так, по результатам исследования Ж.Б. Набережной и А.Г. Сердюкова [109], подавляющее большинство (82,3 %) пациентов учреждений здравоохранения г. Астрахани полностью удовлетворены лечением и уходом в условиях круглосуточного пребывания в стационаре. Ю.Г. Шварц и соавт. [243] получили столь же высокие показатели (72,0 – 81,3 %) удовлетворенности пациентов лечением в терапевтическом отделении клинической больницы г. Саратова. По результатам исследования А.И. Вялкова и В.О. Щепина [32], изучавших мнение потребителей медицинских услуг в 11 субъектах РФ, 70,3 % пациентов полностью

или частично удовлетворены стационарной помощью. По данным исследования П.Н. Морозова [102], проводимого в г. Москве, высоко оценили качество стационарной медицинской помощи только 64,3 % пациентов. Н.Г. Петрова и соавт. [219] приводят аналогичные сведения по результатам анкетирования пациентов учреждений здравоохранения г. Санкт-Петербурга. По их данным, полностью удовлетворены качеством стационарной помощи 59,5 % пациентов. Близкие к ним значения показателя (57,7 %) получены Р.У. Хабриевым и И.Ф. Серегиной [239], изучавшим удовлетворенность стационарной медицинской помощью в 7 субъектах РФ.

Другим способом измерения удовлетворенности является балльная оценка пациентами отдельных факторов удовлетворенности стационарной помощью. Так, удовлетворенность пациентов квалификационными характеристиками медицинского персонала составила 5,3 балла (табл. 22). Эти данные несколько ниже результатов исследования Н.И. Кабачек и И.Т. Куюкова [74], представивших мнение пациентов о профессиональных (4,20 балла по пятибалльной шкале) и личных качествах врачей (4,47 балла) участковых больниц. Практически на том же уровне, по данным авторов, оценка человеческих (4,25 балла) и профессиональных качеств (4,41 балла) медицинских сестер.

Таблица 22

Показатели удовлетворенности пациентов стационарной помощью по изучаемым признакам и их группам (в баллах ± σ)

Наименование признака и его группы	Абс. число пациентов	Компоненты удовлетворенности				Совокупная удовлетворенность
		Квалификационные параметры	Организация медицинской помощи	Доступность медицинской информации	Интегральная дефрагментированная	
Пол		t = 3,0; p = 0,003	t = 0,6; p = 0,6	t = 1,0; p = 0,3	t = 2,0; p = 0,04	t = 1,5; p = 0,5
мужчины	590	5,3 ± 1,3	4,7 ± 1,3	4,5 ± 1,6	4,9 ± 1,2	5,3 ± 1,5
женщины	1159	5,1 ± 1,2	4,6 ± 1,3	4,5 ± 1,5	4,8 ± 1,1	5,3 ± 1,5
Возраст, годы		F = 2,0; p = 0,09	F = 2,9; p = 0,03	F = 1,7; p = 0,2	F = 1,9; p = 0,1	F = 1,3; p = 0,3
18–29	452	5,2 ± 1,2	4,6 ± 1,2	4,6 ± 1,4	4,9 ± 1,0	5,3 ± 1,4
30–39	392	5,3 ± 1,2	4,6 ± 1,3	4,5 ± 1,5	4,9 ± 1,1	5,3 ± 1,5

40–49	301	5,2 ± 1,3	4,6 ± 1,3	4,4 ± 1,6	4,9 ± 1,1	5,3 ± 1,5
50–59	295	5,2 ± 1,3	4,6 ± 1,3	4,4 ± 1,6	4,8 ± 1,1	5,3 ± 1,4
60 и более	309	5,4 ± 1,3	4,9 ± 1,3	4,6 ± 1,7	5,0 ± 1,1	5,5 ± 1,6
Семейное положение		F 1,3; p 0,3	F 0,4; p 0,8	F 1,5; p 0,2		F 1,0; p 0,4
семейные, в т.ч. состоящие в браке:	1155	5,3 ± 1,2	4,7 ± 1,3	4,5 ± 1,5	4,9 ± 1,1	5,3 ± 1,4
официальном	928	5,3 ± 1,1	4,7 ± 1,3	4,3 ± 1,8		5,0 ± 1,0
гражданском	227	5,2 ± 1,1	4,6 ± 1,3	4,1 ± 1,8		4,9 ± 1,1
одинокие, в т.ч.:	594	5,2 ± 1,3	4,6 ± 1,3	4,5 ± 1,6	4,9 ± 1,1	5,3 ± 1,5
холостые	246	5,3 ± 1,1	4,7 ± 1,3	4,5 ± 1,6		5,1 ± 1,0
вдовы	142	5,2 ± 1,5	4,6 ± 1,4	4,1 ± 1,9		4,9 ± 1,4
разведенные	203	5,1 ± 1,5	4,6 ± 1,5	4,0 ± 1,9		4,8 ± 1,4
Образование		F = 2,9; p = 0,06	F = 3,9; p = 0,02	F = 1,0; p = 0,4	F = 3,8; p = 0,02	F = 6,8; p = 0,001
среднее полное	385	5,4 ± 1,3	4,9 ± 1,3	4,6 ± 1,6	5,1 ± 1,1	5,6 ± 1,5
среднее специальное	795	5,3 ± 1,3	4,7 ± 1,3	4,5 ± 1,5	4,9 ± 1,1	5,3 ± 1,5
высшее	569	5,2 ± 1,2	4,6 ± 1,2	4,5 ± 1,5	4,8 ± 1,1	5,2 ± 1,4
Занятость		F = 1,7; p = 0,1	F = 1,9; p = 0,07	F = 0,6; p = 0,8	F = 2,4; p = 0,02	F 4,5; p < 0,1
работающие, в т.ч.:	1061	5,3 ± 1,2	4,6 ± 1,3	4,5 ± 1,5	4,9 ± 1,1	5,4 ± 1,3
рабочие	442	5,4 ± 1,2	4,7 ± 1,2	4,6 ± 1,4	5,0 ± 1,0	5,2 ± 1,4
служащие	527	5,2 ± 1,2	4,6 ± 1,3	4,5 ± 1,5	4,9 ± 1,1	4,8 ± 1,6
предприниматели	92	5,0 ± 1,4	4,5 ± 1,2	4,3 ± 1,5	4,6 ± 1,1	5,1 ± 1,6
неработающие, в т.ч.:	688	5,3 ± 1,3	4,7 ± 1,3	4,5 ± 1,6	4,9 ± 1,1	5,4 ± 1,5
пенсионеры	402	5,3 ± 1,3	4,8 ± 1,3	4,5 ± 1,7	5,0 ± 1,2	5,5 ± 1,4
учащиеся	88	5,3 ± 1,1	4,7 ± 1,3	4,6 ± 1,8	5,0 ± 1,0	5,4 ± 1,6
безработные	107	5,2 ± 1,4	4,6 ± 1,1	4,5 ± 1,6	4,9 ± 1,0	5,6 ± 1,1
прочие	91	5,1 ± 1,3	4,5 ± 1,4	4,4 ± 1,4	4,7 ± 1,1	5,1 ± 1,8
Место жительства		t = 2,9; p = 0,004	t = 0,5; p = 0,9	t = 4,5; p < 0,001	t = 2,8; p = 0,005	t = 1,0; p = 0,3
город	1293	5,3 ± 1,2	4,7 ± 1,3	4,6 ± 1,5	5,0 ± 1,1	5,3 ± 1,3
село	456	5,1 ± 1,3	4,7 ± 1,2	4,2 ± 1,6	4,8 ± 1,1	5,3 ± 1,4

Уровень до- ходов		F = 5,5; p = 0,004	F = 2,6; p = 0,07	F = 3,0; p = 0,04	F = 5,4; p = 0,004	F = 5,5; p = 0,004
абсолютная бедность	526	5,4 ± 1,2	4,8 ± 1,3	4,6 ± 1,3	5,0 ± 1,1	5,5 ± 1,4
относительная бедность	1088	5,2 ± 1,2	4,6 ± 1,3	4,5 ± 1,3	4,9 ± 1,1	5,3 ± 1,5
достаток	135	5,1 ± 1,4	4,6 ± 1,2	4,4 ± 1,2	4,8 ± 1,2	5,1 ± 1,6
В среднем	1749	5,3 ± 1,3	4,7 ± 1,3	4,5 ± 1,5	4,9 ± 1,1	5,3 ± 1,5

* – жирным выделены статистически значимые различия показателей.

Женщины более требовательны (5,1 балла) в оценке квалификации медицинских работников ($t = 3,0$; $p = 0,003$), чем мужчины (5,3 балла). Удовлетворенность квалификационными характеристиками медицинского персонала выше у городских жителей (5,3 балла против 5,1 балла у сельских). Требовательность в оценках квалификации возрастает с уровнем доходов пациентов: лица, относящиеся к категории абсолютной бедности, оценили квалификационные характеристики медиков на 5,4 балла, относительно бедные – на 5,2 балла, имеющие достаток – на 5,1 балла ($F = 5,5$; $p = 0,004$).

По нашим данным, возраст, семейное положение, образование, род занятий статистически значимо не влияют на степень удовлетворенности пациентов квалификационными характеристиками медицинского персонала.

Уровень удовлетворенности пациентов организационными параметрами составил 4,7 балла. Нами выявлены различия в оценке организации стационарной помощи лицами разного возраста ($F = 2,9$; $p = 0,03$) и образования ($F = 3,9$; $p = 0,02$). Так, лица пенсионного возраста выше оценивают организационные параметры стационарной помощи (4,9 балла), чем лица моложе 60 лет (4,6 балла). С ростом уровня образования респондентов увеличивается и их требовательность к организации медицинской помощи в стационаре: от 4,9 балла – у лиц со средним, до 4,6 балла – с высшим образованием. Пол, семейное положение, род занятий, место жительства, уровень доходов значимо не влияют на степень удовлетворенности пациентов организацией стационарной медицинской помощи.

Как уже было показано ранее, ниже всего пациенты оценили информационный фактор удовлетворенности стационарной меди-

цинской помощи. Средний уровень удовлетворенности этой группой показателей составил 4,5 балла. Значимые различия ($t = 4,5$; $p < 0,001$) между величиной этого фактора выявлены лишь у городских (4,6 балла) и сельских жителей (4,2 балла). Несмотря на то, что в последнее время стали активно работать школы для больных с хроническими заболеваниями, внедряться специальные программы по пропаганде здорового образа жизни, сельские жители по-прежнему испытывают недостаток медицинской информации, что подтверждают результаты других исследований [180].

Интегральный дефрагментированный показатель удовлетворенности пациентов качеством стационарной помощи составил 4,9 балла. Женщины оценили качество стационарной помощи ниже (4,8 балла), чем мужчины (4,9 балла; $t = 2,0$; $p = 0,04$). Эта же тенденция выявлена нами и при изучении удовлетворенности амбулаторной помощью. Как и по отдельным компонентам удовлетворенности, ее усредненный показатель уменьшается с ростом образовательного уровня пациентов: от 5,1 балла у лиц со средним до 4,8 балла – с высшим образованием ($F = 3,8$; $p = 0,02$). На субъективное восприятие качества стационарной помощи влияет ($F = 2,4$; $p = 0,02$) социальный статус респондентов. Выше других его оценивают пенсионеры, учащиеся и рабочие (по 5,0 балла). Ниже – предприниматели (4,6 балла). Сельские жители более требовательны в своих оценках (4,8 балла), чем горожане (5,0 балла; $t = 2,8$; $p = 0,005$). Уровень доходов пациентов влияет как на отдельные компоненты, так и на интегральный дефрагментированный показатель удовлетворенности: лица с более высокими доходами значимо ниже ($F = 5,4$; $p = 0,004$) оценивают качество стационарной помощи.

Несомненный интерес представляет оценка пациентами стационарной помощью в целом, т.е. их совокупной удовлетворенности. По нашим данным, совокупная удовлетворенность составила в среднем 5,3 баллов, что в 1,1 раза выше ее усредненного показателя (4,9 балла) и в 1,2 раза – уровня удовлетворенности амбулаторно-поликлинической помощью (4,5 балла) населения этих же административных территорий. Пол, возраст, семейное положение, место жительства значимо не влияют на степень удовлетворенности пациентов полученной стационарной помощью.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы. Во-первых, нами выявлено три фактора, формирующих удовлетворенность пациентов качеством стационарной помощи, названные квалификационным, организационным и информационным. От двухфакторной модели, предложенной С. Стопгоос [274], наша модель отличается выделением информационного фактора, куда наряду с информацией, получаемой из информационных и образовательных пособий, информативностью указателей и стендов больницы, вошла и оценка качества и доступности информации, предоставляемой медицинскими работниками, а также неразглашения личной тайны пациента. Возрастание роли информации пациентов о своем здоровье, его правах и обязанностях при получении медицинской помощи, обязанности медицинских работников сохранять сведения, составляющие врачебную тайну, обусловлено развитием международного и российского законодательства о правах пациентов. Так, обязанность медицинских работников охранять сведения, составляющие врачебную тайну, в новом Законе «Об основах охраны здоровья граждан РФ» [140] перешла из категории прав пациентов в более весомую категорию принципов охраны здоровья (ст. 13). Добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство теперь необходимо получать в письменной форме (ст. 20). Еще одним вновь введенным принципом системы охраны здоровья населения стал приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи (ст. 6). Об обязательности предоставления информации пациентам, в том числе путем создания сайтов лечебных учреждений, говорится и в Федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ» [141]. Вместе с тем, наряду с законодательным возрастанием роли информированности пациентов, их удовлетворенность данным компонентом качества медицинской помощи ниже, чем ее организацией и квалификацией медицинского персонала (4,6 балла; 4,7 балла и 5,3 балла соответственно). Для устранения выявленных недостатков необходима разработка и реализация программ совершенствования организации медицинской помощи и информирования пациентов о различных аспектах ее получения. При этом при информировании пациентов необходимо учитывать множество составляющих, на-

чина с повышения информативности указателей в медицинском учреждении и заканчивая предоставлением пациентам полной информации об их правах при получении медицинской помощи.

Во-вторых, подавляющее большинство (74,2 %) дисперсии показателя удовлетворенности пациентов стационарной помощью в нашем исследовании сформировано за счет 11 ее параметров, включающих: качество полученного лечения, качество диагностического обследования, знания и умения врачей, сроки ожидания госпитализации, доступность объяснений врача по поводу заболевания и лечения, неразглашение личной тайны, качество первичного осмотра в приемном отделении, забота и вежливость медицинских сестер, бытовые условия пребывания в стационаре, наличие информационных и образовательных материалов, информативность указателей и стендов. Оценка именно этих параметров дает основания для анализа удовлетворенности пациентов качеством полученной медицинской помощи в стационаре.

В-третьих, удовлетворенность пациентов стационарным обслуживанием значительно выше, чем амбулаторной помощью (70,3 против 57,7 %). Данные нашего исследования подтверждают выводы других авторов [18, 224, 184] и обосновывают необходимость проводимого в нашей стране реформирования первичного звена здравоохранения, как вызывающего больше всего нареканий со стороны потребителей медицинских услуг и менее соответствующего их ожиданиям.

В-четвертых, изучая социально-экономические характеристики потребителей медицинских услуг, влияющие на их удовлетворенность стационарной помощью, выявлено, что максимально позитивно ее оценивают сельские мужчины старше 60 лет, имеющие лишь среднее образование и доходы, относящиеся к категории абсолютной бедности. Максимально негативно – городские женщины в возрасте 50–59 лет, имеющие высшее образование, являющиеся предпринимателями и имеющие финансовый достаток. Сходные характеристики были выявлены нами и при оценке удовлетворенности амбулаторной помощью.