

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*На правах рукописи*

**ТИМЯШЕВ  
ПАВЕЛ ВЛАДИМИРОВИЧ**

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОВЫШЕНИЯ  
УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,  
медико-социальная экспертиза

**ДИССЕРТАЦИЯ**  
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**  
доктор медицинских наук, профессор  
Суслин Сергей Александрович

г. Самара - 2024

## ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Список приведенных сокращений .....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
<p style="text-align: center;"><b>ГЛАВА 1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....</b></p>	
	15
1.1. Удовлетворенность населения медицинской помощью: современные понятия и подходы .....	15
1.2. Удовлетворенность населения системой здравоохранения .....	21
1.3. Удовлетворенность пациентов и качество медицинской помощи	26
1.4. Методические подходы к оценкам уровня удовлетворенности населения медицинской помощью .....	31
1.5. Направления повышения удовлетворенности населения медицинской помощью .....	37
<b>ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....</b>	41
<b>ГЛАВА 3. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ .....</b>	53
3.1. Характеристика удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи .....	53
3.2. Мнения врачей об удовлетворенности оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях .....	76
<b>ГЛАВА 4. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ .....</b>	88
4.1. Характеристика удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи .....	88
4.2. Мнения врачей об удовлетворенности оказанием медицинской помощи в стационарных условиях .....	103

ГЛАВА 5. НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПО ПОВЫШЕНИЮ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	113
5.1. Проект по повышению удовлетворенности населения Самарской области при оказании медицинской помощи .....	113
5.2. Медико-организационные мероприятия по повышению удовлетворенности населения при оказании медицинской помощи .....	120
ГЛАВА 6. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПОВЫШЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЪЕДИНЕННОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ .....	137
6.1. Разработка и внедрение организационной модели повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи (на примере Новокуйбышевской центральной городской больницы).....	137
6.2. Разработка показателей и оценка результативности внедрения организационной модели повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи .....	155
6.2.1. Динамика показателей удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях .....	155
6.2.2. Динамика показателей удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях .....	160
6.2.3. Динамика мнений врачей об удовлетворенности оказанием медицинской помощи .....	164
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	171
ВЫВОДЫ .....	181
ПРЕДЛОЖЕНИЯ .....	184
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	186
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	214

## СПИСОК ПРИВЕДЕННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

- АРМ – автоматизированное рабочее место;
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;
- ГБУЗ СО – государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области;
- ДМС – добровольное медицинское страхование;
- ДПО – дополнительное профессиональное образование;
- ИПО – институт профессионального образования;
- КМП – качество медицинской помощи;
- МЗСО – министерство здравоохранения Самарской области;
- МИАЦ – медицинский информационно-аналитический центр;
- МИС – медицинская информационная система;
- МО – медицинская организация;
- НИОКТР – научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы;
- НОК – независимая оценка качества;
- НЦГБ – Новокуйбышевская центральная городская больница;
- ОМС – обязательное медицинское страхование;
- ПМСП – первичная медико-санитарная помощь;
- РМИС – региональная медицинская информационная система;
- СамГМУ – Самарский государственный медицинский университет;
- СОАВ – Самарская областная ассоциация врачей;
- СПО – среднее профессиональное образование;
- СРООМС – Самарская региональная общественная организация медицинских сестер;
- ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий;
- ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования;
- ФАП – фельдшерско-акушерский пункт;
- ФГБОУ ВО – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования;
- ЭВМ – электронно-вычислительная машина

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Одной из важнейших задач в сфере организации здравоохранения является повышение уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью на различных этапах ее оказания. Удовлетворенность медицинской помощью выступает в качестве ключевого индикатора эффективности работы медицинских организаций и органов государственной власти. Не случайно в июле 2021 г. Президент РФ В.В. Путин призвал учитывать удовлетворенность граждан системой здравоохранения при ее модернизации, особенно первичного звена (Кокорин В.Г. с соавт., 2009; Кобякова О.С. с соавт., 2016; Андреева В.Э. с соавт., 2018; Романов А.С., 2020; Бойков В.А., 2021; Тюфилин Д.С. с соавт., 2023).

Удовлетворенность населения оказанием медицинской помощи во многом определяется функционирующей системой здравоохранения и, с позиций системного подхода, отдельными медицинскими организациями, программами, специалистами. На удовлетворенность населения медицинской помощью оказывает влияние множество факторов, важнейшим из которых является доступность медицинской помощи. Ожидания пациентов в отношении способности службы здравоохранения удовлетворять их запросы повышаются пропорционально росту уровня технического оснащения и профессиональной подготовки персонала, развития медицинских информационных технологий и эффективности принятия организационных решений (Стародубов В.И. с соавт., 2004, 2007; Какорина Е.П., 2011; Фоменко А.Г., 2011; Носырова О.М., Ртищева Т.В., 2012; Орлов А.Е., 2016; Суслин С.А. с соавт., 2019; Щепин В.О. с соавт., 2019; Коновалов О.Е. с соавт., 2020; Аксенова Е.И., Бессчетнова О.В., 2021; Naidu A., 2009; Beattie M. et al., 2015).

Удовлетворенность медицинской помощью справедливо рассматривается в качестве одного из важнейших критериев характеристики ее качества. В свою очередь, обеспечение качества медицинской помощи во

многим зависит от степени экономического развития государства, социальных, медицинских, научных, культурных аспектов. Удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи, будучи важным параметром оценки деятельности системы здравоохранения, зависит как от условий оказания медицинской помощи, так и от социально-культурных особенностей пациентов, которые влияют на показатели уровня удовлетворенности (Ханыгина Ю.С., Островская И.В., 2013; Байсугурова В.Ю. с соавт., 2014; Кочкина Н.Н. с соавт., 2015; Леонтьева Л.С. с соавт., 2016; Кочубей А.В., 2017; Садовой М.А. с соавт., 2017; Еругина М.В. с соавт., 2019; Кича Д.И. с соавт., 2022; Al-Abri R, Al-Balushi A., 2014; Zhang J.H. et al., 2020).

По данным ВОЗ, пациенты ценят время медицинского обслуживания, уважение к личности, право на врачебную тайну, надлежащие условия оказания медицинской помощи. Немаловажными факторами удовлетворенности пациентов являются межличностные отношения между ними и медицинским персоналом, а также получение пациентами информации от врача во время посещения медицинского учреждения, недостаток которой может приводить к нарушениям в лечении и неблагоприятному исходу заболевания (Вартанян Ф.Е. с соавт., 2009; Николаев Н.С., 2014; Teutsch C., 2003; Billing K. et al., 2007; Nørgaard B., 2011; Zopf D. et al., 2012; Radu G. et al., 2018).

Несмотря на вложение значительных финансовых ресурсов в здравоохранение и непрерывное совершенствование организационных подходов к оказанию медицинской помощи, во многих странах число недовольных пациентов остается на достаточно высоком уровне, сопровождается жалобами на некачественное обслуживание, недостаточный профессионализм медицинских работников, что требует постоянного поиска дополнительных путей повышения удовлетворенности населения медицинской помощью (Saltman R.B., 1998; Anderson R.T., 2007; McMullen M., Netland P.A., 2013; Solomon, M., 2015; Mazurenko O. et al., 2017).

В этих условиях повышаются требования как к обеспечению качества оказания медицинской помощи, так и к оценке удовлетворенности населения медицинской помощью, которая является одним из показателей эффективности управления деятельностью медицинских организаций с позиций процессного подхода. Удовлетворенность пациентов несет важную информацию о качестве оказанной медицинской помощи, которая не может быть измерена только путем мониторинга клинических показателей (Абрамов А.Ю. с соавт., 2018; Берсенева Е.А., 2020; Бреусов А.В. с соавт., 2020; Labarere J., 2001; Boyer L. et al., 2006; Graham B. et al., 2016; Aysola J. et al., 2018).

**Степень разработанности темы исследования.** Вопросы изучения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в настоящее время встречаются во многих публикациях как отечественных, так и зарубежных исследователей (Цыганков Б.Д., Малыгин Я.В., 2014; Кобякова О.С. с соавт., 2016; Шелегова Д.А. с соавт., 2023; Drain M. et al., 2001; Goldstein E. et al., 2005; McFarland D.C. et al., 2016).

В целом ряде научных работ изучена удовлетворенность населения и пациентов качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, с учетом медико-социальной характеристики пациентов, доступности медицинской помощи, структурно-функциональных подразделений поликлиник (Астафьев Л.М., 2005; Анисимов М.В., 2011; Москвина С.С., 2013; Протасова Л.М. с соавт., 2022).

Рассматриваются организационно-методические подходы по улучшению уровня удовлетворенности пациентов медицинскими услугами в рамках обязательного медицинского страхования (Зайцева Е.В., 2005; Андреев В.А., 2006; Чумаков А.С., 2010). В значительно меньшей степени встречаются исследования по медико-организационным аспектам решения проблем удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, паллиативной медицинской помощи (Костина Г.В., 2007; Кокорин В.Г., 2011; Орлов А.Е., 2016; Бузин В.Н., Невзорова Д.В., 2022).

Ряд научных работ посвящен изучению удовлетворенности отдельных категорий пациентов медицинской помощью в различных обстоятельствах, в частности, для формирования установок на лечение, в условиях сельского района, в военных медицинских организациях и др. (Тихомолов М.В., 2005; Недодаева Т.С., 2009; Петров С.В., 2009; Артемьева М.А., 2017).

Вместе с тем встречается недостаточное количество диссертационных исследований, посвященных путям повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в современных условиях в рамках субъектов Федерации и на уровне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Данные подходы определили цель и задачи исследования.

**Цель** исследования: разработать организационную модель повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в объединенной городской больнице.

**Задачи** исследования:

1. Провести анализ удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.
2. Изучить мнения врачей по повышению удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.
3. Научно обосновать разработку регионального проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области при оказании медицинской помощи.
4. Разработать, внедрить и оценить результативность организационной модели повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в объединенной городской больнице.

**Научная новизна** исследования состоит в том, что:

- разработаны новые методические подходы по изучению удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях;

- получены результаты интегративного мнения пациентов и врачей в динамике по удовлетворенности при оказании медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и в медицинской организации;

- дано научное обоснование разработки регионального пилотного проекта по повышению удовлетворенности населения при оказании медицинской помощи на примере субъекта Российской Федерации;

- создана и внедрена организационная модель повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи на примере объединенной городской многопрофильной больницы;

- разработаны и рассчитаны дополненные показатели удовлетворенности пациентов и врачей по вопросам повышения удовлетворенности при оказании медицинской помощи.

**Теоретическая и практическая значимость работы.** Характеристика и тенденции удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи с позиции пациентов и врачей, выявленные в процессе диссертационного исследования, являются исходной информацией для принятия организационно-управленческих решений со стороны органов управления здравоохранением и руководителей медицинских организаций на различных уровнях оказания медицинской помощи.

В рамках проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области при оказании медицинской помощи разработаны этапы по формированию команды проекта; выработке направлений по повышению удовлетворенности медицинской помощью; определению основных проблем по выработанным направлениям; работе по направлениям, включая обозначение причин проблем, их решения и разработку медико-

организационных мероприятий по повышению удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи.

В рамках организационной модели повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в объединенной городской больнице разработаны организационные мероприятия общепольничного уровня, в амбулаторных и стационарных условиях путем обеспечения кадрового, материально-технического, лечебно-диагностического, информационного компонентов с учетом мониторинга удовлетворенности пациентов.

Полученные в ходе исследования результаты позволяют обосновать практические рекомендации по повышению удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи на региональном уровне и в медицинских организациях.

#### **Основные положения, выносимые на защиту.**

1. Низкие показатели удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи с учетом мнений пациентов и врачей требуют поиска новых путей повышения удовлетворенности медицинской помощью, как на региональном уровне, так и на уровне медицинских организаций.

2. Научное обоснование проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области при оказании медицинской помощи позволяет разработать и реализовать медико-организационные мероприятия на региональном уровне, направленные на повышение правовой культуры; доступности медицинской помощи; внедрение информационных технологий; решение кадровых проблем; улучшение санитарно-технического состояния и материального обеспечения медицинских организаций.

3. Разработка и внедрение организационной модели повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в объединенной городской больнице, основанной на совершенствовании организации медицинской помощи, связанной с оптимизацией службы

качества больницы, с акцентом на амбулаторные условия, улучшением ресурсного обеспечения больницы, повышает удовлетворенность пациентов в амбулаторных и стационарных условиях медицинской организации.

### **Методология и методы исследования.**

В диссертационном исследовании использован системный подход с учетом анализа публикаций отечественных и зарубежных авторов, изучения нормативно-правовой базы, который обеспечил определение цели, задач и этапов работы, источников используемой медицинской и статистической информации, анализа собранного материала. В диссертации использовались основные методы исследования: аналитический, социологический (анкетирование пациентов, врачей), экспертных оценок, статистический, метод организационного моделирования. Полученный материал обрабатывался методами описательной статистики с учетом анализа абсолютных показателей, расчета относительных величин (интенсивных, экстенсивных, показателей соотношения, наглядности), анализа динамических рядов, корреляции показателей.

### **Степень достоверности результатов исследования.**

Достоверность данных и полученных результатов диссертации обеспечена комплексом методических подходов с учетом использования анализа научной информации отечественных и зарубежных источников о современных понятиях об удовлетворенности населения медицинской помощью и системой здравоохранения, связи удовлетворенности с качеством медицинской помощи, методических аспектах по оценке удовлетворенности, направлениях повышения удовлетворенности медицинской помощью. В исследовании использованы современные методы (аналитический, социологический, экспертных оценок, организационного моделирования). Проведена математическая обработка полученных материалов на персональном компьютере путем использования современного программного

обеспечения (программ «Мединфо», «Медстат», IBM SPSS Advanced Statistics).

**Внедрение результатов исследования в практику.** Результаты, полученные в ходе выполнения диссертации, используются в практической деятельности министерства здравоохранения Самарской области, медицинских организаций Самарской области (Клиники ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет», ГБУЗ СО «Новокуйбышевская центральная городская больница», ГБУЗ СО «Самарская городская поликлиника № 4 Кировского района», ГБУЗ СО «Челно-Вершинская центральная районная больница», ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница № 8»).

Материалы работы отражены в решении Коллегии министерства здравоохранения Самарской области и Департамента информационных технологий и связи Самарской области от 18.05.2018 года № 3 «Проектное управление как инструмент повышения доступности и качества медицинской помощи».

Результаты проведенного исследования используются в учебно-педагогическом процессе на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и кафедре общественного здоровья и здравоохранения № 1 ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

По материалам диссертации оформлено и получено свидетельство на объект интеллектуальной собственности (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2022684306 от 13.12.2022 г. «Программа мониторинга удовлетворенности пациентов медицинской организации оказанием медицинской помощи»).

**Апробация результатов исследования.**

Основные положения диссертационной работы и полученные результаты исследования докладывались и обсуждались на научно-практических мероприятиях разного уровня: Международной конференции «Научные исследования стран ШОС: синергия и интеграция» (г. Пекин, 2020); межвузовском международном конгрессе (г. Москва, 2021); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации» (г. Иркутск, 2021); Международном научном форуме «Наука и инновации – современные концепции» (г. Москва, 2021, 2022); Международной научной конференции «Управление процессами и научные разработки» (г. Бирмингем, Великобритания, 2021); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Аспирантские чтения – 2022: молодые ученые – медицине. Технологическое предпринимательство как будущее медицины» (г. Самара, 2022); межкафедральном совещании Самарского государственного медицинского университета (г. Самара, 2024).

#### **Личное участие автора в получении результатов.**

Автор непосредственно участвовал в определении цели и задач исследования, выборе методов исследования, разработке плана, программы и организации исследования, участия в исследовании (95%). Автором дана характеристика удовлетворенности взрослого населения оказанием медицинской помощи среди пациентов и врачей в амбулаторных и стационарных условиях (100%); проведено научное обоснование организации проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области оказанием медицинской помощи (90%); разработана, внедрена и оценена результативность организационной модели повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в объединенной многопрофильной больнице (90%); разработана программа для ЭВМ по мониторингу удовлетворенности пациентов медицинской организации

оказанием медицинской помощи (100%). Автор осуществил обработку полученных результатов исследования (90%), провел анализ, обобщение и оформление результатов исследования (100%).

#### **Сведения о публикациях по теме диссертации.**

Результаты диссертации отражены в 9 опубликованных научных работах, в том числе 4 статьях в изданиях, рекомендуемых ВАК Министерства науки и высшего образования РФ. Получено также одно свидетельство о регистрации объекта интеллектуальной собственности.

#### **Связь работы с научными программами.**

Научная работа выполнена в рамках НИОКТР ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России «Научная оценка здоровья населения и научное обоснование мероприятий по совершенствованию системы здравоохранения, организационно-управленческих аспектов повышения качества и безопасности деятельности медицинских организаций» (регистрационный номер 121051700038-8 от 14.05.2021 г).

#### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности.**

Научные положения диссертационной работы соответствуют паспорту научной специальности 3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, в частности, пунктам 13, 14, 15, 16, 17.

#### **Объем и структура диссертации.**

Диссертационное исследование включает введение, шесть глав, заключение, выводы и предложения, список литературы и приложения. Общий объем работы составляет 231 страницу, содержит одну схему, 33 рисунка и 23 таблицы. Список литературы содержит 219 источников, из которых 139 представлено отечественными публикациями и 80 – зарубежными.

# ГЛАВА 1

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

### 1.1. Удовлетворенность населения медицинской помощью: современные понятия и подходы

Изучение удовлетворенности населения различными аспектами социальной сферы в настоящее время носит довольно масштабный характер и проводится специалистами как фундаментальных наук, так и с целью прикладного характера. Удовлетворенность как понятие – субъективная оценка качества определенных объектов, деятельности, условий и жизни в целом, людей и отношений с ними – во многом по-разному трактуется в зависимости от области научной сферы: экономической, социальной, психологической и т.д. Чаще при состоянии удовлетворенности характерно отсутствие дискомфорта при пользовании продукцией и услугами, а также положительное отношение к ним (27).

С позиций экономики удовлетворенность связывается с такими понятиями, как «качество», «потребитель», «товар», «услуга». Удовлетворенность отражает субъективное восприятие потребителем качества и степень соответствия продукта связанным с ним ожиданиям. В свою очередь, у потребителей ожидания формируются на основе имеющихся информации и опыта. Потребители выбирают производителей товаров и услуг, затем сравнивают свои представления о полученных товарах и услугах со своими ожиданиями. При несоответствии представления о предоставленной услуге ожиданиям потребители уже не прибегают к услугам данного производителя, при соответствии – вновь обращаются к нему (Челенков А.П., 2004; Нелидова А.А., 2008).

С позиций социологии и социальной психологии удовлетворенность во

многим связана с оценкой деятельности, условий и результатов деятельности. Таким образом, удовлетворенность изучается не как отдельное явление, а в сочетании с различными видами деятельности и жизнедеятельности. Например, рассматривается удовлетворенность временем, досугом, жизнью в целом, жилищем, профессиональной деятельностью, семьей и т.д. (Осипов Г.В., 1998; Гордиенко В.Н., 2004; Шапарь В.Б. с соавт., 2009; Смоленская М.А., 2017).

Четко сложившегося понятия «удовлетворенность медицинской помощью» до сих пор не существует, несмотря на достаточно большое количество научных публикаций на данную тему. Удовлетворенность пациента медицинской помощью можно определить в качестве обобщенной характеристики, основанной на восприятиях и оценках результата и условий оказания медицинской помощи, соответствия их ожидаемым потребностям пациента. Удовлетворенность населения медицинской помощью рассматривается как многокомпонентное явление в рамках пространства и времени, отражающее степень соответствия мнения населения о медицинской помощи его ожиданиям, оцениваемое количественно, с возможностью прогнозирования. С современных позиций развития здравоохранения в стране актуальность приобретают организационные подходы, ориентированные на мнение пациентов и их потребности (Петров С.В., 2009; Чумаков А.С., 2010; Кондратова Н.В., 2016).

Представления пациентов об оказываемой им медицинской помощи (а в дальнейшем и их оценка) формируются под влиянием потребления медицинских услуг, при этом первоочередная роль отводится поведению медицинского персонала, оказывающего услуги. При соответствии ожиданий пациентов необходимому, на их взгляд, качеству оказания медицинской помощи удовлетворенность потребителей оказывается высокой. Напротив, если ожидания пациентов не соответствуют воспринимаемому ими качеству медицинской помощи (КМП), удовлетворенность потребителей оказывается

низкой (Нилов В.М., 2002; Светличная Т.Г. с соавт., 2010).

Также следует отметить, что с течением времени в обществе к медицине предъявляются все более высокие требования, следовательно, уровень ожиданий населения меняется в сторону повышения, а значит, и удовлетворенность становится все более динамичной, способной изменяться во времени. Пациент как потребитель услуг в системе здравоохранения становится центральной фигурой в концепции качества медицинского обслуживания во всем мире. Таким образом, с развитием системы здравоохранения меняется роль пациента: вместо пассивного объекта оказания медицинской помощи он становится активно действующим субъектом в системе здравоохранения, и уровень его ожиданий постепенно повышается (Пилипенко В.И., Жданов Р.В., 2009; Ahlfors U.G. et al., 2001; Bleich S.N. et al., 2009; Beattie M. et al., 2015).

Исследования целого ряда специалистов позволяют констатировать, что удовлетворенность пациентов оказанной им медицинской помощью зависит от множества факторов, включающих современные методы диагностики и лечения, уровень информационной поддержки, условия размещения, качество питания, деятельность среднего и младшего медицинского персонала, уровень самооценки здоровья и др. Однако в еще более значительной степени на удовлетворенность пациентов оказывает влияние деятельность врачебного персонала. Также степень удовлетворенности пациентов медицинской помощью может зависеть от определенных социально-демографических групп, например, менее удовлетворенными могут быть пациенты в возрасте до 20 лет и от 35 до 50 лет, а также лица с высшим образованием. Могут отмечаться и различия в восприятии медицинских работников среди мужчин и женщин. Так, женщины по сравнению с мужчинами чаще заявляют о недоброжелательном к ним отношении со стороны медицинского персонала (Вишняков Н.И. с соавт., 2009; Недодаева Т.С., 2009; Суслин С.А. с соавт., 2018; Копин О.С. с соавт.,

2019; Birk H.O. et al., 2011).

Ожидания пациента, влияющие на оценку медицинской помощи, связаны с представлениями самого пациента об оказании ему медицинской помощи, которые формируются на основании жизненного опыта, полученного образования, интереса к медицинской тематике, состояния здоровья, результата контактов с системой здравоохранения, мнения ближайшего окружения пациента. Пациенты, получающие медицинскую помощь за плату, имеют более высокие в отношении нее ожидания, связанные с уровнем сервисного обслуживания, престижем медицинской организации, квалификацией персонала и другими факторами (Куницкая С.В., 2006).

Удовлетворенность медицинской помощью снижается вследствие недостаточного внимания со стороны медицинского персонала, его грубости и несоблюдения принципов этики. При этом, как правило, меньше претензий предъявляется к врачам, больше – к представителям среднего и младшего медицинского персонала. Важным фактором снижения удовлетворенности медицинским обслуживанием является недостаточное внимание к личности пациента, а также попытки взимания платы за медицинские услуги, не подлежащие оплате. Не следует игнорировать неудовлетворенность пациента полученной медицинской помощью, даже если она весьма субъективна, поскольку это может быть фактором отказа от последующего обращения за медицинской помощью (Давыдовский С.В., 2001; Кокорин В.Г., 2011; Малыхина М.А., 2016; MacDonald I., Hoare C., 1988; Ruggeri M. et al., 2000; Marriage K. et al., 2001).

В то же время удовлетворенность медицинской помощью становится выше при меньшем числе у пациентов предшествующих госпитализаций и повышается с увеличением длительности госпитализации. Также повышают степень удовлетворенности пациента его хорошие взаимоотношения с лечащим врачом, акцент при этом делается скорее не на профессиональные,

а на личностные качества специалиста, что увеличивает роль психологического аспекта в отношениях врача и пациента. Одним из значимых факторов удовлетворенности пациентов медицинской помощью является число больничных коек в медицинской организации, причем чем оно больше, тем ниже уровень оценок. Уровень удовлетворенности пациентов зависит также от качества рабочей среды медицинской организации и укомплектованности средним медицинским персоналом (Лутова Н.Б. с соавт., 2007; Лавлинская Л.И. с соавт., 2016; Glass A.P., 1995; Kutney-Lee A. et al., 2009; McFarland D.C., 2015).

В последние десятилетия в системах здравоохранения начал реализовываться пациент-ориентированный подход, то есть ориентация на индивидуальные интересы, нужды и ценности пациента, включая его вовлеченность в процесс оказания медицинской помощи. Такое взаимоотношение медицинской организации с пациентами повышает их удовлетворенность оказанием медицинской помощи, создает желание вновь обращаться за помощью в учреждение здравоохранения, где реализуется пациент-ориентированный подход, приобщать своих родственников и знакомых к получению медицинской помощи именно в данном учреждении, привлекая в него дополнительные финансовые ресурсы (Street R.L.Jr. et al., 2009; Epstein R.M., Street R.L., 2011),

Большинство причин неудовлетворенности пациентов медицинской помощью можно разделить на три основные группы. Первая группа связана с организацией оказания медицинской помощи (регламент работы медицинской организации и отдельных специалистов, очередность, дефицит кадров и др.), с вопросами нарушения этики и деонтологии со стороны персонала, с несоблюдением методик обследования и лечения, с неудовлетворительной материально-технической базой учреждений здравоохранения. Вторая группа причин связана с самим пациентом (необоснованные требования и претензии, нарушение предписаний врача и,

соответственно, отсутствие эффекта от проводимого лечения). Имеется также третья группа причин, связанная с недостаточной инфраструктурой мест жительства пациентов и нахождения медицинской организации (отсутствие транспорта или перебои с транспортом, плохие дороги, низкий уровень информированности о возможности получения медицинской помощи) (Куницкая С.В. 2006; Кокорин В.Г. с соавт., 2009; Орлов А.Е., 2016).

В научных исследованиях пациент-ориентированного подхода обращается внимание на три группы факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов медицинской помощью, которые относятся к инфраструктуре, процессу и организации оказания медицинской помощи. Значимым влиянием на уровень удовлетворенности обладают такие параметры, как взаимодействие пациента с персоналом медицинской организации; время ожидания от момента первичного обращения в медицинскую организацию до получения услуги; длительность приема врача; ориентированность на пациента, его интересы и родственников; степень загруженности медицинских организаций и др. (Садовой М.А. с соавт., 2017; Суслин С.А. с соавт., 2019; Шахабов И.В. с соавт., 2020; Bower P. et al., 2003; Kutney-Lee A. et al., 2009; Nezenega Z.S. et al., 2013; Tekwani K.L. et al., 2013).

Влияние социально-экономических факторов на уровень удовлетворенности населения системой здравоохранения пока изучены недостаточно, тем не менее граждане, проживающие на территории обслуживания медицинской организации с невысокой плотностью, в большей степени были удовлетворены уровнем общения с медицинским персоналом и условиями предоставления медицинских услуг. На территориях с большим уровнем безработицы показатели удовлетворенности пациентов медицинской помощью были выше. Величина среднего дохода на душу населения территории отражает уровень развития рынка медицинских услуг, и чем он выше, тем ниже удовлетворенность пациентов деятельностью

медицинской организации. В то же время пациенты, использующие более дорогие виды медицинского страхования, в большей степени положительно оценивают оказание медицинской помощи (Шнайдер Г.В. с соавт., 2020; Kazley A.S. et al., 2015; McFarland D.C. et al., 2015; Aysola J. et al., 2018).

Среди факторов повышения удовлетворенности пациентов медицинской помощью можно выделить такие, как рациональная кадровая политика медицинских организаций, укрепление их ресурсной базы, взаимодействие медицинских работников со специалистами службы социального обеспечения, информационная поддержка пациентов об объемах и условиях оказания медицинской помощи, правах и обязанностях пациентов (Куницкая, 2006; Кокорин В.Г., 2011; Суслин С.А. с соавт., 2017).

Таким образом, обобщая понятие «удовлетворенность медицинской помощью», следует отметить его субъективизм, зависимость от личностных характеристик пациентов и разных социально-демографических групп населения; динамичность во времени и пространстве. Удовлетворенность медицинской помощью во многом является частью субъективной удовлетворенности жизни пациента, зависящей от качества жизни в целом. Больные чаще испытывают более низкую удовлетворенность качеством своей жизни по сравнению со здоровыми, и данная категория напрямую зависит от удовлетворенности медицинской помощью. Удовлетворенность оказанием медицинских услуг можно трактовать как позитивное отношение пациента к полученной им услуге, основанное на совпадении его ожиданий с полученным результатом, выражающееся в готовности при необходимости повторного обращения за данной услугой (Смоленская М.А., 2017; Blenkinsop P., Hammill C.A., 2003).

## **1.2. Удовлетворенность населения системой здравоохранения**

Удовлетворенность потребителей медицинских услуг во многом все больше определяет пути реформирования как организации медицинской

помощи, так и системы здравоохранения в целом. При этом реализуются два основных подхода: оценка удовлетворенности пациентов (действующих потребителей услуг) качеством оказания медицинской помощи и оценка удовлетворенности населения (действующими и потенциальными потребителями услуг) системой здравоохранения (Кислицына О.А., 2020; Bleich S.N. et al., 2009).

Если исследования удовлетворенности пациентов в литературе встречаются достаточно часто, то работ по изучению удовлетворенности населения системой здравоохранения, напротив, немного. Между тем исследования удовлетворенности населения здравоохранением во многом могут формировать современную политику в области здравоохранения и имеют существенное значение (Щепин О.П. с соавт., 2011; Blendon R.J. et al., 2001; Bhatia M. et al., 2009).

В Российской Федерации проблема удовлетворенности населения системой здравоохранения продолжает оставаться достаточно острой. По данным опросов общественного мнения (ВЦИОМ, Левада-центр), за период последних десяти лет удельный вес граждан, удовлетворенных системой здравоохранения страны, достигал только одной пятой части населения. В то же время не удовлетворены деятельностью отечественного здравоохранения почти 60% россиян (Тумусов Ф.С., Косенков Д.А., 2019; 21; 93).

В России отмечается один из самых низких показателей (28%) уровня удовлетворенности системой здравоохранения среди более трех десятков стран, принявших участие в Международной программе социальных исследований (ISSP) – масштабного опроса взрослого населения, проведенного в 32 странах, в том числе и России, по проблемам здоровья и использования услуг здравоохранения. При этом наблюдаются низкие значения удовлетворенности при обращении к врачам (35%), при получении лечения (57%), а также невысокий уровень доверия к врачам (47%). Более половины россиян (56%) высказывает сомнения относительно

профессионального уровня большинства врачей, и еще столько же (57%) уверены в большей заинтересованности врачей своими доходами, чем заботой о пациентах. По данным анализа мнений респондентов различных стран, для россиян доступ к оказанию медицинской помощи в большей степени ограничен, в том числе вследствие недостатка материальных ресурсов (25%), ограниченности во времени (27%), длительных сроков ожидания лечения (32%), невозможности лечения вблизи места жительства (32%). На данном фоне стоит отметить более сдержанные запросы россиян в отношении системы здравоохранения относительно других государств Европы и Азии (Максимова Т.М., Лушкина Н.П., 2011; Караева О., 2014; Кислицына О.А., 2020; Lee E.-W., Park J.-H., 2015; 173).

При изучении факторов, влияющих на удовлетворенность населения России системой здравоохранения, установлено, что обычно в меньшей степени удовлетворены граждане с плохим состоянием здоровья; граждане, считающие свое страховое покрытие невысоким вне зависимости от вида страховки; пациенты, которые воспользовались услугами здравоохранения в течение последнего года с момента опроса и остались недовольными лечением; те, кто считает, что врачи имеют низкий профессиональный уровень. В то же время в большей степени удовлетворены системой здравоохранения лица с высоким социально-экономическим статусом; пациенты, удовлетворенные полученным лечением в течение последнего года с момента опроса; граждане, испытывающие доверие к врачам. При этом такие характеристики, как возраст, пол, образование, место жительства и т.д. оказались не столь очевидными для трактовки причин и факторов удовлетворенности населения страны системой здравоохранения в России. Между тем степень удовлетворенности населения системой здравоохранения, по данным отечественных и зарубежных исследователей, прямо пропорциональна величине расходов на здравоохранение. Так, отмечается прямая зависимость между удовлетворенностью оказанием

медицинской помощи и мощностью амбулаторно-поликлинических организаций, а также обеспеченностью койками (Гайсина А.Р., 2016; Кислицына О.А., 2020; Donelan K. et al., 1999; Liu S.S. et al., 2006; Wendt C. et al., 2011).

Обращает на себя внимание тот факт, что, по результатам исследований разных авторов, лица, имеющие низкую самооценку состояния здоровья, в меньшей степени удовлетворены системой здравоохранения. Данная зависимость объясняется тем, что невысокий уровень здоровья создает опыт пациентов в сфере здравоохранения, оказывающий отрицательное влияние на их оценку удовлетворенности, причем особенно это касается менее развитых систем здравоохранения (Wendt C. et al., 2010; Missinne S. et al., 2013; Munro N., Duckett J., 2016).

Ряд исследований демонстрирует, что удовлетворенность системой здравоохранения зависит от того, пользовался ли гражданин ее услугами, то есть имел ли непосредственный опыт общения с производителями медицинских услуг. Так, лица, пользовавшиеся услугами системы здравоохранения в течение последних пяти лет, как правило, более удовлетворены системой здравоохранения по сравнению с теми, кто не имел контакта со службой здравоохранения. Но в ряде стран, напротив, был выявлен более высокий уровень удовлетворенности системой здравоохранения среди тех граждан, кто не пользовался медицинской помощью (Кислицына О.А., 2020; Bleich S.N. et al., 2009; Footman K. et al., 2013).

Интерес представляет ряд исследований, согласно которым удовлетворенность населения системой здравоохранения может зависеть от идеологических убеждений, связанных с эгалитарной политикой, согласно которой каждый член общества получает определенный набор услуг для здоровья, не связанный с гражданством, демографическим состоянием, социально-экономическим статусом. При этом определено, что лица с

эгалитарными жизненными позициями, считающие несправедливым получение гражданами с более высокими доходами медицинской помощи лучшего качества, в меньшей степени удовлетворены системой здравоохранения (Missinne S. et al., 2013; Lee E.-W., Park J.-H., 2015; Munro N., Duckett J., 2016).

В целом уровень удовлетворенности населения системой здравоохранения растет с повышением социально-экономического статуса, что объяснимо: граждане с более низким доходом имеют большие экономические затруднения при доступе к системе здравоохранения. Однако такая зависимость не всегда проявляется отчетливо, в частности это касается стран Западной Европы, в которых лица с невысоким доходом в достаточно равной степени удовлетворены системой здравоохранения. Как правило, группы населения с невысокими доходами получают более низкий уровень медицинского обслуживания, что и отражается на показателях удовлетворенности медицинской помощью и здравоохранения в целом (Кислицына О.А., 2020; Malat, J., 2001; Blendon R.J. et al., 2002; Shmueli A., 2003; Footman K. et al., 2013).

По данным Левада-Центра (2016), российское население достаточно пассивно принимает участие в организационном поле системы здравоохранения. Граждане страны проявляют недостаточное личное участие в заботе о собственном здоровье, в увеличении финансовых ресурсов здравоохранения, в общественном контроле за работой медицинских организаций. Вместе с тем остается низким уровень удовлетворенности населения деятельностью системы здравоохранения и повышается требовательность к качеству и сервису предоставляемых государством медицинских услуг.

### **1.3. Удовлетворенность пациентов и качество медицинской помощи**

Изучение удовлетворенности медицинской помощью в настоящее время обусловлено во многом с позиций оценки и управления качеством медицинской помощи, медицинских услуг и соответствующих медицинских товаров. Степень удовлетворенности медицинским обслуживанием пациентов является важной составляющей при оценке качества оказываемых медицинских услуг, при этом удовлетворенность медицинской помощью с позиции потребителя приобретает еще большее значение при невозможности полного излечения или эффективного медицинского вмешательства (Гриненко А.Я, Гришин В.М., 2003; Петров С.В., 2009; Серегина И.Ф. с соавт., 2009; Суслин С.А. с соавт., 2017; Soria J. et al., 2012).

Исследования удовлетворенности пациентов лечением впервые были проведены в Соединенных Штатах Америки в начале 1950-х годов. Исследования проводились с целью формирования стратегии развития медицинских организаций в целом, сравнения между собой различных лечебных методик, самих медицинских учреждений и их структурных подразделений, а также врачей (Druss B.G. et al., 1999; Rentrop M. et al., 1999).

Удовлетворенность медицинской помощью рассматривается как один из критериев и показателей, характеризующих качество медицинской помощи (Лисицын Ю.П., Отдельнова К.А., 1990; Линденбратен А.Л., 1994; Гусарова Г.И. с соавт., 2003; Агалаков В.И., Куковякин С.А., 2004; Серегина И.Ф., 2007; Суслин С.А., 2010; Орлов А.Е., 2016; Павлов В.В. с соавт., 2014; 2020; Суслин С.А. с соавт., 2022; Blakely T.A., 2001; Calman M.W., Sanford E., 2004; Entwistle V.A., 2004).

В соответствии с определением Международной организации по стандартизации (ISO) качество – совокупность свойств и характеристик продукции с целью удовлетворения существующих потребностей людей. При этом качество медицинской услуги рассматривается как совокупность ее

характеристик, отражающих способность удовлетворять потребности пациента с учетом принятых стандартов оказания медицинских услуг, требований рынка медицинских услуг, в соответствии с современным уровнем медицинской науки. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает удовлетворенность населения и пациентов медицинскими услугами одним из важнейших показателей качества и эффективности деятельности медицинских организаций (Огвоздин В.Ю., 2009; Кокорин В.Г., 2011; 26).

По мнению значительного числа исследователей, качественная медицинская помощь характеризуется целым рядом параметров: квалификацией медицинского персонала, уровнем оснащенности медицинской организации, надлежащим обследованием и лечением пациентов, современным научно-техническим уровнем, экономичностью, эффективностью и адекватностью оказания медицинской помощи, соответствием ее стандартам и рекомендациями др. Несмотря на различный набор предлагаемых специалистами показателей качественной медицинской помощи, все они единодушно отмечают, что удовлетворенность пациентов медицинской помощью – существенный индикатор качества ее оказания. При этом в величину удовлетворенности значительный вклад вносят субъективные оценки пациентов как потребителей, которые не могут объективно дать оценку оказываемой медицинской помощи в силу их социально-культурных, экономических особенностей, недостатка информации и др. (Вуори Х.В., 1985; Лузгарева О.И., 2011; Лактионова Л.В., 2013; Садовой М.А. с соавт., 2017).

Целый ряд параметров, таких как возраст, раса, состояние здоровья пациентов, а также мощность медицинского учреждения статистически значимо оказывают влияние на уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. Положительно уровень КМП чаще оценивают пациенты европеоидной расы, более пожилого возраста, с невысоким доходом. Сельские медицинские организации, располагающиеся

на территориях с невысокой плотностью населения, имеют более высокие оценки качества организации медицинской помощи. Негативный вклад в показатель удовлетворенности населения КМП также вносят такие параметры, как число больничных коек в стационаре; высокая доля пациентов, родившихся за рубежом (Young G.J. et al., 2000; Lurie N. et al., 2003; McFarland D.C. et al., 2016; Radu G. et al., 2018).

Встречается достаточно много работ отечественных и зарубежных исследователей, посвященных изучению удовлетворенности медицинской помощью с целью оценки качества оказания медицинской помощи пациентам, в рамках конкретной медицинской организации, на разных этапах оказания помощи, по видам медицинской помощи, на различных территориях и т.д. При этом к основным причинам неудовлетворенности пациентов относят низкое оснащение лечебно-диагностического процесса медицинским оборудованием, недостаток необходимых медикаментов и некомфортные условия пребывания в медицинских организациях. Между удовлетворенностью пациентов стационаров и их оценкой уровня оснащенности отделений медицинской техникой имеется прямая корреляционная зависимость (Комаров Н.В., 2002; Короткова А.В., 2003; Агалаков В.И., Куковякин С.А., 2004; Потапова И.И., Белонос С.С., 2004; Захаров И.А., Жихарова Н.А., 2007; Карменов А.К. с соавт., 2007; Александрова М.С., 2009; Куприянова В.И., 2012; Суслин С.А. с соавт., 2018; Орлов А.Е. с соавт., 2014; 2021; Media, P.J., 1991).

Для оценки и контроля качества медицинской помощи удовлетворенность пациентов необходимо измерять, в результате предлагается определять уровень удовлетворенности пациентов, или коэффициент социальной удовлетворенности, рассчитываемый как отношение числа случаев удовлетворения пациентов оказанием медицинской помощи к общему числу случаев оказания медицинской помощи. При этом изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью должно

проводиться не только для оценки и контроля качества медицинской помощи, но и для разработки мероприятий по его улучшению (Бадретдинов Р.Р., 2006; Старченко А.А. с соавт., 2007; Павлов В.В. с соавт., 2014; Орлов А.Е., 2016; Андреева В.Э. с соавт., 2018; Суслин С.А. с соавт., 2021).

В России на законодательном уровне закреплена обязанность органов исполнительной власти в сфере здравоохранения проведения независимой оценки качества (НОК) условий оказания услуг. Данный метод предполагает оценку медицинских организаций по ряду критериев: вежливость и доброжелательность персонала; комфортность предоставления медицинских услуг; открытость и доступность информации о медицинской организации; удовлетворенность условиями оказания услуг, их доступность для инвалидов. При этом сбором информации для НОК занимается специальная организация-оператор, которая опрашивает пациентов, с использованием утвержденных Минздравом России анкет для оценки качества условий оказания медицинских услуг в амбулаторных и в стационарных условиях. Вместе с тем такой единый подход к оценке медицинских организаций, различающихся по территориальному признаку, мощности, типу, географическому расположению и др., может нести в себе возможность недостаточной объективности (Кадыров Ф.Н., 2014; Рагозина Л.Г., Цацура Е.А., 2015; Шнайдер Г.В с соавт., 2020).

Развитие пациент-ориентированного направления в деятельности систем здравоохранения трудно представить без определенного уровня качества медицинской помощи, причем само качество может быть оценено с позиции степени реализации пациент-ориентированного подхода, то есть уровнем удовлетворенности медицинской помощью. При этом, измеряя данный показатель, появляется возможность разработки и реализации путей развития медицинских организаций в актуальных, с точки зрения пациентов, направлениях. Например, в Кливлендской клинике США активно используются исследования удовлетворенности пациентов для разработки

мероприятий по ее развитию, в результате чего клиника занимает лидирующие позиции в рейтингах по уровню удовлетворенности медицинскими организациями (Кобякова О.С. с соавт., 2016; Федорова И.Ю., Решетов Д.Н., 2017; Деев И.А. с соавт., 2019; Суслин С.А. с соавт., 2019; Robison J., 2012; 168).

Реализация пациент-ориентированного подхода с позиции организации медицинской помощи предполагает использование принципов управления, в соответствии с которыми решения по совершенствованию и развитию организации имеют несколько последовательных этапов: оценку исходной ситуации и выявление проблемных зон; планирование и проведение мероприятий по совершенствованию деятельности; измерение результата принятых воздействий; разработку дальнейших мероприятий. Для медицинских организаций эффективным инструментом, оценивающим исходные данные и конечные мероприятия, является определение удовлетворенности пациентов медицинской помощью с использованием специальных опросников (Файоль А., 1923; Кобякова О.С. с соавт., 2016; Русакова И.В. с соавт., 2018; Hulka B.S. et al., 1970; Stewart M. et al., 2000).

С учетом формирования пациент-ориентированной модели здравоохранения важным механизмом является создание универсальной системы коммуникации, которая позволяет получать от пациентов обратную связь путем изучения их удовлетворенности полученной медицинской помощью для оперативного решения возникающих проблем (Кондратова Н.В., 2016; Малыхина М.А., 2016; Шнайдер Г.В. с соавт., 2020).

Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи является одним из основных показателей поведения, связанного со здоровьем. Пациенты, удовлетворенные оказанной медицинской помощью в большей степени, и в дальнейшем продолжают использовать медицинские услуги, включая конкретную медицинскую организацию; соблюдают предписанные правила лечения, профилактики и реабилитации;

рекомендуют медицинское обслуживание своим близким и знакомым, проявляют большую открытость в общении с медицинским персоналом (Stewart M. et al., 2000; Hekkert K.D. et al., 2009; Tonio S. et al., 2011).

В последние десятилетия исследования удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи получают все большее распространение как в России, так и за рубежом и служат источником обратной связи и информации для выявления важных для пациентов проблем и разработки организационно-управленческих решений по улучшению качества услуг в медицинских организациях и системах здравоохранения (Кобякова О.С. с соавт., 2016; Журавлева И. с соавт., 2017; Кирюхин О.Л., Бузынин В.И., 2017; Ержанов Е.К., Сабыракын Э.М., 2021).

#### **1.4. Методические подходы к оценкам уровня удовлетворенности населения медицинской помощью**

Одной из основных процедур, позволяющих изучать мнение населения об организации медицинской помощи, считается социологическое исследование, основным методом которого является социологический опрос. С помощью данного метода можно оценить не только функционирование системы здравоохранения в целом, но и работу медицинских организаций, различных аспектов их деятельности, произвести сравнительный анализ самих медицинских организаций по уровню удовлетворенности пациентов полученными медицинскими услугами. Изучение мнений населения по поводу оказания медицинской помощи важно с позиций оценки эффективности работы медицинских организаций и составления различных рейтингов. Все это диктует необходимость разработки методик оценки и измерения уровня удовлетворенности населения медицинской помощью с объективных позиций (Шнайдер Г.В. с соавт., 2020; Aysola J. et al., 2018).

Изучение уровня удовлетворенности на научной основе начались в США в 1970-80-х годах, когда были разработаны специальные опросники

(шкалы удовлетворенности первичной медицинской помощью, опросники по удовлетворенности пациентов, клиентов и услуг). Данные опросники были необходимы для улучшения планирования деятельности клиник и повышения качества оказания медицинской помощи. Более того, измерение уровня удовлетворенности пациентов стало переводиться на коммерческую основу, когда начали образовываться компании, оказывающие услуги по оценке деятельности медицинских организаций путем опросов пациентов и дальнейшей разработке мероприятий по улучшению удовлетворенности населения медицинской помощью (Ware, J.E. et al., 1976; Larsen D.L. et al., 1979; Nguyen T.D. et al., 1983; Giordano L.A. et al., 2010; Doyle, J.J. et al., 2017).

С начала XXI века деятельность по оценке уровня удовлетворенности пациентов медицинскими услугами в США была выведена на государственный уровень, когда центрами по медицинскому уходу и медицинской помощи совместно с Агентством по исследованию и качеству в здравоохранении был разработан специальный инструмент по оценке стационарными больными поставщиков медицинской помощи (HCAHPS), периодически обновляющийся и представляющий из себя анкету из 32 вопросов, которая предлагается пациентам при выписке. В данной анкете отражены взаимодействия пациентов с медицинским персоналом, вопросы комфорта, управления болью, полноты информации о лечении и при выписке, проведения манипуляций, обратной связи (Jenkinson C. et al., 2002; Elliott M.N. et al., 2010).

В европейских странах также широко изучается удовлетворенность населения медицинской помощью с использованием на государственном уровне специально разработанного опросника «Опыт пациента Пикера» (PPE-15), состоящего всего из 15 вопросов. Во многих странах Европы при помощи данного инструмента, изданного на трех языках – английском, французском и испанском, – ежегодно проводится контроль качества медицинской помощи в большинстве больничных организаций. Вопросник PPE-15 отражает полноту

получаемой информации, комфортность пребывания, поддержку и степень индивидуального подхода к пациенту, участие близких, непрерывность лечения и его преемственность. Упомянутые опросники HCAHPS (США) и PPE-15 (Европа) рассчитаны для оценки стационарной медицинской помощи и заполняются пациентами спустя месяц после полученного лечения. Для оценки удовлетворенности амбулаторной медицинской помощью также разработаны специальные опросники (Кобякова О.С. с соавт., 2016; Rubin H.R. et al., 1990; Keegan O., McGee H., 2003; Fan V.S. et al., 2005; Doyle, J.J. et al., 2017).

В работе О.С. Кобяковой с соавт. (2016) проведена систематизация ряда используемых в мире опросников для оценки уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. Так, для оценки удовлетворенности медицинской помощью в амбулаторных условиях популярен опросник SWOPS (Ирландия, 2003 год), состоящий из 37 вопросов, в котором оцениваются взаимодействия с персоналом, полнота получаемой информации о лечении и при выписке, процессы регистрации, уровень обследования, общая удовлетворенность. В США для оценки амбулаторных пациентов широко используется опросник SOSQ (Сиетл, США, 2005 год), имеющий 21 вопрос, данная шкала оценивает коммуникативные и организационные навыки медицинского персонала с учетом доступности, продолжительность ожидания медицинской помощи и т. д. (Кобякова О.С. с соавт., 2016; Rubin H.R. et al., 1990; Fan V.S. et al., 2005).

В Российской Федерации последовательно проводится работа по изучению удовлетворенности населения медицинской помощью. С 2013 года Министерством здравоохранения Российской Федерации были внедрены анкеты по анализу удовлетворенности пациентов качеством предоставления медицинских услуг в амбулаторных и стационарных условиях. В соответствии с приказом Минздрава России от 31.10.2013 г. № 810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы

государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» в анкетах изучались условия оказания амбулаторной помощи: прием, длительность ожидания (приема, консультации, диагностических процедур), условия ожидания, оценка помощи при вызове врача на дом, общая удовлетворенность, возможность рекомендации медицинской организации, полнота получаемой информации о лечении и при выписке. В стационарных условиях важными параметрами явились: общая оценка процедур, отношения с персоналом, оценка условий пребывания (питания, уборки, ухода), необходимость и условия оказания платных услуг, общая удовлетворенность, полнота получаемой информации о лечении и при выписке.

С 2015 года анкета по удовлетворенности амбулаторной помощью была доработана, в опроснике отражены параметры длительности ожидания (приема, диагностических процедур, консультации узких специалистов), причина обращения, способ записи, общая удовлетворенность, полнота получаемой информации о лечении и при выписке, частота обращения, компетентность участкового терапевта и узких специалистов, возможность рекомендации. В анкете по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в стационарных условиях отражены полнота информации, условия приемного отделения, длительность ожидания, отношения с персоналом в приемном отделении и в стационаре, необходимость оплаты услуг, готовность к рекомендациям, компетентность персонала, общая удовлетворенность, удовлетворенность уходом (Приказ Минздрава России от 14.05.2015 г. «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»).

В последнее время для оценки качества работы в различных сферах сервиса стали привлекаться «тайные посетители», что помогает компаниям адекватно оценивать слабые и сильные места и тем самым совершенствовать

свою деятельность. Данная методика («тайный пациент») начала активно использоваться и в области медицинских услуг. Организациям сферы здравоохранения целесообразно привлекать к подобного рода оценкам общественные организации, обученных добровольцев. По результатам таких оценок заполняется специальный опросник (чек-лист), по которому выносится заключение об организации и качестве работы, принимаются организационно-управленческие решения (Москвина С., 2017; Романов С.В. с соавт., 2017).

Обзор опросников показывает, что большинство из них оценивает отдельные группы факторов, влияющих на удовлетворенность, например, взаимодействие пациента с персоналом (внимательность, вежливость), временные характеристики (ожидание приема, продолжительность приема у врача), взаимодействие с окружающей средой (комфорт, логистика). Группы факторов, оцениваемые опросником, различаются в зависимости от страны, в которой он был разработан, что может означать, что в каждой из стран определенный фактор может иметь разную степень влияния на уровень удовлетворенности (Кобякова О.С. с соавт., 2016).

В России удовлетворенность населения медицинской помощью имеет тенденцию к росту, за последнее десятилетие повысившись с 30,0% до 40,4%, вместе с тем способы измерения удовлетворенности не стандартизированы, анкеты Минздрава России носят рекомендательный характер, каждый регион проводит изучение удовлетворенности, используя разные методологические инструменты. Для проведения научных исследований по измерению уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью в различных территориях и медицинских организациях обычно разрабатываются специальные анкеты, что затрудняет сопоставление полученных разными авторами результатов. Более того, очень сложно выбрать опросник, который бы обладал универсальными свойствами оценки удовлетворенности. Следует выбирать опросники под определенную цель исследования (Светличная Т.Г. с

соавт., 2010; Алексеева Н.Ю. с соавт., 2011, Almeida R.S. et. al., 2015; Beattie M. et. al., 2015).

На показатель удовлетворенности населения медицинской помощью действует множество неоднозначных детерминант, поэтому на сегодняшний день интерес представляют научные исследования, рассматривающие причины и факторы удовлетворенности/неудовлетворенности и их комплексная характеристика. В частности, для более объективной оценки уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью в США была разработана методика взвешенной индивидуальной (госпитальной) скорректированной оценки удовлетворенности пациентов (WIPSAS). В данной шкале оценки была использована поправка на демографические особенности пациентов, а также на особенности деятельности медицинских организаций. Так, в качестве благоприятных факторов, повышающих уровень удовлетворенности пациентов, были выбраны уровень образования и доля белого населения; в качестве неблагоприятных факторов, снижающих удовлетворенность населения, были учтены мощность медицинской организации и удельный вес пациентов, не владеющих английским языком. В результате использование методики WIPSAS повысило объективность оценки удовлетворенности пациентов деятельностью медицинской организации при оказании помощи. Такая корректирующая оценка удовлетворенности позволила переместить несколько медицинских центров из пятого десятка в рейтинге в десятку лучших по показателю удовлетворенности (Шнайдер Г.В. с соавт., 2020; McFarland D.C. et al. 2015).

При анализе исследований, посвященных оценкам удовлетворенности населения медицинской помощью, Г.В. Шнайдер с соавт. (2020) выделяет три группы факторов, связанных с уровнем удовлетворенности: первая группа – популяционные (возраст, пол, раса, уровень образования и пр.); вторая группа – медицинские (мощность медицинской организации, обеспеченность медицинскими кадрами, соотношение врачей и медицинских сестер,

зависимость пациентов от различных источников финансирования медицинской помощи и др.); третья группа – территориальные (место расположения медицинской организации, уровень безработицы в регионе, величина дохода населения и т.д.). На территориальные и популяционные факторы существенного влияния система здравоохранения оказать не может, поэтому медицинские организации оказываются в неодинаковых условиях при оценке их работы. Дать более объективную оценку могут методики оценки с учетом влияния разных факторов на конечный результат, но причины и факторы, их вклад в показатель удовлетворенности до сих пор остаются изученными недостаточно. При анализе исследований в сфере удовлетворенности населения медицинской помощью большинство публикаций (около 60%) посвящено влиянию медицинских факторов на уровень удовлетворенности, около 30% – популяционных и около 10% – территориальных (Шнайдер Г.В. с соавт., 2020; Mazurenko O. et al., 2017).

### **1.5. Направления повышения удовлетворенности населения медицинской помощью**

Результаты изучения удовлетворенности населения медицинской помощью должны широко использоваться для формирования политики в области здравоохранения на различных уровнях. Важным направлением повышения удовлетворенности является улучшение имиджа медицинских профессий, возвращение максимального доверия граждан к медицинским работникам, улучшение качества и доступности медицинской помощи. Также необходимо большее финансовое наполнение системы обязательного медицинского страхования (ОМС), поскольку дальнейшее расширение объема платных медицинских услуг может вызвать рост недовольства и снизить удовлетворенность населения медицинской помощью (Кислицына О.А., 2020).

В качестве рекомендаций для повышения уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью необходимы дальнейшее

совершенствование системы оказания государственных медицинских услуг, направленное, прежде всего, на восстановление баланса государственных обязанностей и ресурсной базы для их исполнения; переход к закреплению ответственности страховых медицинских организаций за поддержание здоровья пациентов и управление связанными со здоровьем рисками; повышение ответственности граждан за собственное здоровье и уход от модели коллективного здравоохранения, при котором взносы населения обезличены, а потребление услуг является персонифицированным (93).

По данным американских авторов, для повышения удовлетворенности пациентов медицинской помощью нельзя недооценивать социально-психологические аспекты деятельности персонала медицинских организаций, направленные на небезразличное отношение к пациентам; эмпатию; стремление поставить себя на место пациента; ориентацию сотрудников не только выполнять свои функции, но и видеть цель медицинской организации. Одним из самых больших препятствий на пути улучшения качества обслуживания пациентов в сфере здравоохранения является замкнутый характер отрасли и то, как это усугубляет ее проблемы. Поставщики медицинских услуг и медицинские работники сравнивают себя друг с другом – с больницей в соседнем городе, хирургом в другой операционной – и соответствующим образом оценивают свое обслуживание клиентов. А сделать это – значит установить планку слишком низко. Приходит время сравнивать качество обслуживания клиентов в сфере здравоохранения с лучшими практиками в отрасли, требующими интенсивного обслуживания, потому что именно это будут делать пациенты и их близкие. Взаимодействие каждого пациента со здравоохранением оценивается на основе ожиданий, установленных лучшими «игроками» индустрии, где опытные субъекты создают науку об обслуживании клиентов (Decety J., Jackson P.L, 2004; Solomon M., 2015).

Повышение удовлетворенности населения системой здравоохранения возможно при преодолении узковедомственного подхода, поскольку охрана здоровья – межсекторная задача, связанная не только с оказанием медицинской помощи населению, но и со снижением бедности, обеспечением образования, жилья, занятости, содействием выбору здорового образа жизни, улучшением условий труда. При этом важно усиление роли государства в регулировании стоимости платных медицинских услуг, установление лимита трат семейного бюджета на оказание медицинских услуг. Существенную роль играет и кадровое обеспечение здравоохранения, в системе которого необходимо обеспечение эффективной деятельности первичного звена, создание интегрированной системы инновационной медицины, развитие региональных медицинских кластеров на базе крупных медицинских, научных и учебных организаций для централизации диагностической, консультативной, специализированной медицинской помощи, что сократит потоки пациентов в мегаполисы и обеспечит большую доступность медицинской помощи (Тумусов Ф.С., Косенков Д.А., 2019).

**Резюме.** Понятие об удовлетворенности медицинской помощью в настоящее время продолжает формулироваться. Удовлетворенность пациентов зависит от многих факторов и является весьма динамичным параметром. При удовлетворенности оказанием медицинской помощи отмечается положительное отношение пациента к получаемой услуге, основанное на совпадении его ожиданий с полученным результатом.

По данным литературы, население России в меньшей степени удовлетворено системой здравоохранения как в целом, так и отдельными ее составляющими. Такие факторы, как хороший уровень состояния здоровья, высокий социально-экономический статус, доверие к медицинскому персоналу, удовлетворенность медицинской помощью, повышают уровень удовлетворенности населения системой здравоохранения в целом.

Изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью осуществляется с позиций управления качеством медицинской помощи. Уровень удовлетворенности медицинским обслуживанием – важная составляющая при оценке качества оказываемых медицинских услуг. Результаты изучения удовлетворенности служат источником информации для выявления важных для пациентов проблем и разработки организационно-управленческих решений по улучшению качества услуг в медицинских организациях и системах здравоохранения.

На сегодняшний момент существует значительное число различного вида опросников по измерению удовлетворенности пациентов медицинской помощью, но не все опросники обладают высоким качеством и сопоставимы друг с другом, что затрудняет интерпретацию и анализ результатов.

Несмотря на достаточное число исследований, посвященных изучению удовлетворенности населения медицинской помощью, пути повышения удовлетворенности описываются достаточно широко, в общем виде, нередко без привязки к конкретному региону и конкретной медицинской организации.

## ГЛАВА 2

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационное исследование проводилось на территории Самарской области – крупного субъекта Российской Федерации, входящего в состав Приволжского федерального округа. Регион находится на юго-востоке европейской части территории страны в Среднем Поволжье и имеет площадь 53,6 тыс. км<sup>2</sup>. В Самарской области на начало 2022 года проживало 3131,7 тыс. жителей, число которых сократилось по сравнению с 2017 годом на 0,9%.

Разработка научных подходов к повышению удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи проводилась на основной базе исследования – ГБУЗ (государственного бюджетного учреждения здравоохранения) СО (Самарской области) «Новокуйбышевская центральная городская больница» (НЦГБ) – крупной медицинской организации, представляющей собой объединенную (имеющую поликлиническое подразделение и стационар) многопрофильную больницу, оказывающую медицинскую помощь жителям города Новокуйбышевска.

Поликлиническое подразделение больницы представлено поликлиникой для взрослых и женской консультацией суммарной мощностью 1400 посещений в смену. Круглосуточный стационар насчитывает 435 коек. В медицинской организации трудятся 225 врачей – физических лиц.

Исследование проводилось в течение 2018–2023 годов на территории городского округа Новокуйбышевск – города областного подчинения Самарской области со среднегодовой численностью жителей за указанный период, равной 101,2 тыс. человек. Город расположен в 20 км к юго-западу от г. Самары – областного центра региона с населением более 1,136 млн человек (2022 год). Новокуйбышевск связан хорошим транспортным сообщением (автомобильным, водным, железнодорожным) с областным центром, а также с другими населенными пунктами области, в том числе с близлежащими

сельскими муниципальными районами. В городе развиты различные отрасли промышленности, особенно нефтеперерабатывающая и нефтехимическая.

ГБУЗ СО НЦГБ было нами выбрано в качестве базы исследования не случайно, поскольку это одно из крупнейших медицинских учреждений Самарской области с достаточной ресурсной базой, оказывающее медицинскую помощь населению большого (около 100000 жителей) города, где могут быть реализованы организационные мероприятия в области медицинского обслуживания. Основным периодом наблюдения был временной интервал с 2017 года по 2022 год.

Основными объектами исследования явились удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи, городская объединенная многопрофильная больница (ГБУЗ СО НЦГБ). Предмет исследования – комплекс организационных решений, направленных на повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощи.

Единицами наблюдения явились взрослые (18 лет и старше) пациенты ГБУЗ СО НЦГБ, получающие медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях; врачи ГБУЗ СО НЦГБ; врачи – организаторы здравоохранения Самарской области.

Решение поставленной цели и выполнение задач исследования предусматривало осуществление следующих основных этапов.

1. Научный анализ данных литературы, включая нормативно-правовые источники, по медико-социальным аспектам повышения удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи.

2. Разработка плана, программы и научно-методического инструментария исследования.

3. Изучение удовлетворенности оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях.

4. Изучение удовлетворенности оказанием медицинской помощи в стационарных условиях.

5. Научные основы организации проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области оказанием медицинской помощи.

6. Разработка и внедрение организационной модели повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в объединенной городской больнице.

Выполнение поставленных на указанных этапах задач методически выполнялось путем проведения медико-социального исследования, основной базой которого явилось государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Новокуйбышевская центральная городская больница» (ГБУЗ СО НЦГБ).

На первом этапе проводилось изучение публикаций отечественных и зарубежных исследователей, нормативно-правовой базы по современным понятиям удовлетворенности населения медицинской помощью, системой здравоохранения; по проблемам удовлетворенности пациентов и качества медицинской помощи; методическим подходам к оценкам уровня удовлетворенности населения медицинской помощью; направлениям повышения удовлетворенности населения медицинской помощью.

На втором этапе определены цель, задачи, программа исследования. Особое внимание уделено методическому инструментарию исследования, основанному на изучении проблем удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи с учетом мнений пациентов, врачей, врачей – организаторов здравоохранения в амбулаторных и стационарных условиях. Вопросы удовлетворенности изучались путем анкетирования респондентов с помощью специально разработанных анкет, составленных с учетом методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации, согласованных с министерством здравоохранения Самарской области, комитетом по биоэтике и лабораторией мониторинга образовательной среды при Самарском государственном медицинском университете.

На третьем этапе изучена удовлетворенность населения оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях на примере ГБУЗ СО НЦГБ. Для этого использована специально разработанная «Анкета по изучению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях», состоящая из 39 вопросов, 102 открытых и закрытых ответов (приложение № 1). В анкете представлены вопросы по социально-демографической характеристике респондентов, удовлетворенности отдельными сторонами деятельности поликлинического подразделения (запись на прием к врачу; работа регистратуры; условия оказания помощи; время ожидания помощи; информация; оказание помощи врачами, средним медицинским персоналом; получение диагностических исследований и др.), оценке качества организации оказания медицинской помощи, рекомендациям по повышению удовлетворенности медицинской помощью. Анкетирование проводилось в 2018 году, в нем приняло участие 625 пациентов НЦГБ в возрасте 18 лет и старше, получавших медицинскую помощь в амбулаторных условиях (в поликлиническом подразделении НЦГБ).

На данном этапе также проведено анкетирование врачей НЦГБ по специально разработанной «Анжете по оценке организации и повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в больнице» (в части оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях). Анкета состоит из 28 вопросов и 94 открытых и закрытых ответов (приложение № 2). В анкете представлены вопросы по социально-демографической характеристике врачей, удовлетворенности деятельностью поликлинического подразделения, оценке качества медицинской помощи, оценке удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи, рекомендациям по повышению удовлетворенности медицинской помощью. Анкетирование проводилось в 2018 году, в нем приняло участие 235 врачей НЦГБ.

Четвертый этап исследования включал в себя изучение удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи в стационарных условиях на примере ГБУЗ СО НЦГБ. Для этого нами использована специально разработанная «Анкета по изучению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях», состоящая из 28 вопросов, 107 открытых и закрытых ответов (приложение № 3). В анкете представлены вопросы по социально-демографической характеристике респондентов, удовлетворенности отдельными сторонами деятельности стационара (время ожидания на госпитализацию; работа приемного отделения; условия оказания помощи; информация; оказание помощи врачами, средним медицинским персоналом; получение диагностических исследований, лечения, питания и др.), оценке качества организации оказания медицинской помощи, рекомендациям по повышению удовлетворенности медицинской помощью. Анкетирование проводилось в 2018 году, в нем приняло участие 587 пациентов НЦГБ в возрасте 18 лет и старше, получавших медицинскую помощь в стационарных условиях (в круглосуточном стационаре НЦГБ).

На данном этапе также проведено анкетирование врачей НЦГБ по специально разработанной «Анжете по оценке организации и повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в больнице» (в части оказания медицинской помощи в стационарных условиях). В анкете представлены вопросы по оценке удовлетворенности деятельностью стационара, оценке качества медицинской помощи, оценке удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи, рекомендациям по повышению удовлетворенности медицинской помощью в стационаре и больнице в целом. Анкетирование проводилось в 2018 году, в нем приняло участие 235 врачей НЦГБ.

На пятом этапе исследования дано научное обоснование реализации регионального пилотного проекта по повышению удовлетворенности

населения Самарской области при оказании медицинской помощи (далее Проект). Реализация данного проекта «Повышение удовлетворенности жителей региона услугами сферы здравоохранения» была осуществлена благодаря инициативе Правительства Самарской области, министерства здравоохранения Самарской области и Самарского государственного медицинского университета (письмо Министерства здравоохранения Самарской области № 30/1240 от 25.04.2018 г.). Координатором Проекта выступила кафедра общественного здоровья и здравоохранения СамГМУ. Основными этапами реализации Проекта явились: формирование команды; выработка направлений по повышению удовлетворенности медицинской помощью; определение основных проблем по направлениям; работа по направлениям, включая обозначение причин проблем, их решение и разработку организационных мероприятий по повышению удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи.

Команда Проекта (30 человек) сформирована из числа экспертов, состоящих из врачей – организаторов здравоохранения высшей квалификационной категории. Команда Проекта состояла из представителей министерства здравоохранения Самарской области, СамГМУ, Самарского ТФОМС, МИАЦ, Медицинского колледжа им. Н. Ляпиной, медицинских организаций. Команда была также условно разделена на подгруппы: по первичной медико-санитарной помощи, по скорой медицинской помощи, по специализированной медицинской помощи, по пациент-ориентированному финансированию медицинской помощи, по подготовке кадров, по информатизации здравоохранения.

Проект продолжался в течение апреля – мая 2018 года, по результатам работы были сформированы теоретические основы и организационные мероприятия по повышению удовлетворенности жителей Самарской области услугами сферы здравоохранения (дорожная карта на 2018–2020 годы), принятые совместной коллегией Минздрава Самарской области и

Департамента информационных технологий и связи Самарской области «Проектное управление как инструмент повышения доступности и качества медицинской помощи» (протокол № 3 от 18.05.2018 г.) (приложение № 4).

На шестом этапе исследования на основе сформированных на предыдущем этапе теоретических основ и организационных мероприятий реализации Проекта была разработана, внедрена организационная модель повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в объединенной городской больнице. Базовой медицинской организацией послужила ГБУЗ СО НЦГБ. Организационная модель включала изучение и мониторинг удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи, разработку медико-организационных мероприятий общепольничного значения, в амбулаторных и стационарных условиях, оценку результативности организационной модели. На данном этапе была создана программа для ЭВМ «Мониторинг удовлетворенности пациентов медицинской организации оказанием медицинской помощи» по постоянному изучению удовлетворенности пациентов для принятия оперативных организационно-управленческих решений со стороны руководства больницы.

Результативность организационной модели определялась путем организации повторного анкетирования респондентов в 2021 году, анализа формы № 30 федерального статистического наблюдения, аналитических справок годовых отчетов НЦГБ за 2017–2021 годы. По тем же анкетам (приложения № 1, 2, 3) проведено анкетирование взрослых пациентов, получивших медицинскую помощь в амбулаторных условиях (566 человек), в стационарных условиях (581 человек), а также врачей больницы (229 человек).

При выработке методического инструментария исследования существенное внимание нами уделено социологическому методу в виде анкетирования, показывающему свою эффективность как в исследованиях по оценке состояния здоровья населения, его обращаемости за медицинской помощью, обследования, лечения, удовлетворенности и ухода, так и при

изучении различных аспектов организации деятельности медицинских организаций (Решетников А.В., 2000, 2014; Суслин С.А., 2006).

В рамках оценки удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи нами введен специальный показатель – уровень удовлетворенности (УУ), который рассчитывался по пятибалльной шкале Лайкерта. При этом ответы респондентов переводились в баллы, максимальному значению присваивалось пять баллов (например, отличной оценке), минимальному значению – один балл (например, очень плохой оценке). Далее рассчитывался УУ как частное от общей суммы набранных респондентами баллов к числу респондентов. Среднее значение уровня удовлетворенности считается отличным при значении показателя 4,5 балла и более ( $УУ \geq 4,5$ ), хорошее значение показателя уровня удовлетворенности определяется на уровне 4,0–4,4 балла ( $4,0 \leq УУ < 4,5$ ). Удовлетворительное значение показателя уровня удовлетворенности находится в границах 3,5–3,9 балла ( $3,5 \leq УУ < 4,0$ ), неудовлетворительное значение показателя уровня удовлетворенности соответствует значению менее 3,5 балла ( $УУ < 3,5$ ) (Волкова Н.В., 2016; Roy A.K., 2020).

При разработке программы исследования формировались макеты таблиц, в качестве сказуемого была использована половозрастная группировка по качественным и количественным параметрам, в соответствии с общепринятыми категориями. В ходе исследования анализировался в целом однородный материал за пятилетний интервал времени (2017–2021 годы). Были использованы абсолютные, относительные, средние величины. При сборе данных нами оценивалось качество материала, контролировалось соблюдение принципов и правил, принятых на этапе разработки методического инструментария, что позволило оперировать объективными данными (Сепетлиев Д.А., 1968; Мерков А.М., Поляков Л.Е., 1974). Приводим основные методические аспекты исследования (таблица 2.1).

## Основные методические аспекты исследования

№	Этапы	Методы	Материалы
1.	Анализ данных литературы, нормативно-правовых документов	Аналитический	Источники литературы отечественные и зарубежные; нормативно-правовые документы; статистическая информация
2.	Разработка плана, программы и научно-методического инструментария исследования	Аналитический	Источники литературы отечественные и зарубежные; нормативно-правовые документы; статистическая информация
3.	Изучение удовлетворенности оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях	Социологический; статистический; аналитический	Специально разработанная анкета «Анкета по изучению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях» (625 респондентов). Специально разработанная анкета для врачей «Анкета по оценке организации и повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в больнице» (235 респондентов)
4.	Изучение удовлетворенности оказанием медицинской помощи в стационарных условиях	Социологический; статистический; аналитический	Специально разработанная анкета «Анкета по изучению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях» (587 респондентов). Специально разработанная анкета для врачей «Анкета по оценке организации и повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в больнице» (235 респондентов)
5.	Научные основы организации проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области при оказании медицинской помощи	Экспертных оценок; аналитический; организационное моделирование	Материалы работы команды проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области при оказании медицинской помощи. Медико-организационные мероприятия по повышению удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи
6.	Разработка и внедрение организационной модели повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в объединенной городской больнице	Аналитический; организационное моделирование; статистический	Организационная модель повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в объединенной городской больнице. Программа для ЭВМ по мониторингу удовлетворенности пациентов медицинской организации оказанием медицинской помощи. Анкетирование пациентов по изучению удовлетворенности медицинской помощью в амбулаторных условиях (566 респондентов), в стационарных условиях (581 респондентов) и врачей (229 респондентов)

Для решения поставленных задач также использовались и другие методы исследования: аналитический, статистический, экспертных оценок, организационного моделирования. С помощью аналитического метода были изучены нормативно-правовая база, научные публикации по проблемам удовлетворенности населения медицинской помощью, изучена удовлетворенность пациентов и врачей оказанием медицинской помощью в амбулаторных и стационарных условиях, реализован проект по повышению удовлетворенности населения Самарской области оказанием медицинской помощи, разработана организационная модель повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи.

Математическая обработка материала проведена на персональном компьютере, оснащенный соответствующим программным обеспечением. Анализ статистических данных проводился с использованием программы IBM SPSS Advanced Statistics 24.0.

Для оформления результатов исследования использованы программные средства Word пакета Microsoft Office фирмы Microsoft.

Расчет необходимого количества анкетированных для получения репрезентативных результатов осуществлялся по формуле:

$$n = (N t^2 p V) / (\Delta^2 N + t^2 p V);$$

где:

$n$  – число анкетированных лиц;

$N$  – численность генеральной совокупности;

$t$  – доверительный коэффициент, зависящий от вероятности, с которой гарантируется точность выборки, при вероятности безошибочного признака  $P = 0,95$ ;  $t = 1,96$ ;

$p$  – доля изучаемого признака;

$V = (1-p)$ , неизвестное  $pV$  заменяется его максимальным значением  $0,25$  (при  $p=0,5$ );

$\Delta$  – предельная (задаваемая) ошибка выборки  $0,05$ .

В результате расчета формулы определено минимальное число анкетированных лиц ( $n$ ) = 400 (единиц наблюдения).

В нашем исследовании число наблюдений для пациентов превышало 400 (625, 566, 587 и 581 наблюдений), а для врачей составляло 235 и 229 наблюдений, которое соответствовало максимальному значению, поскольку все врачи НЦГБ были охвачены исследованием.

В исследовании применены методы описательной статистики: подсчет относительных и средних величин.

Для количественных признаков в сравниваемых группах производилась оценка средних арифметических и стандартных отклонений ( $M \pm SD$ ), рассчитывались границы доверительных интервалов (95% CI). Для количественных значений, распределение которых не подчинялось нормальному закону распределения, рассчитывались медианные значения ( $Me$ ), 25% и 75% квантили.

Критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевых гипотез принималось равным 0,05. В случае превышения достигнутого уровня принималась нулевая гипотеза.

При расчете средней величины интервальных рядов в качестве вариантов признака использовались значения середины интервалов. Для определения характера распределения показателей использован критерий Колмогорова-Смирнова с поправкой Лиллиефорса.

Для определения достоверности различий при сравнении двух независимых выборок использовали критерии Стьюдента или Манна-Уитни. Анализ качественных показателей проведен через исследование их частот посредством таблиц сопряженности с использованием критерия согласия Пирсона ( $\chi^2$ ) и критерия Пирсона с поправкой Йетса ( $\chi^{2*}$ ).

Оценка достоверности различий между долями проведена с использованием z-критерия. Для определения зависимостей между переменными проведен корреляционный анализ с расчетом коэффициентов

корреляции ( $r$ ) или ранговой корреляции Кенделла ( $\tau$ ) (Гмурман В.Е., 2003; Реброва О.Ю., 2006; Петри А., Сэбин К., 2010).

Метод экспертных оценок был применен в результате реализации проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области оказанием медицинской помощи, к которому было привлечено 30 экспертов из числа врачей – организаторов здравоохранения с высшей квалификационной категорией из представителей министерства здравоохранения Самарской области, СамГМУ, Самарского ТФОМС, МИАЦ, Медицинского колледжа им. Н. Ляпиной, медицинских организаций.

С помощью метода организационного моделирования нами проводилась разработка медико-организационных мероприятий проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области оказанием медицинской помощи, а также создание организационной модели повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в объединенной городской больнице.

В результате применения в комплексе использованных методов была изучена удовлетворенность населения оказанием медицинской помощи, а также решены поставленные задачи.

**Резюме.** Научно-методический инструментарий к изучению организационно-управленческих проблем повышения удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи требует учета мнений пациентов и врачей об удовлетворенности медицинской помощью в системе организации здравоохранения на региональном уровне и уровне медицинских организаций, что позволяет применять широкую палитру методов исследования, включая аналитический, социологический, статистический, организационного моделирования, экспертных оценок. Такие универсальные подходы обеспечивают использование данного исследования в других регионах и медицинских организациях.

## ГЛАВА 3

### УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

#### 3.1. Характеристика удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи

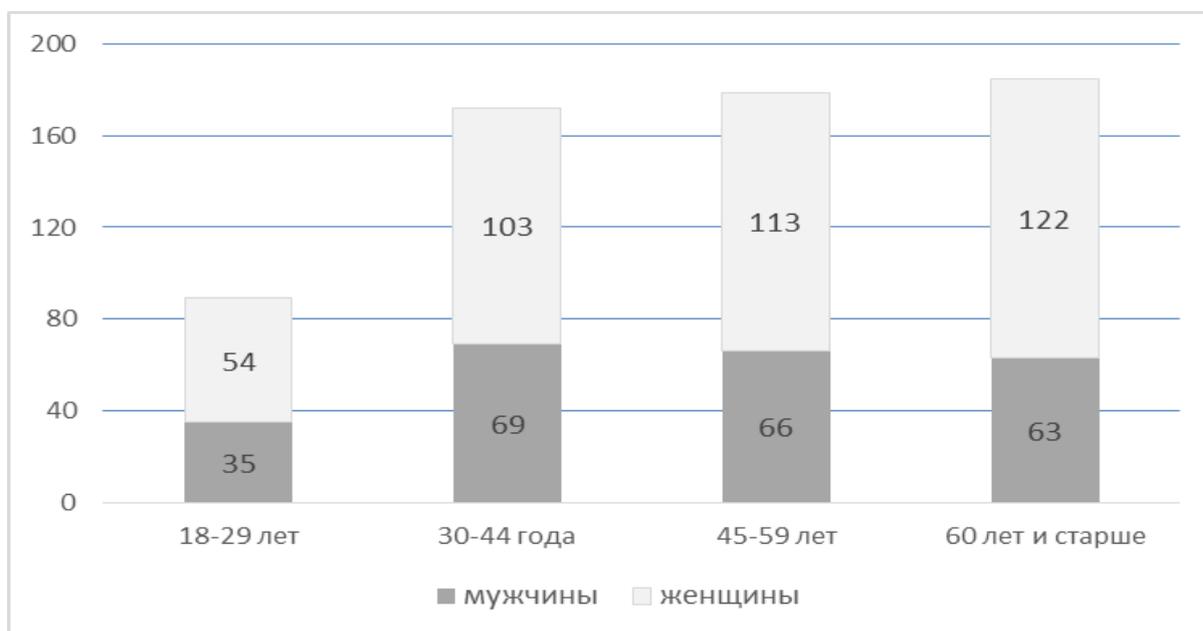
Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, то есть в рамках первичной медико-санитарной помощи, является одним из приоритетных направлений отечественного здравоохранения, поэтому изучение удовлетворенности оказанием помощи со стороны пациентов является важным механизмом для определения проблем и принятия организационно-управленческих решений (116).

В рамках изучения удовлетворенности пациентов объединенной городской больницы оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях нами было проанкетировано 625 пациентов в возрасте 18 лет и старше, средний возраст которых составил  $49,8 \pm 2,38$  лет (доверительный интервал 95% CI составил [47,18-50,61 лет]). У мужчин средний возраст составил  $48,7 \pm 2,2$  [47,12-50,28] лет, у женщин –  $50,5 \pm 2,79$  [48,49-52,51] лет (критерий Стьюдента  $t=1,595$  при  $p=0,1281$ ).

Среди пациентов-респондентов преобладали женщины – 392 чел. ( $62,7 \pm 2,4\%$ ), мужчины представлены в меньшем количестве – 233 чел. ( $37,3 \pm 3,2\%$ ) (рисунок 3.1).

Такое половое соотношение в целом отражает распределение пациентов – мужчин и женщин – при посещении амбулаторно-поликлинического подразделения больницы. Наиболее многочисленную группу респондентов сформировали пациенты старшей возрастной категории 60 лет и более ( $29,5 \pm 1,8\%$ ), несколько меньше было пациентов в возрасте от 45 до 59 лет ( $28,6 \pm 1,8\%$ ) и в возрасте от 30 до 44 лет ( $27,5 \pm 1,8\%$ ), наименьший удельный

вес заняла группа пациентов самого молодого возраста от 18 до 29 лет ( $14,0 \pm 1,4\%$ ).



**Рисунок 3.1.** Распределение пациентов по полу и возрасту, чел.

Самую большую по абсолютной численности возрастную-половую группу среди опрошенных составила категория женщин в возрасте 60 лет и старше – 122 чел. ( $31,1 \pm 2,3\%$  от всех женщин и  $19,5 \pm 1,6\%$  от всех опрошенных). Самая малочисленная группа была представлена пациентами мужчинами 18–29 лет – 35 чел. ( $15,0 \pm 2,3\%$  от всех мужчин и  $5,6 \pm 0,9\%$  от всех опрошенных).

Почти треть опрошенных пациентов ( $30,7 \pm 1,8\%$ ) имеет высшее образование, причем доля мужчин с высшим образованием ( $40,3 \pm 3,2\%$ ) статистически значимо выше, чем женщин ( $25,0 \pm 2,2\%$ ). Наибольшая доля лиц с высшим образованием представлена в возрастной группе 30–44 лет ( $39,7 \pm 3,7\%$ ), наименьшая – в возрастной группе 18–29 лет ( $20,2 \pm 4,3\%$ ). Большинство респондентов ( $65,0 \pm 1,9\%$ ) имеет полное среднее образование, в том числе специальное ( $57,5 \pm 2,5\%$  мужчин и  $69,4 \pm 3,0\%$  женщин). Лишь  $4,3 \pm 0,8\%$  опрошенных пациентов имеют неполное среднее образование ( $2,2 \pm 0,9\%$  мужчин и  $5,6 \pm 1,2\%$  женщин). Наибольший удельный вес

респондентов, имеющих неполное среднее образование, отмечается в возрастных группах 45–59 лет ( $8,9 \pm 2,1\%$ ) и 18–29 лет ( $7,9 \pm 2,9\%$ ), наименьший – у 30–44-летних ( $3,3 \pm 1,4\%$ ).

Среди пациентов-респондентов более половины опрошенных ( $54,4 \pm 1,9\%$ ) состоит в браке (среди мужчин таковых  $60,9 \pm 3,2\%$ , среди женщин –  $50,5 \pm 2,5\%$ ). Наибольший удельный вес лиц, состоящих в браке, приходится на возрастную группу 30–44 года ( $76,7 \pm 3,2\%$ ), наименьший – на лиц старшего возраста ( $29,2 \pm 1,8\%$ ). Никогда не состояли в браке  $15,7 \pm 1,46\%$  опрошенных пациентов ( $15,9 \pm 2,4\%$  мужчин и  $15,6 \pm 1,83\%$  женщин), с возрастом доля данной категории опрошенных снижается с  $60,7 \pm 5,2\%$  у 18–29-летних до  $6,5 \pm 1,8\%$  у лиц 60 лет и старше.

Достаточно велика среди респондентов и доля лиц, находящихся в разводе, –  $16,9 \pm 1,5\%$  (среди мужчин –  $15,0 \pm 2,3\%$ , среди женщин –  $18,1 \pm 1,9\%$ ). Наиболее значительна доля разведенных в возрасте 60 лет и старше ( $30,8 \pm 3,4\%$ ), особенно среди женщин ( $34,4 \pm 3,5\%$ ), меньше всего разведенных лиц отмечается в возрастной группе 18–29 лет ( $6,7 \pm 2,7\%$ ). Еще одна категория респондентов – это вдовцы (вдовы), которая составляет  $13,0 \pm 1,35\%$  (среди мужчин –  $8,2 \pm 1,8\%$ , среди женщин –  $15,8 \pm 1,84\%$ ). С увеличением возраста повышается и доля вдов с  $0\%$  у респондентов самой молодой группы до  $32,4 \pm 3,5\%$  у лиц самой старшей возрастной группы.

Большинство пациентов ( $68,2 \pm 1,9\%$ ) оценивает свое материальное положение удовлетворительно, таковых среди мужчин  $59,2 \pm 3,2\%$ , среди женщин –  $73,5 \pm 2,2\%$  ( $\chi^2=13,66$ ,  $p=0,0002$ ). Хорошее материальное положение отмечает  $17,4 \pm 1,5\%$  респондентов, причем среди мужчин ( $27,9 \pm 2,9\%$ ) этот показатель статистически значимо выше, чем у женщин ( $11,2 \pm 1,6\%$ ). Максимальная доля респондентов с хорошим материальным положением отмечается в возрастной группе 30–44 лет ( $26,7 \pm 3,4\%$ ), минимальная – в возрастной группе 60 лет и старше ( $11,4 \pm 2,3\%$ ). Каждый седьмой респондент ( $14,4 \pm 1,4\%$ ) указал, что имеет неудовлетворительное материальное положение

( $12,9 \pm 2,2\%$  мужчин и  $15,3 \pm 1,8\%$  женщин). Характерно, что удельный вес лиц с неудовлетворительным материальным положением минимален в группе лиц в возрасте 30–44 лет ( $7,6 \pm 2,02\%$ ), максимален – в самой старшей возрастной группе ( $27,0 \pm 3,3\%$ ).

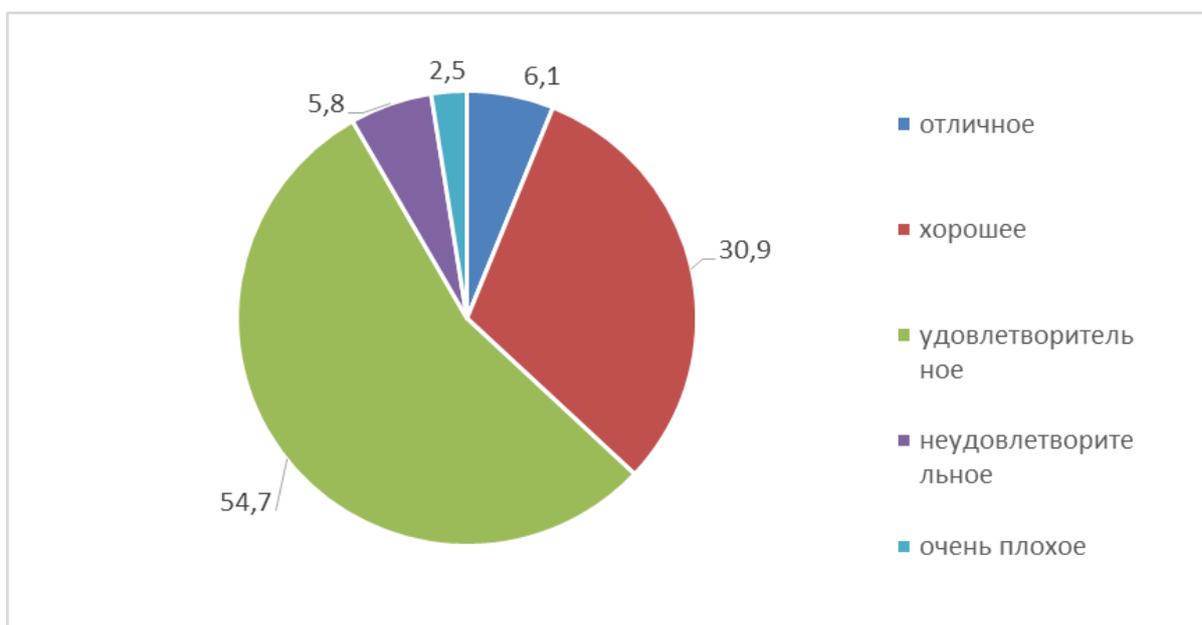
Оценивая социальный статус респондентов, следует отметить, что почти две трети из них ( $63,5 \pm 1,9\%$ ) относятся к работающим ( $67,8 \pm 3,1\%$  мужчин и  $61,0 \pm 2,5\%$  женщин). Максимален удельный вес работающих пациентов в возрасте 30–44 лет ( $83,1 \pm 2,9\%$ ), минимален – в возрасте 60 лет и старше ( $33,5 \pm 3,45\%$ ). На втором месте по социальному статусу идет группа неработающих пенсионеров ( $22,8 \pm 1,7\%$  от всей численности респондентов), среди мужчин пенсионеров  $18,5 \pm 2,5\%$ , среди женщин –  $25,3 \pm 2,2\%$ . Возрастная группа 60 лет и старше представлена преимущественно неработающими пенсионерами ( $64,3 \pm 3,5\%$ ).

Среди респондентов также в наличии студенты и учащиеся  $4,3 \pm 0,8\%$  ( $3,4 \pm 0,7\%$  мужчин и  $4,8 \pm 1,08\%$  женщин), которые относятся к возрастной группе 18–29 лет.

Остальные  $9,4 \pm 1,2\%$  респондентов не работают (являются временно неработающими, безработными и домохозяйками) и составляют самый высокий удельный вес в возрастной группе 30–44 лет ( $16,9 \pm 2,9\%$ ) и минимальную долю ( $1,6 \pm 0,9\%$ ) в самой старшей возрастной группе.

Самооценка состояния здоровья – важная характеристика социологического исследования пациентов, которая может оказывать влияние на их удовлетворенность оказанием медицинской помощи.

Более половины респондентов ( $54,7 \pm 1,9\%$ ) отметили у себя удовлетворительное состояние здоровья ( $47,2 \pm 3,3\%$  мужчин и  $59,2 \pm 2,5\%$  женщин). Еще  $30,9 \pm 1,9\%$  указали на хорошее состояние своего здоровья ( $36,9 \pm 3,2\%$  мужчин и  $27,3 \pm 2,3\%$  женщин) (рисунок 3.2).

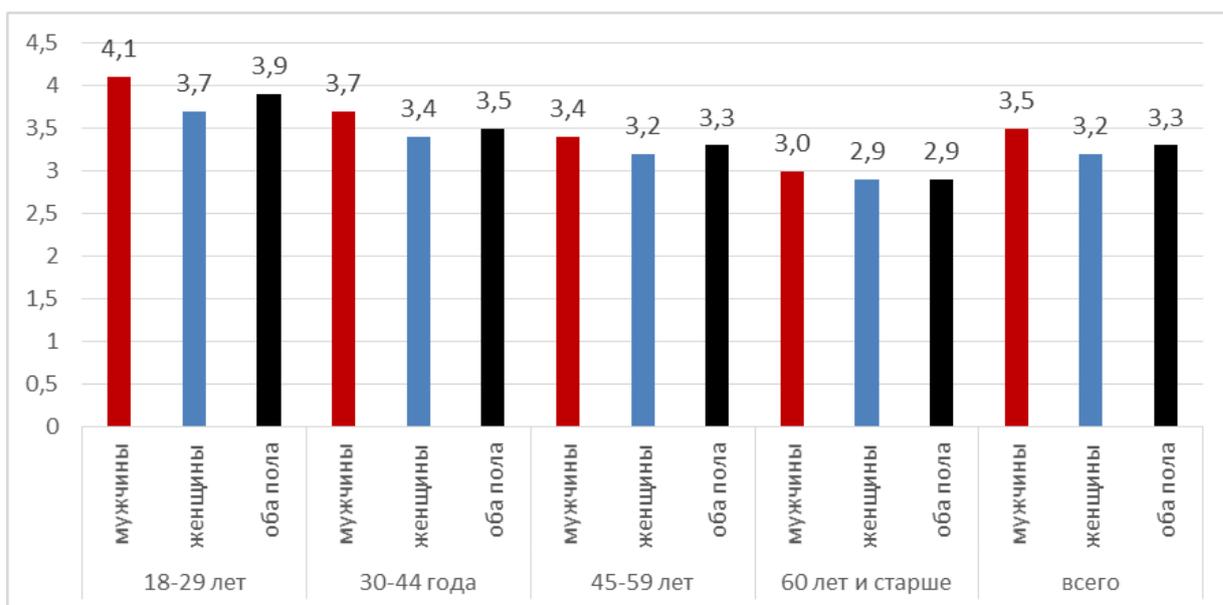


**Рисунок 3.2.** Оценка пациентами поликлинического отделения состояния своего здоровья, на 100 опрошенных

Примерно на одинаковом уровне зафиксирован удельный вес пациентов с отличным ( $6,1 \pm 0,9\%$ ) и неудовлетворительным ( $5,8 \pm 0,9\%$ ) состоянием здоровья, причем у мужчин доля лиц с отличным состоянием здоровья несколько выше, чем у женщин (соответственно  $9,9 \pm 1,96\%$  против  $3,8 \pm 0,9\%$ ), а доля лиц с неудовлетворительным состоянием здоровья – ниже (соответственно  $4,7 \pm 1,4\%$  против  $6,4 \pm 1,2\%$ ). Минимальное значение удельного веса ( $2,5 \pm 0,6\%$ ) отмечено у респондентов с очень плохим состоянием здоровья ( $1,3 \pm 0,7\%$  мужчин и  $3,3 \pm 0,9\%$  женщин).

Для расчета уровня самооценки состояния здоровья мы перевели оценки респондентов в баллы (отличное здоровье – 5 баллов, хорошее – 4 балла, удовлетворительное – 3 балла, неудовлетворительное – 2 балла, очень плохое – 1 балл).

В среднем пациенты оценили уровень своего состояния здоровья в  $3,3 \pm 0,67$  [2.82-3.78] балла (мужчины – в  $3,5 \pm 0,71$  [2,99-4,01] балла, женщины – в  $3,2 \pm 0,79$ ; [2,64-3,76] балла, разность статистически не значима;  $t=0,89$ ,  $p=0,3823$ ) (рисунок 3.3).



**Рисунок 3.3.** Уровень самооценки состояния здоровья пациентов в баллах

Следует отметить, что с возрастом у пациентов снижается самооценка состояния здоровья с  $3,9 \pm 0,74$  [3,37-4,43] баллов у 18–29-летних до  $2,9 \pm 0,92$  [2,19-3,61] баллов у лиц 60 лет и старше ( $r = -0,7891$ ,  $p = 0,0041$ ).

Данная закономерность прослеживается как у мужчин (снижение с 4,1 баллов до  $3,0 \pm 0,82$  [2,42-3,58] баллов), так и у женщин (снижение с  $3,7 \pm 0,94$  [3,02-4,38] баллов до  $2,9 \pm 0,87$  [2,27-3,53] баллов).

По результатам анкетирования, основной причиной обращения в поликлиническое подразделение больницы для половины опрошенных ( $50,4 \pm 2,0\%$ ) явилось заболевание (для  $48,5 \pm 3,3\%$  мужчин и  $51,5 \pm 2,5\%$  женщин). С возрастом респондентов доля лиц, обратившихся по поводу заболевания, увеличивается с  $36,0\%$  у 18–29-летних до  $75,1\%$  у лиц 60 лет и старше ( $r = 0,7251$ ,  $p = 0,0033$ ).

Диспансеризацию как причину обращения назвали  $20,0 \pm 1,6\%$  респондентов ( $22,7 \pm 2,7\%$  мужчин и  $18,4 \pm 1,9\%$  женщин), максимальный удельный вес данной причины зарегистрирован в возрастной группе 45–59 лет ( $29,6 \pm 3,4\%$ ), минимальный – в возрасте 60 лет и старше ( $10,3 \pm 2,2\%$ ).

Еще  $18,7 \pm 1,6\%$  респондентов обратились с целью проведения профилактического осмотра ( $15,5 \pm 2,37\%$  мужчин и  $20,7 \pm 2,1\%$  женщин). С

увеличением возраста пациентов отмечается снижение доли лиц, обращающихся с целью проведения профилактического осмотра, с  $25,8 \pm 4,7\%$  в самой молодой группе до  $9,2 \pm 2,1\%$  в самой возрастной группе ( $\tau = -0,6507$ ,  $p = 0,0041$ ). Наконец, для  $10,9 \pm 1,3\%$  пациентов (для  $13,3 \pm 2,2\%$  мужчин и  $9,4 \pm 1,5\%$  женщин) причиной обращения в медицинскую организацию явилось получение различного рода справок и других документов. Данная причина была более актуальной для пациентов 18–29 лет ( $21,3 \pm 4,4\%$ ), имела наименьшее значение для лиц в возрасте 60 лет и старше ( $5,4 \pm 1,5\%$ ).

подавляющему большинству пациентов ( $89,8 \pm 1,2\%$ ) оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях было выполнено по обязательному медицинскому страхованию (ОМС), на это указало  $91,9 \pm 1,8\%$  мужчин и  $88,5 \pm 1,6\%$  женщин. Максимальной доля оказания медицинской помощи по ОМС была среди респондентов 60 лет и старше ( $93,5 \pm 1,8\%$ ), минимальной – среди респондентов 18–29 лет ( $83,1 \pm 3,99\%$ ). По платным медицинским услугам медицинская помощь оказана  $6,1 \pm 0,9\%$  пациентов ( $4,3 \pm 1,3\%$  мужчин и  $7,1 \pm 1,3\%$  женщин). В большей степени платные медицинские услуги были оказаны самым молодым респондентам (в  $15,7 \pm 3,9\%$ ), в меньшей степени – пациентам старшей возрастной группы ( $1,1 \pm 0,4\%$ ). По добровольному медицинскому страхованию (ДМС) была оказана медицинская помощь в  $4,1 \pm 0,8\%$  случаев ( $3,9 \pm 1,3\%$  мужчин и  $4,4 \pm 1,1\%$  женщин). С повышением возраста респондентов увеличивается доля лиц, которым оказывается медицинская помощь по ДМС, с  $0\%$  в 18–29-летнем возрасте до  $5,4 \pm 1,7\%$  у лиц 60 лет и старше.

Почти половина пациентов ( $46,9 \pm 2,0\%$ ) попала на прием к врачу при личном обращении в регистратуру поликлинического отделения ( $46,4 \pm 3,3\%$  мужчин и  $47,2 \pm 2,5\%$  женщин). Пациенты самого старшего возраста в большей степени предпочли личное обращение в регистратуру (в  $51,4 \pm 3,7\%$  случаев) в отличие от лиц 30–44 лет, которые лично обратились в регистратуру в  $41,9 \pm 3,8\%$  случаев. Посредством записи через интернет на прием ко врачу

записалось  $21,9 \pm 1,65\%$  респондентов ( $24,4 \pm 2,8\%$  мужчин и  $20,4 \pm 2,1\%$  женщин). В большей степени через интернет попадали на прием к врачу самые молодые пациенты – в  $34,8 \pm 5,1\%$  случаев, в меньшей степени – пациенты 60 лет и старше ( $13,0 \pm 2,48\%$ ).

Еще одним важным каналом записи на прием к врачу явилась телефонная связь. По телефону попало к врачу  $21,0 \pm 1,6\%$  респондентов ( $20,6 \pm 2,7\%$  мужчин и  $21,2 \pm 2,1\%$  женщин). Среди лиц старших возрастов отмечается самая большая доля обратившихся по телефону –  $29,7 \pm 1,8\%$ , а наименьшая доля – среди самых молодых пациентов ( $18,0 \pm 4,1\%$ ). Наконец,  $10,2 \pm 1,2\%$  пациентов попали на прием к врачу через лечащего врача ( $8,6 \pm 1,8\%$  мужчин и  $11,2 \pm 1,6\%$  женщин). В большей степени данный канал связи использовали пациенты 45–59 лет ( $17,3 \pm 2,8\%$ ), в меньшей степени – пациенты 18–29 лет ( $4,5 \pm 2,2\%$ ).

С момента обращения в поликлиническое отделение в тот же день на приеме у врача оказалось  $20,3 \pm 1,6\%$  пациентов ( $24,9 \pm 2,8\%$  мужчин и  $17,6 \pm 1,9\%$  женщин).

С возрастом пациентов повышается доля лиц, которые попали на прием к врачу в день обращения, с  $15,7 \pm 3,9\%$  среди 18–29-летних до  $31,4 \pm 3,4\%$  у лиц 60 лет и старше ( $r=0,6054$ ,  $p=0,0068$ ). На следующий день попало на прием к врачу  $39,4 \pm 1,9\%$  пациентов ( $39,5 \pm 3,2\%$  мужчин и  $39,3 \pm 2,5\%$  женщин).

Максимальная доля попавших на прием к врачу на следующий день была отмечена в возрастной группе 45–59 лет ( $55,9 \pm 3,7\%$ ), минимальная доля – в группе пациентов 60 лет и старше ( $38,9 \pm 3,6\%$ ).

Вместе с тем  $40,3 \pm 1,9\%$  пациентов оказалось на приеме у врача в другое, более позднее время ( $35,6 \pm 3,1\%$  мужчин и  $43,1 \pm 2,5\%$  женщин). Удельный вес таких респондентов был максимальным в возрастной группе 18–29 лет ( $37,1 \pm 5,2\%$ ), минимальным – в возрасте 45–59 лет ( $15,1 \pm 2,7\%$ ) (рисунок 3.4).



**Рисунок 3.4.** Распределение пациентов по времени попадания на прием к врачу с момента обращения в медицинскую организацию

Средний срок ожидания приема врача в группе респондентов, попавших на прием к врачу в более поздние сроки, оказался достаточно продолжительным и составил  $10,6 \pm 2,22$  [9,01-12,19] дней (у мужчин –  $11,0 \pm 0,67$  дней, у женщин –  $10,5 \pm 0,32$  дней). Оценка различий по критерию Манна-Уитни ( $p=0,2867$ ) невелика.

В то же время для всех респондентов средний срок ожидания приема врача в поликлиническом отделении с момента обращения в медицинскую организацию составил  $4,7 \pm 1,06$  [3,94-5,46] дней (у мужчин –  $4,3 \pm 1,42$  [3,29-5,31] дней, у женщин –  $4,9 \pm 1,52$  [3,81-5,99] дней). Критерий Стьюдента составляет  $t=-0,911$ ,  $p=0,374$ .

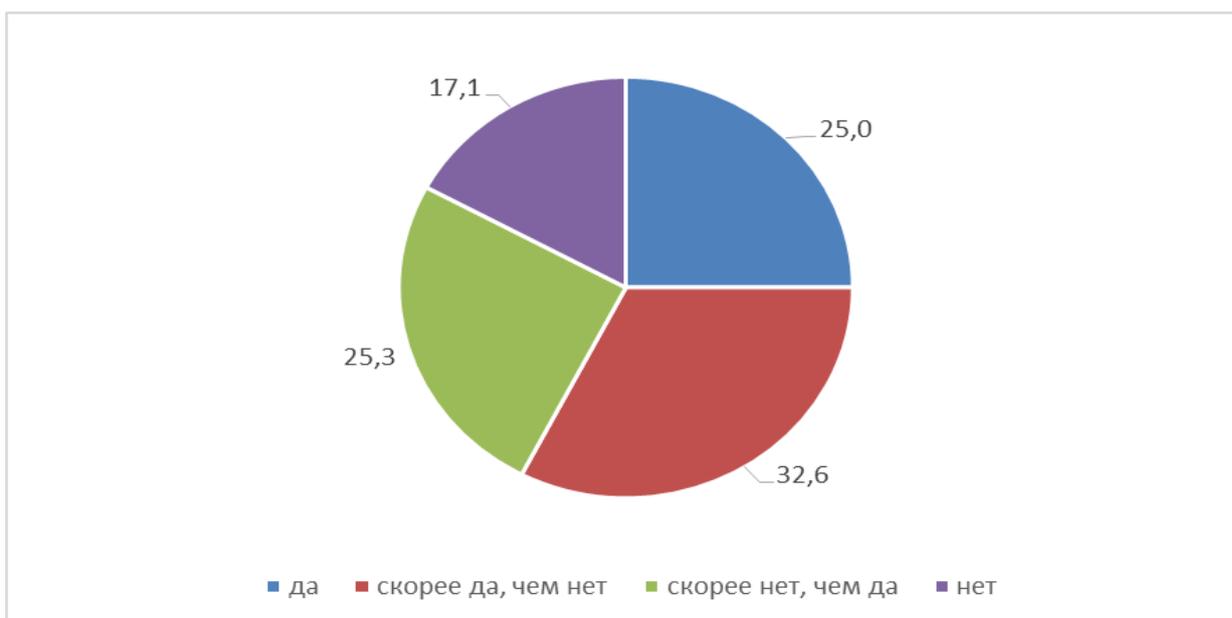
Более половины ( $57,9 \pm 1,97\%$ ) респондентов ( $59,2 \pm 3,2\%$  мужчин и  $57,1 \pm 2,5\%$  женщин) указали, что не испытывали трудностей при записи на прием к врачу. Особенно велика доля респондентов, не испытывавших трудностей, в возрастной группе 30–44 лет ( $64,5 \pm 3,67\%$ ), наименьшая – среди лиц 60 лет и старше ( $53,5 \pm 3,7\%$ ).

В то же время отмечается достаточно высокий удельный вес ( $42,1 \pm 1,9\%$ ) пациентов ( $40,8 \pm 3,2\%$  мужчин и  $42,9 \pm 2,5\%$  женщин), испытывавших трудности при записи на прием к врачу. К числу трудностей респонденты причислили такие причины, как сложность дозвониться в медицинское учреждение ( $36,1 \pm 1,9\%$  ответов), длительное ожидание в регистратуре ( $33,5 \pm 1,9\%$ ), отсутствие нужного специалиста в необходимое время ( $28,9 \pm 1,8\%$ ), еще  $22,8 \pm 1,7\%$  пациентов испытывали сложности при записи через интернет.

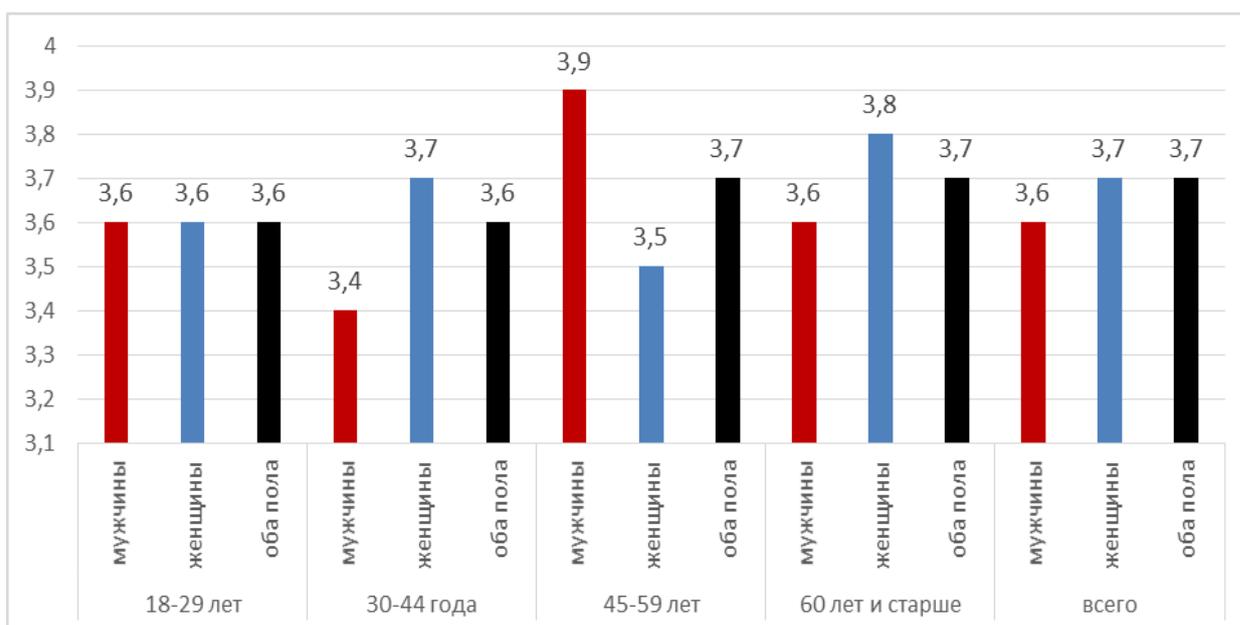
Регистратура – важное структурное подразделение амбулаторной службы и удовлетворенность ее работой во многом сказывается на удовлетворенности деятельностью всей медицинской организации. Почти треть ( $32,6 \pm 1,9\%$ ) пациентов ( $30,0 \pm 3,0\%$  мужчин и  $34,2 \pm 2,4\%$  женщин) скорее были удовлетворены работой регистратуры. Четверть ( $25,0 \pm 1,7\%$ ) опрошенных ( $25,8 \pm 2,9\%$  мужчин и  $24,5 \pm 2,2\%$  женщин) были полностью удовлетворены работой регистратуры. Примерно столько же ( $25,3 \pm 1,7\%$ ) опрошенных ( $26,2 \pm 2,89\%$  мужчин и  $24,7 \pm 2,2\%$  женщин) было скорее не удовлетворено работой регистратуры поликлинического подразделения (рисунок 3.5).

Следует отметить, что почти каждый шестой ( $17,1 \pm 1,5\%$ ) опрошенный ( $17,0 \pm 2,5\%$  мужчин и  $16,6 \pm 1,9\%$  женщин) отрицательно оценил работу регистратуры.

Существенной разницы в ответах мужчин и женщин отмечено не было. При переводе ответов респондентов в баллы (да – 5 баллов; скорее да, чем нет – 4 балла; скорее нет, чем да – 3 балла; нет – 2 балла) средний уровень удовлетворенности опрошенных работой регистратуры составил  $3,7 \pm 0,92$  [ $3,02-4,38$ ] балла ( $3,6 \pm 0,84$  [ $2,99-4,2$ ] баллов у мужчин и  $3,7 \pm 0,95$  [ $3,02-4,38$ ] баллов у женщин) (рисунок 3.6).



**Рисунок 3.5.** Удовлетворенность пациентов работой регистратуры, на 100 опрошенных



**Рисунок 3.6.** Уровень удовлетворенности пациентов работой регистратуры в баллах

Максимальную удовлетворенность работой регистратуры демонстрируют мужчины 45–59 лет ( $3,9 \pm 0,74$  [ $3,37-4,43$ ] баллов) и женщины 60 лет и старше ( $3,8 \pm 0,79$  [ $3,23-4,36$ ] баллов), минимальную – мужчины 30–44 лет ( $3,4 \pm 0,52$  [ $3,03-3,77$ ] баллов) и женщины 45–59 лет ( $3,5 \pm 0,71$  [ $2,99-4,01$ ]

баллов). В целом с возрастом респондентов уровень их удовлетворенности работой регистратуры возрастает.

Основными причинами неудовлетворенности пациентов работой регистратуры явились: очередность ( $53,6 \pm 2,0\%$  ответов), трудность записи к необходимому врачу в нужное время ( $44,5 \pm 2,0\%$ ), проблемы с оргтехникой ( $35,1 \pm 1,9\%$ ), недостаточное число работников регистратуры ( $7,9 \pm 1,1\%$ ).

На вопрос об удовлетворенности условиями оказания медицинской помощи в амбулаторном подразделении положительно ответили  $23,7 \pm 1,7\%$  пациентов ( $21,9 \pm 2,7\%$  мужчин и  $24,7 \pm 2,2\%$  женщин), еще  $32,0 \pm 1,9\%$  респондентов ( $31,3 \pm 3,0\%$  мужчин и  $32,4 \pm 2,4\%$  женщин) скорее удовлетворены условиями, чем не удовлетворены. В то же время свыше трети ( $35,2 \pm 1,9\%$ ) опрошенных ( $38,2 \pm 3,2\%$  мужчин и  $33,4 \pm 2,4\%$  женщин) скорее не удовлетворены условиями оказания медицинской помощи, еще  $9,1 \pm 1,2\%$  ( $8,6 \pm 1,8\%$  мужчин и  $9,4 \pm 1,5\%$  женщин) – полностью не удовлетворены. Отмечаются достаточно близкие значения ответов по данному вопросу среди мужчин и женщин разного возраста. При переводе ответов респондентов на пятибалльную шкалу средний уровень удовлетворенности пациентов условиями оказания медицинской помощи составил  $3,7 \pm 0,95$  [ $3,02-4,38$ ] баллов, в том числе у мужчин и женщин. Минимальное значение уровня удовлетворенности составило  $3,5 \pm 0,85$  [ $2,89-4,11$ ] баллов у мужчин 18–29 лет, максимальное –  $3,9 \pm 0,99$  [ $3,19-4,61$ ] баллов у мужчин 30–44 лет.

Основными причинами неудовлетворенности респонденты назвали неработающий лифт ( $30,0 \pm 1,8\%$  ответов), недостаточное соблюдение санитарно-гигиенического режима ( $25,3 \pm 1,7\%$ ), отсутствие воды ( $15,5 \pm 1,4\%$ ), неприятный запах в помещении ( $7,9 \pm 1,1\%$ ), отсутствие кондиционера ( $3,6 \pm 0,7\%$ ), недостаток общего комфорта ( $1,1 \pm 0,4\%$ ).

Время ожидания приема врача в очереди – важный фактор организации медицинской помощи, влияющий на удовлетворенность. Одна пятая часть ( $20,3 \pm 1,6\%$ ) респондентов ( $21,9 \pm 2,7\%$  мужчин и  $19,4 \pm 2,0\%$  женщин) указала,

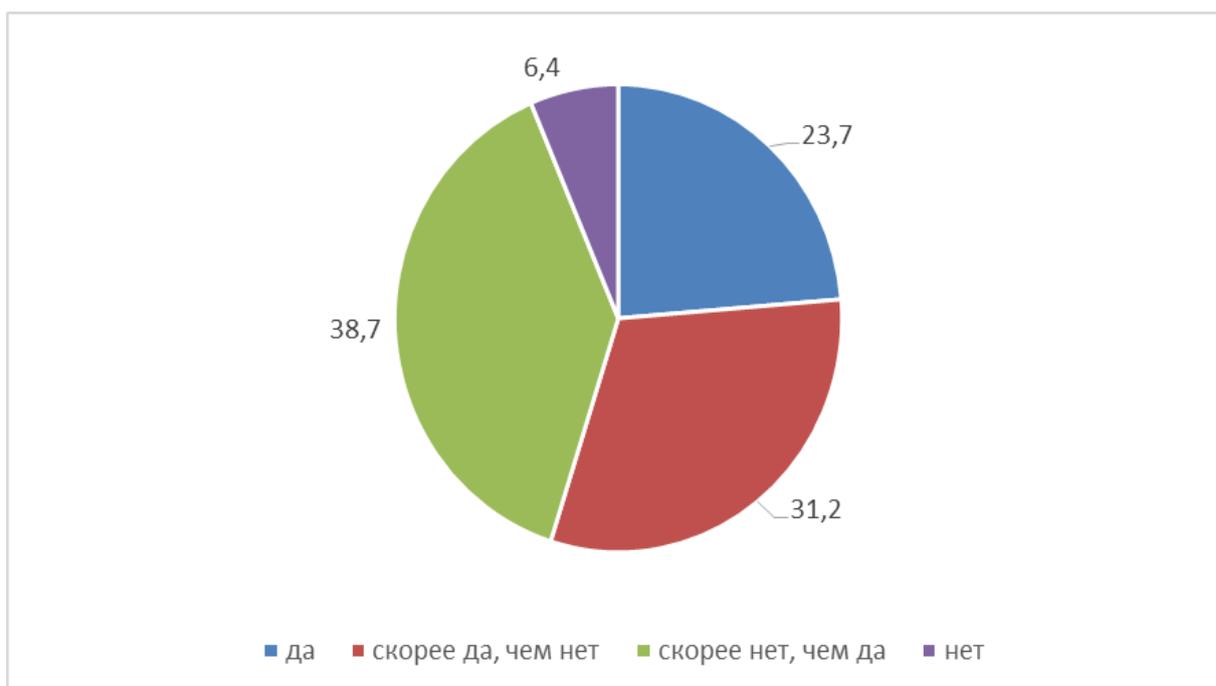
что ожидать приема в очереди не пришлось. Максимальная доля респондентов, не ожидавших приема врача, оказалась в возрастной группе 30–44 лет ( $23,3 \pm 3,2\%$ ), а минимальная – в возрастной группе 45–59 лет ( $16,2 \pm 2,8\%$ ). Соответственно,  $79,7 \pm 1,6\%$  пациентов ожидали приема врача. Среди данной группы респондентов среднее время ожидания в очереди на прием к врачу составило  $37,4 \pm 3,41$  мин. (у мужчин –  $38,3 \pm 2,75$  мин., у женщин –  $36,9 \pm 2,6$  мин.).

В среднем для всех пациентов с учетом тех, кто не ожидал приема в очереди, время ожидания приема врача составило  $29,8 \pm 2,49$  мин. (для мужчин –  $29,9 \pm 3,21$  мин., для женщин –  $29,8 \pm 2,57$  мин.).

Следует отметить, что существенной разницы в ответах респондентов, как мужчин и женщин, так и по возрасту, при оценке времени ожидания приема врача не выявлено.

Еще одним важным моментом организации деятельности медицинской организации является полнота представленной о ней информации. Только  $23,7 \pm 1,7\%$  респондентов ( $24,0 \pm 2,8\%$  мужчин и  $23,5 \pm 2,1\%$  женщин) полностью удовлетворены полнотой информации об амбулаторном подразделении объединенной больницы. Еще  $31,2 \pm 1,9\%$  пациентов ( $29,6 \pm 3,0\%$  мужчин и  $32,1 \pm 2,4\%$  женщин) скорее удовлетворены представленной информацией, чем нет (рисунок 3.7).

Отмечается значительная часть ( $38,7 \pm 1,9\%$ ) респондентов ( $37,3 \pm 3,2\%$  мужчин и  $39,5 \pm 2,5\%$  женщин), которые скорее не удовлетворены полнотой информации, чем удовлетворены. Более того,  $6,4 \pm 1,0\%$  пациентов ( $9,1 \pm 1,9\%$  мужчин и  $4,9 \pm 1,1\%$  женщин) не удовлетворены полнотой информации, представленной на сайте и в помещениях медицинской организации, о расписании работы, сотрудниках, перечне предлагаемых медицинских услуг и т.д.

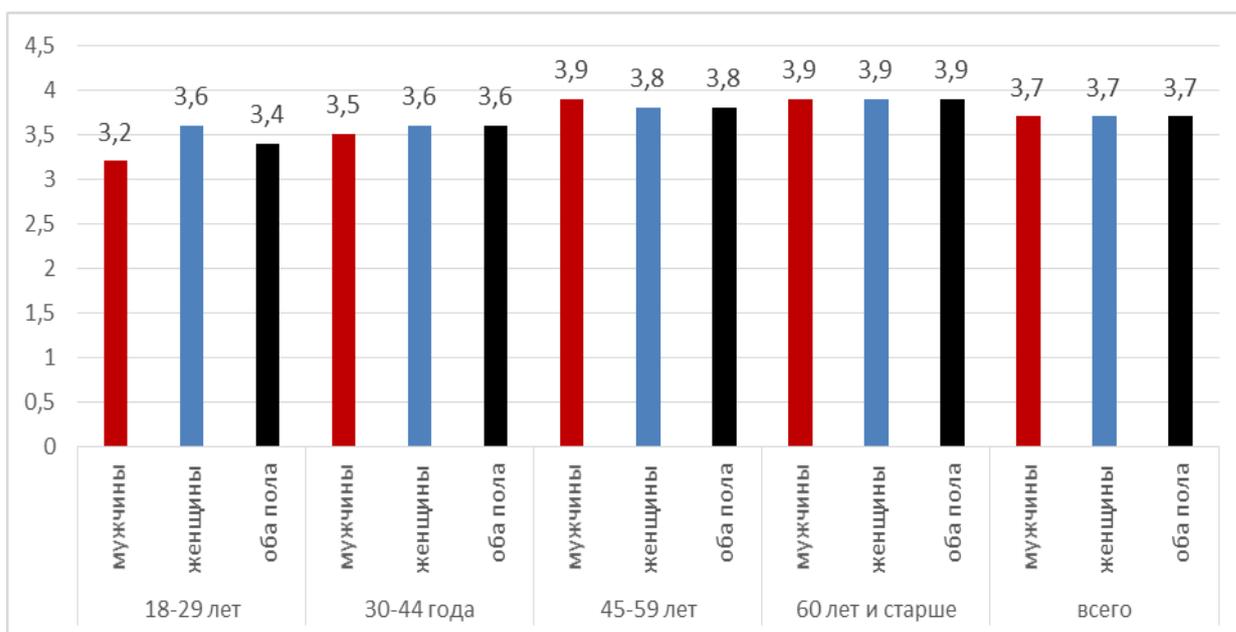


**Рисунок 3.7.** Удовлетворенность пациентов полнотой информации об амбулаторном подразделении, на 100 опрошенных

Мужчины и женщины в целом одинаково удовлетворены полнотой представленной информации о медицинской организации. Так, по пятибалльной шкале, уровень удовлетворенности всех респондентов составляет  $3,7 \pm 0,95$  [3,02-4,38] баллов и имеет одинаковое значение у мужчин и женщин ( $3,7 \pm 0,82$  [3,11-4,28] баллов) (рисунок 3.8).

Вместе с тем с возрастом пациентов повышается уровень их удовлетворенности полнотой информации с  $3,4 \pm 1,07$  [2,63-4,17] баллов в группе лиц от 18–29 лет до  $3,9 \pm 0,99$  [3,19-4,61] баллов в группе лиц 60 лет и старше ( $3,9 \pm 0,88$  [3,27-4,53] баллов), как среди мужчин, так и среди женщин.

Среди основных причин неудовлетворенности пациентов информацией являются сложности ориентации на сайте учреждения ( $30,5 \pm 1,8\%$  ответов), отсутствие конкретного расписания приема врачей в интернете ( $23,4 \pm 1,7\%$ ), отсутствие актуальной информации об изменениях в приеме врачей ( $18,1 \pm 1,5\%$ ).



**Рисунок 3.8.** Уровень удовлетворенности пациентов полнотой информации в баллах

По данным ответов респондентов, за последние 12 месяцев на прием к своему участковому врачу (терапевту, врачу общей практики) в среднем на одного пациента пришлось  $3,1 \pm 0,74$  посещения ( $2,9 \pm 0,57$  – на одного мужчину,  $3,2 \pm 0,79$  – на одну женщину) (таблица 3.1).

**Таблица 3.1**

Среднее число посещений участкового врача (на одного респондента в год)

Посещений	18–29 лет			30–44 года			45–59 лет			60 лет и старше			Всего		
	м	ж	оп	м	ж	оп	м	ж	оп	м	ж	оп	м	ж	оп
	1,5	2,3	2,0	2,2	2,4	2,3	2,8	2,5	2,7	4,6	4,9	4,8	2,9	3,2	3,1

*Примечание: м – мужчины, ж – женщины, оп – оба пола.*

В среднем женщины на 10% чаще посещают участкового врача, чем мужчины. Особенно велика разница в самой младшей возрастной группе – 18–29 лет – в 1,5 раза. В тоже время в возрасте 45–59 лет отмечается некоторое преобладание посещений на одного пациента в год у мужчин ( $2,8 \pm 0,79$  [ $2,23-3,36$ ] посещений) относительно женщин ( $2,5 \pm 0,71$  [ $1,99-3,01$ ]). Характерно, что с увеличением возраста повышается и число посещений на одного

пациента в год: с 2,0 у лиц 18–29 лет до 4,8 в старшей возрастной группе, как среди мужчин, так и среди женщин.

Полностью удовлетворены оказанием медицинской помощи врачом-терапевтом участковым (врачом общей практики) четверть ( $24,5 \pm 1,7\%$ ) респондентов ( $25,3 \pm 2,8\%$  мужчин и  $24,0 \pm 2,2\%$  женщин), еще треть ( $33,4 \pm 1,9\%$ ) пациентов ( $34,8 \pm 3,1\%$  мужчин и  $32,7 \pm 2,4\%$  женщин) скорее удовлетворены оказанием медицинской помощи, чем нет.

Довольно значительна доля респондентов ( $35,4 \pm 1,9\%$ ), которых скорее не удовлетворяет оказание медицинской помощи участковым врачом ( $36,1 \pm 3,1\%$  мужчин и  $34,9 \pm 2,4\%$  женщин). Еще  $6,7 \pm 1,0\%$  пациентов полностью не удовлетворены данным вопросом ( $3,8 \pm 1,3\%$  мужчин и  $8,4 \pm 1,4\%$  женщин).

Существенных отличий в оценках оказания медицинской помощи участковым врачом среди пациентов различных половых и возрастных групп не выявлено. По пятибалльной шкале уровень удовлетворенности данным разделом среди всех пациентов составил  $3,8 \pm 0,92$  [ $3,14-4,46$ ] баллов (у мужчин –  $3,8 \pm 0,63$  [ $3,34-4,25$ ] баллов, у женщин –  $3,7 \pm 0,82$  [ $3,11-4,29$ ] баллов). Наименьший уровень удовлетворенности составил у женщин 60 лет и старше ( $3,6 \pm 1,26$  [ $2,69-4,51$ ] баллов), наибольший – у мужчин 45–59 лет ( $3,9 \pm 0,99$  [ $3,19-4,61$ ] баллов).

Основными причинами неудовлетворенности оказанием медицинской помощи участковым врачом явились очередность ( $43,0 \pm 2,0\%$  ответов), невнимательность и недостаточное уважение к пациентам ( $28,1 \pm 1,8\%$ ), недостаток времени на приеме ( $19,0 \pm 1,6\%$ ).

Большинство участвовавших в анкетировании пациентов ( $65,1 \pm 1,9\%$ ) получало со стороны участкового врача медицинскую помощь и на дому ( $59,7 \pm 3,2\%$  мужчин и  $68,4 \pm 2,3\%$  женщин). В большей степени медицинскую помощь на дому получали лица 60 лет и старше (в  $81,1 \pm 2,9\%$  от опрошенных), в меньшей степени – лица 30–44 лет ( $51,2 \pm 3,8\%$ ). Более половины ( $51,6 \pm 2,0\%$ )

получивших медицинскую помощь на дому пациентов ( $46,0 \pm 3,3\%$  мужчин и  $54,5 \pm 2,5\%$  женщин) отметили своевременность оказания помощи. По мнению  $46,2 \pm 2,0\%$  опрошенных ( $52,5 \pm 3,3\%$  мужчин и  $42,92,5\%$  женщин), медицинская помощь на дому была оказана позже, чем это было необходимо. Кроме того,  $2,2 \pm 0,6\%$  пациентов ( $1,5 \pm 0,8\%$  мужчин и  $2,6 \pm 0,8\%$  женщин) помощь не была оказана и им пришлось вызывать врача повторно или обращаться на прием в поликлинику.

Подавляющее большинство ( $92,2 \pm 1,1\%$ ) респондентов ( $89,7 \pm 2,0\%$  мужчин и  $93,6 \pm 1,2\%$  женщин) получало медицинскую помощь у врачей-специалистов. По результатам анкетирования, за последние 12 месяцев на прием к врачу – узкому специалисту в среднем на одного пациента пришлось  $2,8 \pm 0,79$  посещения ( $2,4 \pm 0,52$  – на одного мужчину,  $3,0 \pm 0,67$  – на одну женщину) (таблица 3.2)

**Таблица 3.2**

Среднее число посещений врача-специалиста (на одного респондента в год)

Посещений	18–29 лет			30–44 года			45–59 лет			60 лет и старше			Всего		
	м	ж	оп	м	ж	оп	м	ж	оп	м	ж	оп	м	ж	оп
	1,8	2,9	2,5	2,0	2,8	2,5	2,4	2,6	2,5	3,2	3,5	3,4	2,4	3,0	2,8

*Примечание: м – мужчины, ж – женщины, оп – оба пола.*

В среднем женщины чаще посещают врача-специалиста относительно мужчин (в 1,25 раза), причем это прослеживается во всех возрастных группах. Наибольшая разница в частоте посещений у женщин наблюдается в возрасте 18–29 лет (в 1,6 раза), наименьшая – в возрасте 45–59 лет (в 1,1 раза). С увеличением возраста мужчин возрастает число посещений врачей-специалистов с 1,8 раза в год у 18–29-летних пациентов до 3,2 раза у пациентов 60 лет и старше. У женщин число посещений узких специалистов снижается с 2,9 раза в год у лиц 18–29 лет до 2,6 раза у лиц 45–59 лет и затем вновь возрастает у лиц 60 лет и старше до 3,5 раза в год.

С учетом посещений участкового врача в среднем на одного респондента приходится  $5,9 \pm 1,66$  посещений врачей в год ( $5,3 \pm 1,49$  – у мужчин и  $6,2 \pm 1,23$  – у женщин).

Более трети ( $36,1 \pm 1,9\%$ ) респондентов ( $32,5 \pm 3,1\%$  мужчин и  $38,1 \pm 2,5\%$  женщин) полностью удовлетворены оказанием медицинской помощи врачами – узкими специалистами. Еще  $30,7 \pm 1,8\%$  пациентов ( $35,9 \pm 3,1\%$  мужчин и  $27,8 \pm 2,3\%$  женщин) были скорее удовлетворены оказанием медицинской помощи, чем не удовлетворены.

Вместе с тем столько же ( $30,2 \pm 1,8\%$ ) респондентов ( $28,7 \pm 3,0\%$  мужчин и  $31,1 \pm 2,3\%$  женщин) отметили, что скорее не удовлетворены оказанной медицинской помощью. Всего  $3,0 \pm 0,7\%$  пациентов ( $2,9 \pm 1,1\%$  мужчин и  $3,0 \pm 0,9\%$  женщин) указали на абсолютную неудовлетворенность оказанием медицинской помощи. Следует отметить близкие ответы мужчин и женщин. Также не выявлена существенная разница в оценках удовлетворенности в зависимости от возраста респондентов.

Средний уровень удовлетворенности оказанием медицинской помощи врачами-специалистами составил по пятибалльной шкале 4,0 балла, как у мужчин, так и у женщин. Несколько ниже среднего значения составил уровень удовлетворенности пациентов 18–29 лет ( $3,9 \pm 1,19$  [3,04–4,76] баллов), немного выше – пациентов 60 лет и старше ( $4,1 \pm 0,88$  [3,47–4,73] баллов).

Основной причиной неудовлетворенности пациентов является недостаточное число врачей – узких специалистов, на это указали  $21,0 \pm 1,6\%$  пациентов из числа неудовлетворенных оказанием медицинской помощью.

Деятельность среднего медицинского персонала во многом определяет работу медицинской организации. Почти половина ( $46,6 \pm 2,0\%$ ) пациентов ( $43,8 \pm 3,3\%$  мужчин и  $48,2 \pm 2,5\%$  женщин) полностью удовлетворена деятельностью среднего медицинского персонала амбулаторного подразделения больницы, еще  $23,8 \pm 1,7\%$  – скорее удовлетворены, чем нет ( $30,5 \pm 3,0\%$  мужчин и  $23,8 \pm 2,2\%$  женщин). Четверть ( $25,3 \pm 1,7\%$ ) респондентов

указали, что скорее не удовлетворены данным аспектом деятельности (21,9±2,7% мужчин и 27,3±2,3% женщин). Только 4,3±0,8% пациентов (3,8±1,3% мужчин и 4,6±1,1% женщин) совсем не удовлетворено деятельностью средних медицинских работников. Необходимо отметить близкие значения ответов мужчин и женщин, а также лиц различных возрастных групп.

Уровень удовлетворенности всех пациентов работой среднего медицинского персонала по пятибалльной шкале составил 4,1±0,74 [3,57-4,63] балла (как у мужчин, так и у женщин), несколько меньше он отмечен в возрастной группе 18–29 лет (4,0±0,67 [3,53-4,48] балла), несколько выше – в возрастных группах 45–59 лет, а также 60 лет и старше (4,2±1,03 [3,46-4,94] балла).

Основными причинами неудовлетворенности деятельностью среднего медицинского персонала являются недостаток специалистов среднего звена (26,5±1,8% ответов) и недостаточное их внимание к пациентам (14,1±1,4%).

Среди пациентов треть (33,4±1,9%) респондентов (29,6±3,0% мужчин и 35,7±2,4% женщин) направлялась на плановую госпитализацию в стационар больницы.

Наибольший удельный вес направленных на плановую госпитализацию был отмечен у лиц 18–29 лет (37,1±5,1%) и 60 лет и старше (35,7±3,5%), наименьший – в возрастной группе 30–44 лет (30,2±3,5%). Среднее время ожидания плановой госпитализации составило 9,3±2,11 дней (у мужчин 10,5±2,37 дней, у женщин – 8,7±1,7 дней). Наибольшая средняя длительность ожидания плановой госпитализации была отмечена среди лиц 45–59 лет (11,3±2,49 дней), наименьшая – среди лиц 60 лет и старше – 7,7±1,64 дней.

Для пациентов также важны сроки проведения диагностических исследований. Свыше двух третей (67,7±1,9%) опрошенных пациентов (72,5±2,9% мужчин и 64,8±2,4% женщин) получали диагностические исследования. По данным анкетирования, среднее время от назначения до

проведения исследования составило  $6,5 \pm 1,58$  дней ( $5,9 \pm 1,37$  дней у мужчин и  $6,8 \pm 1,69$  дней у женщин). От проведения до получения результатов диагностического исследования в среднем проходило  $2,9 \pm 1,19$  дней ( $3,0 \pm 1,05$  дней у мужчин и  $2,9 \pm 0,74$  дней у женщин).

Таким образом, отмечаются достаточно оперативные сроки ожидания плановой госпитализации и проведения диагностических исследований, но в то же время есть резервы для их дальнейшего сокращения.

Большинство ( $80,3 \pm 1,6\%$ ) пациентов ( $83,72,4\%$  мужчин и  $78,2 \pm 2,1\%$  женщин) указало, что не расходовало личные средства для осуществления благодарности персоналу при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях. Наибольшая доля респондентов, которая расходовала личные средства на эти цели, была отмечена в возрастной группе 60 лет и старше ( $24,9 \pm 3,2\%$ ), наименьшая – в возрастной группе 30–44 лет ( $15,7 \pm 2,8\%$ ).

Из тех респондентов, кто расходовал личные средства для благодарности персоналу, большинство ( $76,1 \pm 1,7\%$ ) делало это в виде неденежных форм (подарки, услуги и т.д.) ( $81,6 \pm 2,5\%$  мужчин и  $74,1 \pm 2,2\%$  женщин), остальные ( $23,6 \pm 1,7\%$ ) – в виде денежных средств.

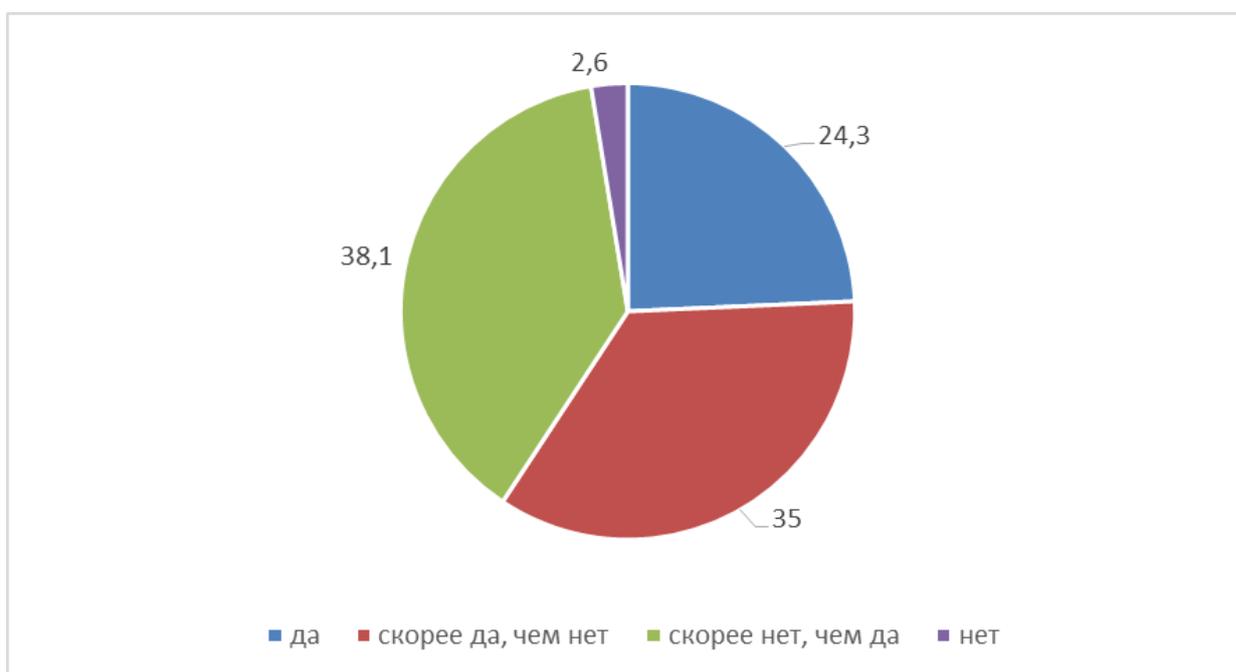
Более половины ( $59,0 \pm 2,0\%$ ) респондентов ( $60,5 \pm 3,2\%$  мужчин и  $58,2 \pm 2,5\%$  женщин) оценила условия для оказания медицинской помощи маломобильным группам пациентов как достаточные. Наибольший удельный вес по данному вопросу составил у пациентов 18–29 лет ( $68,5 \pm 5,0\%$ ), наименьший – у лиц 45–59 лет ( $53,6 \pm 3,7\%$ ) и 60 лет и старше ( $55,7 \pm 3,7\%$ ).

Вместе с тем отмечена высокая доля ( $41,0 \pm 2,0\%$ ) пациентов ( $39,5 \pm 3,2\%$  мужчин и  $41,8 \pm 2,5\%$  женщин), считающая недостаточными условия для оказания медицинской помощи маломобильным гражданам, которые необходимо улучшить путем восстановления работы лифта ( $54,3 \pm 2,0\%$  ответов), ремонта пандуса ( $37,1 \pm 1,9\%$ ), оборудования поручней ( $22,7 \pm 1,7\%$ ).

По данным анкетирования,  $24,3 \pm 1,7\%$  респондентов ( $26,2 \pm 2,9\%$  мужчин и  $23,2 \pm 2,1\%$  женщин) удовлетворены оказанием медицинской помощи в

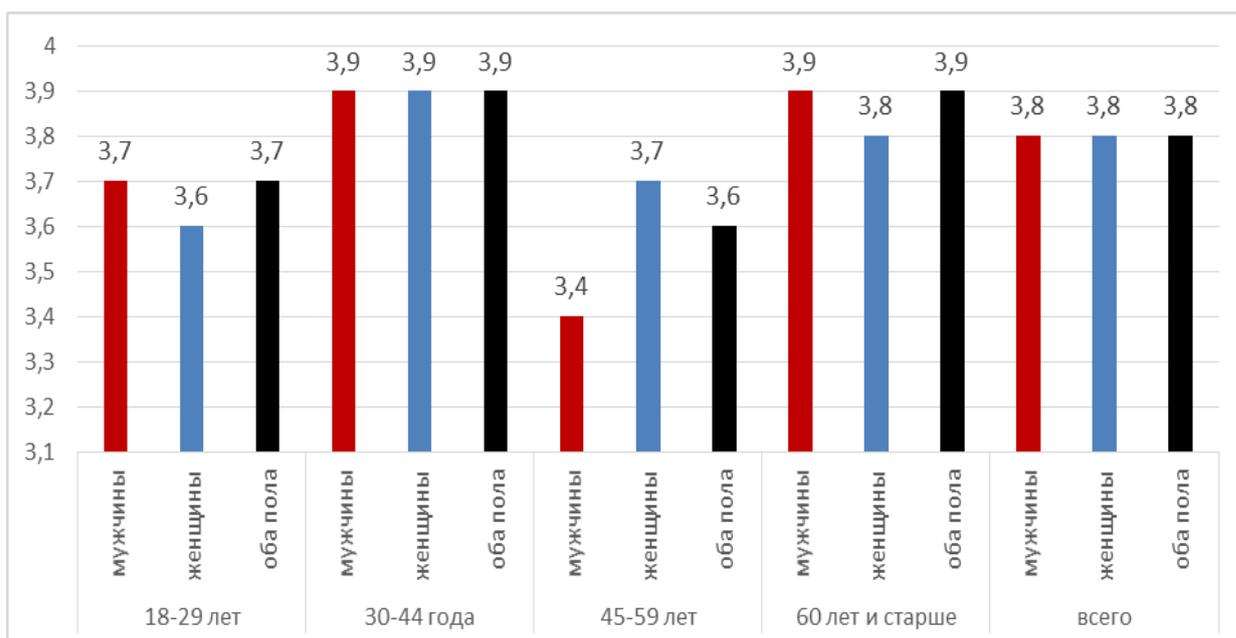
амбулаторных условиях в целом, еще  $35,0 \pm 1,9\%$  пациентов ( $32,6 \pm 3,1\%$  мужчин и  $36,5 \pm 2,4\%$  женщин) – скорее удовлетворены, а  $38,1 \pm 1,9\%$  опрошенных ( $39,5 \pm 3,2\%$  мужчин и  $38,1 \pm 2,5\%$  женщин) – скорее не удовлетворены оказанием медицинской помощи в целом.

Отмечается низкое значение доли респондентов ( $2,6 \pm 0,6\%$ ), которые полностью не удовлетворены оказанием медицинской помощи в целом ( $1,7 \pm 0,8\%$  мужчин и  $3,1 \pm 0,9\%$  женщин), при этом ответы мужчин и женщин имеют достаточно близкие значения (рисунок 3.9).



**Рисунок 3.9.** Удовлетворенность пациентов при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в целом, на 100 опрошенных

Уровень удовлетворенности оказанием медицинской помощью в целом при переводе ответов респондентов на пятибалльную шкалу составляет  $3,8 \pm 0,79$  [3,24-4,36] баллов, причем как у мужчин, так и у женщин (рисунок 3.10).

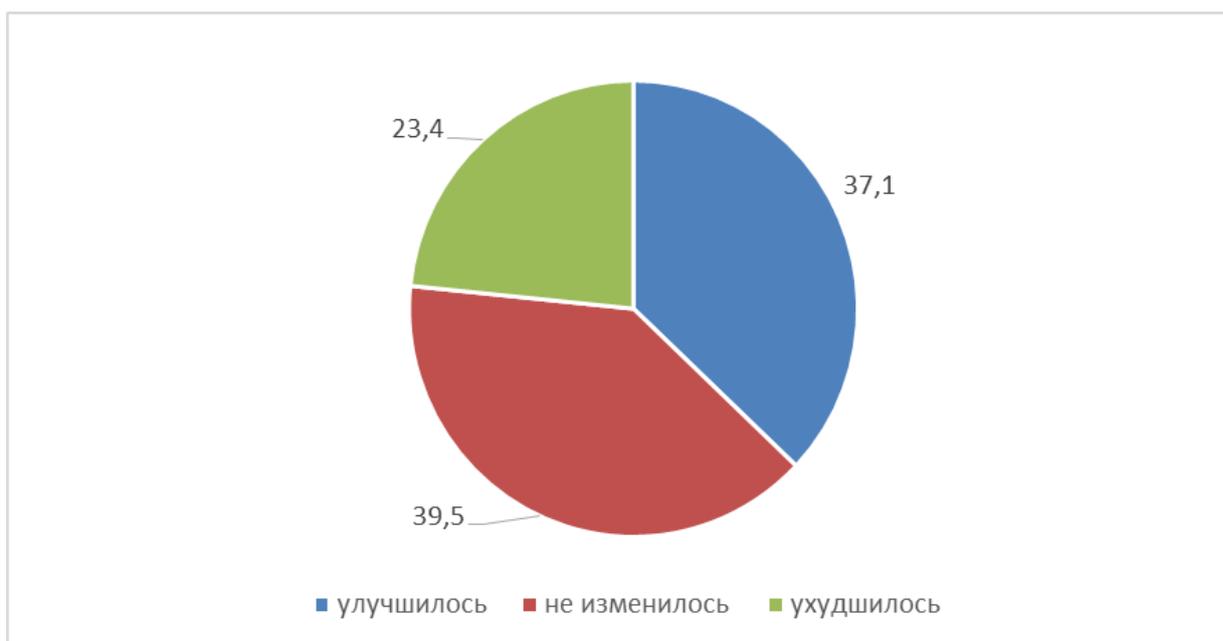


**Рисунок 3.10.** Уровень удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в целом, в баллах

Несколько выше среднего значения отмечается уровень удовлетворенности в целом у пациентов в возрасте 30–44 лет, как у мужчин, так и у женщин, и у мужчин 60 лет и старше –  $3,9 \pm 0,74$  [3,37-4,43] баллов; ниже среднего значения – у пациентов мужчин 45–49 лет –  $3,4 \pm 0,84$  [2,79-4,01] баллов; женщин 18–29 лет –  $3,6 \pm 0,97$  [2,91-4,29] баллов; мужчин 18–29 лет и женщин 45–59 лет –  $3,7 \pm 0,68$  [3,22-4,18] баллов.

По мнению  $37,1 \pm 1,9\%$  пациентов ( $35,2 \pm 3,1\%$  мужчин и  $38,3 \pm 2,5\%$  женщин), за последние три года (от момента анкетирования) оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях больницы в целом улучшилось. Самая высокая доля респондентов, считающих, что оказание медицинской помощи в целом улучшилось, отмечается среди респондентов самой старшей возрастной группы ( $48,1 \pm 2,0\%$ ), самая низкая оценка зафиксирована у лиц наиболее молодого возраста ( $27,0 \pm 1,8\%$ ).

По мнению  $39,5 \pm 2,0\%$  респондентов ( $42,5 \pm 3,2\%$  мужчин и  $37,8 \pm 2,4\%$  женщин), ситуация с оказанием медицинской помощи не изменилась (рисунок 3.11).



**Рисунок 3.11.** Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в целом за последние три года в динамике, на 100 опрошенных

В то же время почти четверть ( $23,4 \pm 1,7\%$ ) респондентов ( $22,3 \pm 2,7\%$  мужчин и  $23,9 \pm 2,2\%$  женщин) отметили, что оказание медицинской помощи за последние три года ухудшилось. Наибольший удельный вес респондентов с таким ответом зарегистрировано в возрастной группе 45–59 лет ( $27,4 \pm 1,2\%$ ), наименьший – у лиц 18–29 лет ( $20,2 \pm 3,7\%$ ). Данное обстоятельство свидетельствует о наличии резервов для повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи.

Две трети ( $65,9 \pm 1,9\%$ ) пациентов ( $69,5 \pm 3,0\%$  мужчин и  $60,5 \pm 2,3\%$  женщин,  $p < 0,0001$ ) указали, что порекомендовали бы поликлиническое подразделение больницы для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях своим родственникам, друзьям и знакомым. В данном вопросе существенных различий респондентов по полу и возрасту не отмечено.

Среди рекомендаций по повышению уровня удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи следует выделить предложения по улучшению материально-технической базы медицинской организации ( $47,5 \pm 2,0\%$  ответов), увеличению числа штатов как врачей, так и среднего

медицинского персонала ( $38,1\pm 1,9\%$ ), проведению ремонтных работ ( $31,2\pm 1,9\%$ ), большему использованию информационных технологий в деятельности поликлинического подразделения ( $19,7\pm 1,6\%$ ), повышению заработной платы персоналу ( $9,6\pm 1,2\%$ ).

### **3.2. Мнения врачей об удовлетворенности оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях**

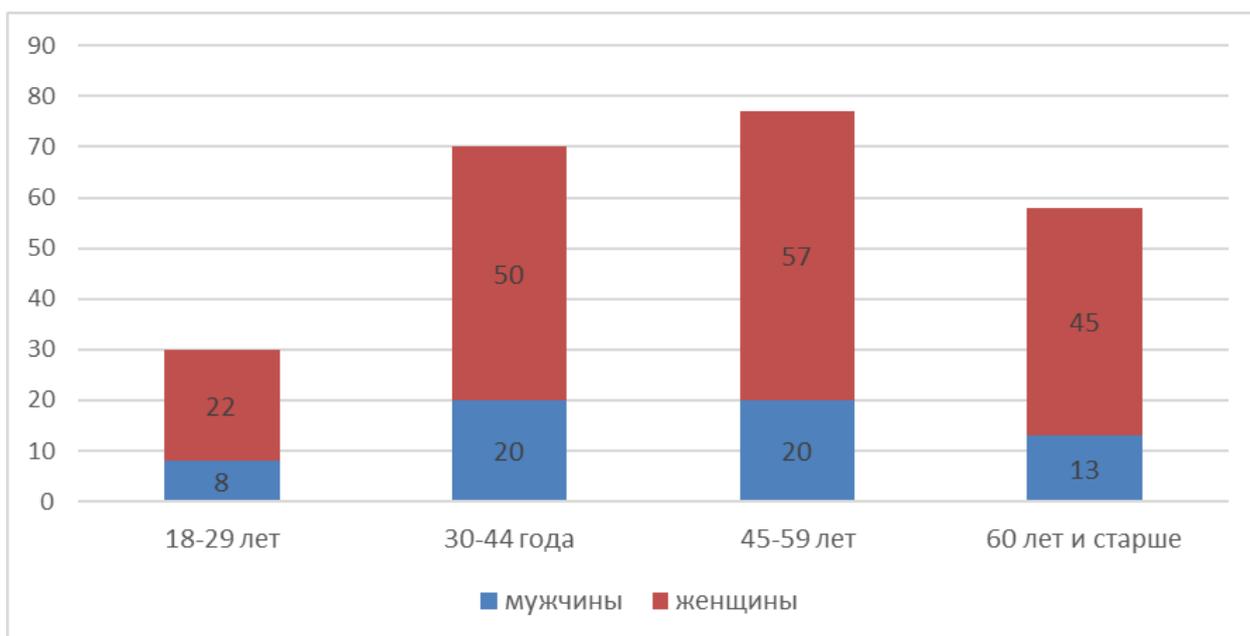
При оценке удовлетворенности оказанием медицинской помощи важная роль принадлежит врачам, принимающим непосредственное участие в оказании медицинской помощи.

Нами было проанкетировано 235 врачей Новокуйбышевской центральной городской больницы (НЦГБ), из которых мужчины составили 26,0%, женщины – 74,0% ( $\chi^2=108,67$ ,  $p<0,0001$ ) (64).

Средний возраст опрошенных врачей составил  $47,6\pm 3,37$ ; 95% CI [46,19-50,01] лет (мужчин –  $46,8\pm 2,82$  [44,78-48,82] лет, женщин –  $47,9\pm 2,89$  [45,84-49,96] лет).

Почти треть врачей ( $32,8\pm 3,1\%$ ) имела возраст 45–59 лет (как у мужчин, так и у женщин), несколько меньший удельный вес ( $29,8\pm 3,0\%$ ) имели респонденты в возрасте 30–44 лет ( $32,8\pm 3,6\%$  мужчин и  $28,7\pm 5,8\%$  женщин).

Почти каждый четвертый врач ( $24,6\pm 2,8\%$ ) относился к возрастной группе 60 лет и старше ( $21,3\pm 3,1\%$  мужчин и  $25,9\pm 5,6\%$  женщин), остальные врачи ( $12,8\pm 2,2\%$ ) составили самую молодую группу лиц в возрасте до 29 лет ( $13,1\pm 2,6\%$  мужчин и  $12,6\pm 4,2\%$  женщин) (рисунок 3.12).

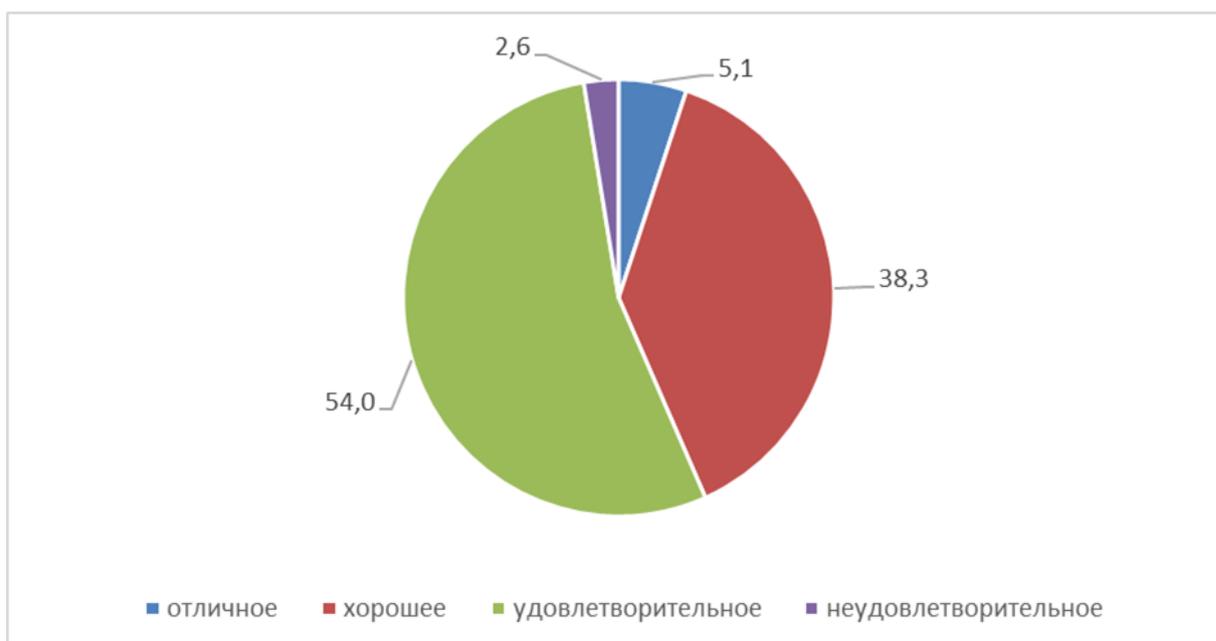


**Рисунок 3.12.** Распределение врачей по полу и возрасту, чел.

В зависимости от занимаемой должности более половины врачей ( $55,0 \pm 3,2\%$ ) представляли амбулаторное подразделение НЦГБ ( $29,7 \pm 3,5\%$  мужчин и  $64,8 \pm 6,1\%$  женщин), еще  $36,3 \pm 3,1\%$  врачей работали в стационаре ( $57,8 \pm 3,7\%$  мужчин и  $27,9 \pm 5,7\%$  женщин), остальные врачи ( $8,7 \pm 1,8\%$ ) выделены в качестве руководителей ( $12,5 \pm 2,5\%$  мужчин и  $7,3 \pm 3,3\%$  женщин).

Подавляющее большинство ( $78,3 \pm 2,7\%$  врачей, как мужчин, так и женщин) оценивает свое материальное положение удовлетворительно, еще  $13,2 \pm 2,2\%$  – как хорошее, и только  $8,5 \pm 1,8\%$  врачей ( $8,2 \pm 2,1\%$  мужчин и  $8,6 \pm 3,6\%$  женщин) отметили свое материальное положение как неудовлетворительное.

Состояние здоровья врачей – важный фактор, влияющий на оказание медицинской помощи. Чуть более половины ( $54,0 \pm 3,3\%$ ) опрошенных врачей ( $45,9 \pm \%$  мужчин и  $56,9 \pm \%$  женщин) оценивает свое состояние здоровья удовлетворительно, еще  $38,3 \pm 3,2\%$  респондентов ( $44,3 \pm \%$  мужчин и  $36,2 \pm \%$  женщин) – хорошо. Лишь  $5,1 \pm 1,4\%$  врачей ( $6,6 \pm 1,9\%$  мужчин и  $4,6 \pm 2,7\%$  женщин) отмечают у себя отличное состояние здоровья, и только  $2,6 \pm 1,0\%$  респондентов ( $3,21,3 \pm \%$  мужчин и  $2,3 \pm 1,9\%$  женщин) – плохое (рисунок 3.13).



**Рисунок 3.13.** Оценка врачами состояния своего здоровья, на 100 опрошенных

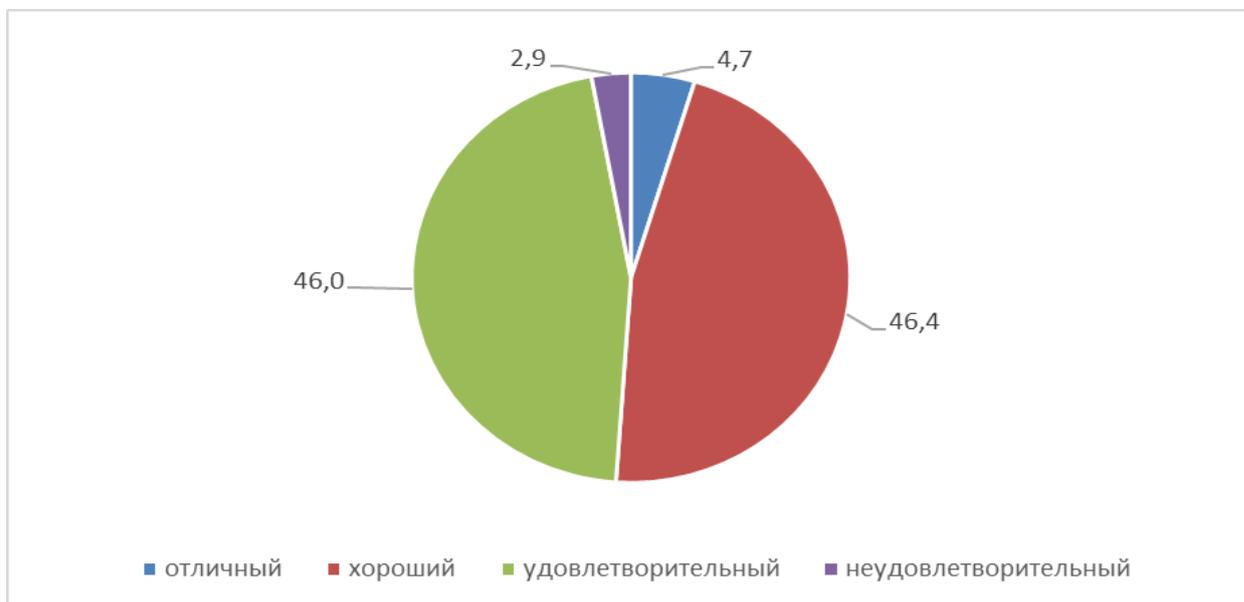
В целом самооценка состояния здоровья врачей НЦГБ несколько выше самооценки пациентов поликлинического подразделения. Так, по пятибалльной шкале самооценка состояния здоровья врачей оценивается в  $3,5 \pm 1,08$ ; 95% CI [2,73-4,27] баллов ( $3,5 \pm 1,35$  [2,63-4,57] баллов у мужчин и  $3,4 \pm 0,96$  [2,71-4,09] баллов у женщин), что несколько выше значения в баллах у пациентов ( $3,3 \pm 1,25$  [2,41-4,19] балла, разница статистически не значима –  $t=0,383$ ,  $h=0,707$ ).

Важным фактором изучения мнения врачей по удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи является оценка их осведомленности о наличии в медицинской организации программы (концепции) по повышению удовлетворенности населения медицинской помощью. В результате анкетирования было выяснено, что более половины ( $53,2 \pm 3,3\%$ ) врачей ( $55,7 \pm 3,8\%$  мужчин и  $52,3 \pm 6,4\%$  женщин) отмечают наличие в НЦГБ такой программы, только  $11,1 \pm 2,0\%$  врачей ( $18,0 \pm 2,9\%$  мужчин и  $8,6 \pm 3,6\%$  женщин) считают, что такой программы нет.

Следует отметить, что имеется достаточно большое число ( $35,7 \pm 2,0\%$ ) врачей ( $26,3 \pm 3,3\%$  мужчин и  $39,1 \pm 6,2\%$  женщин), которые затруднились с ответом, то есть не знают о наличии в медицинской организации программы по повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи, что требует принятия соответствующих организационных решений.

Как известно, на уровень удовлетворенности оказанием медицинской помощи определенное значение оказывает уровень профессиональной подготовки персонала. Почти половина ( $46,4 \pm 3,3\%$ ) опрошенных врачей ( $37,7 \pm 3,7\%$  мужчин и  $49,4 \pm 6,4\%$  женщин) оценила уровень профессиональной подготовки врачей в НЦГБ как хороший, еще почти столько же ( $46,0 \pm 3,3\%$ ) опрошенных ( $49,2 \pm 3,8\%$  мужчин и  $44,8 \pm 6,4\%$  женщин) оценили профессиональную подготовку врачей на удовлетворительно.

Отличную оценку дали только  $4,7 \pm 1,4\%$  врачей ( $8,2 \pm 2,1\%$  мужчин и  $3,4 \pm 2,3\%$  женщин), неудовлетворительную – только  $2,9 \pm 1,1\%$  респондентов ( $4,9 \pm 1,6\%$  мужчин и  $2,42,0\%$  женщин) (рисунок 3.14).



**Рисунок 3.14.** Оценка врачами уровня профессиональной подготовки врачей в НЦГБ, на 100 опрошенных

По пятибалльной шкале уровень профессиональной подготовки врачей респонденты оценили в среднем на  $3,5 \pm 1,27$  [2,59-4,41] балла, как мужчины, так и женщины. Следует отметить, что с возрастом опрошенных оценка

уровня подготовки врачей снижается с  $3,7 \pm 1,06$  [2,94-4,46] баллов (в группе до 29 лет) до  $3,6 \pm 1,17$  [2,76-4,44] баллов (в группе 30–44 лет), до  $3,5 \pm 1,27$  [2,59-4,41] баллов (в группе 45–59 лет) и до  $3,4 \pm 0,97$  [2,71-4,09] баллов (в группе врачей 60 лет и старше).

Более половины ( $54,0 \pm 3,3\%$ ) врачей ( $57,4 \pm 3,7\%$  мужчин и  $52,9 \pm 6,4\%$  женщин) считают хорошим уровень профессиональной подготовки среднего медицинского персонала в НЦГБ, более трети ( $36,6 \pm 3,1\%$ ) врачей ( $29,5 \pm 3,5\%$  мужчин и  $39,1 \pm 6,2\%$  женщин) – удовлетворительным.

Только каждый двадцатый ( $5,1 \pm 1,4\%$ ) опрошенный ( $6,6 \pm 1,9\%$  мужчин и  $4,6 \pm 2,7\%$  женщин) на отлично оценивает уровень профессиональной подготовки средних медицинских работников медицинской организации, еще меньше ( $4,3 \pm 1,3\%$ ) респондентов ( $6,5 \pm 1,9\%$  мужчин и  $3,4 \pm 2,3\%$  женщин) оценивают уровень подготовки как неудовлетворительный (рисунок 3.15).



**Рисунок 3.15.** Оценка врачами уровня профессиональной подготовки среднего медицинского персонала в НЦГБ, на 100 опрошенных

По пятибалльной шкале врачи оценили уровень профессиональной подготовки среднего медицинского персонала в среднем на  $3,6 \pm 0,97$  [2,91-4,29] балла (у мужчин и женщин одинаковая оценка). Более молодые врачи

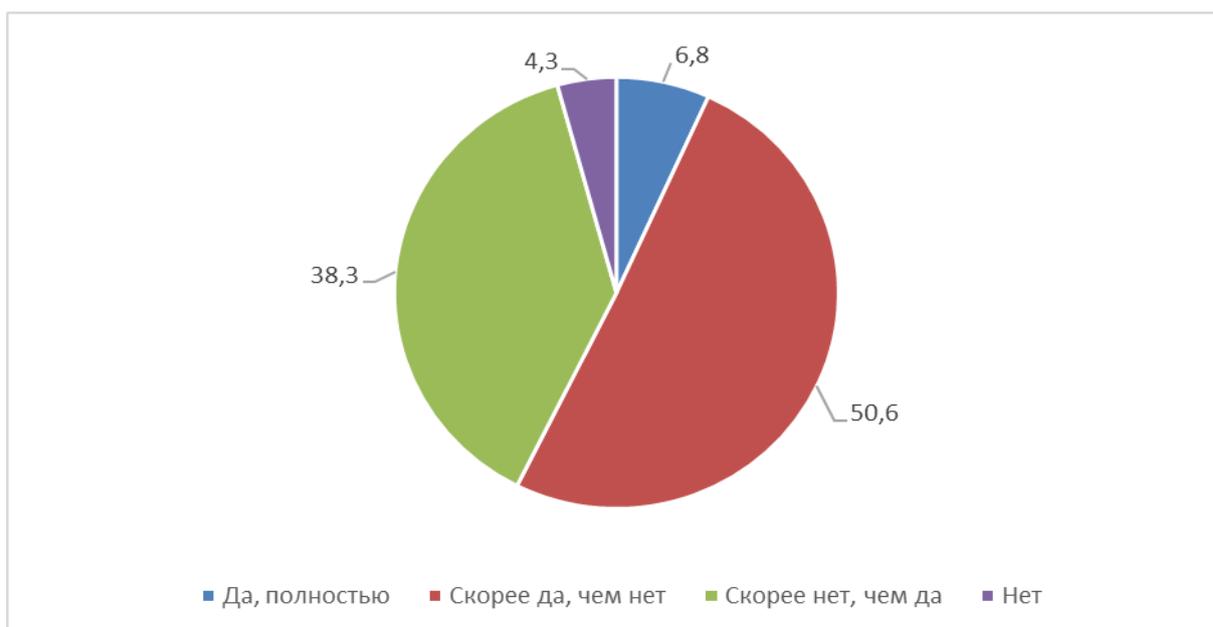
дают оценки выше ( $3,8 \pm 1,03$  [ $3,06-4,54$ ] баллов – лица до 29 лет и  $3,7 \pm 1,06$  [ $2,94-4,46$ ] – лица 30–44 лет) относительно оценок врачей более старших возрастных групп ( $3,5 \pm 1,27$  [ $2,59-4,41$ ] балла).

По мнению трети ( $34,9 \pm 3,1\%$ ) врачей ( $32,8 \pm 3,6\%$  мужчин и  $35,6 \pm 6,1\%$  женщин), за последние три года в НЦГБ отмечается положительная динамика в организации оказания медицинской помощи. Вместе с тем более половины ( $52,3 \pm 3,3\%$ ) респондентов ( $52,5 \pm 3,8\%$  мужчин и  $52,3 \pm 6,4\%$  женщин) не отмечают никаких изменений, а  $12,8 \pm 2,2\%$  врачей ( $14,7 \pm 2,7\%$  мужчин и  $12,1 \pm 4,2\%$  женщин) считают, что за последние три года организация оказания медицинской помощи ухудшилась.

Лица, отмечающие ухудшение организации медицинской помощи, считают основными причинами данного явления дефицит кадров (в  $56,7 \pm 9,0\%$  случаев), недостаточное финансирование оказания медицинской помощи ( $26,7 \pm 8,1\%$ ), излишний формализм при организации медицинской помощи ( $13,3 \pm 6,2\%$ ).

На вопрос: «Удовлетворены ли Вы организацией оказания медицинской помощью в амбулаторных условиях?» – половина ( $50,6 \pm 3,3\%$ ) врачей ( $47,5 \pm 3,8\%$  мужчин и  $51,7 \pm 6,1\%$  женщин;  $\chi^2=0,41$ ,  $p=0,5224$ ) отвечает, что «скорее да, чем нет»; еще  $6,8 \pm 1,6\%$  врачей ( $9,8 \pm 2,3\%$  мужчин и  $5,7 \pm 3,0\%$  женщин) – «да, полностью».

В то же время более трети ( $38,3 \pm 3,2\%$ ) врачей ( $36,1 \pm 3,6\%$  мужчин и  $39,1 \pm 6,2\%$  женщин) отмечают, что скорее не удовлетворены, а еще  $4,3 \pm 1,3\%$  опрошенных ( $6,6 \pm 1,9\%$  мужчин и  $3,5 \pm 2,4\%$  женщин), что не удовлетворены организацией оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (рисунок 3.16).



**Рисунок 3.16.** Удовлетворенность врачей организацией оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях НЦГБ, на 100 опрошенных

Средний уровень удовлетворенности врачей организацией оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях составил  $3,6 \pm 0,84$  баллов по пятибалльной шкале (как у мужчин, так и у женщин). Более  $42,0 \pm 3,2\%$  опрошенных врачей в той или иной степени не удовлетворены организацией оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях. Основными причинами такой неудовлетворенности врачи называют недостаток врачей (как участковых, так и специалистов) (в  $61,0 \pm 3,2\%$  случаев), очередность среди пациентов на различных этапах оказания медицинской помощи ( $42,0 \pm 3,2\%$ ), недостаточные условия оказания медицинской помощи ( $23,0 \pm 2,7\%$ ), низкое качество оказания медицинской помощи ( $12,0 \pm 2,1\%$ ).

Обеспечение качества медицинской помощи – важный фактор, влияющий на удовлетворенность медицинской помощи. Около трети ( $35,7 \pm 3,1\%$ ) врачей ( $39,3 \pm 3,7\%$  мужчин и  $34,5 \pm 6,1\%$  женщин) оценивает качество оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях НЦГБ как хорошее и  $7,7 \pm 1,7\%$  врачей ( $9,8 \pm 2,3\%$  мужчин и  $6,9 \pm 3,2\%$  женщин – как отличное. Более половины ( $54,9 \pm 3,2\%$ ) респондентов ( $49,2 \pm 3,8\%$  мужчин и

56,9±6,3% женщин) оценивает качество удовлетворительно, а 1,7±0,8% врачей (как мужчин, так и женщин) – как неудовлетворительное. В среднем по пятибалльной шкале врачи оценили качество медицинской помощи в амбулаторных условиях в 3,5±1,27 [2,59-4,41] балла (3,6±0,71 [3,09-4,11] балла – мужчины, 3,5±0,71 [2,99-4,01] балла – женщины), что является довольно низким показателем (соответствует оценке 0,70 в долях от 1,0).

В той или иной степени качество медицинской помощи не удовлетворяет 34,0±3,1% врачей. По мнению большинства из данной группы врачей, основной причиной недостаточного качества оказания медицинской помощи является отсутствие в медицинской организации необходимых специалистов (76,3±2,8% ответов), далее идет недостаточное материально-техническое оснащение организации (73,8±2,9%). В меньшей степени врачи указывают на недостаточную квалификацию персонала (17,5±2,5%), необходимость дополнительной оплаты медицинской помощи со стороны пациентов (16,3±2,4%), невнимательное отношение медицинских работников к своим пациентам (13,8±2,2%) (таблица 3.3).

**Таблица 3.3**

Основные причины недостаточного качества медицинской помощи  
в амбулаторных условиях НЦГБ, на 100 опрошенных врачей,  
неудовлетворенных качеством оказания медицинской помощи

№ п/п	Основная причина	Ответы в % к итогу
1.	Отсутствие необходимых специалистов	76,3±2,8
2.	Недостаточное материально-техническое оснащение	73,8±2,9
3.	Недостаточная квалификация персонала	17,5±2,5
4.	Необходимость дополнительной оплаты медицинской помощи пациентами	16,3±2,4
5.	Невнимательное отношение медицинских работников к пациентам	13,8±2,2
6.	Недостаточная система управления качеством медицинской помощи	12,5±2,2
7.	Неразвитая система внедрения «бережливых технологий»	8,8±1,8

Определенное внимание врачи уделили недостаточной системе управления качеством медицинской помощи в медицинской организации ( $12,5 \pm 2,2\%$ ), также  $8,8 \pm 1,8\%$  указали на неразвитую систему «бережливых технологий» в амбулаторном подразделении НЦГБ.

В ходе анкетирования нами был задан вопрос врачам об их оценке уровня удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях. Только  $7,7 \pm 1,7\%$  врачей ( $13,1 \pm 2,6\%$  мужчин и  $5,5 \pm 2,9\%$  женщин) отметили, что пациенты полностью удовлетворены, еще  $42,1 \pm 3,2\%$  респондентов ( $37,7 \pm 3,7\%$  мужчин и  $43,7 \pm 6,4\%$  женщин) посчитали, что пациенты скорее удовлетворены, чем нет. В то же время  $44,3 \pm 3,2\%$  врачей ( $41,03,7 \pm \%$  мужчин и  $45,4 \pm 6,4\%$  женщин) сочли, что пациенты скорее не удовлетворены оказанием медицинской помощи, чем удовлетворены, а  $5,9 \pm 1,5\%$  врачей ( $9,2 \pm 2,2\%$  мужчин и  $5,2 \pm 2,8\%$  женщин) и вовсе заявили о полной неудовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи. По данным опроса врачей, средний уровень удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи составил  $3,5 \pm 1,11$  [2,67-12] балла ( $3,6 \pm 1,09$  [2,71-4,09] баллов у мужчин и  $3,5 \pm 1,26$  [2,39-4,39] баллов у женщин).

Для повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях врачи предлагают различные варианты организационных мероприятий, которые приведены в таблице 3.4.

Среди главных предложений – устранение дефицита персонала, особенно врачей, в том числе специалистов ( $40,7 \pm 3,2\%$  ответов), повышение материально-технического обеспечения медицинской организации ( $23,1 \pm 2,7\%$ ) и улучшение уровня квалификации медицинского персонала ( $17,5 \pm 2,5\%$ ). Также врачи считают важным для повышения удовлетворенности пациентов в амбулаторных условиях увеличить оплату труда ( $11,9 \pm 2,1\%$ ), развивать бережливые ( $10,0 \pm 2,0\%$ ) и информационные технологии ( $8,1 \pm 1,8\%$ ), а также повысить внимание к пациенту при оказании медицинской помощи ( $7,5 \pm 1,7\%$ ).

Таблица 3.4

Предложения врачей НЦГБ по повышению удовлетворенности  
пациентов в амбулаторных условиях

№ п/п	Предложение	Ответы в % к итогу
1.	Устранить дефицит специалистов (врачей, в том числе специалистов, среднего медицинского персонала)	40,7±3,2
2.	Повысить материально-техническое обеспечение (в том числе оборудованием, инструментарием, медикаментами)	23,1±2,7
3.	Улучшить уровень квалификация персонала	17,5±2,5
4.	Повысить оплату труда сотрудникам	11,9±2,1
5.	Развивать «бережливые технологии»	10,0±2,0
6.	Развивать информационные технологии при оказании медицинской помощи	8,1±1,8
7.	Повысить внимание к пациенту	7,5±1,7

**Резюме.** В процессе изучения удовлетворенности взрослых пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях нами получена их медико-социальная характеристика, в результате анализа которой определено, что при среднем возрасте  $49,8 \pm 3,62$  лет среди пациентов преобладают женщины ( $62,7 \pm 3,2\%$ ), лица с полным средним образованием ( $65,0 \pm 3,1\%$ ), состоящие в браке ( $54,4 \pm 3,2\%$ ), с удовлетворительным материальным положением ( $68,2 \pm 3,0\%$ ), работающие ( $63,5 \pm 3,1\%$ ).

Удовлетворительное состояние здоровья отмечают  $54,7 \pm 3,2\%$  пациентов при средней оценке по пятибалльной шкале состояния здоровья  $3,3 \pm 0,68$  баллов.

Для  $50,4 \pm 3,3\%$  пациентов причиной обращения в амбулаторное подразделение является заболевание, большинство пациентов получает медицинскую помощь за счет ОМС ( $91,9 \pm 1,8\%$ ),  $46,9 \pm 3,3\%$  пациентов обратились в медицинскую организацию непосредственно через регистратуру. В день обращения к врачу попало только  $20,3 \pm 2,6\%$  опрошенных пациентов, средний срок ожидания приема врача составил  $4,7 \pm 1,77$  дней. При этом

42,1±3,2% пациентов испытывали те или иные трудности при записи на прием к врачу.

Нами отмечена достаточно низкая удовлетворенность пациентов по различным аспектам оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях. Пациенты в той или иной степени не удовлетворены: работой регистратуры (в 42,4±3,2% при среднем уровне удовлетворенности 3,7±0,95 баллов), условиями оказания медицинской помощи (44,3±3,2%, уровень удовлетворенности – 3,7±1,16 баллов), полнотой информации об амбулаторной службе (45,1±3,2%, 3,7±0,74 баллов), оказанием медицинской помощи врачом-участковым (42,1±3,2%, 3,8±0,94 баллов), оказанием медицинской помощи врачом – узким специалистом (33,2±3,1%, 4,0±0,82 баллов), оказанием медицинской помощи средним медицинским персоналом (29,6±3,0%, 4,1±1,02 баллов), оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях в целом (40,7±3,2%, 3,8±1,03 баллов).

Более половины опрошенных врачей (53,2±3,3%) отметили осведомленность о наличии в медицинской организации программы по повышению удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Уровень профессиональной подготовки врачей респондентами оценивается в 3,5±0,86 баллов (46,4±3,3% опрошенных – как хороший, 46,0±3,3% – как удовлетворительный). Уровень профессиональной подготовки среднего медицинского персонала оценивается в 3,6±0,71 баллов (54,0±3,3% опрошенных – как хороший, 36,6±3,1% – как удовлетворительный).

Врачи в той или иной степени не удовлетворены организацией медицинской помощи в амбулаторных условиях (42,6±3,2% при среднем уровне удовлетворенности 3,6±0,84 баллов), качеством медицинской помощи (34,0±3,1%, 3,5±0,54 баллов). Половина врачей (50,2±3,3%) отмечает, что в различной степени пациенты не удовлетворены оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях (средний уровень удовлетворенности пациентов, по мнению врачей, составляет 3,5±0,97 баллов).

Среди главных предложений врачей по повышению удовлетворенности пациентов в амбулаторных условиях можно выделить устранение дефицита персонала, особенно врачей, в том числе специалистов ( $40,7 \pm 3,2\%$  ответов), повышение материально-технического обеспечения медицинской организации ( $23,1 \pm 2,7\%$ ) и улучшение уровня квалификации медицинского персонала ( $17,5 \pm 2,5\%$ ). Выявленные проблемы по обеспечению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях требуют проведения организационных мероприятий.

## ГЛАВА 4

### УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

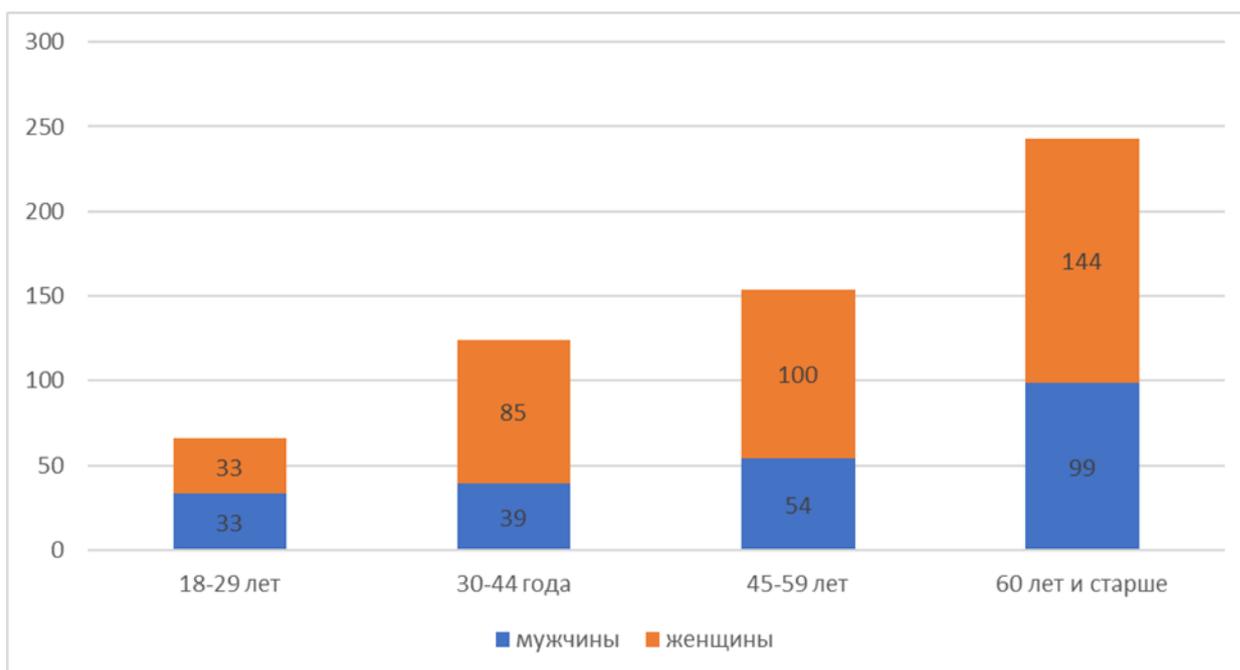
#### 4.1. Характеристика удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи

Оказание медицинской помощи в стационарных условиях является наиболее затратной статьей в здравоохранении, поэтому изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью в стационарах имеет большое значение для формирования организационных мероприятий, направленных на повышение качества и совершенствование оказания медицинской помощи (132).

Нами было проанкетировано 587 пациентов стационара Новокуйбышевской центральной городской больницы, большинство из которых составили женщины ( $61,7 \pm 2,0\%$ ), мужчины –  $38,3 \pm 2,0\%$ ;  $\chi^2=63,95$ ,  $p < 0,0001$ . Средний возраст респондентов составил  $54,0 \pm 2,87$  [51,95-56,05] лет (у мужчин –  $54,1 \pm 2,77$  [52,12-56,08] лет, у женщин –  $53,9 \pm 3,17$  [51,63-56] лет). Значительная часть пациентов ( $41,4 \pm 2,0\%$ ) представлена лицами 60 лет и старше (у мужчин –  $44,0 \pm 3,3\%$ , у женщин –  $39,8 \pm 2,6\%$ ) (рисунок 4.1).

При этом доля пациентов самого молодого возраста (18–29 лет) минимальна и составляет  $11,2 \pm 1,3\%$  (у мужчин –  $14,7 \pm 2,4\%$ , у женщин –  $9,1 \pm 1,5\%$ ). Удельный вес пациентов в возрасте 30–44 лет возрастает до  $21,1 \pm 1,7\%$  (у мужчин –  $17,3 \pm 2,5\%$ , у женщин –  $23,5 \pm 2,2\%$ ), а пациентов в возрасте 45–59 лет – до  $26,2 \pm 1,8\%$  (у мужчин –  $24,0 \pm 2,8\%$ , у женщин –  $27,6 \pm 2,3\%$ ).

Самую многочисленную половозрастную группу пациентов стационара НЦГБ составляют женщины в возрасте 60 лет и старше – 144 чел., или почти четверть от общего числа всех респондентов ( $24,5 \pm 1,8\%$ ).



**Рисунок 4.1.** Распределение пациентов стационара по полу и возрасту, чел.

По данным анкетирования, более половины ( $55,0 \pm 2,1\%$ ) пациентов стационара ( $45,3 \pm 3,3\%$  мужчин и  $61,0 \pm 2,6\%$  женщин) имеют полное среднее (общее или специальное) образование, наиболее велика доля лиц с таким образованием среди пациентов 45–59 лет ( $59,1 \pm 4,0\%$ ), особенно у женщин ( $70,0 \pm 2,4\%$ ). Почти треть ( $31,2 \pm 1,9\%$ ) респондентов указала на наличие высшего образования ( $33,8 \pm 3,2\%$  мужчин и  $29,6 \pm 2,4\%$  женщин), самый высокий удельный вес с высшим образованием отмечается в возрастной группе 30–44 лет ( $40,3 \pm 3,0\%$ ). В тоже время  $13,8 \pm 1,4\%$  пациентов имеют неполное среднее образование ( $20,9 \pm 2,7\%$  мужчин и  $9,4 \pm 1,5\%$  женщин), что в большей степени характерно для лиц 60 лет и старше ( $17,7 \pm 2,4\%$ ).

Также более половины ( $55,4 \pm 2,1\%$ ) пациентов отмечают, что состоят в браке ( $45,3 \pm 3,3\%$  мужчин и  $61,6 \pm 2,6\%$  женщин), при этом наибольшая доля состоящих в браке лиц отмечается в возрасте 30–44 лет ( $75,0 \pm 3,9\%$ ), а наименьшая – в возрасте 18–29 лет ( $40,9 \pm 6,1\%$ ). Достаточно велика среди респондентов доля вдовых ( $17,4 \pm 1,6\%$ ), особенно среди женщин ( $19,6 \pm 2,1\%$ ), причем в возрастной группе 60 лет и старше доля вдов составляет  $39,6 \pm 3,1\%$ . Каждый седьмой пациент ( $14,3 \pm 1,4\%$ ) отмечает, что находится в разводе

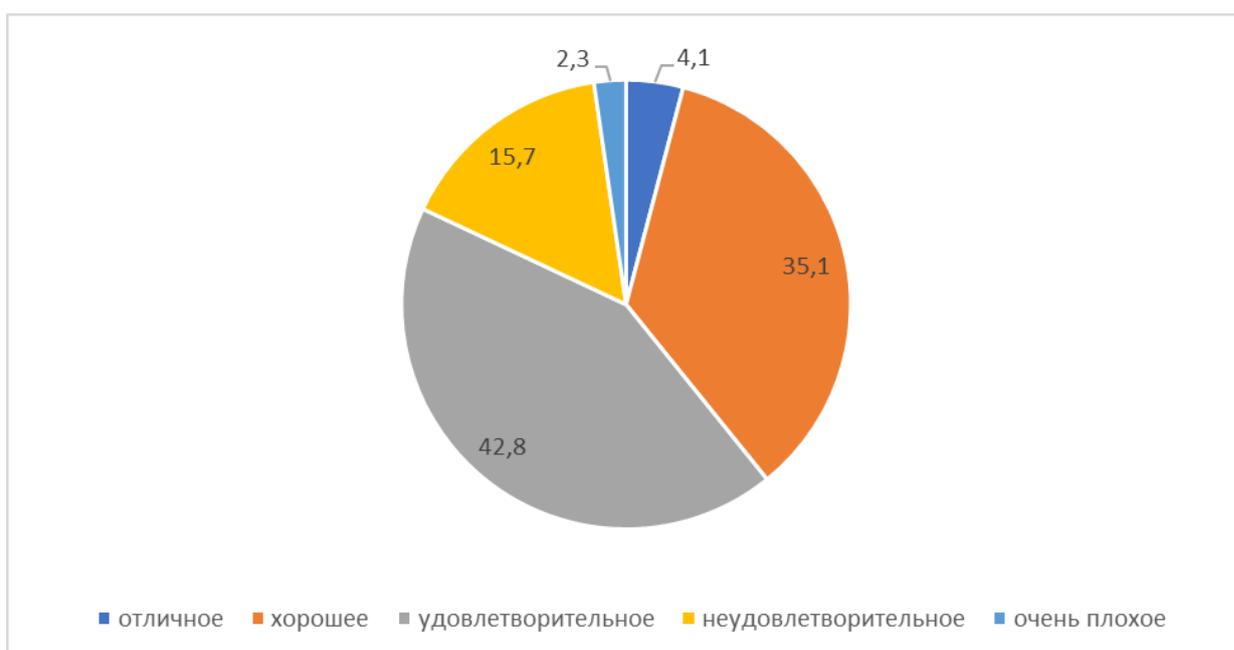
(22,2±2,8% мужчин и 9,4±1,5% женщин;  $\chi^2=18,63$ ,  $p<0,0001$ ). Наиболее значительна доля разведенных в возрасте 60 лет и старше (18,5±2,5%), особенно среди мужчин (29,3±3,0%). Наконец, 12,9±1,4% пациентов никогда не были в браке (18,7±2,6% мужчин и 9,4±1,5% женщины), с возрастом удельный вес данной группы опрошенных снижается с 57,6±6,1% у 18–29-летних до 5,7±1,5% у лиц 60 лет и старше.

Большая часть пациентов стационара (57,8±2,0%) оценивает свое материальное положение удовлетворительно (54,7±3,3% мужчин и 59,7±2,6% женщин). Хорошее материальное положение отмечается у 32,2±1,9% респондентов, примерно в равной степени у мужчин (31,1±3,1%) и у женщин (32,9±2,5%). Наиболее высока доля респондентов с хорошим материальным положением в возрастной группе 45–59 лет (39,0±3,9%), наиболее низка – в возрастных группах 18–29 лет (28,8±5,6%), а также 60 лет и старше (28,8±2,9%). Каждый десятый (10,0±1,2%) опрошенный (14,2±1,3% мужчин и 7,4±1,4% женщин) отмечает неудовлетворительное материальное положение. Удельный вес лиц с неудовлетворительным материальным положением самый высокий среди лиц в возрасте 30–44 лет (12,9±3,0%), самый низкий – в возрастной группе 45–59 лет (4,5±1,7%).

Рассматривая социальный статус пациентов стационара, необходимо отметить, что почти половина (47,7±2,1%) опрошенных (48,0±3,3% мужчин и 47,7±2,6% женщин) работает. Наибольший удельный вес работающих пациентов определяется в возрастной группе 45–59 лет (83,8±3,0%), наименьший – в возрасте 60 лет и старше (19,3±2,5%). Значительную долю опрошенных занимают неработающие пенсионеры (33,4±1,9%), среди мужчин пенсионеров 36,0±3,2%, среди женщин – 31,8±2,4%. В возрастной группе 60 лет и старше неработающие пенсионеры составляют подавляющее большинство – 78,5±2,6% (среди мужчин – 78,8±4,1%, среди женщин – 76,4±3,5%). Также респонденты представлены студентами и учащимися (6,0±1,0%), среди мужчин их 9,3±1,9%, среди женщин – 3,9±1,0%, которые

относятся преимущественно к возрастной группе 18–29 лет. Еще  $12,9 \pm 1,4\%$  респондентов ( $6,7 \pm 1,7\%$  мужчин и  $16,8 \pm 2,0\%$  женщин) не работают (временно неработающие, безработные и домохозяйки). Данная социальная группа имеет самый высокий удельный вес в возрастной группе 30–44 лет ( $31,5 \pm 4,2\%$ ), особенно среди женщин ( $42,4 \pm 2,8\%$ ), и самую низкую долю ( $3,2 \pm 1,1\%$ ) в возрастной группе 60 лет и старше.

В процессе анкетирования нами была определена самооценка состояния здоровья пациентов стационара, от которой может зависеть их удовлетворенность оказанием медицинской помощи. Менее половины опрошенных ( $42,8 \pm 2,0\%$ ) отметили у себя удовлетворительное состояние здоровья ( $36,0 \pm 3,4\%$  мужчин и  $47,0 \pm 2,6\%$  женщин). Около трети ( $35,1 \pm 2,0\%$ ) респондентов оценили собственное здоровье как хорошее ( $38,2 \pm 3,2\%$  мужчин и  $33,1 \pm 2,5\%$  женщин) (рисунок 4.2).



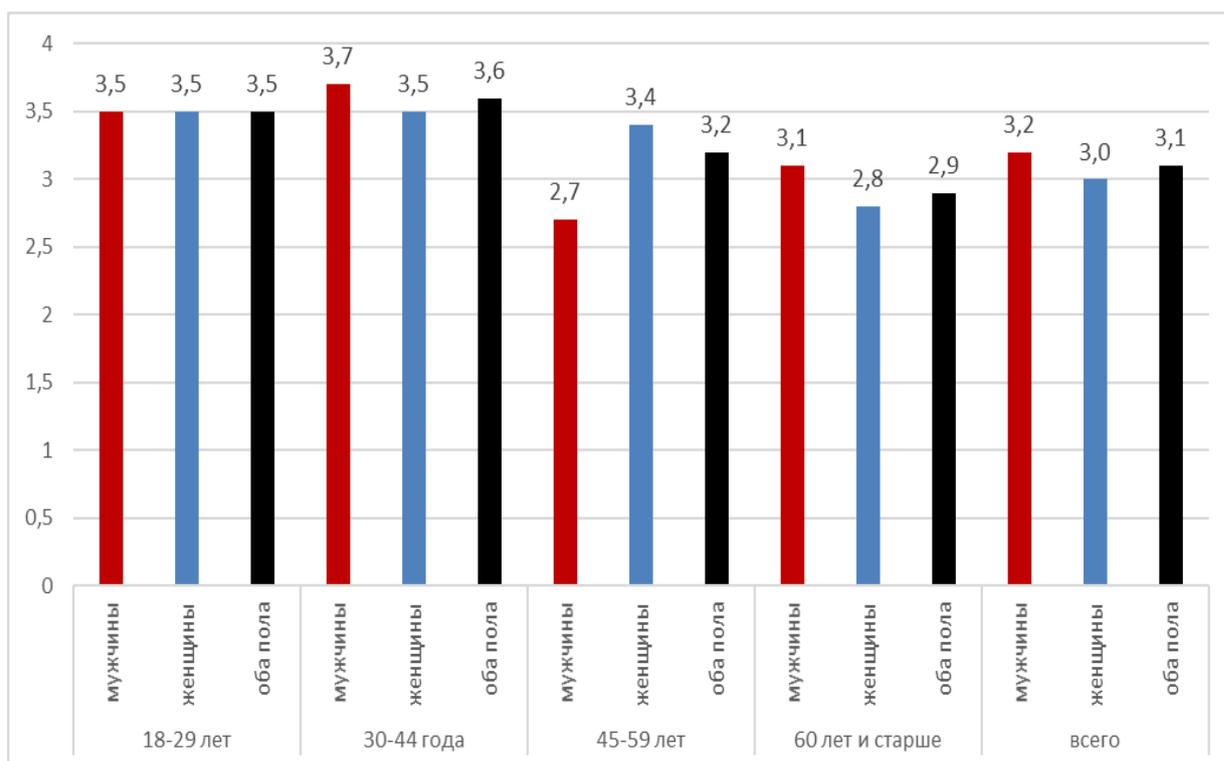
**Рисунок 4.2.** Оценка пациентами стационара состояния своего здоровья, на 100 опрошенных

Достаточно весомый удельный вес ( $15,7 \pm 1,5\%$ ) занимают пациенты с неудовлетворительным состоянием здоровья ( $17,3 \pm 2,5$  мужчин и  $14,6 \pm 1,9\%$  женщин). Особенно велика доля пациентов с таким низким уровнем здоровья

среди лиц 60 лет и старше ( $26,7 \pm 2,8\%$ ). Лишь  $4,1 \pm 0,8\%$  опрошенных имеют отличную самооценку состояния здоровья ( $4,4 \pm 1,4\%$  мужчин и  $3,9 \pm 1,0\%$  женщин).

Кроме того, у  $2,3 \pm 0,6\%$  опрошенных пациентов отмечается очень плохой уровень состояния здоровья ( $4,1 \pm 1,3\%$  мужчин и  $1,4 \pm 0,6\%$  женщин).

В среднем пациенты оценили уровень своего состояния здоровья по пятибалльной шкале в  $3,1 \pm 0,74$  [ $2,57-3,63$ ] балла (мужчины – в  $3,2 \pm 0,57$  [ $2,71-3,51$ ] балла, женщины – в  $3,0 \pm 0,67$  [ $2,52-3,48$ ] балла, разность статистически не значима), что ниже на 0,2 балла среднего уровня самооценки здоровья пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (рисунок 4.3).



**Рисунок 4.3.** Уровень самооценки состояния здоровья пациентов  
Стационара, в баллах

С возрастом у пациентов имеется тенденция к снижению самооценки состояния здоровья с  $3,5 \pm 0,71$  [ $2,99-4,01$ ] баллов у 18–29-летних до 2,9 баллов у лиц 60 лет и старше ( $r=-0,51$ ). Такая закономерность отмечается как у

мужчин (снижение с  $3,5 \pm 0,91$  [2,82-4,01] баллов до  $3,1 \pm 0,48$  [2,69-3,51] баллов), так и у женщин (снижение с  $3,50 \pm 0,85$  [2,89-4,11] баллов до  $2,8 \pm 0,63$  [2,34-3,25] баллов).

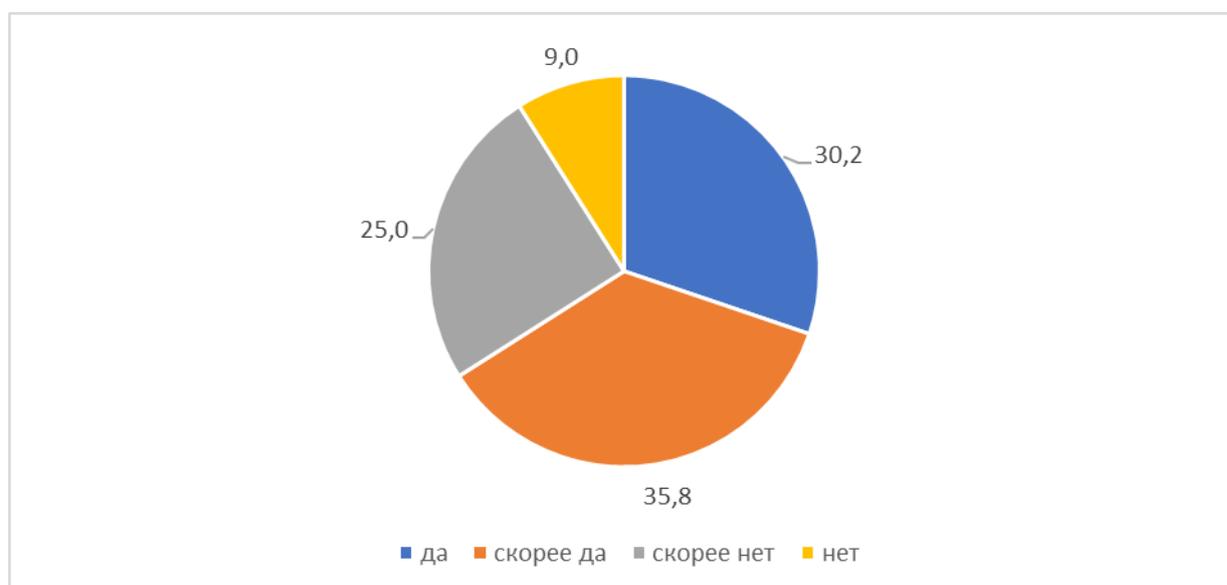
По данным исследования, почти две трети ( $65,8 \pm 2,0\%$ ) пациентов ( $67,6 \pm 3,1\%$  мужчин и  $64,6 \pm 2,5\%$  женщин) были госпитализированы по экстренным показаниям, наибольшая доля экстренных госпитализаций была отмечена у пациентов 45–59 лет ( $74,7 \pm 3,5\%$ ), наименьшая – у пациентов 18–29 лет ( $53,0 \pm 6,1\%$ ). Следует отметить, что в  $13,2 \pm 1,4\%$  случаях (в  $14,5 \pm 2,3\%$  у мужчин и  $12,4 \pm 1,7\%$  у женщин) экстренная госпитализация была проведена вследствие самостоятельного обращения пациентов в стационар. На плановую госпитализацию пришлось  $34,2 \pm 2,0\%$  всех случаев госпитализации (у мужчин –  $32,4 \pm 3,1\%$ , у женщин –  $35,4 \pm 2,5\%$ ).

Средние сроки ожидания плановой госпитализации составили  $9,5 \pm 2,64$ ; [7,61-11,39] дней ( $9,3 \pm 1,7$  [8,04-10,56] дней у мужчин и  $9,7 \pm 2,49$  [9,91-11,49] дней у женщин, различие статистически не значимо).

Максимальные сроки ожидания плановой госпитализации составили у пациентов в возрасте 45–59 лет ( $11,4 \pm 2,36$  дней), минимальные – в возрасте 18–29 лет ( $8,3 \pm 6,72$  дней) (критерий Стьюдента составил  $t=2,93$  при  $p=0,0089$ ).

подавляющему большинству респондентов ( $89,9 \pm 1,2\%$ ) медицинская помощь в стационарных условиях оказывается по обязательному медицинскому страхованию (ОМС) ( $87,1 \pm 2,2\%$  мужчин и  $91,7 \pm 1,5\%$  женщин). По добровольному медицинскому страхованию (ДМС) медицинская помощь была оказана  $8,7 \pm 1,2\%$  респондентов ( $12,0 \pm 2,2\%$  мужчин и  $6,6 \pm 1,3\%$  женщин). В большей степени воспользовались получением стационарной помощи по ДМС мужчины в возрасте 60 лет и старше ( $15,2 \pm 2,3\%$ ), в меньшей степени – мужчины 18–29 лет ( $0\%$ ). Остальные ( $1,4 \pm 0,5\%$ ) пациенты ( $0,9 \pm 0,6\%$  мужчин и  $1,7 \pm 0,7\%$  женщин) получили стационарную помощь по платным медицинским услугам.

Приемное отделение стационара является важным элементом организации медицинской помощи, и удовлетворенность пациентов деятельностью данного структурного подразделения имеет большое значение. По данным анкетирования,  $30,2 \pm 1,9\%$  опрошенных ( $34,7 \pm 3,2\%$  мужчин и  $27,3 \pm 2,3\%$  женщин) были полностью удовлетворены условиями оказания медицинской помощи в приемном отделении стационара НЦГБ, еще  $35,8 \pm 2,0\%$  пациентов ( $29,3 \pm 3,0\%$  мужчин и  $39,8 \pm 2,6\%$  женщин) – скорее удовлетворены, чем нет. Четверть ( $25,0 \pm 1,8\%$ ) респондентов ( $27,1 \pm 3,0\%$  мужчин и  $23,8 \pm 2,2\%$  женщин) отметили, что скорее не удовлетворены условиями оказания медицинской помощи, чем удовлетворены, еще  $9,0 \pm 1,2\%$  опрошенных ( $8,9 \pm 1,9\%$  мужчин и  $9,1 \pm 1,5\%$  женщин) отметили, что не удовлетворены условиями оказания медицинской помощи в данном структурном подразделении (рисунок 4.4).



**Рисунок 4.4.** Удовлетворенность пациентов условиями оказания медицинской помощи в приемном отделении стационара, на 100 опрошенных

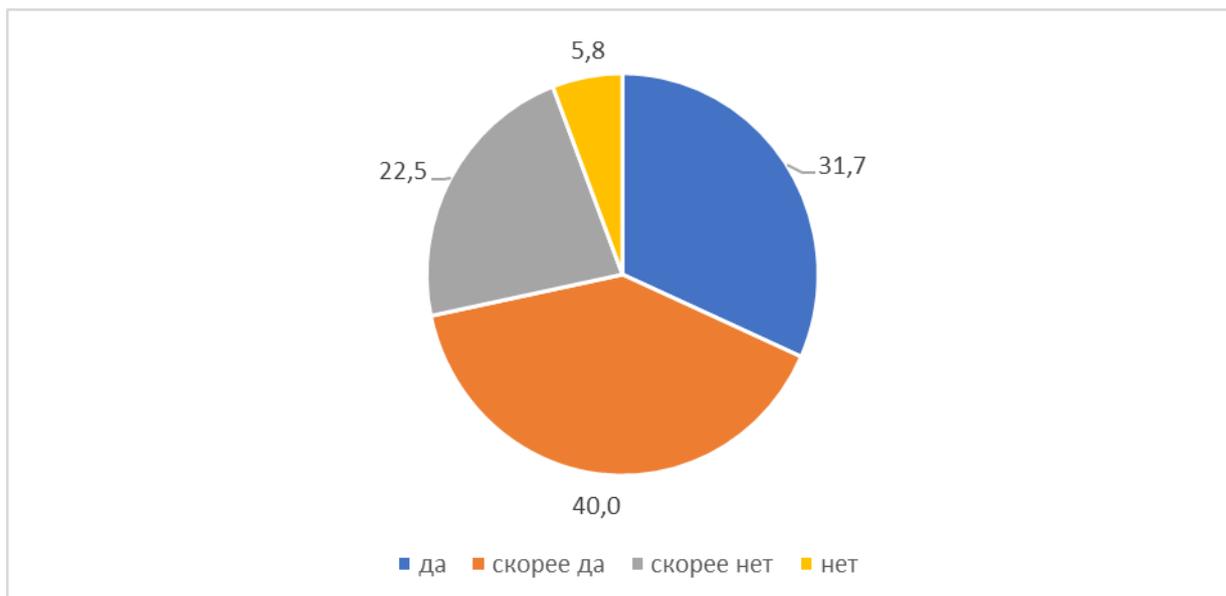
При переводе ответов респондентов в баллы по пятибалльной шкале средний уровень удовлетворенности пациентов условиями оказания

медицинской помощи в приемном отделении стационара составил  $3,9 \pm 0,74$  [3,37-4,43] баллов (как у мужчин, так и у женщин). Наилучшую оценку условиям оказания медицинской помощи дали респонденты 18–29 лет ( $4,4 \pm 0,69$  [3,99-4,91] балла), наихудшую – пациенты 30–44 лет ( $3,5 \pm 0,97$  [2,80-4,19] балла). У респондентов двух других возрастных групп средний уровень удовлетворенности составил  $3,8 \pm 0,92$  [3,14-4,46] баллов.

Таким образом, более трети ( $34,0 \pm 2,0\%$ ) опрошенных ( $36,0 \pm 3,2\%$  мужчин и  $32,9 \pm 2,5\%$  женщин) в той или иной степени не удовлетворены условиями оказания медицинской помощи в приемном отделении. Основными причинами такой оценки, по мнению респондентов, явились: отсутствие питьевой воды ( $31,0 \pm 1,9\%$  ответов), недостаточно комфортные условия ( $28,0 \pm 1,9\%$ ), отсутствие душа ( $19,0 \pm 1,6\%$ ), недостаточная чистота ( $17,0 \pm 1,6\%$ ), изношенная мебель ( $9,0 \pm 1,2\%$ ).

Помимо условий оказания медицинской помощи в приемном отделении важным аспектом изучения удовлетворенности является непосредственное оказание медицинской помощи. Почти треть ( $31,7 \pm 1,9\%$ ) опрошенных ( $31,1 \pm 3,1\%$  мужчин и  $32,0 \pm 2,5\%$  женщин) полностью удовлетворены оказанием медицинской помощи в приемном отделении, еще  $40,0 \pm 2,0\%$  респондентов ( $44,0 \pm 3,3\%$  мужчин и  $37,6 \pm 2,5\%$  женщин) скорее удовлетворены оказанием медицинской помощи, чем нет. Вместе с тем  $22,5 \pm 1,7\%$  пациентов ( $18,2 \pm 2,6\%$  мужчин и  $25,1 \pm 2,3\%$  женщин) скорее не удовлетворены, а еще  $5,8 \pm 0,9\%$  пациентов ( $6,7 \pm 1,7\%$  мужчин и  $5,3 \pm 1,2\%$  женщин) – полностью не удовлетворены оказанием медицинской помощи в приемном отделении (рисунок 4.5).

Средний уровень удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в приемном отделении составляет  $Me=4,0$  балла (как у мужчин, так и у женщин). Характерно, что с возрастом респондентов отмечается повышение уровня удовлетворенности с  $3,8 \pm 0,92$  [3,24-4,57] баллов у 18–29-летних до  $4,2 \pm 0,79$  [3,64-4,76] баллов у лиц в возрасте 60 лет и старше.

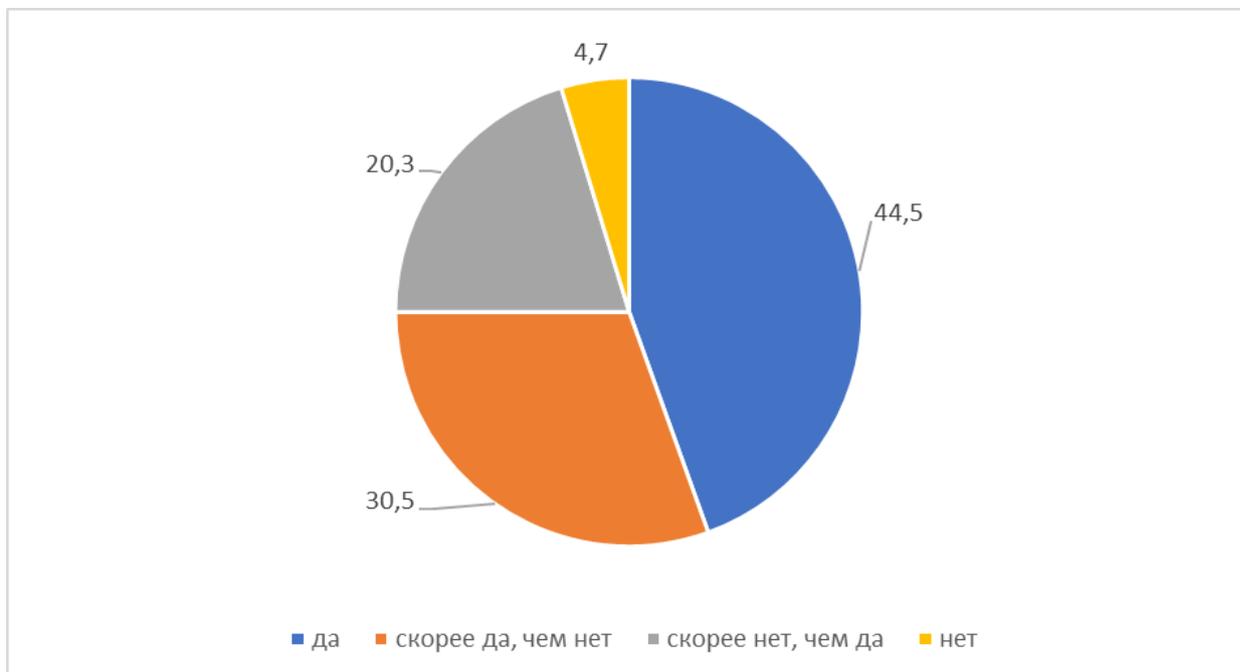


**Рисунок 4.5.** Удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи в приемном отделении стационара, на 100 опрошенных

Таким образом, в приемном отделении пациенты несколько в большей степени удовлетворены оказанием медицинской помощи, чем ее условиями. Тем не менее  $28,3 \pm 1,9\%$  опрошенных в той или иной степени не удовлетворены оказанием медицинской помощи по таким основным причинам, как длительное ожидание при проведении процедур ( $37,3 \pm 2,0\%$ ), невнимательное отношение персонала ( $22,3 \pm 1,7\%$ ), устаревшее оборудование ( $18,1 \pm 1,6\%$ ).

Полнота информации о стационаре – важный фактор оказания медицинской помощи в стационарных условиях, оказывающий влияние на ее организацию. По данным анкетирования,  $44,5 \pm 2,1\%$  пациентов ( $40,9 \pm 3,3\%$  мужчин и  $46,7 \pm 2,6\%$  женщин) полностью удовлетворены полнотой информации о НЦГБ (включая сайт НЦГБ, помещения стационара), при этом наибольшая доля таких ответов отмечается в группе респондентов 60 лет и старше ( $53,9 \pm 3,2\%$ ), наименьшая – в группе лиц 18–29 лет ( $37,9 \pm 6,0\%$ ). Еще  $30,5 \pm 1,9\%$  пациентов ( $36,4 \pm 3,2\%$  мужчин и  $26,8 \pm 2,3\%$  женщин) скорее удовлетворены имеющейся информацией о медицинской организации, чем

нет. При этом каждый пятый ( $20,3 \pm 1,7\%$ ) респондент ( $18,3 \pm 2,6\%$  мужчин и  $21,5 \pm 2,2\%$  женщин) скорее не удовлетворен информацией, а  $4,7 \pm 0,9\%$  пациентов ( $4,4 \pm 1,4\%$  мужчин и  $5,0 \pm 1,0\%$  женщин) – не удовлетворены в полной мере (рисунок 4.6).



**Рисунок 4.6.** Удовлетворенность пациентов полнотой информации о стационаре, на 100 опрошенных

Уровень удовлетворенности пациентов полнотой информации о стационаре в среднем составил  $4,1 \pm 0,94$  [3,76-4,83] баллов (у мужчин –  $4,1 \pm 0,74$  [3,58-4,72] баллов, у женщин –  $4,2 \pm 0,79$  [3,64-4,76] баллов). В более молодых возрастных группах пациентов (18–29 лет и 30–44 года) уровень удовлетворенности несколько ниже ( $4,0 \pm 0,69$  [3,53-4,47] баллов) относительно групп пациентов более старшего возраста ( $4,2 \pm 0,82$  [3,76-4,86] баллов у лиц 45–59 лет и  $4,3 \pm 0,78$  [3,95-4,89] баллов у лиц 60 лет и старше).

Следует отметить, что пациенты стационара выше оценили полноту информации ( $4,1 \pm 0,74$  [3,57-4,62] баллов) относительно пациентов амбулаторного подразделения больницы ( $3,7 \pm 1,06$  [2,94-4,46] баллов).

К основным причинам неудовлетворенности информацией пациенты относят недостаточный ее объем ( $39,5 \pm 2,0\%$  ответов), сложности ориентации

на сайте ( $27,2 \pm 1,8\%$ ), недостаточное пояснение информации сотрудниками ( $24,5 \pm 1,8\%$ ), отсутствие возможности дать отзыв ( $12,9 \pm 1,4\%$ ).

В ходе исследования нами была оценена удовлетворенность пациентов различными аспектами оказания медицинской помощи во время пребывания в стационаре. Отдельно рассматривались такие позиции, как процесс диагностики, лечения, санитарно-гигиенические условия (чистота палат, коридоров, других помещений стационара), питание, а также взаимоотношения с врачами и средним медицинским персоналом на предмет регулярности обходов, информировании о проводимых лечебно-диагностических мероприятиях, качества медицинских манипуляций, доброжелательности и т.д.). По каждой позиции нами рассчитан уровень удовлетворенности пациентов по пятибалльной шкале (таблица 4.1).

**Таблица 4.1**

Уровень удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи во время пребывания в стационаре, в баллах

№ п. п.	Аспекты оказания медицинской помощи	Уровень удовлетворенности			Оценка значимости различий
		мужчины	женщины	Оба пола	
1.	Процесс диагностики	$3,9 \pm 0,74$ [3,37-4,43]	$4,0 \pm 0,78$ [3,47-4,49]	$4,0 \pm 0,75$ [3,49-4,48]	$p=0,754^{**}$
2.	Процесс лечения	$4,0 \pm 0,79$ [3,46-4,62]	$4,1 \pm 0,87$ [3,48-4,69]	$4,1 \pm 1,01$ [3,47-4,71]	$p=0,689^{**}$
3.	Санитарно-гигиенические условия	$3,9 \pm 0,88$ [3,27-4,53]	$4,1 \pm 0,88$ [3,47-4,72]	$4,0 \pm 0,79$ [3,46-4,63]	$p=0,623^{**}$
4.	Питание	$3,9 \pm 1,01$ [3,31-4,61]	$3,8 \pm 0,78$ [3,29-4,21]	$3,8 \pm 0,91$ [3,36-4,23]	$t=0,94^*$ $p=0,671$
5.	Взаимоотношения с врачами	$3,9 \pm 1,03$ [3,62-4,51]	$4,0 \pm 0,75$ [3,47-4,53]	$4,0 \pm 0,74$ [3,48-4,52]	$p=0,812^{**}$
6.	Взаимоотношения со средним медицинским персоналом	$4,1 \pm 0,94$ [3,58-4,61]	$4,2 \pm 1,11$ [3,61-4,79]	$4,2 \pm 1,03$ [3,52-4,69]	$t=1,06^*$ $p=0,523$

Примечание: \* - критерий Стьюдента; \*\* - критерий Манна-Уитни.

В наибольшей степени пациенты во время пребывания в стационаре удовлетворены взаимоотношениями со средним медицинским персоналом

( $4,2 \pm 1,03$ ; 95% CI [3,52-4,69] баллов). Несколько ниже пациенты оценили процесс лечения ( $4,1 \pm 1,01$  [3,47-4,71] баллов), еще ниже – процесс диагностики, санитарно-гигиенические условия и взаимоотношения с врачами (4,0 баллов). Наименее удовлетворены оказались пациенты таким аспектом, как питание ( $3,8 \pm 0,91$  [3,36-4,23] баллов). Существенных различий в ответах пациентов среди мужчин и женщин не выявлено.

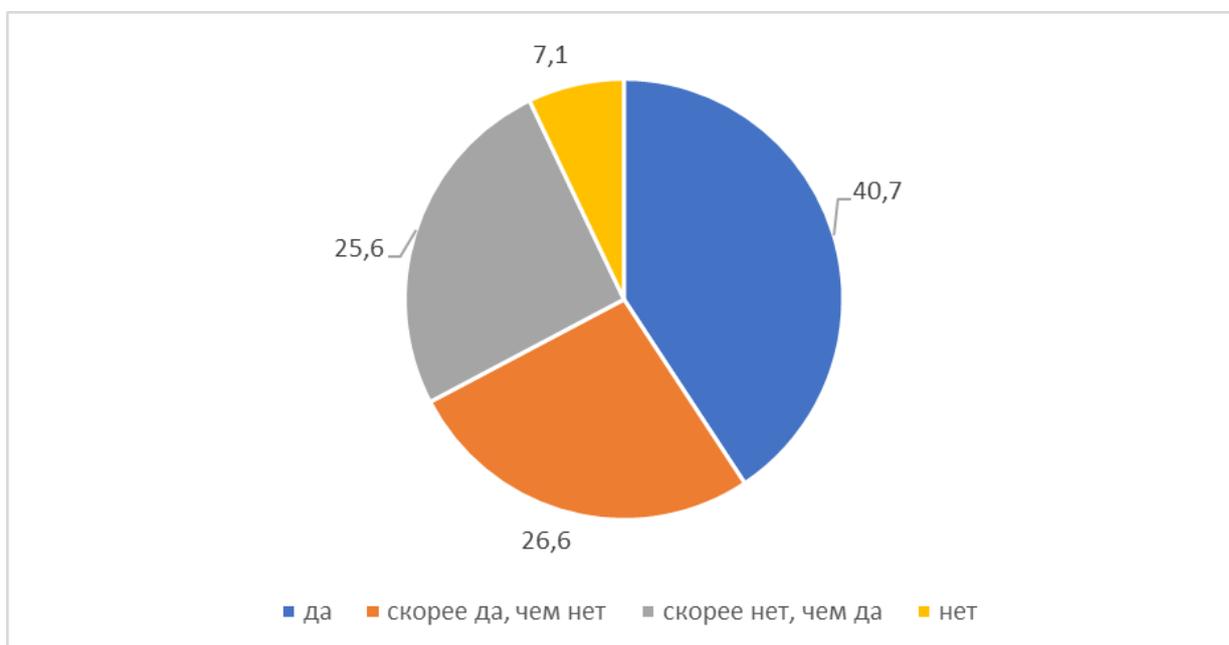
Ряд пациентов стационара расходовали личные средства во время лечения в неофициальном порядке. Так,  $6,0 \pm 1,0\%$  опрошенных ( $6,2 \pm 1,6\%$  мужчин и  $5,8 \pm 1,2\%$  женщин) указали, что использовали собственные средства для осуществления благодарности персоналу во время стационарного лечения. Наибольший удельный вес таковых оказался в возрастной группе 45–59 лет ( $7,8 \pm 2,2\%$ ), наименьший – в группе лиц 60 лет и старше ( $3,7 \pm 1,2\%$ ). Из тех пациентов, кто расходовал личные средства на благодарности персоналу во время пребывания в стационаре,  $60,0 \pm 2,0\%$  ( $64,3 \pm 3,2\%$  мужчин и  $57,1 \pm 2,6\%$  женщин) делали это в неденежных формах (в виде подарков, услуг),  $40,0 \pm 2,0\%$  – в виде денежных средств. Следует отметить, что пациенты в стационаре в меньшей степени ( $6,0 \pm 1,0\%$ ) расходуют личные средства на благодарности персоналу относительно пациентов амбулаторного подразделения ( $19,7 \pm 1,6\%$ ).

Значительное большинство ( $87,6 \pm 1,4\%$ ) респондентов ( $86,2 \pm 2,3\%$  мужчин и  $88,4 \pm 1,7\%$  женщин) считают достаточными условия для оказания медицинской помощи маломобильным группам пациентов в стационаре. Существенных различий в ответах пациентов по данному вопросу в различных половозрастных группах нет. Респонденты, считающие условия недостаточными, указывают на необходимость дополнительного оборудования туалетов соответствующими удобствами ( $38,4 \pm 2,0\%$  ответов), а также установки пандусов на лестницах ( $23,3 \pm 1,7\%$ ).

Оказанием медицинской помощи в стационарных условиях в целом полностью удовлетворены  $40,7\%$  пациентов ( $37,3 \pm \%$  мужчин и  $42,8 \pm \%$

женщин). Наиболее высока доля таких пациентов в возрасте 60 лет и старше ( $42,0 \pm 3,2\%$ ), наименее высока – в возрасте 18–29 лет ( $34,8 \pm 5,9\%$ ). Около четверти ( $26,6 \pm 1,8\%$ ) опрошенных ( $26,7 \pm 2,9\%$  мужчин и  $26,5 \pm 2,3\%$  женщин) скорее удовлетворены оказанием медицинской помощи, чем нет.

Примерно столько же ( $25,6 \pm 1,8\%$ ) пациентов ( $28,9 \pm 3,0\%$  мужчин и  $23,5 \pm 2,2\%$  женщин) отвечают, что скорее не удовлетворены оказанием медицинской помощи, чем удовлетворены. Остальные ( $7,1 \pm 1,1\%$ ) респонденты ( $7,1 \pm 1,7\%$  мужчин и  $7,2 \pm 1,4\%$  женщин) не удовлетворены оказанием медицинской помощи (рисунок 4.7).

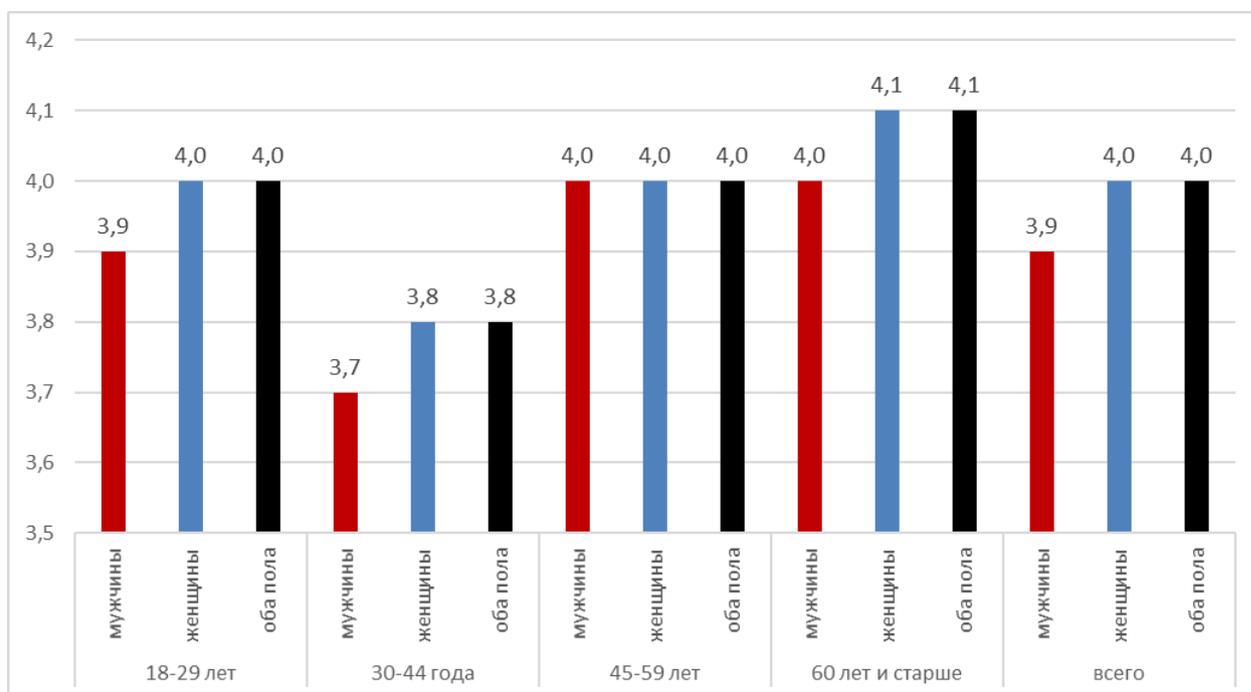


**Рисунок 4.7.** Удовлетворенность пациентов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях в целом, на 100 опрошенных

При этом уровень удовлетворенности оказанием медицинской помощи в стационарных условиях в целом по пятибалльной шкале составляет  $Me=4,0$  балла, ( $3,9 \pm 0,74$  [ $3,37-4,43$ ] у мужчин и  $4,0$  балла у женщин) (рисунок 4.8).

Несколько выше среднего значения отмечается уровень удовлетворенности в целом у пациентов в возрасте 60 лет и старше, в том числе у женщин ( $4,1 \pm 0,58$  [ $3,69-4,51$ ] баллов), ниже среднего значения – у

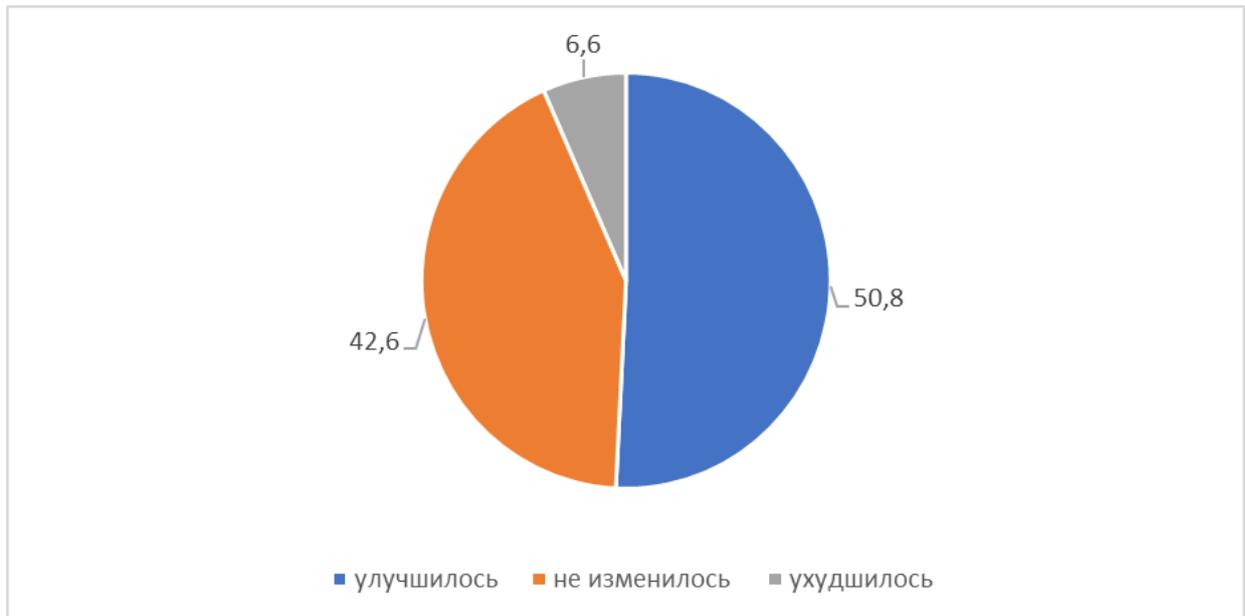
пациентов в возрасте 30–44 лет ( $3,8 \pm 0,63$  [3,34-4,25] баллов), в том числе у мужчин ( $3,7 \pm 1,15$  [2,87-4,53] баллов) и женщин ( $3,8 \pm 1,03$  [3,06-4,54] баллов).



**Рисунок 4.8.** Уровень удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях в целом, в баллах

Следует отметить, что, по мнению половины ( $50,8 \pm 2,1\%$ ) пациентов стационара ( $51,1 \pm 3,3\%$  мужчин и  $50,6 \pm 2,6\%$  женщин), оказание медицинской помощи в стационаре НЦГБ за последние три года улучшилось. Наибольшую долю опрошенных, отмечающих положительную тенденцию, составляют пациенты 60 лет и старше ( $54,7 \pm 3,2\%$ ), наименьшую – лица 45–59 лет ( $46,8 \pm 4,0\%$ ). В то же время  $42,6 \pm 2,0\%$  опрошенных ( $42,2 \pm 3,3\%$  мужчин и  $42,8 \pm 2,6\%$  женщин) отмечает стабильную динамику оказания медицинской помощи, а по мнению  $6,6 \pm 1,0\%$  пациентов ( $6,7 \pm 1,7\%$  мужчин и  $6,6 \pm 1,3\%$  женщин), оказание медицинской помощи в стационаре за последние три года ухудшилось. Наибольшая доля респондентов с таким мнением отмечается в

возрасте 60 лет и старше ( $7,9\pm 1,7\%$ ), наименьшая – в возрасте 45–59 лет (рисунок 4.9).



**Рисунок 4.9.** Оказание медицинской помощи в стационарных условиях в целом за последние три года в динамике, на 100 опрошенных

Таким образом, почти половина пациентов не отмечает положительной динамики в оказании медицинской помощи в стационарных условиях за последние три года, что позволяет искать дополнительные организационные резервы по повышению удовлетворенности оказанием медицинской помощи.

Несмотря на достаточно критические оценки по оказанию медицинской помощи в стационарных условиях, значительное большинство ( $86,4\pm 1,4\%$ ) пациентов ( $84,9\pm 2,4\%$  мужчин и  $87,3\pm 1,8\%$  женщин) порекомендовали бы стационар НЦГБ своим родственникам, друзьям и знакомым. Следует отметить, что с повышением возраста респондентов увеличивается и доля лиц, дающих положительные рекомендации: с  $81,8\pm 4,7\%$  в группе лиц 18–29 лет до  $82,3\pm 3,4\%$  в возрасте 30–44 лет, до  $87,7\pm 2,6\%$  среди 45–59-летних респондентов и до  $88,9\pm 2,0\%$  в старшей возрастной группе ( $r=+0,9993$ ,  $p=0,001$ ).

Пациентами были даны рекомендации по повышению уровня удовлетворенности оказанием медицинской помощи в стационарных

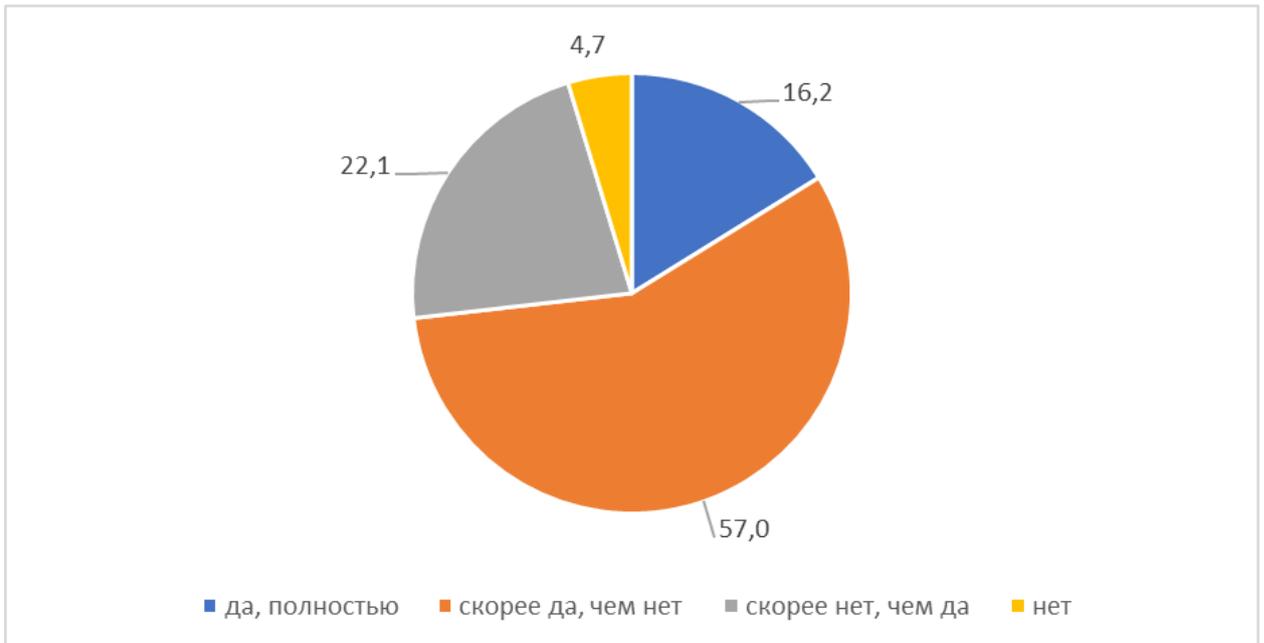
условиях, направленные на улучшение материально-технической базы медицинской организации (обеспечение оборудованием, медикаментами, материалами) ( $36,5 \pm 2,0\%$  ответов), проведение ремонтных работ (особенно в палатах) ( $31,8 \pm 1,9\%$ ), более уважительное отношение со стороны персонала ( $28,6 \pm 1,9\%$ ).

#### **4.2. Мнения врачей об удовлетворенности оказанием медицинской помощи в стационарных условиях**

По данным анкетирования 235 врачей Новокуйбышевской центральной городской больницы (НЦГБ),  $16,2 \pm 2,4\%$  респондентов ( $18,0 \pm 4,9\%$  мужчин и  $16,0 \pm 2,8\%$  женщин) полностью удовлетворены организацией оказания медицинской помощи в стационаре, более половины ( $57,0 \pm 3,2\%$ ) опрошенных врачей ( $52,5 \pm 6,4\%$  мужчин и  $58,6 \pm 3,7\%$  женщин) – скорее удовлетворены оказанием медицинской помощи, чем нет (64).

Вместе с тем достаточно много ( $22,1 \pm 2,7\%$ ) врачей ( $23,0 \pm 5,4\%$  мужчин и  $21,8 \pm 3,1\%$  женщин) скорее не удовлетворены организацией оказания медицинской помощи в стационаре, а  $4,7 \pm 1,4\%$  респондентов ( $6,5 \pm 3,2\%$  мужчин и  $3,6 \pm 1,4\%$  женщин) не удовлетворены в полной мере (рисунок 4.10).

Уровень удовлетворенности врачей организацией оказания медицинской помощи в стационарных условиях составил  $3,9 \pm 0,58$ ; 95% CI [3,49-4,61] баллов по пятибалльной шкале ( $3,8 \pm 1,03$  [3,06-4,54] баллов у мужчин,  $3,9 \pm 0,74$  [3,37-3,43] баллов у женщин;  $t=0,249$  при  $p=0,807$ ). Отмечаются достаточно близкие оценки по данному вопросу среди различных половозрастных групп врачей.

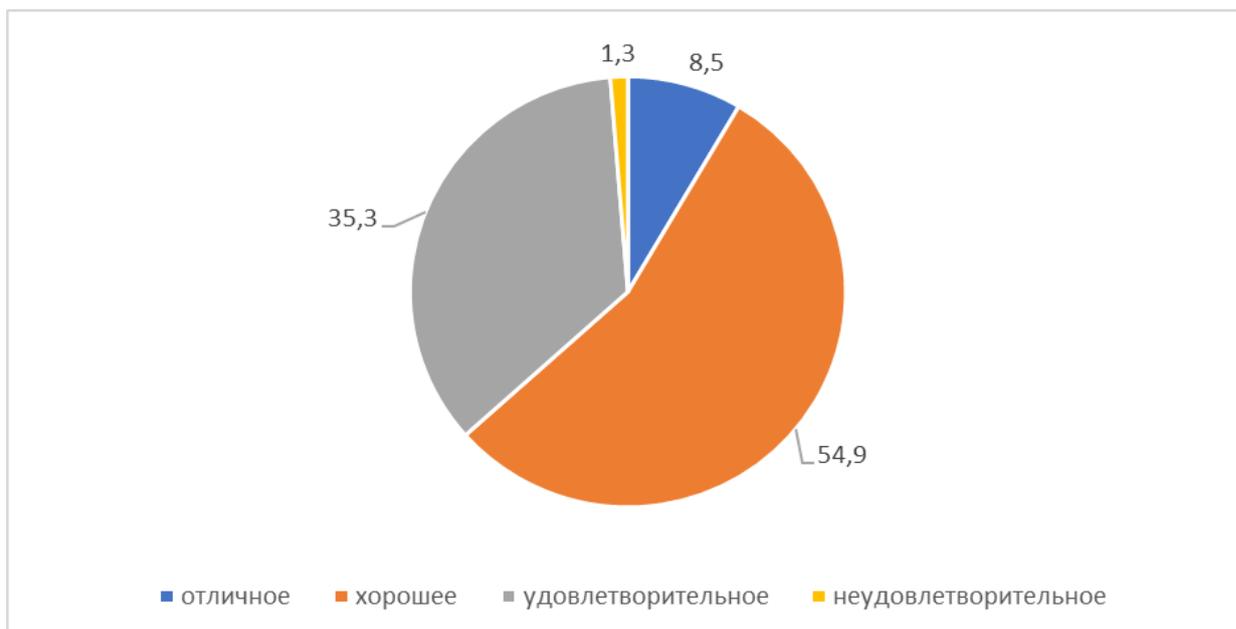


**Рисунок 4.10.** Удовлетворенность врачей организацией оказания медицинской помощи в стационарных условиях НЦГБ, на 100 опрошенных

При этом более четверти ( $26,8 \pm 2,9\%$ ) опрошенных врачей ( $29,5 \pm 5,8\%$  мужчин и  $25,4 \pm 3,3\%$  женщин) в той или иной степени не удовлетворены организацией оказания медицинской помощи в стационарных условиях. Среди основных причин неудовлетворенности врачи отмечают низкую материально-техническую базу (оснащенность) стационара ( $38,3 \pm 3,2\%$  ответов), недостаток медикаментов ( $31,7 \pm 3,0\%$ ), недостаточный коечный фонд стационара ( $16,7 \pm 2,4\%$ ), излишнюю «бюрократизацию» при оказании медицинской помощи ( $8,3 \pm 1,8\%$ ).

Качество оказания медицинской помощи – важнейший фактор удовлетворенности ее оказанием. Более половины ( $54,9 \pm 3,2\%$ ) врачей ( $59,0 \pm 6,3\%$  мужчин и  $53,3 \pm 3,8\%$  женщин) оценивает качество оказания медицинской помощи в стационарных условиях НЦГБ как хорошее и  $8,5 \pm 1,8\%$  врачей ( $14,8 \pm 4,5\%$  мужчин и  $6,1 \pm 1,8\%$  женщин) – как отличное. Свыше трети ( $35,3 \pm 3,1\%$ ) респондентов ( $23,0 \pm 5,4\%$  мужчин и  $39,7 \pm 3,7\%$  женщин;  $\chi^2=5,52$ ,  $p=0,0188$ ) оценивает качество оказания медицинской помощи в стационаре

удовлетворительно, и только  $1,3 \pm 0,7\%$  врачей ( $3,2 \pm 2,3\%$  мужчин и  $0,9 \pm 0,8\%$  женщин) – неудовлетворительно (рисунок 4.11).



**Рисунок 4.11.** Оценка врачами качества медицинской помощи в стационарных условиях НЦГБ, на 100 опрошенных

В среднем уровень удовлетворенности врачей (по пятибалльной шкале) качеством медицинской помощи в стационарных условиях составил  $3,7 \pm 0,94$ ; 95% CI [ $3,02-4,37$ ] баллов, ( $3,8 \pm 0,79$  [ $3,23-4,36$ ] баллов среди мужчин и  $3,70 \pm 0,97$  [ $3,10-4,27$ ] баллов среди женщин), что соответствует оценке 0,74 в долях от 1,0 и не является оптимальным значением.

Врачи различных половозрастных групп оценили качество медицинской помощи практически одинаково (минимальный уровень удовлетворенности ( $3,5 \pm 0,97$  [ $2,81-4,19$ ] баллов) зафиксирован среди женщин 45–59 лет, максимальный –  $3,9 \pm 1,02$  [ $3,33-4,46$ ] баллов – среди мужчин 30–44 лет, а также 60 лет и старше).

В результате исследования нами установлено, что в той или иной степени качество медицинской помощи в стационаре не удовлетворяет  $30,1 \pm 3,0\%$  врачей. Большинство врачей из данной группы считает основной причиной недостаточного качества оказания медицинской помощи низкое

материально-техническое оснащение медицинской организации ( $72,5 \pm 2,9\%$  ответов), далее следует отсутствие необходимых специалистов ( $46,4 \pm 3,3\%$ ), а также недостаточная квалификация персонала ( $30,4 \pm 3,0\%$ ). В меньшей степени врачи отмечают необходимость дополнительной оплаты медицинской помощи со стороны пациентов ( $18,8 \pm 2,5\%$ ), недостаточно развитую систему управления качеством медицинской помощи ( $11,6 \pm 2,1\%$ ), невнимательное отношение медицинских работников к пациентам ( $7,2 \pm 1,7\%$ ) и неразвитую систему внедрения «бережливых технологий» ( $2,9 \pm 1,1\%$ ) (таблица 4.2).

**Таблица 4.2**

Основные причины недостаточного качества медицинской помощи в стационарных условиях НЦГБ, на 100 опрошенных врачей, не удовлетворенных качеством оказания медицинской помощи

№ п/п	Основная причина	Ответы в % к итогу
1.	Недостаточное материально-техническое оснащение	$72,5 \pm 2,9$
2.	Отсутствие необходимых специалистов	$46,4 \pm 3,3$
3.	Недостаточная квалификация персонала	$30,4 \pm 3,0$
4.	Необходимость дополнительной оплаты медицинской помощи пациентами	$18,8 \pm 2,5$
5.	Недостаточная система управления качеством медицинской помощи	$11,6 \pm 2,1$
6.	Невнимательное отношение медицинских работников к пациентам	$7,2 \pm 1,7$
7.	Неразвитая система внедрения «бережливых технологий»	$2,9 \pm 1,1$

В процессе исследования была дана оценка врачами уровня удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях. Каждый восьмой ( $12,8 \pm 2,2\%$ ) врач ( $19,7 \pm 5,1\%$  мужчин и  $10,3 \pm 2,3\%$  женщин) отметил, что пациенты полностью удовлетворены оказанием медицинской помощи в стационаре, а более 2/3 ( $68,5 \pm 2,3\%$ ) респондентов ( $57,4 \pm 4,9\%$  мужчин и  $43,7 \pm 3,8\%$  женщин)

посчитали, что пациенты скорее удовлетворены, чем нет. При этом  $14,9 \pm 2,3\%$  врачей ( $19,7 \pm 5,1\%$  мужчин и  $13,2 \pm 2,6\%$  женщин) указали, что пациенты скорее не удовлетворены оказанием медицинской помощи, чем удовлетворены, и  $3,8 \pm 1,3\%$  врачей ( $3,2 \pm 2,3\%$  мужчин и  $4,1 \pm 1,5\%$  женщин) отметили полную неудовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи.

По мнению врачей, средний уровень удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях составил  $3,9 \pm 0,74$ ; 95% CI [3,37-4,43] баллов (как у мужчин, так и у женщин).

Врачи различных половозрастных групп дали близкие оценки удовлетворенности пациентов с минимальным значением уровня удовлетворенности  $3,8 \pm 0,81$  [3,24-4,38] баллов у мужчин 45–59 лет и 60 лет и старше, а также у женщин 60 лет и старше и максимальным значением уровня удовлетворенности  $4,2 \pm 0,79$  [3,64-4,76] баллов у мужчин 30–44 лет.

Для повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях врачи предлагают ряд организационных мероприятий (таблица 4.3).

**Таблица 4.3**

Предложения врачей НЦГБ по повышению удовлетворенности  
пациентов в стационарных условиях

№ п/п	Предложение	Ответы в % к итогу
1.	Повысить материально-техническое обеспечение (в том числе оборудованием, инструментарием, медикаментами)	$35,2 \pm 3,1$
2.	Улучшить уровень квалификация персонала	$19,2 \pm 2,6$
3.	Устранить дефицит персонала (врачей, среднего и младшего медицинского персонала)	$15,2 \pm 2,3$
4.	Повысить внимание к пациенту	$12,8 \pm 2,2$
5.	Повысить оплату труда сотрудникам	$11,2 \pm 2,1$
6.	Развивать информационные технологии при оказании медицинской помощи	$8,8 \pm 1,8$
7.	Развивать «бережливые технологии»	$4,8 \pm 1,4$

Основными предложениями врачей по повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях являются повышение материально-технического обеспечения медицинской организации ( $35,2\pm 3,1\%$  ответов), улучшение уровня квалификации медицинского персонала ( $19,2\pm 2,6\%$ ), устранение дефицита персонала, включая врачей, средний и младший медицинский персонал ( $15,2\pm 2,3\%$ ).

Важными для повышения удовлетворенности пациентов в стационарных условиях являются также такие аспекты, как повышение внимания к пациенту ( $12,8\pm 2,2\%$ ), увеличение оплаты труда ( $11,2\pm 2,1\%$ ), развитие информационных ( $8,8\pm 1,8\%$ ) и бережливых ( $4,8\pm 1,4\%$ ) технологий.

В ходе анкетирования врачи назвали основные недостатки в оказании медицинской помощи в НЦГБ, влияющие, по их мнению, на удовлетворенность пациентов (таблица 4.4).

**Таблица 4.4**

Основные недостатки в оказании медицинской помощи пациентам  
больницы в целом, на 100 опрошенных

№ п.п.	Основные недостатки	Ответы в % к итогу
1.	Нехватка медикаментов, оборудования и расходных материалов	$55,3\pm 3,2$
2.	Недостаточное финансирование больницы	$32,8\pm 3,1$
3.	Недостаточная материальная заинтересованность медицинских работников	$28,5\pm 2,9$
4.	Проблемы правовой защиты медицинских работников	$23,8\pm 2,8$
5.	Недостаточный объем бесплатной медицинской помощи	$22,1\pm 2,7$
6.	Неэффективная система управления	$10,2\pm 2,0$
7.	Недостаточная моральная заинтересованность медицинских работников	$8,1\pm 1,8$
8.	Недостаточное качество медицинской помощи	$7,2\pm 1,7$
9.	Проблемы правовой защиты пациентов	$2,6\pm 1,0$

Главными недостатками оказания медицинской помощи в больнице врачи называют нехватку медикаментов, оборудования и расходных материалов ( $55,3 \pm 3,2\%$  ответов), недостаточное в целом финансирование больницы ( $32,8 \pm 3,1\%$ ), а также недостаточную материальную заинтересованность медицинских работников ( $28,5 \pm 2,9\%$ ). Данные факторы во многом приводят к проблемам правовой защиты персонала, связанной с недостатком кадров и их переработкой ( $23,8 \pm 2,8\%$ ), а также к недостаточному, по мнению врачей, объему бесплатной медицинской помощи ( $22,1,7 \pm 2,7\%$ ).

Менее значительными недостатками оказания медицинской помощи в больнице являются неэффективная система управления ( $10,2 \pm 2,0\%$ ), недостаточная моральная заинтересованность медицинских работников, во многом связанная с эмоциональным выгоранием ( $8,1 \pm 1,8\%$ ), низкое качество медицинской помощи ( $7,2 \pm 1,7\%$ ), проблемы правовой защиты пациентов ( $2,6 \pm 1,0\%$ ).

Три четверти ( $76,2 \pm 2,8\%$ ) врачей ( $77,0 \pm 5,4\%$  мужчин и  $75,9 \pm 3,2\%$  женщин) удовлетворены условиями труда в больнице в целом. С повышением возраста респондентов увеличивается среди них и доля лиц, удовлетворенных условиями труда, с  $60,0 \pm 3,2\%$  в группе до 29 лет до  $75,7 \pm 2,8\%$  у 30–44-летних, до  $77,9 \pm 2,7\%$  у 45–59-летних и до  $82,8 \pm 2,5\%$  у врачей в возрасте 60 лет и старше ( $r=+0,62$ ,  $p=0,042$ ).

Почти четверть ( $23,8 \pm 2,8\%$ ) врачей ( $23,0 \pm 5,4\%$  мужчин и  $24,1 \pm 3,2\%$  женщин) не удовлетворены условиями труда в больнице. Основными причинами неудовлетворенности являются низкая оснащенность медицинской организации оборудованием и техникой ( $55,4 \pm 3,2\%$  ответов), высокая нагрузка ( $39,3 \pm 3,2\%$ ), недостаточный уровень оплаты труда персонала ( $28,6 \pm 2,9\%$ ).

Следует отметить, что в процессе исследования респонденты достаточное внимание уделяют вопросам оплаты труда. Только немногим более половины ( $53,2 \pm 3,3\%$ ) врачей ( $50,8 \pm 6,4\%$  мужчин и  $54,0 \pm 3,8\%$  женщин)

удовлетворены уровнем дохода в больнице. В целом отмечена тенденция повышения доли врачей, удовлетворенных уровнем доходов, с увеличением возраста респондентов:  $40,0 \pm 3,1\%$  в группе до 29 лет,  $47,1 \pm 3,2\%$  в группе 30–44 лет,  $61,0 \pm 2,9\%$  в группе 45–59 лет и  $56,9 \pm 2,4\%$  в группе 60 лет и старше ( $r=+0,62$ ,  $p=0,049$ ).

Соответственно, большинство ( $78,1 \pm 2,7\%$ ) врачей ( $68,9 \pm 5,9\%$  мужчин и  $82,2 \pm 2,9\%$  женщин) не планирует в перспективе сменить место работы. С возрастом респондентов достаточно сильно снижается удельный вес лиц, планирующих сменить место работы, с  $46,7 \pm 3,3\%$  в возрасте до 29 лет до  $32,9 \pm 3,1\%$  в возрасте 30–44 лет, до  $13,0 \pm 2,2\%$  в возрасте 45–59 лет и до  $5,2 \pm 1,4\%$  в возрасте 60 лет и старше ( $r=-0,71$ ,  $p=0,034$ ).

Нами систематизированы предложения респондентов-врачей по совершенствованию организации медицинской помощи в НЦГБ, направленные на повышение удовлетворенности пациентов (таблица 4.5).

**Таблица 4.5**

Предложения врачей по совершенствованию организации оказания медицинской помощи в НЦГБ, на 100 опрошенных

№ п.п.	Предложения	Ответы в % к итогу
1.	Улучшение материально-технической базы	$37,0 \pm 3,1$
2.	Увеличение числа специалистов	$35,8 \pm 3,1$
3.	Уменьшение числа проверок и документации	$24,7 \pm 2,8$
4.	Повышение уровня заработной платы	$18,5 \pm 2,5$
5.	Обеспечение необходимыми расходными материалами и медикаментами	$12,3 \pm 2,1$
6.	Уменьшение нагрузки на персонал	$9,3 \pm 1,9$
7.	Повышение внимания к пациентам	$8,0 \pm 1,8$
8.	Ротация специалистов, работающих в амбулаторных и стационарных условиях	$6,8 \pm 1,6$
9.	Внедрение новых медицинских технологий при оказании медицинской помощи	$3,7 \pm 1,2$

К главным предложениям по совершенствованию организации оказания медицинской помощи в больнице относятся увеличение ресурсов медицинской организации, связанных с улучшением материально-технической базы ( $37,0 \pm 3,1\%$ ) и увеличением числа специалистов, в том числе за счет притока молодых кадров ( $35,8 \pm 3,1\%$ ). Почти четверть ( $24,7 \pm 2,8\%$ ) респондентов хотели бы снизить число проверок со стороны различных надзорных органов, страховых медицинских организаций, а также оптимизировать документооборот, еще  $18,5 \pm 2,5\%$  указали на необходимость повышения заработной платы.

Отдельно врачи выделяют вопрос по улучшению обеспечения больницы необходимыми расходными материалами и медикаментами ( $12,3 \pm 2,1\%$ ). Также врачами предлагается уменьшить нагрузку на персонал ( $9,3 \pm 1,9\%$ ), повысить внимание к пациентам ( $8,0 \pm 1,8\%$ ), обеспечивать ротацию врачей и среднего медицинского персонала, работающих в амбулаторном подразделении и стационаре ( $6,8 \pm 1,6\%$ ), а также активнее внедрять новые медицинские технологии при оказании медицинской помощи.

**Резюме.** В процессе изучения удовлетворенности взрослых пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях нами получена их медико-социальная характеристика, в результате анализа которой определено, что при среднем возрасте 54,0 лет среди пациентов преобладают женщины ( $61,7\%$ ), лица с полным средним образованием ( $55,0\%$ ), состоящие в браке ( $55,4\%$ ), с удовлетворительным материальным положением ( $57,8\%$ ), работающие ( $47,7\%$ ) и неработающие пенсионеры ( $33,4\%$ ).

Удовлетворительное состояние здоровья отмечают  $42,8\%$  пациентов (при средней оценке по пятибалльной шкале состояния здоровья 3,1 балла). Две трети ( $65,8\%$ ) пациентов госпитализируются по экстренным показаниям, большинство пациентов получает медицинскую помощь за счет средств ОМС ( $89,9\%$ ). Средний срок ожидания плановой госпитализации составил 9,5 дня.

Нами отмечена недостаточно высокая удовлетворенность пациентов по различным аспектам оказания медицинской помощи в стационарных условиях. Пациенты в той или иной степени не удовлетворены: условиями оказания медицинской помощи в приемном отделении (в 34,0% случаев при уровне удовлетворенности 3,9 балла), оказанием медицинской помощи в приемном отделении (в 28,3% случаев при уровне удовлетворенности 4,0 балла), полнотой информации о стационаре (25,0%, 4,1 балла), процессом диагностики (28,3%, 4,0 балла), процессом лечения (27,3%, 4,1 балла), санитарно-гигиеническими условиями (28,9%, 4,0 балла), питанием (32,9%, 3,8 балла), взаимоотношениями с врачами (31,7%, 4,0 балла), взаимоотношениями со средними медицинскими работниками (26,6%, 4,2 балла), оказанием медицинской помощи в стационарных условиях в целом (32,7%, 4,0 балла).

Врачи в той или иной степени не удовлетворены организацией медицинской помощи в стационарных условиях в 26,8% случаев (при среднем уровне удовлетворенности 3,9 балла), качеством медицинской помощи (30,1%, 3,7 балла). По мнению 18,7% врачей, пациенты в различной степени не удовлетворены оказанием медицинской помощи в стационарных условиях (средний уровень удовлетворенности пациентов, по мнению врачей, составляет 3,9 балла).

Основными предложениями врачей по повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях являются повышение материально-технического обеспечения медицинской организации (35,2% ответов), улучшение уровня квалификации медицинского персонала (19,2%), устранение дефицита персонала, включая врачей, средний и младший медицинский персонал (15,2%). Задачи обеспечения высокого уровня удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях необходимо решать путем постоянного проведения соответствующих организационных мероприятий.

## ГЛАВА 5

# НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПО ПОВЫШЕНИЮ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

### 5.1. Проект по повышению удовлетворенности населения Самарской области при оказании медицинской помощи

В Самарской области на протяжении последних лет (с 2018 года) под патронажем Правительства Самарской области реализуется проект по повышению удовлетворенности жителей региона услугами сферы здравоохранения (Проект). Долгосрочной целью Проекта предусмотрено повышение удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи.

Основными этапами реализации Проекта являются следующие: 1) формирование команды; 2) выбор (выработка) направлений по повышению удовлетворенности медицинской помощью; 3) определение основных проблем по реализации выбранных направлений; 4) работа по направлениям, включая обозначение причин проблем, их решение и разработку организационных мероприятий по повышению удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи.

Команда проекта включала в себя представителей министерства здравоохранения Самарской области, Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ), Самарского территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС), медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ), медицинского колледжа им. Н. Ляпиной, медицинских организаций Самарской области. В команду проекта вошли врачи – организаторы здравоохранения, имеющие значительный опыт работы, высшую квалификационную категорию по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», выступающие в роли экспертов.

Заказчиком Проекта выступило Правительство Самарской области, основными представителями заказчика – заместитель Председателя правительства – министр здравоохранения и заместитель министра здравоохранения Самарской области. Непосредственный руководитель Проекта – заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения СамГМУ, в качестве координаторов Проекта были приглашены представители консалтинговой компании.

Непосредственному сбору команды Проекта (сессия продолжалась на протяжении 2018 года) предшествовало проведение анкетирования населения на примере пациентов в возрасте 18 лет и старше Новокуйбышевской центральной городской больницы (НЦГБ) по вопросам удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи (см. гл. 3, 4).

Основными направлениями по повышению удовлетворенности населения медицинской помощью Самарской области были выбраны шесть позиций, включая вопросы культуры при оказании медицинской помощи, менеджмента, кадровые проблемы, доступность медицинской помощи, информатизацию медицинских организаций и их санитарно-техническое состояние (рисунок 5.1).



**Рисунок 5.1.** Основные направления по повышению удовлетворенности населения Самарской области медицинской помощью

В процессе сессии команда Проекта определила основные проблемы, препятствующие повышению удовлетворенности населения медицинской помощью (таблица 5.1).

**Таблица 5.1**

Основные проблемы обеспечения удовлетворенности населения при оказании медицинской помощи

№ п.п.	Проблема	Содержание проблемы
1.	Проблемы культуры при оказании медицинской помощи	Нарушение принципов медицинской этики и деонтологии
2.	Проблемы менеджмента	Недостаточная пациент-ориентированность со стороны руководителей медицинских организаций
3.	Кадровые проблемы	Кадровый дисбаланс между амбулаторными и стационарными условиями оказания медицинской помощи, недостаточная эффективность института наставничества
4.	Проблемы доступности медицинской помощи	Длительные сроки ожидания медицинской помощи, недостатки навигации и маршрутизации пациентов
5.	Проблемы информатизации	Отсутствие системы единого электронного документооборота в системе здравоохранения Самарской области (региональной интегрированной электронной медицинской карты пациента), недостаточность информационных ресурсов для пациентов по вопросам оказания медицинской помощи
6.	Санитарно-технические проблемы	Недостаточное санитарно-гигиеническое обеспечение и материально-техническое оснащение медицинских организаций

К причинам выявленных проблем участники команды Проекта отнесли следующие моменты:

1) отсутствие четких целей, критериев эффективной оценки и анализа по удовлетворенности населения медицинской помощью;

- 2) низкую мотивацию к пациент-ориентированному подходу у сотрудников и руководителей медицинских организаций;
- 3) отсутствие перечня необходимых стандартов в медицинских организациях;
- 4) недостаточность обучения по вопросам менеджмента руководителей медицинских организаций;
- 5) эмоциональное выгорание сотрудников;
- 6) недостаточность работы с населением (повышение медицинской грамотности, управление ожиданиями пациентов);
- 7) децентрализацию IT-сферы, недостаточность ресурсов и приоритетов на информатизацию.

По согласованному мнению экспертов Проекта, повышение этической и социальной культуры медицинских работников Самарской области должно быть реализовано путем актуализации Кодекса профессиональной этики, обучения кадров этическим аспектам поведения, обмена лучшими практиками по повышению удовлетворенности населения, психологической поддержки сотрудников медицинских организаций (рисунок 5.2).



**Рисунок 5.2.** Направления по повышению этической и социальной культуры медицинских работников Самарской области

Согласно решению участников Проекта, менеджмент в медицинских организациях и управление системой здравоохранения предполагает ряд мероприятий, направленных на определение проблем в конкретной медицинской организации; оптимизацию процессов, связанных с обучением бережливому производству; разработку перечня стандартов работы руководителя («книга руководителя»); работа с кадровым резервом управленцев здравоохранения; оценку удовлетворенности населения медицинской помощью (рисунок 5.3).



**Рисунок 5.3.** Направления менеджмента медицинских организаций по повышению удовлетворенности оказанием медицинской помощи

Кадровые вопросы, направленные на повышение удовлетворенности населения медицинской помощью, в соответствии с решением участников Проекта, должны охватывать такие сферы, как взаимодействие работодателей со студентами; привлечение внештатных специалистов Минздрава Самарской области к решению текущих проблем оказания медицинской помощи; создание благоприятных условий органами местного самоуправления для работы медицинских специалистов; повышение эффективности института

наставничества; повышение профессионализма медицинских работников (рисунок 5.4).



**Рисунок 5.4.** Направления решения кадровых вопросов по повышению удовлетворенности населения при оказании медицинской помощи

Создание благоприятных условий органами местного самоуправления реализуется в области в соответствии с Законом Самарской области от 03.10.2014 г. «Об отдельных вопросах в сфере охраны здоровья граждан в Самарской области».

Обеспечение доступности медицинской помощи – важнейший фактор повышения удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи. Данный фактор, по согласованному мнению экспертов Проекта, может реализоваться путем сокращения сроков ожидания медицинской помощи; оптимизации деятельности регистратуры в поликлиниках; самостоятельным приемом пациентов средним медицинским персоналом; рациональной навигацией и внедрением принципов «бережливого производства» не только в поликлинике, но и в стационаре (рисунок 5.5).



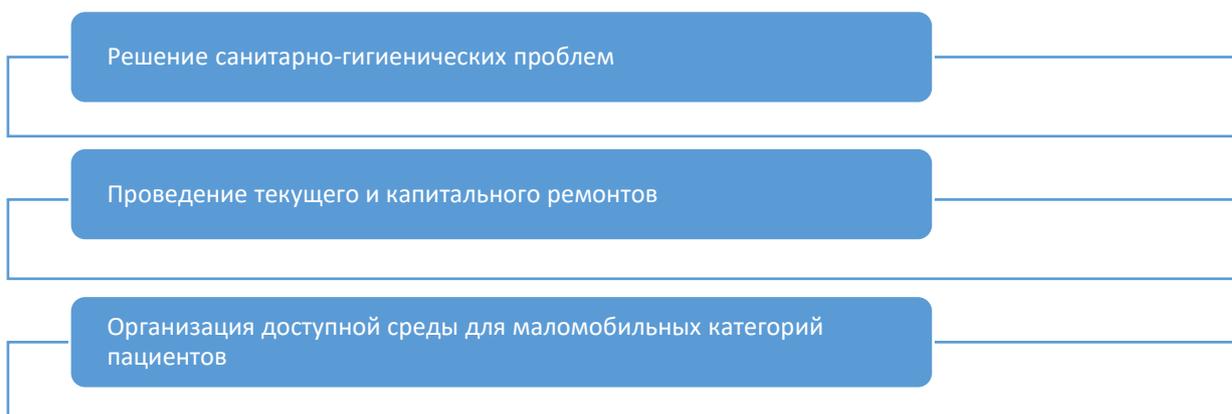
**Рисунок 5.5.** Направления обеспечения доступности медицинской помощи для повышения удовлетворенности населения ее оказанием

По мнению экспертов Проекта, информатизация здравоохранения является существенным компонентом его совершенствования, влияющим на повышение удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи. Данное направление может быть реализовано путем развития определенных аспектов, к которым относятся следующие.

1. Использование информационных технологий в организационных процессах при оказании медицинской помощи.
2. Продолжение оснащения медицинских организаций автоматизированными рабочими местами.
3. Создание единого информационного пространства в сфере здравоохранения.
4. Создание системы электронного взаимодействия службы здравоохранения с другими ведомствами.

Наконец, еще одним направлением по повышению удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи является обеспечение санитарно-

технического состояния медицинских организаций, которое предполагает решение следующих основных вопросов: решение санитарно-гигиенических проблем медицинских организаций; проведение текущего и капитального ремонтов учреждений здравоохранения; организацию доступной среды для маломобильных пациентов (рисунок 5.6).



**Рисунок 5.6.** Основные направления обеспечения санитарно-технического состояния медицинских организаций

Таким образом, в ходе реализации проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области оказанием медицинской помощи определены основные проблемы обеспечения удовлетворенности населения, причины выявленных проблем, а также направления по повышению удовлетворенности населения Самарской области медицинской помощью.

## **5.2. Медико-организационные мероприятия по повышению удовлетворенности населения при оказании медицинской помощи**

На основании предложенных в ходе Проекта направлений по повышению удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи нами разработаны соответствующие медико-организационные мероприятия, рассчитанные на 2018–2021 годы, в которых прописаны содержание мероприятий, сроки исполнения, исполнители, потребность в

финансировании. Данные мероприятия утверждены решением Коллегии министерства здравоохранения Самарской области от 18 мая 2018 года «Проектное управление как инструмент повышения доступности и качества медицинской помощи» (протокол № 3) (приложение № 4).

Повышение правовой культуры и обеспечение соблюдения этических норм медицинскими работниками предполагает проведение следующих медико-организационных мероприятий (таблица 5.2).

**Таблица 5.2**

**Медико-организационные мероприятия по повышению правовой культуры и обеспечению соблюдения этических норм медицинскими работниками Самарской области**

№ п/п	Содержание мероприятия	Исполнитель	Потребность в финансировании, тыс. руб.
1.1	Внести изменения в кодекс профессиональной этики медицинского работника Самарской области по формированию профессионального имиджа (внешний вид (дресс-код), правила общения с пациентом, родственниками пациентов и др.)	Общественная организация «Самарская областная ассоциация врачей» (СОАВ), «Самарская региональная общественная организация медицинских сестер» (СРООМС)	Не требуется
1.2	Ознакомить и провести обсуждения в трудовых коллективах Кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации (принят Первым национальным съездом врачей РФ 05 октября 2012 г.), кодекса профессиональной этики медицинского работника Самарской области (одобрен коллегией МЗСО)	руководители медицинских организаций Самарской области (МО)	Не требуется
1.3	Организовать обучение медицинских работников на циклах повышения квалификации по вопросам	МЗСО, ТФОМС, СамГМУ (кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИПО; медицинской	Не требуется

	этических и деонтологических аспектов поведения с основами медицинской психологии, конфликтологии	психологии), образовательные организации СПО и ДПО, главный внештатный специалист (ГВС) МЗСО по психологии, руководители МО	
1.4	Предусмотреть в рамках образовательных недель мероприятия, направленные на повышение культуры общения между медицинским работником и пациентом, по вопросам медицинской этики и деонтологии	СОАВ, СРООМС, совместно с ГВС по профилям деятельности	Не требуется
1.5	Организовать представление лучших практик по организации комфортной среды для пациентов, соблюдению правовой культуры, медицинской этики и деонтологии в рамках совещаний с руководителями ГБУЗ в МЗСО, днях специалиста в МЗСО, днях начмеда	Руководители МО, МЗСО, СОАВ, СРООМС, главный внештатный специалист МЗСО по психологии	Не требуется
1.6	Разработать недостающие стандартные операционные процедуры по видам медицинской помощи с включением правил культуры общения с пациентом	Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ИПО СамГМУ, профильные управления МЗСО	Не требуется
1.7	Контролировать соблюдение стандартных операционных процедур с учетом принятых правил культуры общения и поведения, разработанных для первичной медико-санитарной помощи, во всех учреждениях здравоохранения, оказывающих ПМСП	руководители МО, управление организации первичной медико-санитарной помощи и профилактики заболеваний МЗСО	Не требуется
1.8	Проводить независимое целевое анкетирование пациентов для выявления проблем в части удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи	Совет по защите прав пациентов по заказу руководителей МО, пациентские организации	Не требуется
1.9	Организация психологической поддержки	руководители МО,	Не требуется или за счет

	сотрудников медицинских организаций с целью профилактики профессионального выгорания и содействия в разрешении конфликтных ситуаций (привлечение внештатного психолога, прием психолога в штат ГБУЗ)	кафедра общественного здоровья и здравоохранения ИПО СамГМУ	собственных средств
1.10	Организовать обучение председателей этических комиссий (и/или их заместителей) на цикле дополнительного профессионального образования	руководители МО, кафедра общественного здоровья и здравоохранения ИПО СамГМУ	За счет собственных средств

Обеспечение доступности медицинской помощи – важный фактор повышения удовлетворенности медицинской помощи, особенно в амбулаторных условиях. При этом разработаны медико-организационные мероприятия по двум основным направлениям – на создание «открытой» и вежливой регистратуры и на сокращение времени обслуживания пациента и рациональное зонирование пространства (5S) (таблица 5.3).

Таблица 5.3

**Медико-организационные мероприятия по повышению доступности медицинской помощи в амбулаторных условиях**

№ п/п	Содержание мероприятия	Исполнитель	Потребность в финансировании, тыс. руб.
<b>1. Мероприятия, направленные на создание «открытой» и вежливой регистратуры</b>			
1.1	Внедрить электронное расписание на консультации/обследования на рабочих местах врачей, регистраторов	руководители МО	Не требуется
1.2	Поддерживать расписание в актуальном состоянии с учетом отсутствующих специалистов (мониторинг занятости участков)	руководители МО	Не требуется
1.3	Организовать работу регистраторов на принципах расширения универсальных функций (взаимозаменяемости) с возможным выполнением смежных работ	руководители МО	Не требуется

1.4	Организовать работу администраторов зала ожидания регистратуры (в крупных подразделениях с большой пропускной способностью), выполняющих координирующую и информационно-справочную функцию	руководители МО	Не требуется
1.5	Разработать локальный порядок оперативного обращения сотрудников к администраторам и введение системы дежурства администраторов из числа заведующих отделением, зам. руководителей учреждения здравоохранения, для своевременного разрешения и предотвращения развития конфликтных ситуаций	руководители МО	Не требуется
1.6	Внедрить альтернативные варианты записи на плановый прием к врачу без обращения в регистратуру (посредством инфоматов, электронных систем предварительной записи, через колл-центры)	руководители МО	Требуется дополнительное финансирование или за счет собственных средств
1.7	Внедрить «электронную очередь» в крупных подразделениях с большой пропускной способностью (где время ожидания обслуживания превышает 20 мин.)	руководители МО, управление организационной деятельности и применения информационных технологий МЗСО	Требуется дополнительное финансирование или за счет собственных средств
1.8	Создание колл-центров или выделение в регистратурах отдельной справочно-диспетчерской зоны	руководители МО	Требуется дополнительное финансирование или за счет собственных средств
1.9	Организация работы по постоянному мониторингу претензионной работы со стороны посетителей медицинской организации (личные приемы у руководителей, «горячая» линия учреждения, претензионная страничка на сайте МО, общественные встречи с населением, проведение анкетирования пациентов по удовлетворенности качеством предоставляемых услуг)	руководители МО	Не требуется
1.10	Внедрить мониторинг соответствия фактических сроков ожидания оказания медицинской помощи с момента обращения в МО установленным срокам ожидания в соответствии с ТПГ оказанию	ТФОМС, страховые МО	Не требуется

	населению бесплатной медицинской помощи		
<b>2. Мероприятия, направленные на сокращение времени обслуживания пациента, рациональное зонирование пространства (5S)</b>			
2.1	Организовать прием дежурного врача для оказания неотложной помощи пациентам с целью исключения длительного ожидания приема их в общей очереди	руководители МО	Не требуется
2.2	Привести в соответствие с действующим законодательством должностные инструкции, ознакомить сотрудников МО (в части расширения полномочий медицинских сестер, фельдшеров)	руководители МО, контроль управление организации первичной медико-санитарной помощи и профилактики заболеваний МЗСО	Не требуется
2.3	Организовать самостоятельный прием медсестры с расширением функций среднего медицинского персонала (организовать доврачебные кабинеты самостоятельного сестринского приема по динамическому наблюдению стабильных хронических пациентов, проведению отдельных элементов профосмотра в пределах компетенции, оформлению направлений на диагностические и лабораторные исследования пациентам, состоящим на «Д» учете, координации работы по маршрутизации пациента, динамическому наблюдению за состоянием нетранспортабельных и маломобильных пациентов на дому, в т.ч. нуждающихся в паллиативной помощи)	руководители МО	Не требуется
2.4	Организовать прием пациентов фельдшерами в рамках возложенных на них отдельных функций лечащего врача (в медицинских организациях с выраженным кадровым дефицитом (дисбалансом))	руководители МО	Не требуется
2.5	Организовать проведение диспансеризации и профилактических осмотров населения на принципах непрерывного потока пациентов (сокращение сроков прохождения 1-го этапа до 2–3 дней, 2-го этапа до 5–7 дней)	руководители МО	Не требуется

2.6	Оптимизировать логистику движения пациентов в поликлинике на основании разработанного базового логистического стандарта управления потоками пациентов (см. п. 3.1.1.)	руководители МО	Не требуется
2.7	Обеспечить рациональное зонирование помещений регистратур и холлов ожидания с целью создания максимально комфортных условий для пациентов	руководители МО	Требуется дополнительное финансирование или за счет собственных средств
2.8	Обеспечить удобную эргономику на рабочих местах персонала с использованием принципов 5S	руководители МО	Не требуется
2.9	Разработать дизайн-макет и план работ по реорганизации пространства и ремонту медицинской организации с учетом приоритетов и принципов 5S с формированием сметы расходов	руководители МО	Требуется дополнительное финансирование или за счет собственных средств

Что касается медико-организационных мероприятий по повышению доступности медицинской помощи в стационарных условиях, то необходимо внедрить в стационарных учреждениях здравоохранения службы сопровождения пациентов при перемещении между отделениями и корпусами, а также оптимизировать внутренние процессы госпитализации и выписки пациентов (исполнители – руководители медицинских организаций, потребность в финансировании – не требуется).

Еще одно направление медико-организационных мероприятий – внедрение информационных технологий по совершенствованию процессов записи на прием к врачу, проведения различного рода исследований, внедрению «электронного рецепта», созданию единого информационного поля цифровых диагностических изображений, оказанию телемедицинских услуг (таблица. 5.4).

Таблица 5.4

Мероприятия по совершенствованию процессов организации  
медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий

№ п/п	Содержание мероприятия	Исполнитель	Потребность в финансировании, тыс. руб.
<b>1. Совершенствование информационно-технологического потенциала здравоохранения Самарской области с целью упрощения процессов записи на прием к врачу (первичного, повторного), вызова врача на дом и снижения времени пребывания пациентов в поликлинических отделениях, в том числе при проведении исследований (лабораторных и функциональных)</b>			
1.1	Разработать базовый логистический стандарт управления потоками пациентов, обслуживаемых медицинской организацией на этапах выявления заболеваний (диспансеризации и профилактических осмотров), лечения (прием врачом, проведение лабораторных и функциональных исследований) и оказания неотложной помощи (вызов врача на дом) с применением веб-сервисов государственных информационных систем электронной регистратуры, программно-аппаратных средств электронной очереди и IP-телефонии	МЗСО, МИАЦ руководители МО, СамГМУ, ООО «Академия консалтинга»	Не требуется
1.2	Оптимизировать процесс предоставления услуги «Прием заявок (запись) пациента на прием к медицинскому персоналу (врач/фельдшер/медицинская сестра) медицинской организации, участвующей в реализации ТППГ» в электронном виде	МЗСО, МИАЦ, МО	Требуется дополнительное финансирование или за счет собственных средств
1.3	Оптимизировать процесс предоставления услуги «Прием заявок (запись) вызова врача на дом медицинской организации, участвующей в реализации ТППГ» в электронном виде	МЗСО, МИАЦ, МО	Требуется дополнительное финансирование или за счет собственных средств
1.4	Оптимизировать процесс предоставления услуги «Прием заявок (запись) пациента на диспансеризацию/профилактический осмотр в медицинской организации, участвующей в реализации ТППГ» в электронном виде	МЗСО, МИАЦ, МО	Требуется дополнительное финансирование или за счет собственных средств
1.5	Оптимизировать процесс предоставления услуги «Направление на прием/консультацию (диагностическое исследование, диспансерное наблюдение в ЛКЦ, на плановую госпитализацию)» с	МЗСО, МИАЦ	Требуется дополнительное финансирование

	функцией мониторинга жизненного цикла направления в электронном виде		
1.6	Внедрить региональную медицинскую информационную систему (РМИС), отвечающую требованиям базового логистического стандарта управления потоками пациентов, включая обеспечение мониторинга фактического времени пребывания пациента в МО в день оказания медицинской помощи	МЗСО, МИАЦ, МО	Требуется дополнительное финансирование
<b>2. Создание единого информационного поля лабораторной службы здравоохранения Самарской области</b>			
2.1.	Подготовить предложения о переходе лабораторной службы здравоохранения Самарской области к централизованной модели работы	МЗСО, внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике	Не требуется
2.2	Сформировать требования к централизованному информационному лабораторному сервису Самарской области (ЦИЛС СО)	МЗСО, внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике, МИАЦ	Не требуется
2.3.	Оценить готовность лабораторной службы Самарской области к переходу к централизованной модели функционирования и работе с централизованным ИТ-решением.	МЗСО, внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике	Не требуется
2.4	Внедрить лабораторные информационные системы (ЛИС), интегрированные с МИС	МО, МИАЦ	Требуется дополнительное финансирование
<b>3.</b>	<b>Модернизация регионального сегмента лекарственного обеспечения, внедрение «электронного рецепта»</b>	МЗСО, МИАЦ	Не требуется
<b>4.</b>	<b>Создание единого информационного поля цифровых диагностических изображений здравоохранения Самарской области</b>	МЗСО, МИАЦ	Требуется дополнительное финансирование
<b>5.</b>	<b>Разработка и внедрение стандартов оказания телемедицинских услуг</b>	МЗСО, МИАЦ	Требуется дополнительное финансирование

Медико-организационные мероприятия по кадровым вопросам ориентированы на три основных направления: на устранение кадрового дисбаланса (дефицита) в медицинских организациях; на повышение компетенций и профессионализма медицинских работников; на

взаимодействие медицинских организаций с профессорско-преподавательским составом СамГМУ с целью улучшения доступности и качества оказания медицинской помощи (таблица 5.5).

Таблица 5.5

Медико-организационные мероприятия по решению кадровых проблем отрасли здравоохранения

№ п/п	Содержание мероприятия	Исполнитель	Потребность в финансировании, тыс. руб.
<b>1. Мероприятия, направленные на устранение кадрового дисбаланса (дефицита) в медицинских организациях</b>			
1.1	Повысить эффективность взаимодействия работодателей со студентами путем демонстрации конкурентоспособности медицинской организации, стремления к дуальности обучения и частоты взаимодействия	Руководители МО	Не требуется
1.2	Привлекать кадры через презентацию положительного имиджа, преимущественно условиями, созданными на территории (конкурентоспособностью)	Руководители МО	Не требуется
1.3	Заключать договоры о целевом обучении со студентами, начиная с младших курсов во время производственной практики (дуальность обучения)	Руководители МО	Не требуется
1.4	Увеличить количество встреч работодателей со студентами не менее чем 1 раз в месяц, используя возможности привлечения кадров на лекциях, непосредственно в группах	Руководители МО, гл. внешт. спец. МЗСО по профилям деятельности, СамГМУ, образовательные организации СПО	Не требуется
1.5	Организовать дни открытых дверей в медицинской организации	руководители МО	Не требуется
1.6	Повысить эффективность реализации Закона Самарской области от 03.10.2014 г. № 82-ГД «Об отдельных вопросах в сфере охраны здоровья граждан в Самарской области» в части создания органами местного самоуправления благоприятных	Руководители МО, органы местного самоуправления, МЗ СО, СамГМУ, Правительство СО	Не требуется

	условий в целях привлечения медицинских работников для работы в медицинских организациях		
1.7	Повысить аналитическую и организационную активность главных внештатных специалистов министерства здравоохранения Самарской области по муниципальным образованиям и социально значимым направлениям путем содействия в обеспечении кадрами по профилю, поиску путей оптимизации деятельности по профилю	Главные внештатные специалисты МЗСО, руководители МО, МЗСО, СамГМУ	Не требуется
1.8	Организовать компенсационные мероприятия, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи населению (выездные формы работы и др.)	Руководители МО, главные внештатные специалисты МЗСО, СамГМУ	Не требуется
1.9	Организовать мероприятия, направленные на трудоустройство ординаторов, имеющих свидетельство об аккредитации специалиста в качестве внешних совместителей в медицинские организации, а также обучающихся студентов на должности среднего медицинского персонала	Руководители МО СО, главные внештатные специалисты МЗ СО, СамГМУ	Не требуется
<b>2. Мероприятия, направленные на повышение компетенций и профессионализма медицинских работников</b>			
2.1	Повысить эффективность института наставничества путем внедрения контроля за организацией наставничества в медицинской организации согласно методическим рекомендациям министерства здравоохранения Самарской области от 05.09.2016 г. № 30/2124, организации конкурса наставников	Руководители МО СО, СОАВ, СРООМС, гл. внешт. спец. МЗСО по профилям деятельности	Не требуется
2.2	Повысить компетенции и профессионализм медицинских работников путем повышения активности участия медперсонала в системах НМО Минздрава России и НПР Самарской области	Руководители МО СО, СОАВ, СРООМС, МЗСО	Не требуется
2.3	Формировать положительный имидж медицинского работника путем поддержания высокой активности участия медперсонала в конкурсах профессионального мастерства, стремления получить и повысить квалификационную категорию	Руководители МО, СОАВ, СРООМС, МЗ СО	Не требуется

2.4	Повысить количество членства в Самарской областной ассоциации врачей, Самарской региональной общественной организации средних мед. работников, а также во Всероссийских профессиональных общественных некоммерческих организациях в целях юридической защиты и страхования профессиональной деятельности	Руководители МО, главные внештатные специалисты МЗ СО, СамГМУ	Не требуется
<b>3. Взаимодействие медицинских организаций с профессорско-преподавательским составом СамГМУ с целью улучшения доступности и качества оказания медицинской помощи</b>			
3.1	При заключении договоров о практической подготовке в соответствии с приказом Минздрава России от 30.06.2016 г., №435н составлять дополнительные соглашения, в которых предусматривать порядок участия каждого сотрудника кафедры СамГМУ, имеющего сертификат специалиста, в оказании медицинской помощи, включая конкретный вид поручаемой ему работы, виды и количество выполняемых медицинских вмешательств, режим работы с доведением до сведения работника под подпись	Руководители МО, главные внештатные специалисты МЗСО, СамГМУ	Не требуется
3.2	Осуществлять постоянный контроль за реализацией лечебной работы профессорско-преподавательским составом клинических кафедр, расположенных на базе медицинских организаций, в соответствии с требованиями и нормативами, содержащимися в «Положении о планировании объема работы педагогического состава кафедр», путем ежегодного представления отчета с указанием количества пролеченных (в том числе оперированных) пациентов, числа консультаций, консилиумов, совместных обходов, амбулаторных приемов, участия в оказании высокотехнологичной медицинской помощи, диспансеризации, федеральных и ведомственных	Руководители МО, главные внештатные специалисты МЗ СО, СамГМУ	Не требуется

	программах, а также внедренных инновационных технологиях		
3.3	Организовать независимую оценку лечебной работы профессорско-преподавательского состава клинических кафедр путем анонимного анкетирования руководителей медицинских организаций, а также, в свою очередь, анонимное анкетирование профессорско-преподавательского состава удовлетворенностью реализацией их лечебной работы в медицинской организации	Руководители МО, главные внештатные специалисты МЗСО, СамГМУ	Не требуется
3.4	Повысить активность в заключении трудовых договоров с сотрудниками клинических кафедр, имеющими сертификат специалиста, в качестве внешних совместителей в медицинскую организацию, на базе которой расположена кафедра с их врачебной специальностью, с целью обеспечения благоприятных условий для осуществления лечебной работы и повышения эффективности оказания медицинской помощи населению	Руководители МО, главные внештатные специалисты МЗСО, СамГМУ	Не требуется
3.5	Привлекать сотрудников клинических кафедр к оказанию пациентам высокотехнологичной медицинской помощи, к оказанию плановой медицинской помощи иногородним и иностранным гражданам (в рамках так называемого «медицинского туризма»), а также к участию в федеральных и ведомственных научных программах	Руководители МО, главные внештатные специалисты МЗСО, СамГМУ	Не требуется
3.6	В рамках эффективного контракта предусматривать критерии для организации выплаты стимулирующего характера для врачей из числа профессорско-преподавательского состава клинических кафедр, трудоустроенных в качестве совместителей, за разработку и внедрение в лечебную работу базовых медицинских организаций инновационных технологий диагностики и лечения, а также врачам медицинских организаций, внедряющих данные технологии	Руководители МО, главные внештатные специалисты МЗ СО, СамГМУ	Не требуется

3.7	Рассмотреть возможность создания в клинических медицинских организациях, являющихся базами практической подготовки обучающихся, профильных клиник с участием сотрудников кафедр и медицинской организации	МЗСО, СамГМУ, руководители МО, главные внештатные специалисты МЗ СО, СамГМУ	Не требуется
3.8	Организация мероприятий, направленных на трудоустройство очных аспирантов клинических кафедр в качестве внешних совместителей в медицинские организации по специальности их сертификата	Руководители МО СО, главные внештатные специалисты МЗ СО, СамГМУ	Не требуется

Мероприятия по улучшению санитарно-технического состояния и материального обеспечения медицинских организаций представлены в таблице 5.6.

Наконец, еще одним направлением повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи являются мероприятия по совершенствованию менеджмента (управления) медицинских организаций (таблица 5.7).

**Таблица 5.6**

**Медико-организационные мероприятия по улучшению санитарно-технического состояния и материального обеспечения медицинских организаций**

№ п/п	Содержание мероприятия	Исполнитель	Потребность в финансировании, тыс. руб.
1.1	Проведение ремонта (текущего, капитального)	Руководители МО	Требуется дополнительное финансирование или за счет собственных средств
1.2	Контроль за соблюдением гигиенического состояния помещений	Руководители МО	Не требуется
1.3	Организация обеспечения доступности объектов здравоохранения для маломобильных пациентов	Руководители МО, МЗСО	Требуется дополнительное финансирование или за счет собственных средств
1.4	Организация обеспечения доступности медицинских услуг для маломобильных пациентов	Руководители МО	Не требуется

	(сопровождение пациентов, оказание ситуационной помощи)		
1.5	Капитальный ремонт и замена систем коммуникаций	Руководители МО СО	Не требуется

Таблица 5.7

**Медико-организационные мероприятия, направленные  
на совершенствование менеджмента медицинских организаций**

№ п/п	Содержание мероприятия	Исполнитель	Потребность в финансировании, тыс. руб.
1.1	Разработать чек-лист по внедрению инструментов бережливого производства (процессы, 5S, сервис)	МЗСО	Не требуется
1.2	Оценить исходное состояние медицинских организаций на наличие технологий бережливого производства	МЗСО	Не требуется
1.3	Сформировать команду, назначить ответственных лиц за внедрение бережливых технологий	Руководители МО	Не требуется
1.4	Обучить главных врачей и ответственных лиц технологиям бережливого производства	Руководители МО, кафедра общественного здоровья и здравоохранения ИПО СамГМУ, ООО «Академия консалтинга»,	За счет собственных средств
1.5	Определить основные проблемные процессы в ГБУЗ	Руководители МО	Не требуется
1.6	Разработать критерии эффективности и внести изменения в показатели результативности деятельности руководителей ГБУЗ СО (культура, внедрение бережливых технологий, работа с обращениями граждан, привлечение кадров, активность информатизации, санитарно-техническое состояние ГБУЗ)	Управление государственной службы и кадров, управление бюджетного планирования и финансового обеспечения, управление организации первичной медико-санитарной помощи и профилактики заболеваний, управление скорой и специализированной медицинской помощи, управление организации обеспечения медицинской техникой МЗСО	Не требуется

1.7	Дополнить «эффективные контракты» сотрудников ГБУЗ СО новыми критериями, исходя из наличия локальных проблем в учреждении, включая вопросы правовой культуры, соблюдения норм этики	Руководители МО, контроль управление государственной службы и кадров	Не требуется
1.8	Проводить перекрестные мониторинги ГБУЗ СО силами сотрудников учреждений, обученных технологиям бережливого производства	Руководители МО СО, заинтересованные управления МЗСО	Не требуется
1.9	Обмениваться лучшими практиками между медицинскими организациями (электронные площадки, выездные мероприятия, совместные совещания и т.д.)	Руководители МО	Не требуется
1.10	Оптимизировать штатное расписание в рамках объемов, предусмотренных территориальной программой гос. гарантий с учетом рекомендуемых порядков и стандартов оказания медицинской помощи	Руководители МО, аналитическое управление ТФОМС, управления МЗСО с функциями ведомственного контроля финансовой деятельности, качества и безопасности медицинской деятельности	Не требуется
1.11	Разработка перечень стандартов работы руководителя ГБУЗ СО («книга руководителя»)	Управления МЗСО, СамГМУ, ООО «Академия консалтинга»	Не требуется
1.12	Внедрение элементов бережливого производства в МЗСО	Руководители МО	Не требуется
1.13	Проводить работу с кадровым резервом управленцев	МЗСО	Не требуется

**Резюме.** Таким образом, в ходе проведенного Проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области при оказании медицинской помощи нами разработаны основные направления по повышению удовлетворенности населения оказанием медицинской помощью. По каждому направлению разработаны медико-организационные мероприятия для органов управления здравоохранением регионального уровня и медицинских организаций, рассчитанных на среднесрочный период 2018–2021 годов. Медико-организационные мероприятия не требуют существенного

дополнительного финансирования, могут быть реализованы за счет внутренних ресурсов медицинских организаций.

Реализация и оценка результативности разработанных медико-организационных мероприятий осуществлены на примере конкретной медицинской организации – городской многопрофильной объединенной больницы.

## **ГЛАВА 6**

### **ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПОВЫШЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЪЕДИНЕННОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ**

#### **6.1. Разработка и внедрение организационной модели повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи (на примере Новокуйбышевской центральной городской больницы)**

С учетом медико-организационных мероприятий, разработанных в результате реализации Проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области оказанием медицинской помощи, нами создана и внедрена организационная модель повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи на примере объединенной городской больницы – ГБУЗ СО «Новокуйбышевская центральная городская больница» (116).

Организационная модель предполагает набор взаимосвязанных элементов, реализуемых в рамках одной медицинской организации.

1. Изучение удовлетворенности пациентов и мнений врачей по вопросам удовлетворенности оказанием медицинской помощи в медицинской организации (в амбулаторных и стационарных условиях).

2. Разработка программы для ЭВМ по мониторингу удовлетворенности пациентов в объединенной городской больнице.

3. Разработка и реализация мер по повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи.

4. Разработка показателей и оценка результативности внедрения организационной модели (схема 6.1).

1. Изучение удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи осуществлялось в качестве получения исходного материала по

характеристике удовлетворенности пациентов работой поликлинического подразделения больницы и работой круглосуточного стационара.



**Схема 6.1.** Организационная модель повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в объединенной городской больнице

Поликлиническое подразделение больницы представлено поликлиникой для взрослых и женской консультацией суммарной мощностью 1400 посещений в смену. Мощность поликлинического подразделения больницы не менялась в изучаемый период (с 2017 года по 2021 год) в отличие

от численности прикрепленного взрослого населения, которое уменьшилось за данный период с 88390 чел. до 84151 чел., или на 4,8%. Изучение удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в поликлиническом подразделении проводилось с применением «Анкеты по изучению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях» в 2018 году, в анкетировании приняли участие 625 респондентов.

На протяжении 2017–2021 годов число коек круглосуточного стационара отличалось стабильностью (436 коек в 2017 году и 435 коек в 2021 году). Изучение удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в круглосуточном стационаре проводилось с применением «Анкеты по изучению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях» в 2018 году, в анкетировании приняли участие 587 респондентов.

В течение 2017–2021 годов число врачей – физических лиц в НЦГБ (на конец года) снизилось с 235 чел. до 225 чел. (на 4,3%). Были изучены мнения врачей по удовлетворенности пациентов медицинской организации оказанием медицинской помощи (в амбулаторных и стационарных условиях). В 2018 году проанкетировано 235 врачей (100% от всей численности) с помощью специально разработанной «Анкеты по оценке организации и повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в больнице».

2. В рамках организационной модели разработана программа для ЭВМ по мониторингу удовлетворенности пациентов в объединенной городской больнице «Мониторинг удовлетворенности пациентов медицинской организации оказанием медицинской помощи».

Программа по мониторингу предусматривает изучение удовлетворенности взрослых пациентов (18 лет и старше) Новокуйбышевской центральной городской больницы в амбулаторных и стационарных условиях путем тестирования пациентов с использованием персонального компьютера

(гаджета). Во время тестирования пациентам задаются вопросы как с имеющимися вариантами ответов (закрытые), так и с возможностью написания ответов самими пациентами (открытые). Изучается удовлетворенность пациентов по различным аспектам деятельности поликлинического подразделения и стационара, а также медицинской организации в целом.

Программа позволяет рассчитывать специально разработанный показатель – уровень удовлетворенности (УУ) по различным аспектам деятельности медицинской организации, который определяется в баллах по пятибалльной шкале. Расчет показателя уровня удовлетворенности обеспечивается путем наличия шкалы степени удовлетворенности по различным позициям от минимального значения, которому присваивается один или два балла, до максимального значения степени удовлетворенности, которому присваивается пять баллов.

Среднее значение уровня удовлетворенности считается отличным при значении показателя 4,5 балла и более ( $УУ \geq 4,5$ ), что соответствует значению 90% и более от максимально возможного значения, или 0,9 и более в долях от единицы. Хорошее значение показателя уровня удовлетворенности определяется на уровне 4,0-4,4 балла ( $4,0 \leq УУ < 4,5$ ), что соответствует значению 80–89% от максимального значения, или 0,8-0,89 в долях от единицы. Удовлетворительное значение показателя уровня удовлетворенности находится в границах 3,5–3,9 балла ( $3,5 \leq УУ < 4,0$ ), это соответствует значению 70–79% от максимального значения, или 0,7–0,79 в долях от единицы. Неудовлетворительное значение показателя уровня удовлетворенности соответствует значению менее 3,5 балла ( $УУ < 3,5$ ), то есть менее 70% от максимально возможного значения, или менее 0,7 в долях от единицы.

Мониторинг удовлетворенности пациентов объединенной больницы осуществляется в отделении качества медицинской помощи специально

обученным персоналом из числа средних медицинских работников. Анализ данных, получаемых в ходе мониторинга, проводится специалистами отделения качества медицинской помощи службы клинико-экспертной работы, и результаты регулярно доводятся до администрации и персонала медицинской организации. На основе данных мониторинга принимаются меры оперативного и тактического характера в рамках НЦГБ по согласованию с министерством здравоохранения Самарской области.

3. Разработка и реализация мер по повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи. Данный элемент организационной модели реализован по нескольким направлениям.

3.1. Нами разработаны организационные меры по повышению качества организации работы медицинской организации, включающие наименование мероприятия, назначение ответственного сотрудника и запланированный результат. Разработаны меры по пяти направлениям с учетом результатов анкетирования пациентов и врачей по вопросам удовлетворенности оказанием медицинской помощи:

1) обеспечение информационной открытости медицинской организации и доступности оказания медицинской помощи;

2) обеспечение комфортности условий предоставления медицинских услуг;

3) обеспечение доброжелательности со стороны медицинского персонала;

4) контроль деятельности регистратуры и время ожидания пациентов в очереди при получении медицинской помощи;

5) обеспечение удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи в медицинской организации (таблица 6.1).

Таблица 6.1

Организационные меры по повышению качества организации работы  
медицинской организации

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок реализации	Ответственный	Результат
1.	<b>Обеспечение информационной открытости медицинской организации и доступности оказания медицинской помощи</b>			
1.1	Обеспечить бесперебойную работу и регулярное обновление информации на официальном сайте ГБУЗ СО «Новокуйбышевская центральная городская больница»	Постоянно	Начальник отдела информационных технологий	Регулярное обновление информации на сайте. Повышение информированности пациентов о работе медицинской организации
1.2	Обеспечить полноту представленной информации для пациентов	Постоянно	Начальник отдела информационных технологий  Заместитель главного врача по медицинской части  Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе (АПР)	Полнота представленной информации
1.3	Содержать в актуальном состоянии услугу «Запись на прием к врачу» на информационном портале в сети «Интернет», в том числе при смене графика работы специалистов поликлиники	Постоянно	Начальник отдела информационных технологий  Заместитель главного врача по АПР	Наличие и доступность информации
1.4	Проводить анализ актуальности и полноты предоставления информации, в том числе:  - информации о правах пациентов (Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»); - информации о времени и месте приема главного врача; - информации о вышестоящих и/или контролирующих	Постоянно	Начальник отдела информационных технологий	Информированность о работе медицинской организации и порядке предоставления услуг в сфере здравоохранения

	<p>организациях; информации о предоставлении бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;</p> <p>- информации о правилах и порядке обращений граждан в медицинскую организацию, в том числе по вопросам некачественного оказания медицинской помощи;</p> <p>- информации о работе специалистов (ФИО специалиста, № кабинета, время приема);</p> <p>- информации о перечне платных медицинских услуг, в том числе сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке оплаты</p>			
1.5	<p>Оформление внешнего вида и структуры сайта</p> <p>Организация обратной связи с пациентами: функционирование электронной почты для обращений пациентов</p> <p>Добавление форума для обсуждений вопросов и предложений</p>	Постоянно	Начальник отдела информационных технологий	Качество и полнота информации, доступной на официальном сайте медицинской организации
1.6	Соблюдение сроков предоставления медицинских услуг в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	Постоянно	<p>Заместитель главного врача по медицинской части</p> <p>Заместитель главного врача по АПР</p>	Соблюдение сроков предоставления медицинских услуг
1.7	<p>Обеспечить качество заполнения документов специалистами</p> <p>Исключить случаи утраты медицинских документов</p>	Постоянно	<p>Заместитель главного врача по медицинской части</p> <p>Заместитель главного врача по АПР</p> <p>Заведующие отделениями поликлиник</p>	Качественное оформление документации и сохранность

1.9	Осуществлять контроль за исполнением перечня необходимых мероприятий по обеспечению информационной открытости медицинской организации и доступности оказания медицинской помощи со стороны заместителей главного врача и заведующих структурными подразделениями	Постоянно	Главный врач	Доступность получения информации
2.	<b>Обеспечение комфортности условий предоставления медицинских услуг</b>			
2.1	Провести работы по внутреннему и внешнему благоустройству	Постоянно	Начальник административно-хозяйственной части (АХЧ)	Повышение комфортности условий предоставления медицинских услуг
2.2	Осуществлять контроль за исполнением перечня необходимых мероприятий по повышению комфортности условий предоставления услуг со стороны заместителей главного врача и заведующих структурными подразделениями	Постоянно	Главный врач	Повышение комфортности условий предоставления медицинских услуг
3.	<b>Обеспечение доброжелательности со стороны медицинского персонала</b>			
3.1	Проводить анализ обращений граждан не реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Заместитель главного врача по медицинской части  Заместитель главного врача по АПР	Снижение удельного веса обоснованных жалоб
3.2	Провести тематические учебные семинары с участием медицинского персонала по вопросам соблюдения этики и деонтологии с рассмотрением Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»	Постоянно	Заместители главного врача по направлениям	Отсутствие обоснованных жалоб
4.	<b>Контроль деятельности регистратуры и времени ожидания пациентов в очереди при получении медицинской помощи</b>			
4.1	Соблюдать беспрепятственную и безотлагательную предварительную запись больных на прием к врачу, в том числе посредством электронной записи	Постоянно	Начальник отдела информационных технологий  Заместитель главного врача по АПР	Своевременная запись на прием к врачу

	Обеспечить равномерное распределение нагрузки на регистраторов			
4.2	Обеспечить внимательность, вежливость и тактичность медицинских регистраторов, в том числе при работе с людьми с ограниченными возможностями, соблюдение этики и деонтологии	Постоянно	Заместитель главного врача по АПР  Заведующие отделениями поликлиник  старшие медицинские сестры отделений поликлиник	Отсутствие обоснованных жалоб
4.3	Обеспечить прием пациентов с ограниченными возможностями без очереди	Постоянно	Заместитель главного врача по АПР  Заведующие отделениями поликлиник  старшие медицинские сестры отделений поликлиник	Отсутствие обоснованных жалоб
4.4	Своевременно передавать врачам информацию о зарегистрированных вызовах	Постоянно	Старшая медсестра регистратур поликлиник	Своевременное оказание медицинской помощи на дому
4.5	В установленном порядке направлять обратившихся в поликлинику на профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию	Постоянно	Заведующие отделениями поликлиник	Своевременное оказание медицинской помощи
4.6	Обеспечить регулирование интенсивности потока пациентов с целью создания равномерной нагрузки для врачей и распределение его по видам оказываемой помощи	Постоянно	Заведующие отделениями поликлиник  Старшая медсестра регистратур поликлиник	Удовлетворенность условиями ожидания приема у врача в очереди
4.7	Оптимизировать деятельность отделения платных медицинских услуг, предусмотреть разграничение потоков пациентов по платным услугам и бесплатно  Иметь информацию о перечне платных медицинских услуг, в том числе сведения об условиях, порядке, форме	Постоянно	Заместитель главного врача по медицинской части  Заместитель главного врача по АПР	Качество и полнота информации

	предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты			
4.8	Содержать в актуальном состоянии график работы специалистов	Постоянно	Заведующие отделениями поликлиник  Старшая медсестра регистратур поликлиник	Качество и полнота информации
5.	<b>Обеспечение удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи в медицинской организации</b>			
5.1	Сократить время ожидания в приемном отделении, срок ожидания плановой госпитализации по направлению врачей поликлиник, соблюдение назначенного срока плановой госпитализации	Постоянно	Зам. главного врача по медицинской части	Сокращение времени и срока ожидания
5.2	Строго соблюдать стандарты и порядки оказания медицинской помощи  Применять лекарственные препараты в соответствии со стандартами медицинской помощи и перечнем ЖНВЛС.  Не допускать применения лекарственных препаратов с недоказанной терапевтической эффективностью	Постоянно	Заместитель главного врача по медицинской части  Заместитель главного врача по АПР	Соблюдение стандартов и порядков оказания медицинской помощи
5.3	Лекарственное обеспечение  Усилить контроль за рациональным назначением лекарственных средств  Исключить случаи приобретения лекарственных препаратов пациентами за свой счет в стационарных условиях и при лечении в дневных стационарах	Постоянно	Заместитель главного врача по медицинской части  Заместитель главного врача по АПР	Отсутствие приобретения лекарственных средств, необходимых для лечения, за свой счет
5.4	Проведение работ по контролю качества и безопасности медицинской деятельности. Проведение оперативных совещаний с медицинскими работниками по вопросам повышения качества оказания медицинской помощи	Ежемесячно	Заместитель главного врача по медицинской части  Заместитель главного врача по АПР  Заместитель главного врача по	Снижение удельного веса дефектных случаев по результатам контроля качества медицинской помощи, связанных с ненадлежащим качеством оказания медицинской помощи

			клинико-экспертной работе (КЭР)	
5.5	Направлять на диагностическое исследование строго по показаниям и в рамках стандартов и порядков оказания медицинской помощи	Постоянно	Заместитель главного врача по медицинской части  Заместитель главного врача по АПР	Качество и полнота диагностических исследований
5.6	Осуществлять анализ жалоб и обращений граждан по телефонам «горячей линии» или иным источникам информации по вопросам коррупционных проявлений	Постоянно	Заместители главного врача по направлениям, заведующие структурными подразделениями	Снижение удельного веса обоснованных жалоб
5.7	Проводить со средним медицинским персоналом занятия, направленные на повышение профессионального уровня	Согласно комплексному плану	Главная медсестра	Повышение профессионального уровня

3.2. В качестве отдельного направления организационных мер нами выделено совершенствование организации работы поликлиники НЦГБ.

Данное направление предполагает создание пациент-ориентированного подразделения медицинской организации, отличительными признаками которого являются доброжелательное отношение к пациенту, отсутствие очередей за счет рациональной организации оказания медицинской помощи и работы персонала.

С 2018 года по 2021 год реализованы основные меры данного направления:

- оптимизирована логистика и доступная навигация движения пациентов в поликлинике с учетом распределения потоков на больных и здоровых;
- осуществлен переход на электронный документооборот;
- реконструирована зона регистратуры в соответствии с принципами «бережливого производства»;
- созданы комфортные условия для пациентов в зонах ожидания (холл первого этажа).

Для получения исходного состояния организации работы поликлиники с сентября по декабрь 2018 года проведен внутренний аудит с целью выявления факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи посредством анкетирования пациентов и врачей (первый элемент Организационной модели).

Ремонт в здании поликлиники ГБУЗ СО НЦГБ начат в августе 2019 года в соответствии с исполнением приказа Министерства здравоохранения Самарской области № 541 от 19.04.2019 г. в рамках реализации регионального проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства». Соответственно, были выделены целевые субсидии в размере 3823000,00 руб. Общая сумма выделенных средств была распределена на следующие потоки: капитальный ремонт (3373000,00 руб.), покупку мебели (220000,00 руб.), выполнение навигации (230000,00 руб.).

Выполнен дизайн-проект входной группы и главного холла поликлиники ГБУЗ СО «Новокуйбышевская центральная городская больница», подготовлено техническое задание на выполнение ремонтно-строительных работ в здании поликлиники. Кроме того, проведены работы по текущему ремонту во входных группах клинко-диагностической лаборатории и помещениях фильтра-изолятора для инфекционных больных в здании поликлиники.

В результате в рамках совершенствования организации работы поликлиники НЦГБ:

1) проведена реорганизация «Входной группы», при этом разделены пациенты на потоки: больные, здоровые и пациенты с диагностическими и профилактическими целями с соблюдением принципов оптимального восприятия сообщаемой посетителям информации;

2) проведена реорганизация первого этажа здания поликлиники с реконструкцией зоны регистратуры, при этом:

- внедрена навигационная система, предназначенная для управления посещениями пациентов внутри поликлиники (цветовое решение стен, вывески, таблицы, стенды, подвесные указатели, стенды-инструкции);
- демонтированы перегородки регистратуры;
- создана открытая регистратура на два рабочих места (для регистратора и справочного бюро);
- реорганизовано помещение для единой картотеки;
- организована стойка дежурного администратора;
- организован кабинет для приема маломобильных граждан;
- обустроена туалетная комната для маломобильных граждан;
- организованы диагностическая и физиотерапевтическая службы в одном блоке на первом этаже поликлиники.

3.3. Еще одно направление организационных мер – совершенствование службы качества больницы.

В ГБУЗ СО НЦГБ в 2018 году разработан приказ «Об организации проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СО НЦГБ», в соответствии с которым создана служба качества больницы, в которой регламентируется состав и функциональные обязанности врачебной комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации. За каждым видом проведения контроля качества закреплен один из членов врачебной комиссии, который контролирует данный раздел работы. Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, ежеквартально.

В ГБУЗ СО «Новокуйбышевская ЦГБ» разработана трехуровневая система контроля качества медицинской помощи (КМП). Первый экспертный уровень контроля качества осуществляется в форме плановой экспертизы КМП и оценки эффективности деятельности отдельных категорий работников заведующими структурными подразделениями, старшими медицинскими сестрами и заведующей женской консультацией. Объем плановой внутренней

экспертизы КМП составляет: в стационаре – не менее 30% от числа законченных случаев лечения; в дневном стационаре – не менее 30% от числа законченных случаев лечения; при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях – не менее 1% от числа законченных случаев лечения.

Второй экспертный уровень контроля качества проводится в форме целевой экспертизы качества и оценки эффективности деятельности заведующих отделениями на постоянной основе и осуществляется заместителями главного врача (по медицинской части, по амбулаторно-поликлинической работе, по родовспоможению и детству, клиничко-экспертной работе) и главной медицинской сестрой. Объем целевой экспертизы составляет не менее 50 экспертиз в течение квартала.

Третий экспертный уровень контроля качества на постоянной основе осуществляет врачебная комиссия (включая подкомиссии врачебной комиссии) в соответствии с планом медицинской организации, в том числе при направлении пациента на врачебную комиссию в период предоставления ему медицинской помощи, а также по его жалобе или обращению.

Подкомиссия врачебной комиссии по внутреннему контролю качества медицинской помощи взаимодействует:

- 1) с главным врачом по вопросам утверждения локальных нормативных документов в области качества; утверждения отчетов о результатах внутреннего контроля и планов корректирующих мероприятий; принятия управленческих решений в части устранения несоответствий и достижения целевых показателей качества;

- 2) с заместителями главного врача в части обсуждения и согласования целевых показателей в области качества; локальных нормативных документов в области качества; результатов внутреннего контроля, выявленных проблем и несоответствий; планов корректирующих мероприятий и стратегии развития системы по управлению качеством; деятельности врачебных комиссий и проведения экспертизы качества медицинской помощи;

3) с врачебной комиссией (подкомиссиями врачебной комиссии) в части обсуждения и согласования оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов; отчетов о проведении проверок медицинской организации; сводных отчетов о результатах проведения внутреннего контроля в медицинской организации; плана мероприятий по совершенствованию качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации на предстоящий период;

4) с руководителями подразделений по вопросам проведения мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности в отделениях, своевременности предоставления оценочных данных, в том числе с использованием разработанной программы для ЭВМ по мониторингу удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи.

На фоне роста количества экспертиз в течение 2017–2021 годов на 13,2% при проведении плановых проверок в амбулаторных условиях отмечается снижение абсолютного числа экспертиз с выявленными нарушениями с 2160 в 2017 году до 1812 в 2021 году (на 16,1%) ( $r=-0,8836$ ,  $p=0,31$ ).

При этом доля экспертиз с нарушениями сократилась с  $19,3\pm 0,4\%$  в 2017 году до  $14,3\pm 0,3\%$  в 2021 году ( $z=37,311$ ,  $p<0,0001$ ), а коэффициент качества медицинской помощи повысился с 0,78 до 0,88 ( $z=4,249$ ,  $p<0,0001$ ). Значительную часть нарушений составляют случаи, связанные с неправильным оформлением медицинской документации, доля которых снижается с  $78,1\pm 0,9\%$  в 2017 году до  $71,3\pm 1,1\%$  в 2021 году ( $z=4,929$ ,  $p<0,0001$ ) (таблица 6.2).

В стационарных условиях на фоне стабильного числа проводимых экспертиз отмечается сокращение абсолютного числа экспертиз с выявленными нарушениями с 761 в 2017 году до 490 в 2021 году ( $z=7,723$ ,  $p<0,0001$ ).

Таблица 6.2

Некоторые показатели деятельности службы качества  
в НЦГБ в 2017–2021 годах

№	Показатели	2017	2019	2021	2021 г. в % к 2017 г.
1.	Число экспертиз качества медицинской помощи в амбулаторных условиях	11192	18089	12672	113,2
1.1.	Экспертиз с выявленными нарушениями	2160	3026	1812	83,9 ( $z=10,349$ , $p<0,0001$ )
1.2.	Доля экспертиз с нарушениями от общего числа экспертиз, в %	19,3±0,4	16,7±0,3	14,3±0,2	74,1 ( $z=37,311$ , $p<0,0001$ )
1.3.	Коэффициент качества медицинской помощи	0,78	0,81	0,88	112,8 ( $z=4,249$ , $p<0,0001$ )
2.	Число экспертиз качества медицинской помощи в стационарных условиях	3638	4065	3507	96,4
2.1.	Экспертиз с выявленными нарушениями	761	668	490	64,4 ( $z=7,723$ , $p<0,0001$ )
2.2.	Доля экспертиз с нарушениями от общего числа экспертиз, в %	20,9±1,5	16,4±1,6	14,0±1,4	67,0 ( $z=3,286$ , $p=0,0257$ )
2.3.	Коэффициент качества медицинской помощи	0,83	0,87	0,91	109,6 ( $z=4,513$ , $p<0,0001$ )
3.	Число обоснованных жалоб на 10000 прикрепленного населения	0,48	0,35	0,24	50,0 ( $z=12,965$ , $p<0,0001$ )

Примечание:  $z$  - критерий,  $p$  - уровень значимости.

При этом доля экспертиз с нарушениями сократилась с 20,9% в 2017 году до 14,0% в 2021 году ( $z=3,286$ ,  $p=0,0257$ ), а коэффициент качества медицинской помощи повысился с 0,83 до 0,91 ( $z=4,513$ ,  $p<0,0001$ ). Значительную часть нарушений также составляют случаи, связанные с неправильным оформлением медицинской документации, доля которых снижается с 70,8% в 2017 году до 63,9% в 2021 году ( $z=2,575$ ,  $p=0,0103$ ).

По результатам плановых проверок принимаются управленческие решения по устранению нарушений, а также обеспечивается дифференциальная оплата труда. В период с 2017 года по 2021 год отмечается двукратное снижение числа обоснованных жалоб на 10 тыс. прикрепленного обслуживаемого взрослого населения с 0,48 до 0,24 ( $z=12,965$ ,  $p<0,0001$ ).

3.4. Повышение ресурсного обеспечения больницы – важное направление организационных мер. С 2018 года ускорилось оснащение НЦГБ аппаратурой и оборудованием, в том числе для функциональной диагностики, лаборатории, эндоскопии и проведения лучевой диагностики. Так, обеспеченность данным видом оборудования повысилась с 23,0 единиц на 10 тыс. взрослого населения в 2017 году до 28,0 единиц в 2019 году ( $t=12,529$ ,  $p<0,01$ ) и до 40,2 единиц в 2021 году ( $t=38,554$ ,  $p<0,01$ ) (рост по сравнению с 2017 годом на 74,8%).

Значительно выросла обеспеченность прикрепленного обслуживаемого населения персональными компьютерами в больнице с 40,8 единиц на 10 тыс. взрослого населения в 2017 году до 44,0 единиц в 2019 году ( $t=6,198$ ,  $p<0,01$ ) и до 78,1 в 2021 году ( $t=61,047$ ,  $p<0,01$ ) (рост по сравнению с 2017 годом на 91,4%). Повышение обеспеченности персональными компьютерами позволило к 2021 году создать в больнице 597 автоматизированных рабочих мест (АРМ), подключенных к медицинской информационной системе (МИС) Самарской области (в том числе 355 АРМ по управлению потоками пациентов в электронной регистратуре). В 2017 году данных АРМ не было, в 2019 году создано всего 299 АРМ, из которых 184 были подключены к работе электронной регистратуры).

Помимо повышения оснащенности НЦГБ аппаратурой и оборудованием, в течение 2018–2021 годов проведен капитальный ремонт помещений, в результате чего площадь зданий, требующих проведения капитального ремонта, сократилась с 19,2% в 2017 году до 14,7% в 2021 году.

В рамках повышения ресурсного обеспечения больницы также предусмотрено сокращение кадрового дефицита в НЦГБ. Так, с 2018 года больницей начали заключаться договоры о целевом обучении в Самарском государственном медицинском университете (СамГМУ) по программам высшего профессионального образования и программам обучения в ординатуре. Всем обучающимся по программам специалитета и ординатуры оказываются меры социальной поддержки: доплата к стипендии, оплата проживания в общежитии за счет средств муниципального бюджета г. Новокуйбышевска. За период 2018–2021 годов заключены договоры о целевом обучении 94 врачей и 27 ординаторов. В результате в 2021 году приступили к работе в НЦГБ 33 молодых специалиста (18 врачей и 15 средних медицинских работников).

На основании решения Думы городского округа Новокуйбышевск от 15.11.2021 г. № 242 медицинским работникам больницы оказываются меры социальной поддержки в виде компенсации расходов по договору найма жилого помещения в размере 8000 рублей в месяц. В учреждении получают компенсацию три врача и 12 средних медицинских работников.

В 2021 году появилась новая мера социальной поддержки – компенсация расходов в размере 50 процентов банковской процентной ставки ипотечного жилищного кредита для молодых врачей с наиболее востребованными специальностями.

В результате проведенных организационных мер обеспеченность населения врачами в НЦГБ удалось стабилизировать, в 2017 году данный показатель составил 26,6 врача на 10 тыс. взрослого населения, в 2021 году – 26,7 (рост на 0,4%) ( $t=0,245$ ,  $p>0,05$ ).

Обеспеченность взрослого населения средним медицинским персоналом также удалось несколько повысить с 59,8 работника на 10 тыс. населения в 2017 году до 61,6 работника на 10 тыс. населения в 2021 году (на 3,0%) ( $t=2,921$ ,  $p<0,05$ ).

## **6.2. Разработка показателей и оценка результативности внедрения организационной модели повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи**

В процессе формирования организационной модели повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи нами были разработаны показатели результативности, основанные на изучении удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи и на изучении мнений врачей по оценке удовлетворенности пациентов медицинской помощью.

### **6.2.1. Динамика показателей удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях**

Для оценки удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях после внедрения организационной модели повышения удовлетворенности пациентов нами проведено повторное социологическое исследование в 2021 году, в результате которого было опрошено 566 респондентов в возрасте 18 лет и старше, получивших медицинскую помощь в поликлиническом подразделении НЦГБ. Анкетирование проводилось с помощью разработанной анкеты, используемой в 2018 году.

Результаты данного исследования (2021 года) сопоставлялись с результатами изучения удовлетворенности до разработки и внедрения организационной модели (2018 год), причем сопоставление проводилось по специально разработанным нами показателям.

Внедрение организационной модели позволило, прежде всего, сократить сроки ожидания пациентов при оказании медицинской помощи. Так, время ожидания приема врача (как участкового, так и специалиста) сократилось с  $4,7 \pm 1,16$ ; 95% CI [3.87-5.53] дней в 2018 году до  $2,8 \pm 1,23$ ; 95% CI [1,92-3,67] дней (на 40,4%;  $t=3,56$ ,  $p=0,00226$ ). Также статистически значимо снизилось

время ожидания приема врача в очереди непосредственно в поликлинике с  $29,8 \pm 4,42$  [26,64-32,96] мин. в 2018 году до  $19,1 \pm 2,60$  [17,24-20,96] мин. в 2021 году (на 35,9%;  $t=6,60$ ,  $p=0,000003$ ).

Совершенствование работы поликлиники, прежде всего за счет сокращения сроков подготовки пациентов к госпитализации, позволило также сократить время ожидания плановой госпитализации с  $9,3 \pm 1,64$  [8,13-10,47] дней в 2018 году до  $5,5 \pm 1,90$  [4,14-6,86] дней в 2021 году (на 40,9%;  $t=4,792$ ,  $p=0,000146$ ).

В несколько меньшей степени сократилось время ожидания проведения диагностических процедур – с  $6,5 \pm 1,58$  [5,37-7,63] до  $4,7 \pm 1,25$  [3,81-5,59] дней (на 27,7%;  $t=2,822$ ,  $p=0,011276$ ).

Кроме того, важным результатом внедрения организационной модели является значительное снижение доли пациентов, испытывавших трудности при записи на прием к врачу, с  $42,1 \pm 2,0\%$  в 2018 году до  $17,8 \pm 1,6\%$  в 2021 году (на 57,7%;  $z=9,845$ ,  $p<0,0001$ ), а также повышение доли лиц, считающих достаточными условия по оказанию медицинской помощи маломобильным группам пациентов, с  $59,0 \pm 2,0\%$  в 2018 году до  $72,3 \pm 1,9\%$  (на 22,5%;  $z=4,788$ ,  $p<0,0001$ ) (таблица 6.3).

Помимо сокращения сроков ожидания при оказании медицинской помощи, а также увеличения доли пациентов, положительно оценивающих ряд аспектов оказания медицинской помощи, нами были разработаны и оценены в динамике показатели удовлетворенности пациентов оказанием амбулаторной помощи в амбулаторных условиях.

**Таблица 6.3**

Некоторые показатели, характеризующие время ожидания и долю пациентов при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в 2018 и 2021 гг.

№ п/п	Показатель	2018	2021	2021 г./ 2018 г., в %	Статистическая значимость различия (t, z, p)
1.	Время ожидания приема врача с момента обращения в поликлинику, дней	4,7±1,16	2,8±1,23	59,6	t=3,56, p=0,00226
2.	Доля лиц, испытавших трудности при записи на прием к врачу, %	42,1±2,0	17,8±1,6	42,3	z=9,845, p<0,0001
3.	Время ожидания приема врача в очереди, мин.	29,8±4,42	19,1±2,60	64,1	t=6,60, p=0,000003
4.	Время ожидания плановой госпитализации, дней	9,3±1,64	5,5±1,90	59,1	t=4,79, p=0,000146
5.	Время ожидания диагностических процедур, дней	6,5± 1,58	4,7±1,25	72,3	t=2,822, p=0,011276
6.	Доля лиц, считающих достаточными условия оказания медицинской помощи маломобильным группам пациентов, %	59,0±2,0	72,3±1,9	122,5	z=4,788, p<0,0001

*Примечание: двухвыборочный t - критерий, z - критерий, p - уровень значимости.*

При этом удовлетворенность оценивалась по двум показателям: во-первых, путем расчета доли пациентов (в процентах), полностью удовлетворенных медицинской помощью, и пациентов, скорее удовлетворенных медицинской помощью (то есть суммарной доли лиц, имеющих положительное мнение об оказании медицинской помощи); вторым показателем выступал уровень удовлетворенности в баллах (таблица 6.4).

Удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях рассчитывалась по семи основным аспектам, при этом по всем аспектам отмечена положительная статистически значимая динамика

доли пациентов, полностью и скорее удовлетворенных медицинской помощью.

**Таблица 6.4**

Показатели удовлетворенности пациентов отдельными аспектами оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в 2018 и 2021 гг.

№ п/п	Показатель	2018	2021	2021 г./ 2018 г., в %	Статистическая значимость различия (z, p, t)
1.	<b>Удовлетворенность работой регистратуры:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; - уровень удовлетворенности, в баллах	57,6±2,0  3,65±0,95	82,1±1,6  4,12±1,11	142,5  112,9	z=9,172, p<0,0001  t=-0,871, p=0,3955
2.	<b>Удовлетворенность условиями оказания медицинской помощи:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; - уровень удовлетворенности, в баллах	55,7±2,0  3,705±1,02	80,2±1,7  4,135±0,97	144,0  111,6	z=9,015, p<0,0001  t=-0,932, p=0,4105
3.	<b>Удовлетворенность полнотой информации в поликлинике:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; - уровень удовлетворенности, в баллах	54,9±2,0  3,725±0,92	90,8±1,2  4,315±0,83	165,4  115,9	z=13,786, p<0,0001  t=-2,312, p=0,0348
4.	<b>Удовлетворенность оказанием медицинской помощи врачом-терапевтом участковым:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; - уровень удовлетворенности, в баллах	57,9±2,0  3,765±1,01	91,1±1,2  4,305±0,95	157,3  114,4	z=13,017, p<0,0001  t=-2,421, p=0,0271
5.	<b>Удовлетворенность оказанием медицинской помощи врачом-специалистом:</b>				

	- доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %;	66,8±1,9	93,8±1,0	140,4	z=11,537, p<0,0001
	- уровень удовлетворенности, в баллах	4,005±0,87	4,435±0,53	110,8	t=-1,627, p=0,1211
6.	<b>Удовлетворенность деятельностью среднего медицинского персонала:</b>				
	- доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %;	70,4±1,8	90,8±1,2	129,0	z=8,812, p<0,0001
	- уровень удовлетворенности, в баллах	4,135±0,97	4,485±0,86	108,5	t=-1,694, p=0,1327
7.	<b>Удовлетворенность оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях в целом:</b>				
	- доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %;	59,3±2,0	88,9±1,3	149,9	z=11,507, p<0,0001
	- уровень удовлетворенности, в баллах	3,815±1,01	4,345±0,97	113,9	t= -2,333, p=0,0314

*Примечание: двухвыборочный t - критерий, z - критерий, p - уровень значимости.*

Так, доля удовлетворенных пациентов повысилась при оценке работы регистратуры с 57,6±2,0% в 2018 году до 82,1±1,6% в 2021 году; условий оказания медицинской помощи – с 55,7±2,0% до 80,2±1,7%; полноты информации – с 54,9±2,0% до 90,8±1,2%; врача-терапевта участкового – с 57,9±2,0% до 91,1±1,2%; врача-специалиста – с 66,8±1,9% до 93,8±1,0%; среднего медицинского персонала – с 70,4±1,8% до 90,8±1,2%; оказания медицинской помощи в целом – с 59,3±2,0% до 88,9±1,3%.

Соответственно, вырос и уровень удовлетворенности пациентов по всем аспектам, в том числе и по оказанию медицинской помощи в целом, с 3,81±1,01; 95% CI [2.98-4.01] баллов в 2018 году до 4,34±0.97; 95% CI [3.92-4.67] баллов в 2021 году (t=-2.333, p=0.0314).

В результате повысился удельный вес пациентов, считающих, что оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в течение трех последних лет улучшилось, с 37,1±1,9% в 2018 году до 48,2±2,1% в 2021 году

( $z=3,876$ ,  $p=0,00011$ ), и одновременно снизилась доля пациентов, считающих, что оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в течение трех последних лет ухудшилось, с  $23,4\pm 1,7\%$  до  $10,1\pm 1,3\%$  ( $z=6,091$ ,  $p<0,0001$ ). Параллельно возрос удельный вес пациентов, которые рекомендовали бы поликлиническое подразделение больницы для оказания медицинской помощи своим родственникам, друзьям и знакомым, с  $65,9\pm 1,9\%$  в 2018 году до  $84,8\pm 1,5\%$  в 2021 году ( $z=7,506$ ,  $p<0,0001$ ).

### **6.2.2. Динамика показателей удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях**

Оценка удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях после внедрения организационной модели повышения удовлетворенности пациентов осуществлялась нами путем проведения повторного социологического исследования в 2021 году, в результате которого было опрошено 581 респондентов в возрасте 18 лет и старше, получивших медицинскую помощь в стационаре НЦГБ. Анкетирование проводилось с помощью разработанной анкеты, используемой в 2018 году.

Результаты исследования 2021 года сравнивались с результатами изучения удовлетворенности до разработки и внедрения организационной модели (2018 год). Сопоставление результатов проводилось по специально разработанным нами показателям.

Следует отметить, что средние сроки ожидания плановой госпитализации удалось сократить с  $9,5\pm 1,96$ ; 95% CI [9,09-10,91] дней в 2018 году до  $6,5\pm 1,35$ ; 95% CI [6,53-7,47] дней в 2021 году, или на 31,6% ( $t=3,985$ ,  $p=0,000868$ ).

При этом статистически значимо не изменилась доля пациентов, считающих достаточными условия для оказания медицинской помощи

маломобильным группам пациентов ( $87,6 \pm 1,4\%$  в 2018 году и  $89,8 \pm 1,3\%$  в 2021 году ( $z=1,231$ ,  $p=0,2183$ ).

За период 2018–2021 годов отмечена положительная динамика показателей удовлетворенности пациентов стационара НЦГБ различными аспектами оказания медицинской помощи, а также оказанием медицинской помощи в целом. В наибольшей степени динамика удельного веса удовлетворенных пациентов (суммарно полностью и скорее удовлетворенных) выросла в отношении условий оказания медицинской помощи в приемном отделении (темп роста –  $136,4\%$ ), процесса диагностики ( $135,0\%$ ), санитарно-гигиенических условий ( $134,8\%$ ), соответственно вырос и уровень удовлетворенности (таблица 6.5).

**Таблица 6.5**

Показатели удовлетворенности пациентов отдельными аспектами оказания медицинской помощи в стационарных условиях в 2018 и 2021 гг.

№ п/п	Показатель	2018	2021	2021 г./ 2018 г., в %	Статистическая значимость различия (z, p, t)
1.	<b>Удовлетворенность условиями оказания медицинской помощи в приемном отделении:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; - уровень удовлетворенности, в баллах	$66,0 \pm 2,0$  $3,87 \pm 0,87$	$90,0 \pm 1,2$  $4,56 \pm 0,52$	$136,4$  $117,8$	$z=9,922$ , $p<0,0001$  $t=-2,178$ , $p=0,0429$
2.	<b>Удовлетворенность оказанием медицинской помощи в приемном отделении:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; -уровень удовлетворенности, в баллах	$71,7 \pm 1,9$  $3,98 \pm 1,01$	$92,3 \pm 1,1$  $4,64 \pm 0,87$	$128,7$  $116,6$	$z=9,12$ , $p<0,0001$  $t=- 2,451$ , $p=0,0394$
3.	<b>Удовлетворенность полнотой информации в стационаре:</b> - доля лиц, полностью				$z=4,78$ ,

	и скорее удовлетворенных, в %; -уровень удовлетворенности, в баллах	85,3±1,5  4,15±0,67	93,2±1,0  4,63±1,01	109,3  111,6	p<0,00002  t=-1,555, p=0,1373
4.	<b>Удовлетворенность процессом диагностики:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; -уровень удовлетворенности, в баллах	62,9±2,0  3,95±0,78	84,9±1,5  4,23±0,94	135,0  107,1	z=8,546, p<0,0001  t=-1,623, p=0,1501
5.	<b>Удовлетворенность лечением:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; -уровень удовлетворенности, в баллах	64,9±2,0  4,07 ±0,68	85,9±1,4  4,29±0,94	132,4  105,4	z=8,812, p<0,0001  t=-1,495 p=0,1207
6.	<b>Удовлетворенность санитарно-гигиеническими условиями:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; - уровень удовлетворенности, в баллах	63,0±2,0  3,96±0,69	84,9±1,5  4,27±1,01	134,8  107,8	z=8,318, p<0,0001  t=-0,896, p=0,3823
7.	<b>Удовлетворенность взаимоотношениями с врачами:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; - уровень удовлетворенности, в баллах	63,2±2,0  3,97±0,84	78,7±1,7  4,11±0,65	124,5  103,5	z=5,813, p<0,0001  t=-0,951 p=0,3902
8.	<b>Удовлетворенность взаимоотношениями со средним медицинским персоналом:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; -уровень удовлетворенности, в баллах	80,1±1,6  4,18±0,68	89,0±1,3  4,35±0,74	111,1  104,1	z=4,21, p<0,0001  t=-1,154, p=0,1147

9.	<b>Удовлетворенность питанием:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; -уровень удовлетворенности, в баллах	58,8±2,0	67,0±2,0	113,9	z=2,893, p=0,00382
		3,77±0,92	4,04±0,87	107,2	t=-0,952, p=0,3071
10.	<b>Удовлетворенность оказанием медицинской помощью в целом:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; -уровень удовлетворенности, в баллах	67,3±1,9	90,8±1,2	134,9	z=9,899, p<0,0001
		4,06±0,74	4,55±0,52	112,1	t=-1,756, p=0,0962

*Примечание: двухвыборочный t - критерий, z - критерий, p - уровень значимости.*

В меньшей степени улучшалась динамика удельного веса удовлетворенных пациентов (полностью и скорее удовлетворенных) в отношении полноты информации в стационаре (темп роста – 109,3%), взаимоотношений со средним медицинским персоналом (111,1%), питания (113,9%), причем в первых двух случаях удельный вес удовлетворенных пациентов изначально находился на достаточно высоком уровне (уровень удовлетворенности превышал четыре балла).

В результате удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощью в стационаре в целом повысилась с 2018 года по 2021 год, о чем свидетельствуют повышение доли лиц, полностью и скорее удовлетворенных, с 67,3±1,9% до 90,8±1,2% (z=9,899, p<0,0001), а также рост уровня удовлетворенности с 4,06±0,74; 95; CI [3,57-4,63] до 4,55±0,5; 95% CI [4,23-4,97] баллов (t=-1,756, p=0,0962).

Также повысился удельный вес пациентов, считающих, что оказание медицинской помощи в стационарных условиях в течение трех последних лет улучшилось, с 50,8±2,1% в 2018 году до 68,8±1,9% в 2021 году (z=6,3, p<0,0001), и одновременно снизилась доля пациентов, считающих, что

оказание медицинской помощи в стационарных условиях в течение трех последних лет ухудшилось, с  $6,6 \pm 1,0\%$  до  $4,5 \pm 0,9\%$  ( $z=1,617$ ,  $p=0,10595$ ).

Характерно, что в целом по объединенной городской больнице доля пациентов, полностью и скорее удовлетворенных оказанием медицинской помощи, статистически значимо повысилось с  $63,2 \pm 1,3\%$  в 2018 году до  $89,8 \pm 1,2\%$  в 2021 году, при этом уровень удовлетворенности за данный промежуток времени вырос с  $3,93 \pm 0,82$  баллов до  $4,45 \pm 0,71$  баллов.

По данным программы для ЭВМ по мониторингу удовлетворенности пациентов, в 2022 году показатели удовлетворенности были стабильными и существенно не изменились по сравнению с 2021 годом: доля пациентов, полностью и скорее удовлетворенных оказанием медицинской помощи в больнице, составила  $89,7 \pm 1,0\%$  при уровне удовлетворенности  $4,47 \pm 0,68$  баллов.

### **6.2.3. Динамика мнений врачей об удовлетворенности оказанием медицинской помощи**

Нами было проведено социологическое исследование врачей НЦГБ по вопросам изучения их мнений о проблеме удовлетворенности оказанием медицинской помощи. Исследование проводилось повторно в 2021 году по соответствующей анкете 2018 года с целью определения динамики мнений врачей с учетом внедрения организационной модели повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в объединенной городской больнице.

Опрошено 229 врачей (100% от числа наличествующего врачебного персонала в больнице). По данным исследования 2021 года, две трети врачей ( $67,7 \pm 3,1\%$ ) осведомлены о программе развития медицинской организации по повышению удовлетворенности пациентов медицинской помощью. В 2018 году данный показатель составлял существенно меньшее значение –  $53,2 \pm 3,3\%$  ( $z=3,191$ ,  $p=0,000142$ ), что свидетельствует о повышении

осведомленности врачей о данной программе. При этом доля врачей, не осведомленных о программе, сократилась с 11,1% в 2018 году до 4,4% в 2021 году ( $z=7,981$ ,  $p<0,0001$ ).

По мнению врачей НЦГБ, за период с 2018 года по 2021 год средний уровень профессиональной подготовки врачей несущественно вырос – с  $3,53\pm 0,71$ ; 95% CI [3,51-4,01] баллов до  $3,62\pm 0,84$ ; 95% CI [2,99-4,20] баллов (при этом отличной оценке респондентов соответствовало 5 баллов, хорошей – 4 балла, удовлетворительной – 3 балла, неудовлетворительной – 2 балла).

Удельный вес врачей, считающих уровень профессиональной подготовки врачей отличным и хорошим, вырос с  $51,1\pm 3,3\%$  до  $59,0\pm 3,3\%$  ( $z=1,707$ ,  $p=0,04387$ ).

Уровень и динамику профессиональной подготовки среднего медицинского персонала врачи-респонденты оценили несколько лучше. Так, средний уровень профессиональной подготовки средних медицинских работников, по мнению врачей, вырос с  $3,60\pm 0,84$  [3,01-4,21] баллов в 2018 году до  $3,70\pm 0,67$  [3,22-4,18] баллов в 2021 году ( $t=0,293$ ,  $p=0,7731$ ).

При этом доля врачей, считающих уровень профессиональной подготовки средних медицинских работников отличным и хорошим, статистически значимо вырос с  $59,1\pm 3,2\%$  до  $68,1\pm 3,1\%$  ( $z=2,008$ ,  $p=0,02231$ ).

За три года удовлетворенность врачей организацией оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях НЦГБ повысилась. Так, вырос удельный вес респондентов, полностью и скорее удовлетворенных организацией оказания медицинской помощи, с  $57,4\pm 3,2\%$  в 2018 году до  $79,0\pm 2,7\%$  в 2021 году ( $z=4,989$ ,  $p<0,0001$ ). При этом уровень удовлетворенности врачей повысился с  $3,60\pm 0,70$  [3,10-4,10] баллов до  $3,86\pm 0,74$  [3,37-4,42] баллов ( $t=-0,933$ ,  $p=0,3630$ ).

Опрошенным врачам был предложен вопрос об оценке удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях. Удельный вес врачей, считающих, что пациенты

полностью или скорее удовлетворены оказанием медицинской помощи, вырос с  $57,4 \pm 3,2\%$  в 2018 году до  $79,0 \pm 2,7\%$  в 2021 году ( $z=4,989$ ,  $p<0,0001$ ). Уровень удовлетворенности пациентов, по мнению врачей, также вырос с  $3,51 \pm 0,53$  [ $3,12-3,88$ ] баллов до  $3,88 \pm 0,74$  [ $3,37-4,42$ ] баллов.

В течение 2018–2021 годов удовлетворенность врачей организацией оказания медицинской помощи в стационарных условиях НЦГБ также повысилась. Увеличилась доля респондентов, полностью и скорее удовлетворенных организацией оказания медицинской помощи, с  $73,8 \pm 2,9\%$  в 2018 году до  $92,1 \pm 1,8\%$  в 2021 году ( $z=5,281$ ,  $p<0,0001$ ). При этом уровень удовлетворенности врачей повысился с  $3,86 \pm 0,63$  [ $3,75-4,65$ ] баллов до  $4,16 \pm 0,63$  [ $3,35-4,25$ ] баллов.

На вопрос об оценке удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях со стороны врачей были получены следующие ответы. Удельный вес врачей, считающих, что пациенты полностью или скорее удовлетворены оказанием медицинской помощи, вырос с  $81,3 \pm 2,5\%$  в 2018 году до  $93,4 \pm 1,6\%$  в 2021 году ( $t=3,935$ ,  $p=0,00008$ ). Уровень удовлетворенности пациентов, по мнению врачей, также вырос с  $3,90 \pm 0,99$  [ $3,19-4,61$ ] баллов до  $4,28 \pm 0,38$  [ $3,82-4,78$ ] баллов ( $t=-1,053$ ,  $p=0,3065$ ). По данному вопросу врачи также дают более низкие оценки относительно самих пациентов (таблица 6.6).

**Таблица 6.6**

Некоторые показатели оценки и удовлетворенности врачей больницы отдельными аспектами оказания медицинской помощи в 2018 и 2021 гг.

№ п/п	Показатель	2018	2021	2021 г./ 2018 г., в %	Статистическая значимость различия (z, p, t)
1.	<b>Оценка врачами уровня профессиональной подготовки врачей больницы:</b> - доля лиц, давших отличную и хорошую оценку, в %;	$51,1 \pm 3,3$	$59,0 \pm 3,3$	115,7	$z=1,707$ , $p=0,0439$ $t=-0,287$ ,

	- уровень удовлетворенности, в баллах	3,53±0,71	3,62±0,84	102,5	p=0,7771
2.	<b>Оценка врачами уровня профессиональной подготовки среднего медицинского персонала больницы:</b> - доля лиц, давших отличную и хорошую оценку, в %; - уровень удовлетворенности, в баллах	59,1±3,2 3,60±0,84	68,1±3,1 3,70±0,67	115,2 102,8	z=2,008, p=0,0446 t=0,293 p=0,77731
3.	<b>Удовлетворенность врачей организацией медицинской помощи в амбулаторных условиях:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; - уровень удовлетворенности, в баллах	57,4±3,2 3,60±0,70	79,0±2,7 3,86±0,74	137,6 107,2	z=4,989, p<0,0001 t=-0,933, p=0,3630
4.	<b>Оценка врачами удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; - уровень удовлетворенности, в баллах	49,8±3,3 3,51±0,53	76,5±2,8 3,88±0,74	153,6 110,5	z=5,938, p<0,0001 t=-1,395, p=0,18
5.	<b>Удовлетворенность врачей организацией медицинской помощи в стационарных условиях:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; - уровень удовлетворенности, в баллах	73,8±2,9 3,8±0,63	92,1±1,8 4,16±0,63	124,8 107,8	z=5,281, p<0,0001 t=1,414, p=0,1744
6.	<b>Оценка врачами удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях:</b> - доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, в %; - уровень удовлетворенности, в баллах	81,3±2,5 3,90±0,99	93,4±1,6 4,28±0,68	114,9 109,7	z=3,935, p=0,00004 t=-1,053, p=0,3065

Примечание: двухвыборочный *t* - критерий, *z* - критерий, *p* - уровень значимости.

Внедрение организационной модели повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи позволило повысить удовлетворенность врачей условиями труда в медицинской организации в целом. Так, доля врачей, удовлетворенных условиями труда, повысилась с  $76,2 \pm 2,8\%$  в 2018 году до  $90,8 \pm 1,9\%$  в 2021 году ( $z=4.244$ ,  $p=0,00001$ ). В то же время внедрение организационной модели не повлияло на удовлетворенность врачей уровнем дохода в больнице. Если в 2018 году  $53,2 \pm 3,3\%$  врачей были удовлетворены уровнем своего дохода, то в 2021 году данный показатель вырос незначительно, до  $56,3 \pm 3,3\%$  ( $z=0,679$ ,  $p=0,24842$ ), что требует дальнейшего изучения и проведения корректирующих мероприятий.

**Резюме.** Медико-организационные мероприятия, разработанные в результате реализации проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области при оказании медицинской помощи, позволили создать и внедрить организационную модель повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи на примере объединенной городской больницы – ГБУЗ СО «Новокуйбышевская центральная городская больница».

Организационная модель предполагает набор взаимосвязанных элементов, реализуемых в рамках одной медицинской организации, с учетом изучения удовлетворенности пациентов и мнений врачей по вопросам удовлетворенности медицинской организацией (в амбулаторных и стационарных условиях); разработки программы для ЭВМ по мониторингу удовлетворенности пациентов в объединенной городской больнице; разработки и реализации мер по повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи; разработки показателей и оценки результативности внедрения организационной модели.

В рамках организационной модели нами разработаны показатели и дана оценка результативности внедрения организационной модели повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в

амбулаторных и стационарных условиях, а также с учетом мнений врачей об удовлетворенности оказанием медицинской помощи.

Оценка динамики показателей в 2018 и 2021 годах позволяет констатировать результативность внедренной организационной модели. Так, в амбулаторных условиях существенно сократились такие показатели, как время ожидания приема врача с момента обращения в поликлинику – с 4,7 до 2,8 дней; доля лиц, испытавших трудности при записи на прием к врачу, – с 42,1% до 17,8%; время ожидания приема врача в очереди – с 29,8 мин. до 19,1 мин. Существенно выросла удовлетворенность оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях в целом: доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, повысилась с 59,3% до 88,9%, а уровень удовлетворенности – с 3,81 балла до 4,34 балла. Средние сроки ожидания плановой госпитализации удалось сократить с 9,5 дня в 2018 году до 6,5 дня в 2021 году.

Отмечена положительная динамика показателей удовлетворенности пациентов стационара НЦГБ различными аспектами оказания медицинской помощи, а также оказанием медицинской помощи в целом. Так, доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных оказанием медицинской помощи в стационарных условиях, повысилась с 67,3% до 90,8%, а уровень удовлетворенности – с 4,06 балла до 4,55.

В целом по объединенной городской больнице доля пациентов, полностью и скорее удовлетворенных оказанием медицинской помощи, статистически значимо повысилось с  $63,2 \pm 1,3\%$  в 2018 году до  $89,8 \pm 1,2\%$  в 2021 году, при этом уровень удовлетворенности за данный промежуток времени вырос с  $3,93 \pm 0,82$  баллов до  $4,45 \pm 0,71$  баллов. По данным программы для ЭВМ по мониторингу удовлетворенности пациентов, в 2022 году показатели удовлетворенности были стабильными и существенно не изменились по сравнению с 2021 годом: доля пациентов, полностью и скорее удовлетворенных оказанием медицинской помощи в больнице, составила  $89,7 \pm 1,0\%$  при уровне удовлетворенности  $4,47 \pm 0,68$  баллов.

Мнения врачей по вопросам удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в объединенной больнице также демонстрируют положительную динамику за 2018–2021 годы, в частности значительно повысилась удовлетворенность врачей организацией медицинской помощи в амбулаторных условиях (с 57,4% до 79,0%), в стационарных условиях (с 73,8% до 92,1%), а также оценка врачей удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях (с 49,8% до 76,5%) и стационарных условиях (с 81,3% до 93,4%).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение и повышение уровня удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи на разных этапах и в различных условиях ее оказания является важной задачей организации здравоохранения на современном этапе. Удовлетворенность медицинской помощью является одним из ключевых показателей качества и эффективности деятельности медицинских организаций и органов управления здравоохранением.

В литературе имеется достаточное число работ, посвященных удовлетворенности отдельными сторонами медицинской помощи, однако исследований, изучающих пути повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в современных условиях в рамках субъектов Федерации и на уровне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, недостаточно.

Целью настоящего исследования явилась разработка научно обоснованной организационной модели повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в объединенной городской больнице.

В число задач исследования входило проведение анализа удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях; изучение мнения врачей по повышению удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях; научное обоснование разработки регионального проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области при оказании медицинской помощи; разработка, внедрение и оценка результативности организационной модели повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в объединенной городской больнице.

Понятие «удовлетворенность медицинской помощью» в настоящее время продолжает формироваться. Удовлетворенность пациентов зависит от многих факторов, она достаточно динамична. При удовлетворенности оказанием медицинской помощи отмечается положительное отношение пациента к полученной услуге, основанное на совпадении его ожиданий с полученным результатом.

Согласно литературным данным, население России менее удовлетворено системой здравоохранения в целом и ее отдельными компонентами. Такие факторы, как хороший уровень здоровья, высокий социально-экономический статус, доверие к медицинскому персоналу, удовлетворенность медицинским обслуживанием, повышают уровень удовлетворенности населения системой здравоохранения в целом.

Исследование удовлетворенности пациентов медицинской помощью определяется с точки зрения управления качеством медицинской помощи. Уровень удовлетворенности медицинским обслуживанием является важным компонентом оценки качества предоставляемых медицинских услуг. Результаты исследования удовлетворенности служат источником информации для выявления важных проблем для пациентов и разработки организационных и управленческих решений для повышения качества услуг в медицинских организациях и системах здравоохранения.

На данный момент существует значительное количество различных типов анкет для измерения удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием, но не все анкеты отличаются высоким качеством и сопоставимы друг с другом, что затрудняет интерпретацию и анализ результатов.

Несмотря на достаточное количество исследований, посвященных изучению удовлетворенности населения медицинским обслуживанием, способы повышения удовлетворенности описаны довольно широко, в общем

виде, часто без привязки к конкретному региону и конкретной медицинской организации.

Исследование проводилось в течение 2018–2023 годов в городском округе Новокуйбышевск – городе областного подчинения Самарской области со среднегодовой численностью населения за указанный период 101,2 тыс. человек. Город расположен в 20 км к юго-западу от города Самары, областного центра с населением более 1,136 млн человек (2022 год). Город Новокуйбышевск связан хорошим транспортным сообщением (автомобильным, водным, железнодорожным) с областным центром, а также с другими населенными пунктами области, в том числе с близлежащими сельскими муниципальными районами. В городе развиты различные отрасли промышленности, особенно нефтепереработка и нефтехимия.

ГБУЗ СО НЦГБ было нами выбрано в качестве базы исследования не случайно. Это одно из крупнейших медицинских учреждений Самарской области с достаточной ресурсной базой, оказывающее медицинскую помощь населению большого (около 100000 жителей) города, где могут быть реализованы организационные мероприятия в области медицинского обслуживания. Основным периодом наблюдения был временной интервал с 2017 года по 2022 год.

Основными объектами исследования были определены удовлетворенность населения оказанием медицинской помощи, ГБУЗ СО НЦГБ. Предметом исследования является комплекс организационных решений, направленных на повышение удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи.

Единицами наблюдения были взрослые (18 лет и старше) пациенты ГБУЗ СО, получающие медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях; врачи ГБУЗ СО НЦГБ; врачи – организаторы здравоохранения Самарской области.

Решение поставленной цели и выполнение задач исследования включали в себя реализацию следующих основных этапов: научный анализ литературных данных, включая нормативно-правовые источники, о медицинских и социальных аспектах повышения удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи; разработка плана, программы и научно-методического инструментария исследования; исследование удовлетворенности оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях; исследование удовлетворенности оказанием медицинской помощи в стационарных условиях; научные основы организации регионального пилотного проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области при оказании медицинской помощи; разработка, внедрение и оценка результативности организационной модели повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в объединенной городской больнице.

Для решения поставленных в процессе исследования задач нами использовались современные методы исследования: аналитический, социологический, статистический, экспертных оценок, организационного моделирования.

В процессе изучения удовлетворенности взрослых пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях нами получена их медико-социальная характеристика, в результате анализа которой определено, что при среднем возрасте 49,8 года среди пациентов преобладают женщины (62,7%), лица с полным средним образованием (65,0%), состоящие в браке (54,4%), с удовлетворительным материальным положением (68,2%), работающие (63,5%).

Удовлетворительное состояние здоровья отмечают 54,7% пациентов (при средней оценке по пятибалльной шкале состояния здоровья 3,3 балла). Для 50,4% пациентов причиной обращения в амбулаторное подразделение является заболевание, большинство пациентов получает медицинскую

помощь за счет ОМС (91,9%), 46,9% пациентов обратились в медицинскую организацию непосредственно через регистратуру. В день обращения к врачу попало только 20,3% опрошенных пациентов, средний срок ожидания приема врача составил 4,7 дня. При этом 42,1% пациентов испытывали те или иные трудности при записи на прием к врачу.

Нами отмечена достаточно низкая удовлетворенность пациентов по различным аспектам оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях. Пациенты в той или иной степени не удовлетворены: работой регистратуры (в 42,4% при среднем уровне удовлетворенности 3,7 балла), условиями оказания медицинской помощи (44,3%, уровень удовлетворенности – 3,7 балла), полнотой информации об амбулаторной службе (45,1%, 3,7 балла), оказанием медицинской помощи врачом-участковым (42,1%, 3,8 балла), оказанием медицинской помощи врачом – узким специалистом (33,2%, 4,0 балла), оказанием медицинской помощи средним медицинским персоналом (29,6%, 4,1 балла), оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях в целом (40,7%, 3,8 балла).

Рассматривая медико-социальную характеристику врачей НЦГБ, следует отметить, что их средний возраст составляет 47,6 года, среди них преобладают женщины (74,0%), лица с удовлетворительным материальным положением (78,3%), с удовлетворительной самооценкой состояния здоровья (53,2% при среднем уровне 3,5 балла).

Более половины опрошенных врачей (53,2%) отметили осведомленность о наличии в медицинской организации программы по повышению удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Уровень профессиональной подготовки врачей респондентами оценивается в 3,5 балла (46,4% опрошенных – как хороший, 46,0% – как удовлетворительный). Уровень профессиональной подготовки среднего медицинского персонала оценивается в 3,6 балла (54,0% опрошенных – как хороший, 36,6% – как удовлетворительный). Врачи в той или иной степени не удовлетворены

организацией медицинской помощи в амбулаторных условиях (42,6% при среднем уровне удовлетворенности 3,6 балла), качеством медицинской помощи (34,0%, 3,5 балла). Половина врачей (50,2%) отмечает, что в различной степени пациенты не удовлетворены оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях (средний уровень удовлетворенности пациентов, по мнению врачей, составляет 3,5 балла).

Среди главных предложений врачей по повышению удовлетворенности пациентов в амбулаторных условиях – устранение дефицита персонала, особенно врачей, в том числе специалистов (40,7% ответов), повышение материально-технического обеспечения медицинской организации (23,1%) и улучшение уровня квалификации медицинского персонала (17,5%). Выявленные проблемы по обеспечению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях требуют проведения организационных мероприятий.

В процессе изучения удовлетворенности взрослых пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях нами получена их медико-социальная характеристика, в результате анализа которой определено, что при среднем возрасте 54,0 года среди пациентов преобладают женщины (61,7%), лица с полным средним образованием (55,0%), состоящие в браке (55,4%), с удовлетворительным материальным положением (57,8%), работающие (47,7%) и неработающие пенсионеры (33,4%).

Удовлетворительное состояние здоровья отмечают 42,8% пациентов (при средней оценке по пятибалльной шкале состояния здоровья 3,1 балла). Две трети (65,8%) пациентов госпитализируются по экстренным показаниям, большинство пациентов получает медицинскую помощь за счет средств ОМС (89,9%). Средний срок ожидания плановой госпитализации составил 9,5 дня.

Нами отмечена недостаточно высокая удовлетворенность пациентов по различным аспектам оказания медицинской помощи в стационарных условиях. Пациенты в той или иной степени не удовлетворены: условиями

оказания медицинской помощи в приемном отделении (в 34,0% при уровне удовлетворенности 3,9 балла), оказанием медицинской помощи в приемном отделении (в 28,3% случаев при уровне удовлетворенности 4,0 балла), полнотой информации о стационаре (25,0%, 4,1 балла), процессом диагностики (28,3%, 4,0 балла), процессом лечения (27,3%, 4,1 балла), санитарно-гигиеническими условиями (28,9%, 4,0 балла), питанием (32,9%, 3,8 балла), взаимоотношениями с врачами (31,7%, 4,0 балла), взаимоотношениями со средними медицинскими работниками (26,6%, 4,2 балла), оказанием медицинской помощи в стационарных условиях в целом (32,7%, 4,0 балла).

Врачи в той или иной степени не удовлетворены организацией медицинской помощи в стационарных условиях в 26,8% случаев (при среднем уровне удовлетворенности 3,9 балла), качеством медицинской помощи (30,1%, 3,7 балла). По мнению 18,7% врачей, пациенты в различной степени не удовлетворены оказанием медицинской помощи в стационарных условиях (средний уровень удовлетворенности пациентов, по мнению врачей, составляет 3,9 балла).

Основными предложениями врачей по повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях являются повышение материально-технического обеспечения медицинской организации (35,2% ответов), улучшение уровня квалификации медицинского персонала (19,2%), устранение дефицита персонала, включая врачей, средний и младший медицинский персонал (15,2%). Задачи обеспечения высокого уровня удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях необходимо решать путем постоянного проведения соответствующих организационных мероприятий.

В результате реализованного Проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области при оказании медицинской помощи нами разработаны основные направления по повышению

удовлетворенности населения оказанием медицинской помощью. По каждому направлению разработаны медико-организационные мероприятия со стороны органов управления здравоохранением регионального уровня и медицинских организаций, рассчитанные на среднесрочный период 2018–2021 годов. Медико-организационные мероприятия не требуют существенного дополнительного финансирования, могут быть реализованы за счет внутренних ресурсов медицинских организаций.

Реализация и оценка результативности разработанных медико-организационных мероприятий осуществлены на примере конкретной медицинской организации.

Медико-организационные мероприятия, разработанные в результате реализации проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области при оказании медицинской помощи, позволили создать и внедрить организационную модель повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи на примере объединенной городской больницы – ГБУЗ СО «Новокуйбышевская центральная городская больница».

Организационная модель предполагает набор взаимосвязанных элементов, реализуемых в рамках одной медицинской организации, с учетом изучения удовлетворенности пациентов и мнений врачей по вопросам удовлетворенности медицинской организацией (в амбулаторных и стационарных условиях); разработки программы для ЭВМ по мониторингу удовлетворенности пациентов в объединенной городской больнице; разработки и реализации мер по повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи; разработки показателей и оценки результативности внедрения организационной модели.

В рамках организационной модели нами разработаны показатели и дана оценка результативности внедрения организационной модели повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в

амбулаторных и стационарных условиях, а также с учетом мнений врачей об удовлетворенности оказанием медицинской помощи.

Оценка динамики показателей в 2018 году и 2021 году позволяет констатировать результативность внедренной организационной модели. Так, в амбулаторных условиях существенно сократились такие показатели, как время ожидания приема врача с момента обращения в поликлинику – с 4,7 до 2,8 дня; доля лиц, испытывавших трудности при записи на прием к врачу, – с 42,1% до 17,8%; время ожидания приема врача в очереди – с 29,8 мин. до 19,1 мин. Существенно выросла удовлетворенность оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях в целом: доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных, повысилась с 59,3% до 88,9%; уровень удовлетворенности – с 3,81 балла до 4,34 балла.

Средние сроки ожидания плановой госпитализации удалось сократить с 9,5 дня в 2018 году до 6,5 дня в 2021 году. Отмечена положительная динамика показателей удовлетворенности пациентов стационара НЦГБ различными аспектами оказания медицинской помощи, а также оказанием медицинской помощи в целом. Так, доля лиц, полностью и скорее удовлетворенных оказанием медицинской помощи в стационарных условиях, повысилась с 67,3% до 90,8%, а уровень удовлетворенности – с 4,06 балла до 4,55.

В целом по объединенной городской больнице доля пациентов, полностью и скорее удовлетворенных оказанием медицинской помощи, статистически значимо повысилась с  $63,2 \pm 1,3\%$  в 2018 году до  $89,8 \pm 1,2\%$  в 2021 году, при этом уровень удовлетворенности за данный промежуток времени вырос с  $3,93 \pm 0,82$  баллов до  $4,45 \pm 0,71$  баллов. По данным программы для ЭВМ по мониторингу удовлетворенности пациентов, в 2022 году показатели удовлетворенности были стабильными и существенно не изменились по сравнению с 2021 годом: доля пациентов, полностью и скорее удовлетворенных оказанием медицинской помощи в больнице, составила  $89,7 \pm 1,0\%$  при уровне удовлетворенности  $4,47 \pm 0,68$  баллов.

Мнения врачей по вопросам удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в объединенной больнице также демонстрируют положительную динамику за 2018–2021 годы, в частности значительно повысилась удовлетворенность врачей организацией медицинской помощи в амбулаторных условиях (с 57,4% до 79,0%), в стационарных условиях (с 73,8% до 92,1%), а также оценка врачей удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях (с 49,8% до 76,5%) и стационарных условиях (с 81,3% до 93,4%).

## ВЫВОДЫ

1. Отмечена невысокая удовлетворенность пациентов объединенной больницы по различным аспектам оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (3,8 балла). Наименьшая удовлетворенность установлена: работой регистратуры (в 42,4% случаев при среднем уровне удовлетворенности 3,7 балла), условиями оказания медицинской помощи (44,3%, уровень удовлетворенности – 3,7 балла), полнотой информации об амбулаторной службе (45,1%, 3,7 балла). Пациенты высказали предложения по улучшению материально-технической базы медицинской организации, увеличению числа штатов врачей и среднего медицинского персонала, проведению ремонтных работ.

2. Определен удовлетворительный уровень самооценки профессиональной подготовки врачей (3,5 балла). Уровень своей профессиональной подготовки средний медицинский персонал также оценивает удовлетворительно (3,6 балла). Врачи недостаточно удовлетворены организацией медицинской помощи в амбулаторных условиях (средний уровень удовлетворенности – 3,6 балла), качеством медицинской помощи (3,5 балла). Основные предложения врачей по повышению удовлетворенности пациентов в амбулаторных условиях касаются устранения дефицита персонала, особенно врачей, в том числе специалистов, повышения материально-технического обеспечения медицинской организации и улучшения уровня квалификации медицинского персонала.

3. Отмечена хорошая удовлетворенность пациентов объединенной больницы по различным аспектам оказания медицинской помощи в стационарных условиях (4,1 балла). Наименьшая удовлетворенность установлена: условиями оказания медицинской помощи в приемном отделении (в 34,0% случаев при уровне удовлетворенности 3,9 балла), оказанием медицинской помощи в приемном отделении (в 28,3% случаев при уровне удовлетворенности 4,0 балла), санитарно-гигиеническими условиями

(28,9%, 4,0 балла), питанием (32,9%, 3,8 балла), взаимоотношениями с врачами (31,7%, 4,0 балла). Пациентами были даны рекомендации по повышению уровня удовлетворенности оказанием медицинской помощи в стационарных условиях, направленные на улучшение материально-технической базы медицинской организации, проведение ремонтных работ, повышение уровня медицинской этики персонала.

4. Врачи не удовлетворены организацией медицинской помощи в стационарных условиях в 26,8% случаев (при среднем уровне удовлетворенности 3,9 балла), качеством медицинской помощи (30,1%, 3,7 балла). Основными предложениями врачей по повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях являются повышение материально-технического обеспечения медицинской организации, улучшение уровня квалификации медицинского персонала, устранение дефицита персонала.

5. В рамках проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области при оказании медицинской помощи разработаны основные медико-организационные мероприятия, включающие повышение правовой культуры и обеспечение соблюдения этических норм медицинскими работниками; повышение доступности медицинской помощи в амбулаторных условиях; совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий; решение кадровых проблем отрасли здравоохранения; улучшение санитарно-технического состояния и материального обеспечения медицинских организаций; совершенствование менеджмента медицинских организаций.

6. С учетом реализации проекта по повышению удовлетворенности населения Самарской области при оказании медицинской помощи разработана и внедрена организационная модель повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в объединенной городской больнице, включающая изучение удовлетворенности пациентов и мнений врачей по

вопросам удовлетворенности медицинской организацией (в амбулаторных и стационарных условиях); разработку программы для ЭВМ по мониторингу удовлетворенности пациентов в объединенной городской больнице; разработку и реализацию мер по повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи; разработку показателей и оценку результативности внедрения организационной модели.

7. Реализация мер по повышению удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в рамках организационной модели, направленных на повышение качества организации работы медицинской организации, совершенствование организации работы поликлиники объединенной больницы, совершенствование службы качества больницы, повышение ресурсного обеспечения больницы, позволила повысить результативность показателей удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи в 2021 году: в амбулаторных условиях уровень удовлетворенности вырос до 4,3 балла; в стационарных условиях уровень удовлетворенности вырос до 4,6 балла. По данным мониторинга удовлетворенности пациентов, в 2022 году показатели удовлетворенности существенно не изменились по сравнению с 2021 годом: доля пациентов, полностью и скорее удовлетворенных оказанием медицинской помощи в больнице в целом, составила 89,7% при уровне удовлетворенности 4,5 балла.

## ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Органам управления в области здравоохранения регионального уровня:

1. Для совершенствования организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях необходимо проводить организационные мероприятия по повышению удовлетворенности населения при оказании медицинской помощи с учетом территориальных, медико-демографических особенностей специфики региона и медицинских организаций, а также предлагаемых показателей удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи.

2. Изучение мнений врачей (организаторов здравоохранения, лечащих врачей) по проблемам повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи необходимо использовать в качестве дополнительного источника информации для разработки путей повышения удовлетворенности оказанием медицинской помощи.

3. Разработанные медико-организационные мероприятия по повышению удовлетворенности населения при оказании медицинской помощи и организационная модель повышения удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в объединенной больнице могут быть использованы в качестве путей повышения удовлетворенности населения в других регионах и медицинских организациях.

Медицинским организациям:

4. Для мониторинга удовлетворенности и совершенствования организации медицинской помощи рекомендуется внедрить разработанную и апробированную программу по мониторингу удовлетворенности пациентов в медицинской организации.

5. Разработанные показатели удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, а также показатели мнений врачей об удовлетворенности оказанием

медицинской помощи применимы для использования в других медицинских организациях.

Образовательным организациям высшего медицинского образования:

6. Использовать материалы диссертационного исследования по повышению удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в образовательном процессе по вопросам организации медицинской помощи населению.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов, А.Ю. Медицинская активность и удовлетворение потребности населения в медицинской помощи / А.Ю. Абрамов, Д.И. Кича О.В. Рукодачный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26, № 5. – С. 266-270.
2. Агалаков, В.И. Система повышения качества стационарной хирургической помощи в крупной многопрофильной больнице /В.И. Агалаков, С.А. Куковякин. - Киров, 2004. – 192 с.
3. Агалаков, В.И. Удовлетворенность специализированной хирургической помощью / В.И. Агалаков, С.А. Куковякин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – № 5. – С. 47–48.
4. Аксенова, Е.И. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира / Е.И. Аксенова, О.В. Бессчетнова. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 40 с.
5. Александрова, М.С. Управление качеством медицинской реабилитации в санаторно-курортных условиях пострадавших от воздействия вибрации / М.С. Александрова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 22 с.
6. Алексеева, Н.Ю. Исследование удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения / Н.Ю. Алексеева, Л.П. Пчела, С.В. Макаров // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН. – 2011. - № 1(1). – С. 259-266.
7. Андреева, В.Э. Оценка удовлетворенности пациентов стационара медицинской помощью как инструмент повышения качества работы клиники

/ В.Э. Андреева, Е.В. Преображенская, Н.В. Белова, И.В. Черкасова // Медицина. – 2018. - № 2. – С. 117-130.

8. Андреев, В.А. Оптимизация методических и медико-организационных аспектов управления удовлетворенностью медицинскими услугами у населения, застрахованного в условиях ОМС: Автореф. дис. ...канд. мед. наук / В.А. Андреев. – Иваново, 2006. – 24 с.

9. Анисимов, М.В. Медико-социальные аспекты доступности, удовлетворенности населения качеством медицинской помощи и пути повышения их уровня: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук / М.В. Анисимов. – Воронеж, 2011. – 23 с.

10. Анкетирование пациентов как важный инструмент оценки качества медицинской помощи / А.К. Карменов, В.А. Тадтаев, Д.В. Заславский, Т.А. Волкова // Гуманитарные методы исследований в медицине: состояние и перспективы. – Саратов, 2007. – С. 299–301.

11. Артемьева, М.А. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью в различных условиях ее предоставления / М.А. Артемьева // Наука молодых. – 2017. – № 3. - С. 389-399.

12. Астафьев, Л.М. Социологический анализ удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи / Л.М. Астафьев: Автореф. дис. ...канд. социол. наук. – М., 2005. – 28 с.

13. Бадретдинов, Р.Р. Современные подходы и принципы организации восстановительного лечения в условиях санаторно-курортного комплекса Республики Башкортостан / Р.Р. Бадретдинов: Автореф. дис. ...докт. мед. наук. – М., 2006. – 48 с.

14. Берсенева, Е.А. Процессное управление в медицинских организациях / Е.А. Берсенева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. - № 4. – С. 80-99.

15. Бойков, В.А. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на основе технологий бережливого производства / В.А. Бойков: Автореф. дис. ...докт. мед. наук. – М., 2021. – 47 с.

16. Бреусов, А.В. Использование принципов процессного управления в медицинской организации / А.В. Бреусов, В.В. Харченко, Д.А. Бреусов, А.А. Оруджев // Актуальные вопросы профилактической медицины и санитарно-эпидемиологического благополучия населения: факторы, технологии, управление и оценка рисков: Сборник научных трудов. – Нижний Новгород, 2020. – С. 100-107.

17. Бузин, В.Н. Оценка населением качества и доступности паллиативной помощи: социологическое исследование / В.Н. Бузин, Д.В. Невзорова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. - № 68 (4). – С. 1-41.

18. Вартамян, Ф.Е. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения / Ф.Е. Вартамян, В.А. Алексеев, И.С. Шурандина // Здравоохранение. – 2009. - №11. – С. 57-67.

19. Волкова, Н.В. Шкалы Лайкерта и Раша: сравнительный анализ результатов / Н.В. Волкова // Современные методы интеллектуального анализа данных в экономических, гуманитарных и естественнонаучных исследованиях. Пятигорск: Изд-во Российского экономического университета им. Г.В. Плеханова. – 2016. – С. 438–447.

20. Вуори, Х.В. Обеспечение качества медицинского обслуживания / Х.В. Вуори // Европейское бюро ВОЗ. – Копенгаген, 1985. – 178 с.

21. ВЦИОМ. Эффективность российского здравоохранения и система ОМС. Пресс-выпуск № 3516. - 2017. - URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116534> (дата обращения: 12.11.2019 г.).

22. Выявление проблемных зон и определение путей оптимизации процессов при организации работы регистратуры муниципальной

стоматологической поликлиники при внедрении методов «бережливого производства» / И.В. Русакова, А.Ф. Чернавский, В.И. Петрова, С.М. Зиньковская // Проблемы стоматологии. - 2018. - № 1. – С. 110–115.

23. Гайсина, А.Р. Удовлетворенность населения медицинской помощью в зависимости от ее доступности / А.Р. Гайсина // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. - № 18 (2). – С. 439-444.

24. Гмурман, В.Е. Теория вероятностей и математическая статистика / В.Е. Гмурман. – М.: Высшая школа, 2003. – 479 с.

25. Гордиенко, В.Н. Удовлетворенность профессиональной деятельностью как психологический критерий личностно-профессионального развития учителя / В.Н. Гордиенко: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Иркутск, 2004. – 24 с.

26. ГОСТ Р ИСО 9000— 2015: Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. – М., 2015. – 49 с.

27. ГОСТ Р ИСО 9241-210-2012: Эргономика взаимодействия человек-система. Часть 210. Человеко-ориентированное проектирование интерактивных систем. – М., 2013. – 32 с.

28. Гриненко, А.Я. Использование социологических опросов населения для принятия управленческих решений в здравоохранении / А.Я. Гриненко, В.М. Гришин // Проблемы управления здравоохранением. - 2003. - № 3. - С. 38-40.

29. Давыдовский, С.В. Мнение потребителей психиатрической помощи как один из показателей качества медицинского обслуживания / С.В. Давыдовский // Материалы II съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь. – Гродно, 2001. – С. 10.

30. Декларация о пациент-ориентированном здравоохранении Томской области / И.А. Деев, С.В. Барановская, В.А. Бойков, В.Н. Грахов, А.П. Кравченко, О.С. Кобякова / Бюллетень сибирской медицины. - 2019. - № 18 (2). – С. 175–180.

31. Диспансеризация и здравоохранение России. Сообщение I. Состояние здоровья населения и организация профилактических осмотров / О.П. Щепин, О.Е. Петручук, Р.В. Коротких, Ф.А. Давлетшин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2011. - № 2. – С. 3-7.
32. Ержанов, Е.К. Теоретические основы понятия «удовлетворенность» населения качеством медицинской помощи / Е.К. Ержанов, Э.М. Сабыракин // Международный научный журнал Символ науки. – 2021. - № 12-2. – С. 55-58.
33. Еругина, М.В. Качество медицинской помощи – современные аспекты / М.В. Еругина, И.Л. Кром, Г.Н. Бочкарева, М.Г. Еремина, Е.М. Долгова // Главврач. – 2019. - № 8. – С. 40-44.
34. Журавлева, И. Социологическая оценка качества медицинской помощи в московском здравоохранении: проблемы и перспективы / И. Журавлева, А. Милехин, О. Караева // Московская медицина. – 2017. - № 16(1). – С. 45-49.
35. Зайцева, Е.В. Совершенствование организационно-методических подходов улучшения удовлетворенности больного медицинской услугой в системе ОМС / Е.В. Зайцева: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Иваново, 2005. – 24 с.
36. Захаров, И.А. Анализ мнений участников лечебно-диагностического процесса о качестве сестринской помощи / И.А. Захаров, Н.А. Жихарова // Гуманитарные методы исследований в медицине: состояние и перспективы. – Саратов, 2007. – С. 252–255.
37. Исследование удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи в стационарах Санкт-Петербурга (взрослая сеть) в 2014 году. Аналитический отчет МИАЦ. 2014. - URL: <http://zdrav.spb.ru/ru/reitingi/quality/> (дата обращения 03.12.2019 г.).

38. Кадыров Ф.Н. Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2014. - № 12. – С. 51–64.

39. Какорина, Е.П. Методика оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения / Е.П. Какорина // Здравоохранение. – 2011. - № 3. – С. 14-19.

40. Караева, О. Представления о справедливости и эффективности в системах здравоохранения различных стран (по данным ISSP / О. Караева // Вестник общественного мнения. - 2014. - № 1/2. - С. 50-65.

41. Качество стационарной медицинской помощи: мнения пациентов / А.Е. Орлов, В.В. Павлов, С.А. Суслин, Т.Н. Тарасова // Современные проблемы здоровья и пути решения: Сборник материалов I Международной научно-практической интернет-конференции. – Оренбург, 2014. – С. 90-95.

42. Кислицына, О.А. Факторы, оказывающие влияние на удовлетворенность россиян системой здравоохранения / О.А. Кислицына // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. - № 2 (66). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1152/30/lang,ru/> (дата обращения 10.09.2020 г.).

43. Кирюхин, О.Л. Проблема оценки качества медицинской помощи: ориентация на пациента (аналитический обзор анкет и опросников 1979-2017 годов) / О.Л. Кирюхин, В.И. Бузынин // Медицина. – 2017. - № 21(2). – С. 7-9.

44. Кича, Д.И. Влияние внедрения системы внутренней оценки деятельности персонала на показатели работы медицинской организации / Д.И. Кича, Е.Е. Комиссаров, Ю.А. Тюков, В.В. Царева, О.В. Рукодачный // Якутский медицинский журнал. – 2022. - № 2 (78). – С.42-44.

45. Кокорин, В.Г. Удовлетворенность пациентов медицинской реабилитацией в санаторно-курортных условиях / В.Г. Кокорин: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – СПб., 2011. – 18 с.

46. Комаров, Н.В. Организация и оценка качества неотложной хирургической помощи жителям сельской местности на этапах медицинского обслуживания в современных условиях / Н.В. Комаров: Автореферат дисс. ... докт. мед. наук. – Рязань, 2002. – 43 с.

47. Кондратова, Н.В. Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов в медицинской организации / Н.В. Кондратова // В мире научных открытий. - 2016. - № 5. – С. 23–37.

48. Коновалов, О.Е. К вопросу формирования информационной базы мониторинга кадрового состава в здравоохранении / О.Е. Коновалов, А.Б. Зудин, Л.Р. Чахоян. – Главврач. – 2020. - № 4. – С. 34-39.

49. Короткова, А.В. Новая методология улучшения качества медицинской помощи в России // Главврач. – 2003. – № 2. – С. 46–49.

50. Костина, Г.В. Методические и медико-организационные аспекты оптимизации управления решением медико-социальных проблем удовлетворительности потребителей на этапе оказания стационарной медицинской услуги / Г.В. Костина: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – Иваново, 2007. – 20 с.

51. Кочкина, Н.Н. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения / Н.Н. Кочкина, М.Д. Красильникова, С.В. Шишкин. - Москва: Изд. дом Высш. шк. экономики, 2015. - 56 с.

52. Кочубей А.В. Качество медицинской помощи: теория / А.В. Кочубей // Московский хирургический журнал. – 2017. - № 1 (53). – С. 48-52.

53. Куницкая, С.В. К проблеме удовлетворенности населения медицинской помощью. - URL: <http://www.minzdrav.by/med/docs/journal/St4-2006-3.doc> (дата обращения 12.10.19 г.).

54. Куприянова, В.И. Оценка эффективности деятельности страховых представителей по защите прав застрахованных / В.И. Куприянова // Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 17: Сборник научных трудов. – СПб., 2012. - С. 270-272.

55. Лавлинская, Л.И. Социальная оценка удовлетворенности медицинской помощью в амбулаторных условиях / Л.И. Лавлинская, Е.А. Черных, Т.А. Лавлинская // Международный научно-исследовательский журнал. - 2016. - № 8 (50). - URL: <https://research-journal.org/archive/8-50-2016-august/socialnaya-ocenka-udovletvorennosti-medicinskoj-pomoshhyu-v-ambulatornykh-usloviyax> (дата обращения: 27.03.2020 г.).

56. Лактионова, Л.В. Организация информационного пространства медицинского учреждения / Л.В. Лактионова // Социальные аспекты здоровья населения. - 2013. - № 13 (30). - С. 14-17.

57. Леонтьева, Л.С. Удовлетворенность населения медицинскими услугами как индикатор качества системы здравоохранения / Л.С. Леонтьева, Т.В. Халилова, Ж.Ю. Кургаева // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. - Т. 18, № 6. – С. 133-136.

58. Линденбратен, А.Л. Методологические основы и организационные технологии оценки качества и эффективности медицинской помощи: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук / А.Л. Линденбратен. – М., 1994. – 48 с.

59. Лисицын, Ю.П. К вопросу о критериях качества медицинской помощи / Ю.П. Лисицын, К.А. Отдельнова // Здравоохранение Российской Федерации. – 1990. – № 11.– С. 3–6.

60. Лузгарева, О.И. Социологическая оценка качества медицинской помощи в системе управления здравоохранением региона: Автореф. дисс. ...канд. социол. наук / О.И. Лузгарева. – Чита, 2011. – 23 с.

61. Лутова, Н.Б. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: состояние вопроса / Н.Б. Лутова, А.В. Борцов, В.Д. Вид. - URL: [http://www.old.consilium-medicum.com/media/bechter/07\\_01.shtml](http://www.old.consilium-medicum.com/media/bechter/07_01.shtml) (дата обращения 16.10.19 г.).

62. Максимова, Т.М. Особенности восприятия пациентами разных стран условий оказания медицинской помощи / Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2011. - № 3. - С. 8-10.

63. Малыхина, М.А. Коммуникации в системах управления качеством в отечественном и зарубежном здравоохранении / М.А. Малыхина // Коммуникология. – 2016. - № 4 (3). – С. 76–89.

64. Медико-социологическое исследование врачей по проблемам удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи / С.А. Суслин, П.В. Тимяшев, А.В. Вавилов, Н.С. Измалков, Д.С. Зинатуллина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2022. - № 4 – С. 754 – 776.

65. Менеджмент в здравоохранении: монография / А.Е. Орлов, В.В. Павлов, Е.А. Вакулич, С.А. Суслин. – Самара: СамГМУ, 2015. – 264 с.

66. Мерков, А.М. Санитарная статистика / А.М. Мерков, Л.Е. Поляков. – Л., Медицина, 1974. – 384 с.

67. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи / Н.И. Вишняков, М.В. Петров, Н.Г. Петрова, С.А. Балохина // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. – № 2. – С. 43–45.

68. Москвина, С.С. Медико-организационные аспекты удовлетворенности взрослых пациентов оказанием медицинской помощи в поликлиниках / С.С. Москвина: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – М., 2013. – 24 с.

69. Москвина, С. «Тайный пациент» как механизм повышения удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи / С. Москвина. – Врач. – 2017. - № 1. – С. 77-78.

70. Недодаева, Т.С. Удовлетворенность качеством медицинской помощи ВИЧ-инфицированных пациентов как фактор формирования

установок на лечение / Т.С. Недодаева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2009. – 25 с.

71. Нелидова, А.А. Формирование механизма повышения качества социальных услуг / А.А. Нелидова: Автореф. дис. ... канд. экон. наук. – СПб., 2008. – 22 с.

72. Николаев, Н.С. Роль информатизации в системе управления качеством в специализированной медицинской организации (на примере ФГБУ «Федеральный Центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России, г. Чебоксары). - Вестник Росздравнадзора. - 2014. - № 2. – С. 53-58

73. Нилов В.М. Социология здоровья: учебное пособие / В.М. Нилов. - Петрозаводск, 2002. - 158 с.

74. Носырова, О.М. Исследование влияния факторов на удовлетворенность населения медицинской помощью / О.М. Носырова, Т.В. Ртищева // IX Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы управления экономикой региона»: Сборник научных статей. – СПб., 2012. – С. 1-8.

75. Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения. - URL: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/2516-obobschennyye-rezultaty-sotsiologicheskikh-issledovaniy-tnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdravoohraneniya> (дата обращения 23.11.2019 г.).

76. Об организации работы по обеспечению технической возможности выражения мнений пациентами о качестве условий оказания услуг медицинскими организациями на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в сети «Интернет» / Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 июля 2018 г. № 442. - URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71889420/> (дата обращения: 21.12.2020 г.).

77. Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения / Приказ Минздрава России от 31.10.2013 № 810а. - URL: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/5363-prikaz-minzdrava-rossii-ot-31-oktyabrya-2013-g-810a> (дата обращения 12.11.2019 г.).

78. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323.

79. Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями / Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 мая 2015 г. № 240 URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9072-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-14-maya-2015-g-240-ob-utverzhdenii-metodicheskikh-rekomendatsiy-po-provedeniyu-nezavisimoy-otsenki-kachestva-okazaniya-uslug-meditsinskimi-organizatsiyami> (дата обращения 15.11.2019 г.).

80. Огвоздин, В.Ю. Управление качеством. Основы теории и практики / В.Ю. Огвоздин: Учебное пособие, 6-е издание, М., «Дело и Сервис», 2009. - 304 с.

81. Организационное моделирование работы регистратуры как механизм управления качеством медицинской помощи / С.А. Суслин, Л.С. Федосеева, И.М. Назаркина, Р.И. Гиннятулина // Главврач. – 2017. - № 9. – С. 47–54.

82. Орлов, А.Е. Научное обоснование системы обеспечения качества в условиях городской многопрофильной больницы: Автореф. ...дисс. докт. мед. наук / А.Е. Орлов. – Самара, 2016. – 45 с.

83. Орлов, А.Е. Управление качеством в здравоохранении: научно-практический опыт: монография / А.Е. Орлов, В.В. Павлов, С.А. Суслин, А.В. Вавилов. – Самара, 2021. – 269 с.

84. Оценка удовлетворенности населения медицинской помощью / Г.В. Шнайдер, И.А. Деев, О.С. Кобякова, В.А. Бойков, С.В. Барановская, Л.М.

Протасова, И.П. Шибалков // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. - № 4 (66). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1180/30/lang,ru/> (дата обращения 15.12.2020 г.).

85. Оценка удовлетворенности пациентов стационара медицинской помощью как инструмент повышения качества работы клиники / В.Э. Андреева, Е.В. Преображенская, Н.В. Белова, И.В. Черкасова // Медицина. – 2018. - № 2. – С. 117-130.

86. Павлов, В.В. Городская больница: опыт совершенствования организации работы: монография / В.В. Павлов, С.А. Суслин, С.В. Шешунова. – Самара, 2020. – 195 с.

87. Павлов, В.В. Мнения пациентов о качестве медицинской помощи в многопрофильном стационаре / В.В. Павлов, А.Е. Орлов, С.А. Суслин // Материалы Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения. – М., 2014. – С. 68-72.

88. Петри, А. Наглядная медицинская статистика / А. Петри, К. Сэбин // Пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010. – 168 с.

89. Петров, С.В. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью как элемент системы управления качеством медицинской помощи в военных лечебно-профилактических учреждениях / С.В. Петров: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2009. – 19 с.

90. Пилипенко, В.И. Современные тенденции развития рынка медицинских платных услуг в Российской Федерации / В.И. Пилипенко, Р.В. Жданов // Мир человека. – 2009. - № 1. – С. 110-119.

91. Потапова И.И. Роль и место оценки качества первичной медицинской помощи в управлении здравоохранением на уровне административной территории / И.И. Потапова, С.С. Белоносов // Материалы Российского научного форума «МедКомТех». - Москва, 2004. - С. 103–106.

92. Применение показателей удовлетворенности граждан для оценки результативности внедрения стандарта организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях / Л.М. Протасова, О.С. Кобякова, И.А. Деев, В.А. Бойков, И.П. Шибалков, С.В. Барановская // Социальные аспекты здоровья населения. - 2022. - Т. 68, № 1. – URL: // <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1338/30/lang,ru/> (дата обращения 12.05.2022 г.).

93. Противостояние логик: врач, пациент и власть в условиях реформирования системы здравоохранения: сводный аналитический отчет / Левада-центр. Аналитический центр Юрия Левады. – 2016. – 60 с.

94. Путин заявил, что число довольных качеством медицинской помощи россиян должно расти. – URL: [https://tass.ru/politika/11936751?](https://tass.ru/politika/11936751) (дата обращения 12.09.2021 г.).

95. Рагозина, Л.Г. Независимая оценка качества оказания социальных услуг: первые результаты / Л.Г. Рагозина, Е.А. Цацура // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2015. - № 1. – С. 3–13.

96. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – Москва: Медиа Сфера, 2006. – 305 с.

97. Решетников, А.В. Методология исследования в социологии медицины / А.В. Решетников. – М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2000. – 240 с.

98. Решетников, А.В. Социология медицины / А.В. Решетников. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 864 с.

99. Романов, А.С. Оценка удовлетворенности пациентов медицинской помощью: методические и практические подходы / А.С. Романов // Главврач. -2020. - № 5. – С. 69-74.

100. Романов, С.В. Пути повышения удовлетворенности пациентов при обслуживании в регистратуре поликлиники медицинской организации

системы ФМБА / С.В. Романов, С.А. Дзюбак, О.П. Абаева // Медицина экстремальных ситуаций. – 2017. - № 3 (61). – С. 47-50.

101. Российская социологическая энциклопедия / РАН. Институт социально-полит. исследований // Под общ. ред. акад. РАН Г. В. Осипова. - М.: НОРМА-ИНФРА-М, 1998. - 664 с.

102. Светличная, Т.Г. Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений (по данным социологического опроса) / Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова, А.В. Кудрявцев // Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. - № 3. – С. 18-21.

103. Светличная, Т.Г. Пациенты о качестве стационарного обслуживания / Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова, Е. Л. Борчанинова // Социологические исследования. – 2010. - № 7 (315). – С. 69-75.

104. Сепетлиев, Д.А. Статистические методы в научных медицинских исследованиях / Д.А. Сепетлиев // Пер. с болг. Под ред. А.М. Меркова. – М., Медицина, 1968. – 419 с.

105. Серегина, И.Ф. Информационные методы и средства повышения доступности и качества медицинской помощи / И.Ф. Серегина // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2007. – № 8. – С. 4–7.

106. Серегина, И.Ф. Результаты социологического исследования мнения населения Российской Федерации о качестве и доступности медицинской помощи / И.Ф. Серегина, А.Л. Линдербратен, Н.К. Гришина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2009. - № 5. - С. 3-7.

107. Смоленская, М.А. Удовлетворенность пациентов качеством оказания платных медицинских услуг в муниципальном и частном ЛПУ г. Барнаула // Синергия наук. - 2017. - № 9. – С. 381–386. – URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article0322> (дата обращения 02.11.2019).

108. Стародубов, В.И. Концептуальные подходы к формированию региональных информационных систем в здравоохранении с использованием

методов объектно-ориентированного системного анализа / В.И. Стародубов, Е.А. Савостин, А.В. Егоров // Проблемы управления здравоохранением. – 2004. - № 2 (15). – С. 5-9.

109. Стародубов, В.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер. – М., 2007. – 264 с.

110. Суслин, С.А. Организация и развитие медицинской помощи населению сельских районов с центрами в крупных городах / С.А. Суслин: Автореф. дис. ...докт. мед. наук. – М., 2006. – 48 с.

111. Суслин, С.А. Пациентоориентированные технологии организации медицинской помощи в стационаре / С.А. Суслин, А.В. Вавилов, Р.И. Гиннятулина // Наука и инновации в медицине. – 2019. – Т. 4 (2). – С. 48-52.

112. Суслин, С.А. Совершенствование организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови: монография / С.А. Суслин, И.Л. Давыдкин, Р.А. Шешунова. – Самара, 2021. – 196 с.

113. Суслин, С.А. Совершенствование системы управления качеством медицинской помощи: монография / С.А. Суслин, Р.И. Гиннятулина, А.В. Вавилов. – Самара, 2022. – 248 с.

114. Суслин, С.А. Современные подходы к определению качества медицинской помощи / С.А. Суслин // Здравоохранение. – 2010. - № 9. – С. 25-32.

115. Суслин, С.А. Удовлетворенность пациентов городской многопрофильной больницы медицинским обслуживанием / С.А. Суслин, А.В. Вавилов, Р.И. Гиннятулина // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Т. 5, № 4. – С. 118-125.

116. Суслин, С.А. Удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях / С.А. Суслин, П.В. Тимяшев, С.Х. Садреева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2022. - № 3. – С. 728–751.

117. Теоретический конструкт понятия удовлетворенности пациентов медицинской помощью / Д.А. Шелегова, Д.С. Тюфилин, И.А. Деев, О.С. Кобякова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2023. - № 2. - С. 1027-1047.

118. Тимяшев, П.В. Организационная модель путей повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи / П.В. Тимяшев // Сборник научных статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Аспирантские чтения — 2022: Молодые ученые — медицине. Технологическое предпринимательство как будущее медицины. SIMS — 2022: Samara International Medical Science». – Самара, 2022. – С. 246-250.

119. Тихомолов, М.В. Основные направления повышения удовлетворенности медицинским обслуживанием населения сельского района: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук / М.В. Тихомолов. – Иваново, 2005. – 24 с.

120. Тумусов, Ф.С. Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации / Ф.С. Тумусов, Д.А. Косенков. – М., Издание Государственной Думы, 2019. – 80 с.

121. Удовлетворенность медицинской помощью в Российской Федерации: факторы, влияющие на оценку / Д.С. Тюфилин, В.П. Чигрина, В.А. Медведев, И.А. Деев, О.С. Кобякова // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 8. – С. 68–80

122. Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодишь» или «пациент всегда прав»? / М.А. Садовой, О.С. Кобякова, И.А. Деев, Е.С. Куликов, Н.А. Табакаев, Д.С. Тюфилин Д.С. // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. - № 16 (1). – С. 152–161.

123. Удовлетворенность медицинской помощью: как измерить и сравнить? / О.С. Кобякова, И.А. Деев, Д.С. Тюфилин, Е.С. Куликов, Н.А. Табакаев, О.О. Воробьева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016.

- № 3 (49). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/753/30/lang,ru/> (дата обращения 08.11.2019 г.).

124. Удовлетворенность медицинской помощью (обзор литературы) / В.Г. Кокорин, С.А. Куковякин, И.В. Шешунов, Н.Д. Куковякина // Вятский медицинский вестник. – 2009. - № 2-4. – С. 69-77.

125. Удовлетворенность населения медицинской помощью как показатель ее качества / В.Ю. Байсугурова, Г.Т. Кашафутдинова, Г.Е. Аимбетова, М.А. Рамазанова, М.К. Кошимбеков, С.Б. Калмаханов // Вестник КазНМУ. – 2014. - № 1. – С. 393-395.

126. Удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской системой – важный критерий в менеджменте качества медицинской помощи / А.А. Старченко, М.Ю. Фуркалюк, И.Н. Курило, М.П. Карпочева, П.И. Алешин, С.А. Комарец // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2007. – № 8. – С. 12–17.

127. Файоль, А. Общее и промышленное управление / А. Файоль // Перевод на русский язык: Б. В. Бабина-Кореня. - М., 1923. - URL: <http://viewer.rusneb.ru/ru/rsl01007987755?page=64&rotate=0&theme=white> (дата обращения 13.11.2019).

128. Федорова, И.Ю. Повышение качества услуг в сфере здравоохранения / И.Ю. Федорова, Д.Н. Решетов // Экономика и социум: современные модели развития. – 2017. - № 16. – С. 135–151

129. Финансовый механизм в деятельности медицинских организаций / Г.И. Гусарова, В.В. Павлов, С.И. Кузнецов, Ю.А. Мальшин // Главврач. – 2003. – № 2. – С. 26–30.

130. Фоменко, А.Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидание относительно перспектив развития здравоохранения / А.Г. Фоменко // Медицинские новости. – 2011. – № 11. - С. 31-38.

131. Ханыгина, Ю.С. Удовлетворенность пациентов качеством оказываемых медицинских услуг / Ю.С. Ханыгина, И.В. Островская // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 68-73.

132. Характеристика удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях / С.А. Суслин, П.В. Тимяшев, А.В. Вавилов, С.Х. Садреева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2022. - № 3. – С. 27-34.

133. Цыганков, Б.Д. Подходы к изучению факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов медицинской помощью (по данным иностранной литературы) / Б.Д. Цыганков, Я.В. Малыгин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. - № 4. – С. 18-22.

134. Челенков, А.П. Управление качеством сервисных продуктов / А.П. Челенков // Энциклопедия маркетинга. - 2004. – URL: <http://www.marketing.spb.ruAib-rnm/chelenkov.htm> (дата обращения 01.11.2019).

135. Чумаков, А.С. Модель непрерывного улучшения качества медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования с позиций их потребителей (концептуальные и методические подходы): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. С. Чумаков. – М., 2010. – 43 с.

136. Шапарь, В.Б. Новейший психологический словарь / В.Б. Шапарь, В.Е. Россоха, О.В. Шапарь. – Издание 4-е. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2009. – 806 с.

137. Шахабов, И.В. Ключевые аспекты пациент-ориентированной модели управления медицинской организацией / И.В. Шахабов, Ю.Ю. Мельников, А.В. Смышляев // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2020. – № 3. – С. 34-38 URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1112> (дата обращения: 07.02.2021 г.).

138. Щепин, В.О. Эффективность деятельности регионального сосудистого центра при остром нарушении мозгового кровообращения / В.О. Щепин, Д.И. Лебедева, Ю.С. Решетникова, Н.Н. Княжева, А.С. Орлова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 5. – С. 808-812.

139. Экспериментальные методики и аппаратура. Экспресс-диагностика уровня психоэмоционального напряжения и его источников / О.С. Копина, Е.А. Сулова, Е.В. Заикина и др. – URL: <http://www.brsu.brest.by/> (дата обращения 15.10.19 г.).

140. Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement / R. Al-Abri, A. Al-Balushi // Oman Med. J. – 2014. - № 29 (1). – P. 3–7.

141. Almeida, R.S. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review / R.S. Almeida, S. Bourliataux-Lajoinie, M. Martins // Cad. Saude Publica. – 2015. - № 31(1). – P. 11-25.

142. Anderson, R.T. Willing to wait? The influence of patient wait time on satisfaction with primary care / R.T. Anderson, F.T. Camacho, R. Balkrishnan // BMC Health Serv. Res. – 2007. - № 7. – P. 31.

143. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale // D.L. Larsen, C.C. Attkisson, W.A. Hargreaves, T.D. Nguyen // Evaluation and Program Planning. – 1979. - № 2. – P. 197-207.

144. Assessment of patient satisfaction with psychiatric care. Development and clinical evaluation of a brief consumer satisfaction rating scale (UKU-ConSat) / U.G. Ahlfors, T. Lewander, E. Lindstrom E et al. // Nord J. Psychiatry. – 2001. - № 55 (Suppl. 44). – P. 71–90.

145. Billing, K. Improving patient satisfaction through information provision / K. Billing, H. Newland, D. Selva // Clin. Experiment. Ophthalmol. – 2007. - № 35(5). – P. 439–447.

146. Birk, H.O. Patients' experience of choosing an outpatient clinic in one county in Denmark: results of a patient survey / H.O. Birk, R. Gut, L/O. Henriksen // *BMC Health Serv. Res.* – 2011. № 11. – P. 262.
147. Blakely, T.A., Socioeconomic inequality in voting participation and self-rated health / T.A. Blakely, B.P. Kennedy, J. Kawachi // *Am. J. Public Health.* – 2001. – № 91. – P. 99–104.
148. Bleich, S.N. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? / S.N. Bleich, E. Ozaltin, C.J.L. Murray // *Bulletin of the World Health Organization*, 2009. - № 87. – P. 271-278.
149. Blendon R.J. The public versus the World Health Organization on health system performance / R.J. Blendon, M. Kim, J.M. Benson // *Health Affairs.* – 2001. № 20. – P. 10-20.
150. Blenkiron, P. What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? / P. Blenkiron, C.A. Hammill // *Postgrad. Med. J.* – 2003. - № 79. - P. 337–400.
151. Calman, M.W. Public trust in health care: the system or the doctor? /M. W. Calman., E. Sanford // *Quality and Safety in Health Care.* – 2004. – № 13. – P. 92–97.
152. Committee on quality of Health Care in America. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* - Washington, 2001 – 360 p.
153. Consumer satisfaction with an adolescent inpatient psychiatric unit / K. Marriage, J. Petrie, D. Worling // *Can. J. Psychiatry.* – 2001. -№ 46(10). – P. 969–975.
154. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care / V.S. Fan, M. Burman, M.B. McDonell, S.D. Fihn S.D. // *J. Gen. Intern. Med.* – 2005. - № 20(3). – P. 226-33.

155. Decety, J. The functional architecture of human empathy / J. Decety, P.L. Jackson // Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews. – 2004. - № 3. – P. 71-100.
156. Development, implementation, and public reporting of the HCAHPS survey / L.A. Giordano, M.N. Elliott, E. Goldstein, W.G. Lehrman, P.A. Spencer // Med. Care Res. Rev. – 2010. - № 67(1). – P. 27-37.
157. Development, internal consistency and reliability of the Verona service satisfaction scale – European Version. EPSILON Study 7. European. Psychiatric Services: Input Lined OVutcome Domains and Needs /M. Ruggeri, A. Lasalvia, R. Dall’agnola et al. // Brit. J. Psychiatry Suppl. – 2000. - № 39. – P. 41–48.
158. Do hospitals rank differently on HCAHPS for different patient subgroups? /M.N. Elliott, W.G. Lehrman, E. Goldstein, K. Hambarsoomian, M.K. Beckett, L.A. Giordano // Med. Care Res. Rev. – 2010. - № 67(1). – P. 56-73.
159. Doyle, J.J. Evaluating Measures of Hospital Quality / J.J. Doyle, Jr., J. A. Graves, J. Gruber // NBER. Working Paper № 23166, 2017. – 38 p.
160. Drain, M. Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions / M. Drain // J. Ambul. Care Manag. – 2001. - № 14 (2). – P. 30-46.
161. Emergency Department Crowding is Associated with Reduced Satisfaction Scores in Patients Discharged from the Emergency Department /K.L. Tekwani, Y. Kerem, C.D. Mistry, B.M. Sayger, E.B. Kulstad // West J. Emerg. Med. – 2013. - № 14 (1). – P. 11–15.
162. Entwistle, V.A. Public opinion on systems for feeding back views to the National Health Service / V.A. Entwistle //Quality and Safety in Health Care. – 2004. – № 7. – P. 124–129.
163. Epstein R.M. The Values and Value of Patient-Centered Care / R.M. Epstein, R.L Street Jr. // Ann. Fam. Med. – 2011. - № 9(2). – P. 100–103.
164. Functional status and patient satisfaction: a comparison of ischemic heart disease, obstructive lung disease, and diabetes mellitus / V.S. Fan, G.E. Reiber,

P. Diehr, M. Burman, M.D. McDonell, S.D. Fihn // *J. Gen. Intern. Med.* – 2005. - № 20 (5). – P. 452-459.

165. Glass, A.P. Identifying issues important to patients on a hospital satisfaction questionnaire/ A.P. Glass // *Psychiatr. Serv.* – 1995. –№ 46 (1). – P. 83–85.

166. Goldstein, L. Measuring Hospital Care from the Patients' Perspective: An Overview of the CAHPS Hospital Survey Development Process / L. Goldstein, M.B. Farquhar, C. Crofton, C. Darby, S. Garfinkel // *Health Services Research.* – 2005. - № 40 (6 Pt 2). – P. 1977-1995.

167. Graham, B. Defining and Measuring Patient Satisfaction / B. Graham // *J. Hand. Surg. Am.* – 2016. - № 41(9). – P. 929-931.

168. HCAHPS fact sheet. Centers for Medicare and Medicaid Services. Baltimore. 2013. - URL: [http://www.hcahpsonline.org/files/August\\_2013\\_HCAHPS\\_Fact\\_Sheet3.pdf](http://www.hcahpsonline.org/files/August_2013_HCAHPS_Fact_Sheet3.pdf) (дата обращения 12.11.2019)

169. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes / R.L. Street Jr, G. Makoul, N.K. Arora, R.M. Epstein // *Patient Educ. Couns.* – 2009. - № 74(3). – P. 295–301.

170. How do Europeans perceive their healthcare system patterns of satisfaction and preference for state involvement in the field of healthcare? / C. Wendt, J. Koh, M. Mischke, M. Pfeifer // *European Sociological Review.* – 2010. - № 26. – P. 177-192.

171. Inequities in health care: a five-country survey / R.J. Blendon, C. Schoen, C.M. Des Roches, R. Osborn, K.L. Scoles, K. Zapert // *Health Affairs.* - 2002. - № 21. – P. 182-191.

172. Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review / M. Beattie, D.J. Murphy, I. Atherton, W. Lauder // *Syst. Rev.* – 2015. -№ 4. – P. 97.

173. ISSP Research Group. International Social Survey Programme: Health and Health Care - ISSP 2011. GESIS Data Archive. Cologne. ZA5800 Data file

Version 3.0.0. - 2015. - URL: <https://doi.org/10.4232/1.12252> (дата обращения 02.12.2019 г.).

174. Jenkinson, C. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries / C. Jenkinson, A. Coulter, S. Bruster // *International Journal for Quality in Health Care*. – 2002. - № 14(5). – P. 353–358.

175. Keegan, O. A guide to Hospital Outpatient Satisfaction Surveys. Practical recommendations and the Satisfaction with Outpatient Services (SWOPS) questionnaire / O. Keegan, H. McGee. - 2003. - URL: [https://www.researchgate.net/publication/254645036\\_A\\_Guide\\_to\\_Hospital\\_Outpatient\\_Satisfaction\\_Surveys\\_Practical\\_Recommendations\\_and\\_the\\_Satisfaction\\_with\\_Outpatient\\_Services\\_SWOPS\\_Questionnaire](https://www.researchgate.net/publication/254645036_A_Guide_to_Hospital_Outpatient_Satisfaction_Surveys_Practical_Recommendations_and_the_Satisfaction_with_Outpatient_Services_SWOPS_Questionnaire) (дата обращения 12.11.2019 г.).

176. Labarere, J. Development of a French inpatient satisfaction questionnaire / J. Labarere // *International Journal for Quality in Health Care*. – 2001. - № 13(2). – P. 99-108.

177. Lee E.-W. Egalitarian health policy preference and its related factors in Korea: National Representative Sample Survey /E.-W. Lee, J.-H. Park // *Korean Med. Sci.* – 2015. - № 30. – P. 676-681.

178. Mac Donald, I. Measuring patient satisfaction with life in a long-stay psychiatric hospital / I. Mac Donald, C. Hoare // *Int. J. Soc. Psychiatry*. – 1988. - № 34(4). – P. 292–304.

179. Malat, J. Social distance and patients' rating of healthcare providers / J. Malat // *Journal of Health and Social Behavior*. – 2001. - № 42. – P. 360-372.

180. Managerial strategies and policies – Analysis of patient satisfaction based on demographic data /G. Radu, M. Radu, A. Condurache, V. Lorin Purcărea // *J. Med. Life*. – 2018. - № 11 (3). – P. 218–224.

181. McFarland, D.C. Demographic factors and hospital size predict patient satisfaction variance--implications for hospital value-based purchasing /D.C.

McFarland, K.A. Ornstein, R.F. Holcombe // *J. Hosp. Med.* – 2015. - № 10 (8). – P. 503–509.

182. McFarland, D.C. Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital pain management across the United States: A national study /D.C. McFarland, M.J. Shen, R.F. Holcombe // *J. Hosp. Med.* – 2016. - № 11 (7). – P. 498–501.

183. McMullen, M. Wait time as a driver of overall patient satisfaction in an ophthalmology clinic / M. McMullen, P.A. Netland // *Clin. Ophthalmol.* – 2013. - № 7. – P. 1655–1660.

184. Media, P.J. Consumers views of the maternity services: implication for change and quality assurance / P.J. Media, M. Morgan, C/D. Wolf // *Journal of Public Health Medicine.* – 1991. – № 2. – P. 120–126.

185. Missinne, S. The popular legitimacy of European healthcare systems: a multilevel analysis of 24 countries / S. Missinne, B. Meuleman, P. Bracke // *Journal of European Social Policy.* – 2013. - № 23. – P. 231-247.

186. Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality / A. Naidu // *Int. J. Health Care Qual. Assur.* – 2009. - № 22(4). –P. 366-381.

187. Nezenega, Z.S. Patient satisfaction on tuberculosis treatment service and adherence to treatment in public health facilities of Sidama zone, South Ethiopia / Z.S. Nezenega, Y.H. Gacho, T.E. Tafere // *BMC Health Serv. Res.* – 2013. - № 13. – P. 110.

188. Nguyen, T.D. Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of a service evaluation questionnaire /T.D. Nguyen, C.C. Attkisson, B.L. Stegner // *Evaluation and Program Planning.* – 1983. - № 6 (3, 4). – P. 299-314.

189. Nørgaard, B. Communication with patients and colleagues / B. Nørgaard // *Dan. Med. Bull.* – 2011. - № 58 (12). – P. 43-59.

190. Nursing: a key to patient satisfaction / A. Kutney-Lee, M.D. McHugh, D.M. Sloane, J.P. Cimiotti, L. Flynn, D.F. Neff et al. // *Health Aff. (Millwood).* – 2009. - № 28 (4). – P. 669–677.

191. Organizational Processes and Patient Experiences in the Patient-centered Medical Home / J. Aysola, M.M. Schapira, H. Huo, R.M. Werner // *Med. Care.* – 2018. - № 56 (6). – P. 497–504.
192. Patient satisfaction revisited: a multilevel approach / K.D. Hekkert, S. Cihangir, S.M. Kleefstra, B. van den Berg, R.B. Kool // *Soc. Sci. Med.* – 2009. - № 69. – P. 68-75.
193. Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care / B.G. Druss, R.A. Rosenheck, M. Stolar et al. // *Psychiatr. Serv.* – 1999. № 50. – P. 1053-1058.
194. Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in a French teaching hospital / L. Boyer, P. Francois, E. Doutre, G. Weil, J. Labarere // *International Journal for Quality in Health Care.* – 2006. - № 18 (5). – P. 359-364.
195. Predictors of Hospital Patient Satisfaction as Measured by HCAHPS: A Systematic Review / O. Mazurenko, T. Collum, A. Ferdinand, N. Menachemi // *J. Health Manag.* – 2017. - № 62 (4). – P. 272–283.
196. Public satisfaction as a measure of health system performance: a study of nine countries in the former Soviet Union / K. Footman, B. Roberts, A. Mills, E. Richardson, M. Mckee // *Health Policy.* – 2013. - № 112. – P. 62-69.
197. Public views of health system issues in four Asian countries / M. Bhatia, R. Rannan-Eliya, A. Somanathan, M.N. Huq, B.R. Pande, B. Chuluunzagd // *Health Affairs.* – 2009. - № 28. – P. 1067-1077.
198. Rentrop, M. Patient satisfaction with psychiatric care. Historical perspective, methods and results from the international literature / M. Rentrop, A. Bohm, W. Kissling // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* – 1999. - № 67 (10). - P. 456–475.
199. Robison, J. Leading the Way to Better Patient Care / J. Robison // *Gallup Business journal.* – 2012. - URL: <http://www.gallup.com/businessjournal/158840/leading-better-patient-care.aspx> (дата обращения 09.11.2019 г.).

200. Roy A.K. A Comprehensive Guide for Design, Collection, Analysis and Presentation of Likert and other Rating Scale Data / A.K. Roy. Kindle Edition, 2020. – 354 p.
201. Saltman, R.B. Critical challenges for health care reform in Europe / R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides. Open University Press, 1998. – 256 p.
202. Satisfaction and value: a meta-analysis in the healthcare context / S.S. Liu, E. Amendah, E.C. Chang, L.K. Pei // Health Marketing Quarterly. – 2006. - № 23. – P. 49-73.
203. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care / B.S. Hulka, S.J. Zyzanski, J.C. Cassel, S.J. Thompson // Med. Care. – 1970. - № 8(5). – P. 429-436.
204. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey / P. Bower, M. Roland, J. Campbell, N. Mead // BMJ. – 2003. - № 326. – P. 258.
205. Shmueli, A. Israelis evaluate their health care system before and after the introduction of the national health insurance law / A. Shmueli // Health Policy 2003. - № 63. – P. 279-287.
206. Soria, J. Exploring Relationships between Patient Safety Culture and Patient`s Assessments of Hospital Care / J. Soria, K. Khanna, N. Dyer // J. of Patient`s safety. - 2012. - Vol. 8 (3). - P. 131-139.
207. Stewart, M. The impact of patient centered care on outcomes / M. Stewart, J.B. Brown, A. Donner // J. Fam. Pract. – 2000. - № 49(9). – P. 796-804.
208. Solomon M. 8 Ways to Improve Patient Satisfaction, Patient Experience And (By The Way) HCAHPS Scores. – Forbes. 2015. – URL.: <https://www.forbes.com/sites/micahsolomon/2015/01/11/8-ways-to-improve-patient-satisfaction-and-patient-experience-and-by-the-way-improve-hcahps-scores/?sh=13d449c55191> (дата обращения 02.12.2019 г.).
209. Teutsch, C. Patient-doctor communication / C. Teutsch // Med. Clin. North Am. – 2003. - № 87(5). – P. 1115-1145.

210. The cost of health system change: public discontent in five nations / K. Donelan, R.J. Blendon, C. Schoen, K. Davis, K. Binns // *Health Affairs* 1999. - № 18. – P. 206-216.
211. The impact of patient-centered care on outcomes /M. Stewart, J.B. Brown, A. Donner, I.R. McWhinney, J. Oates, W.W. Weston et al. // *J. Fam. Pract.* – 2000. - № 49 (9). – P. 796–804.
212. The Patient Judgments of Hospital Quality (PJHQ) Questionnaire / H.R. Rubin, J.E. Ware Jr., E.C. Nelson, M. Meterko // *Med. Care.* – 1990. - № 28(9). – P. 51-56.
213. Tonio, S. Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany / S. Tonio, K. Joerg, K. Joachim // *International Journal for Quality in Health Care.* – 2011. - № 23(5). – P. 503-509.
214. Variation in racial and ethnic differences in consumer assessments of health care / N. Lurie, C. Zhan, J. Sangl, A.S. Bierman, E.S. Sekscenski // *Am. J. Manag. Care.* – 2003. - № 9 (7). – P. 502–509.
215. Ware, J.E. Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Medical Care Services. Vol I, Part A: Review of Literature, Overview of Methods and Results Regarding Construction of Scales / J.E. Ware, M.K. Snyder, W.R. Wright // *National Technical Information Service.* – 1976. – P. 288-329.
216. Wendt, C. Welfare states and public opinion: perceptions of healthcare systems, family policy and benefits for the unemployed and poor in Europe / C. Wendt, M. Mischke, M. Pfeifer. Cheltenham (UK), 2011. - 208 p.
217. Young, G.J. Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics / G.J. Young, M. Meterko, K.R. Desai // *Med. Care.* – 2000. - № 38 (3). – P. 325–334.
218. Zhang, J.H. Public satisfaction with the healthcare system in China during 2013-2015: a cross-sectional survey of the associated factors / J.H. Zhang,

X. Peng, C. Liu, Y. Chen, H. Zhang, O.O. Iwaloye // *BMJ Open*. – 2020. – № 10 (5): e034414. Published 2020 May 27. doi:10.1136/bmjopen-2019-034414.

219. Zopf, D. Patient and family satisfaction in a pediatric otolaryngology clinic / D. Zopf, A.W. Joseph, M.C. Thorne // *Int. J. Ped. Otorhinolaryngol.* – 2012. - № 76(9). – P. 1339–1342.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение № 1

### Анкета

**по изучению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях**

#### **Уважаемый пациент!**

Руководство Новокуйбышевской центральной городской больницы (НЦГБ) благодарит Вас за участие в анкетировании. Ваше участие с искренними ответами поможет нам в проведении мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи. Нужно подчеркнуть или обвести выбранные Вами варианты ответов.

Анкета анонимная, свою фамилию можете поставить только по желанию.

#### **1. Укажите Ваш возраст:**

1) 18–29 лет;      2) 30–44 года;      3) 45–59 лет;      4) 60 лет и старше

**2. Пол:** 1) мужской;    2) женский

#### **3. Ваше образование:**

1) высшее (в т.ч. неоконченное);    2) среднее (общее, специальное);  
3) неполное среднее

#### **4. Ваше семейное положение:**

1) в браке (в т.ч. гражданском); 2) вдовец (вдова); 3) в разводе (в т.ч. неоформленном); 4) никогда не был(а) в браке

#### **5. Ваше материальное положение:**

1) хорошее;      2) удовлетворительное;    3) неудовлетворительное

#### **6. Ваш социальный статус:**

1) работающий(ая); 2) временно неработающий(ая); 3) безработный(ая);  
4) студент (учащийся); 5) домохозяйка; 6) пенсионер

#### **7. Как Вы оцениваете свое здоровье:**

1) отличное;      2) хорошее;      3) удовлетворительное;  
4) плохое;      5) очень плохое

#### **8. По какой причине Вы обратились в поликлиническое подразделение НЦГБ:**

1) заболевание (в т.ч. травма); 2) профосмотр (от работодателя);

- 3) диспансеризация; 4) получение справки

**9. Оказание медицинской помощи Вам проводится:**

- 1) по обязательному медицинскому страхованию; 2) по платным услугам;  
3) по добровольному медицинскому страхованию

**10. Каким образом Вы попали на прием к врачу:**

- 1) при обращении в регистратуру лично; 2) через лечащего врача  
3) по телефону; 4) через интернет; 5) другое (укажите) \_\_\_\_\_

**11. Когда Вы попали на прием к врачу с момента обращения в НЦГБ:**

- 1) в тот же день; 2) на следующий день;  
3) в другое время (укажите срок ожидания в днях) \_\_\_\_\_

**12. Испытывали ли Вы трудности при записи на прием к врачу:**

- 1) да; 2) нет

**13. Если «да», укажите, какие \_\_\_\_\_**

**14. Удовлетворены ли Вы работой регистратуры?**

- 1) да, полностью; 2) скорее да, чем нет;  
3) скорее нет, чем да; 4) нет

**15. Если не удовлетворены, укажите, чем: \_\_\_\_\_**

**16. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи в НЦГБ (место ожидания, чистота, комфорт, туалет, лифт, питьевая вода, гардероб и т.д.):**

- 1) да, полностью; 2) скорее да, чем нет;  
3) скорее нет, чем да; 4) нет

**17. Если не удовлетворены, укажите, чем: \_\_\_\_\_**

**18. Укажите, пожалуйста, время ожидания приема врача в очереди:**

- 1) ожидать в очереди не пришлось;  
2) ожидание в очереди составило \_\_\_\_\_ минут (укажите)

**19. Удовлетворены ли вы полнотой информации о НЦГБ (на сайте, в помещениях о расписании работы, перечне услуг и др.):**

- 1) да, полностью; 2) скорее да, чем нет;  
3) скорее нет, чем да; 4) нет

**20. Если не удовлетворены, укажите, какой информации Вам не хватило: \_\_\_\_\_**

**21. Укажите, сколько примерно раз за последние 12 месяцев Вы обращались к врачу-терапевту участковому (врачу общей практики): \_\_\_\_\_ раз**

**22. Удовлетворены ли Вы оказанием медицинской помощи врачом-терапевтом участковым (врачом общей практики):**

- 1) да, полностью;                      2) скорее да, чем нет;  
3) скорее нет, чем да;                4) нет

**23. Если не удовлетворены, укажите причины: \_\_\_\_\_**

**24. При оказании медицинской помощи врачом-терапевтом участковым (врачом общей практики) на дому медицинская помощь была оказана:**

- 1) вовремя;                      2) позже, чем это необходимо;  
3) помощь не была оказана (пришлось вызывать врача повторно или обращаться на прием в поликлинику)

**25. Укажите, пожалуйста, сколько раз за последние 12 месяцев Вы обращались к врачам – узким специалистам: \_\_\_\_\_ раз.**

**26. Удовлетворены ли Вы оказанием медицинской помощи врачами – узкими специалистами:**

- 1) да, полностью;                      2) скорее да, чем нет;  
3) скорее нет, чем да;                4) нет

**27. Если не удовлетворены, укажите причины: \_\_\_\_\_**

**28. Удовлетворены ли Вы деятельностью среднего медицинского персонала при оказании медицинской помощи:**

- 1) да, полностью;                      2) скорее да, чем нет;  
3) скорее нет, чем да;                4) нет

**29. Если не удовлетворены, укажите причины: \_\_\_\_\_**

**30. В случае направления Вас на плановую госпитализацию укажите, пожалуйста, сколько дней Вы ее ожидали: \_\_\_\_\_ дней**

**31. В случае назначения Вам диагностических исследований укажите, сколько прошло дней:**

- 1) от назначения до проведения исследований \_\_\_\_\_ дней;  
2) от проведения до получения результатов исследований \_\_\_\_\_ дней



**Анкета**  
**по оценке организации и повышению удовлетворенности пациентов**  
**оказанием медицинской помощи в больнице**  
(для врачей)

**Уважаемый доктор!**

Руководство Новокуйбышевской центральной городской больницы (НЦГБ) благодарит Вас за участие в анкетировании. Ваше участие с искренними ответами поможет нам в проведении мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи и повышению удовлетворенности пациентов.

Нужно подчеркнуть или обвести выбранные Вами варианты ответов.

Анкета анонимная, свою фамилию можете поставить только по желанию.

**1. Ваш возраст:**

- 1) до 29 лет;    2) 30–44 лет;    3) 45–59 лет;    4) 60 лет и старше

**2. Ваш пол:** 1) мужской;    2) женский

**3. Ваша занимаемая должность:**

- 1) руководитель (главный врач, заместитель главного врача, руководитель структурного подразделения);  
2) врач амбулаторного подразделения НЦГБ;  
3) врач стационара НЦГБ

**4. Ваше материальное положение:**

- 1) хорошее;    2) удовлетворительное;    3) неудовлетворительное

**5. Как Вы оцениваете свое здоровье:**

- 1) отличное;    2) хорошее;    3) удовлетворительное;  
4) плохое;    5) очень плохое

**6. Существует ли, на Ваш взгляд, на сегодняшний день программа (концепция) развития НЦГБ по повышению удовлетворенности населения медицинской помощью:**

- 1) да;    2) нет;    3) затрудняюсь ответить

**7. Оцените в среднем уровень профессиональной подготовки врачей больницы:**

- 1) отличный;    2) хороший;  
3) удовлетворительный;    4) неудовлетворительный





- 4) проблемы правовой защиты пациентов;
- 5) проблемы правовой защиты медицинских работников;
- 6) неэффективная система управления;
- 7) недостаточная моральная заинтересованность медицинских работников в нормальном функционировании больницы;
- 8) недостаточная материальная заинтересованность медицинских работников в нормальном функционировании больницы;
- 9) в целом недостаточное финансирование больницы;
- 10) другое (укажите) \_\_\_\_\_

**24. Удовлетворены ли Вы условиями труда в больнице в целом:**

- 1) да;
- 2) нет

**25. Если «нет», укажите причины** \_\_\_\_\_

**26. Удовлетворяет ли Вас уровень дохода в больнице:**

- 1) да;
- 2) нет

**27. Планируете ли Вы в перспективе сменить место работы:**

- 1) да;
- 2) нет

**28. Ваши предложения для улучшения организации оказания медицинской помощи в НЦГБ в целом:**

---

---

---

**Благодарим за участие в анкетировании!**

**Анкета**  
**по изучению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях**

**Уважаемый пациент!**

Руководство Новокуйбышевской центральной городской больницы (НЦГБ) благодарит Вас за участие в анкетировании. Ваше участие с искренними ответами поможет нам в проведении мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи. Нужно подчеркнуть или обвести выбранные Вами варианты ответов.

Анкета анонимная, свою фамилию можете поставить только по желанию.

**1. Укажите Ваш возраст:**

- 1) 18–29 лет;      2) 30–44 года;      3) 45–59 лет;      4) 60 лет и старше

**2. Пол:** 1) мужской;      2) женский

**3. Ваше образование:**

- 1) высшее (в т.ч. неоконченное);      2) среднее (общее, специальное);  
3) неполное среднее

**4. Ваше семейное положение:**

- 1) в браке (в т.ч. гражданском);      2) вдовец (вдова);      3) в разводе (в т.ч. неоформленном);      4) никогда не был(а) в браке

**5. Ваше материальное положение:**

- 1) хорошее;      2) удовлетворительное;      3) неудовлетворительное

**6. Ваш социальный статус:**

- 1) работающий(ая);      2) временно неработающий(ая);      3) безработный(ая);  
4) студент (учащийся);      5) домохозяйка;      6) пенсионер

**7. Как Вы оцениваете свое здоровье:**

- 1) отличное;      2) хорошее;      3) удовлетворительное;  
4) плохое;      5) очень плохое

**8. Укажите, пожалуйста, вид госпитализации в стационар НЦГБ:**

- 1) плановая госпитализация (по направлению врача);      2) экстренная;  
3) самостоятельное обращение (по экстренным показаниям)

**9. При плановой госпитализации укажите сроки ожидания: \_\_\_\_\_ дней.**

**10. Оказание медицинской помощи Вам проводится:**

- 1) по обязательному медицинскому страхованию;      2) по платным услугам;  
3) по добровольному медицинскому страхованию

**11. Укажите отделение стационара, в котором получили (получаете) медицинскую помощь: \_\_\_\_\_****12. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи в приемном отделении стационара НЦГБ (место ожидания, чистота, комфорт, туалет, лифт, питьевая вода, гардероб и т.д.):**

- 1) да, полностью;                      2) скорее да, чем нет;  
3) скорее нет, чем да;                4) нет

**13. Если не удовлетворены, укажите, чем: \_\_\_\_\_****14. Удовлетворены ли Вы оказанием медицинской помощи в приемном отделении стационара НЦГБ:**

- 1) да, полностью;                      2) скорее да, чем нет;  
3) скорее нет, чем да;                4) нет

**15. Если не удовлетворены, укажите, чем: \_\_\_\_\_****16. Удовлетворены ли вы полнотой информации о НЦГБ (на сайте, в помещениях стационара и др.):**

- 1) да, полностью;                      2) скорее да, чем нет;  
3) скорее нет, чем да;                4) нет

**17. Если не удовлетворены, укажите, какой информации Вам не хватило: \_\_\_\_\_****18. Оцените Вашу удовлетворенность следующими позициями во время пребывания в стационаре НЦГБ (заполните таблицу).**

<b>Удовлетворены ли Вы:</b>	<b>да</b>	<b>скорее да, чем нет</b>	<b>скорее нет, чем да</b>	<b>нет</b>	<b>если не полностью удовлетворены, укажите, почему</b>
- процессом диагностики					
- лечением					
- санитарно-гигиеническими условиями (чистота палат,					





**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ  
ДЕПАРТАМЕНТ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И СВЯЗИ  
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**КОЛЛЕГИЯ**

**«Проектное управление как инструмент повышения доступности и  
качества медицинской помощи»**

**РЕШЕНИЕ**

**18 мая 2018 г.**

**протокол № 3**

Заслушав и обсудив доклады, **КОЛЛЕГИЯ ОТМЕЧАЕТ:**

В послании врио Губернатора Самарской области Д.И. Азарова депутатам Самарской Губернской Думы и всем жителям региона отмечено, что «в области качеством медицинской помощи удовлетворены менее трети её жителей. А самое главное – этот показатель не растёт, несмотря на миллиардные вложения». Удовлетворенность населения прямо пропорциональна ее доступности и качеству.

Поликлиническая помощь – наиболее востребованное, но и самое критикуемое направление государственной медицинской помощи.

На достижение стратегической цели – повышение удовлетворенности населения медицинской помощью – влияют три фактора: состояние учреждений здравоохранения, кадровая обеспеченность и организация основных процессов в медицинских организациях.

В Указе Президента РФ № 204 ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, определена в качестве одной из основных целей приоритетного проекта в сфере здравоохранения.

Восполнение кадровых ресурсов с высшим образованием медицинских организаций Самарской области осуществляется путем эффективного сотрудничества практического здравоохранения с высшей медицинской школой – Самарским государственным медицинским университетом.

Весомая роль в обеспечении доступности медицинской помощи принадлежит средним медицинским работникам. Их подготовка осуществляется на базе четырех колледжей, два из которых подведомственны Минздраву Самарской области. Это позволяет осуществлять подготовку специалистов с учетом потребности практического здравоохранения, последовательно увеличивать в рамках государственного задания контрольные цифры приема и, соответственно, количество выпускников.

Для закрепления медработников осуществляются выплаты в размере 166 тыс. рублей врачам и медсестрам наиболее дефицитных специальностей. Выплаты получили за последние три года 1070 сотрудников.

Вместе с тем, для повышения доступности медицинской помощи населению сёл и посёлков городского типа продолжилась реализация программы «Земский доктор». За время существования проекта более 600 врачей, прибывших на работу в сельские больницы, получили единовременные выплаты в размере 1 млн рублей.

В связи с высокой эффективностью программы, её действие в 2018 году распространено на средний медперсонал. В рамках программы «Земский фельдшер» медработники, которые придут на работу в фельдшерско-акушерские пункты и отделения скорой медицинской помощи области, получают выплату в размере 500 тыс. рублей. В настоящее время программный реестр вакантных должностей для осуществления выплат по программе «Земский фельдшер» содержит 30 вакансий фельдшеров, из них 22 в фельдшерско-акушерских пунктах Самарской области.

За 5 последних лет сделано достаточно много в плане улучшения материальной базы учреждений за счет средств областного и федерального бюджетов: построены или реконструированы 1 больница, 2 перинатальных центра, 5 поликлиник, 7 амбулаторий общеврачебной практики и 5 отделений наркологических диспансеров на общую сумму 4,5 млрд рублей. В 2018 – 2019 годах будут введены в строй 3 поликлиники на 1750 посещений на сумму 1,8 млрд руб. В рамках объявленного Президентом страны «Десятилетия детства» планируется в течение трех лет оснащение оборудованием детских поликлиник и больниц, строительство и капитальный ремонт детских стационарных учреждений.

Кроме того, в рамках трех программ возведено в районах области 76 модульных ФАПов. Несмотря на это, еще в 8 населенных пунктах с численностью населения свыше 100 человек (суммарно 2888 человек) ПМСП остается недоступной. В 2018 году будет построено 6 ФАПов. Выездными формами работы охвачены 69 населенных пунктов с населением менее 100 человек, в которых суммарно проживает 1769 человек. Реализация этих мероприятий также будет проводиться с привлечением средств федерального бюджета.

В регионе в настоящее время реализуется 12 проектов: 6 федеральных – 5 приоритетных и 1 ведомственный, 1 партийный проект и 5 собственных проектов, партнерами в реализации которых выступили Пенсионный фонд Самарской области, Сбербанк, Агентство Стратегических Инициатив. В стадии проработки еще один проект: «Улучшение медицинской помощи хроническим больным» совместно с Агентством стратегического развития.

Наиболее актуальным представляется реализация проекта «Бережливая поликлиника», который министерство реализует по собственной инициативе. Проект стартовал в июле 2017 года при поддержке Сбербанка, создана и активно работает проектная группа, оптимизируются процессы,

унифицируются стандартные операционные процедуры, есть результаты, свидетельствующие об эффективности проекта. Проект реализуется более чем в 30 учреждениях региона. По решению врио Губернатора Самарской области Д.И. Азарова выделено 63 млн рублей на ремонт входных групп 13 поликлинических отделений с учетом требований бережливого производства и доступности для маломобильных групп населения, создание «открытых» регистратур, внедрение электронной очереди, современной системы навигации.

Серьезную задачу перед страной поставил В.В. Путин в своем послании 1 марта 2018 года: к 2023 году Россия должна войти в число стран 80+. Существенный вклад в решение этой задачи должен внести проект «Территория заботы», который второй год реализуется в 7 регионах Российской Федерации, включая Самарскую область. По достигнутым результатам по состоянию на май 2018 годы в регионе достигнуты лучшие из 7 субъектов показатели.

С каждым днем всё большую роль в повышении качества медицинской помощи, её доступности, а следовательно, и удовлетворенности населения играет информатизация. В настоящее время в регионе используется значительное количество электронных сервисов как для медицинских работников, так и для населения. Однако эффективность их работы не всегда удовлетворяет потребителя. Много предстоит сделать для повсеместного внедрения электронной медицинской карты, создания единого информационного пространства на территории региона.

Во время реализации проекта «Оптимизация скорой медицинской помощи» совместно со специалистами Пенсионного фонда было предложено создание Единого диспетчерского центра как универсального механизма управления в условиях ограниченных сил и средств. Благодаря реализации проекта значительно увеличилось число дозвонившихся с первого раза до «скорой помощи», в 1,5 раза по сравнению с прошлым годом увеличилось число бригад на линии в Самаре, среднее ожидание составляет 38-40 минут, всё меньше удельный вес вызовов, обслуженных позже 2 часов.

В апреле 2018 г. в министерстве здравоохранения Самарской области стартовал проект по повышению удовлетворенности населения региона услугами сферы здравоохранения. Проектная команда из представителей министерства, СамГМУ, Самарского ТФОМС, МИАЦ, Медицинского колледжа им. Н. Ляпиной, подведомственных учреждений отработывала приоритетные направления оптимизации системы здравоохранения, направленные на повышение удовлетворенности населения. В результате разработаны медико-организационные мероприятия (Дорожная карта реализации проекта), рассчитанные до конца 2020 года.

**КОЛЛЕГИЯ ПРИНИМАЕТ РЕШЕНИЕ:**

1. Утвердить Дорожную карту проекта по повышению удовлетворенности жителей региона услугами сферы здравоохранения (далее – Дорожная карта).

2. Департаменту реализации законодательства в сфере здравоохранения министерства здравоохранения Самарской области (Вдовенко) совместно с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования (Мокшиным), ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России» (Котельниковым), ГБУЗ «Самарский областной медицинский информационно-аналитический центр» (Тятовым):

2.1. Продолжить проведение спринтов по отдельным направлениям проекта.

Срок – до 31.12.2020

2.2. Организовать выполнение Дорожной карты по курируемым направлениям деятельности.

Срок – до 31.12.2020

3. Министерству здравоохранения (Гридасову) совместно с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования (Мокшиным), ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России» (Котельниковым):

3.1. Разработать планы совместной работы по реализации обозначенных в Указе Президента РФ от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

Срок – до 31.12.2018

4. Департаменту реализации законодательства в сфере здравоохранения (Вдовенко), департаменту организации медицинской помощи населению (Сочинской):

4.1 Разработать и внести изменения в распоряжение Правительства Самарской области от 30 июня 2015 года № 524-р «Об образовании межведомственной комиссии при Правительстве Самарской области по вопросам реализации мер, направленных на снижение смертности населения Самарской области от основных причин» в части создания межведомственной рабочей группы по формированию здорового образа жизни.

Срок – до 15.06.2018

4.2. Организовать мониторинг выполнения Дорожной карты подведомственными учреждениями с подготовкой отчетов по состоянию на: 31.12.2018, 31.12.2019, 31.12.2020.

Срок – постоянно

5. Главным врачам ЛПУ:

5.1. На основании утвержденной Дорожной карты разработать и утвердить Дорожные карты учреждений.

Срок – до 10.06.2018

6. Опубликовать решение Коллегии на сайте министерства.

7. Контроль исполнения решения Коллегии возложить на департамент реализации законодательства в сфере здравоохранения (Вдовенко).

Председатель Коллегии –  
Врио министра здравоохранения  
Самарской области

Г.Н. Гридасов

### **Программа для ЭВМ**

В рамках постоянного наблюдения (мониторинга) за уровнем удовлетворенности пациентов объединенной больницы нами была разработана программа для ЭВМ «Программа мониторинга удовлетворенности пациентов медицинской организации оказанием медицинской помощи».

Программа мониторинга предусматривает изучение показателей удовлетворенности взрослого населения – пациентов объединенной больницы с учетом их:

- социально-демографической характеристики;
- различных структурных подразделений медицинской организации.

Изучение показателей удовлетворенности пациентов медицинской организации оказанием медицинской помощи проводится с учетом условий ее оказания (амбулаторных, стационарных).