

УДК 614.2-021.465-052-051 (476.4)

ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОТВЕТАХ ПАЦИЕНТОВ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ МОГИЛЕВСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ М.М.Сачек, ² А.Д.Жилин, ³ М.В.Щавелева, ¹ И.И.Новик,
¹ Н.А.Романов, ¹ И.П.Щербинская, ³ В.И.Иванова, ³ Н.И.Панулина,
³ О.А.Кульпанович, ³ Т.В.Матвейчик, ³ Л.В.Шваб, ³ В.В.Станкевич

¹ Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ), ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

² Главное управление по здравоохранению Могилевского облисполкома, ул. Первомайская, 71, 212030, г. Могилев, Республика Беларусь

³ Белорусская медицинская академия последипломного образования, ул. П.Бровки, 3 корп.3, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

Проведен одномоментный мониторинг мнений пациентов и медицинских работников Могилевской области по вопросам доступности и качества оказываемой медицинской помощи (с акцентом на первичное звено и использованием сопоставимых параметров). Выявлена достоверность различий в оценке населением и медицинскими работниками исследуемых параметров. Установлено, что 47% опрошенных пациентов имели опыт обращения за платными медицинскими услугами. Большинство из них оценивают платные медицинские услуги как равнозначные по качеству услугам, получаемым в государственных организациях здравоохранения. По мнению медицинских работников, для повышения качества оказываемой медицинской помощи (лично ими и организациями здравоохранения) наиболее значимыми факторами являются: заработная плата (ее повышение), совершенствование структурного компонента качества (оснащение новым оборудованием и увеличение количества персонала, в первую очередь, врачебного).

Ключевые слова: Республика Беларусь; Могилевская область; медицинская помощь; пациенты; медицинские работники; качество медицинской помощи (КМП); доступность медицинской помощи; социологический опрос.

Эффективность функционирования системы здравоохранения напрямую связана с качеством медицинской помощи (КМП). В утвержденной Советом Министров Республики Беларусь 31 октября 2018 г. Программе деятельности Правительства Республики Беларусь на 2018–2020 годы (далее – Программа) [1] отмечено, что «...деятельность Правительства Республики Беларусь будет направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь населения, ... высокие социальные стандарты, включая постоянное развитие инфраструктуры, обеспечение комфортным жильем, качественными медицинскими, образовательными и другими услугами».

Здравоохранению Республики Беларусь Программой [1] поставлена цель: «укрепление здоровья населения и повышение эффективности системы здравоохранения»; задачи, направленные на ее достижение, сформулированы следующим образом:

«повышение качества (Кч) и доступности (Дс) оказания медицинской помощи, переход амбулаторно-поликлинических организаций на общеврачебную практику;

развитие высокотехнологичной медицинской помощи;

усиление профилактической направленности здравоохранения, популяризация здорового образа жизни;

формирование системы управления качеством медицинской помощи;

внедрение электронного здравоохранения, расширение применения электронных услуг;

развитие и популяризация медицинского туризма» [1].

К одному из самых важных механизмов реализации Программы [1] по разделу «здравоохранение» отнесено «создание новой организационной вертикали оценки и контроля качества медицинской помощи».

В связи с этим, проблемы Кч оказания медицинской помощи не только не теряют своей актуальности, но приобретают все более значимое звучание.

В свою очередь, критерий Дс занял четкое место в законодательстве Республики Беларусь [2], дающем определение здравоохранению как отрасли деятельности государства, целью которой являются организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения. Обеспечение Дс медицинского обслуживания, в том числе, лекарственного обеспечения, является одним из основных принципов государственной политики нашего государства в области здравоохранения [2]. Конституцией Республики Беларусь [3] закреплено право граждан на доступное медицинское обслуживание: «Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания».

Многочисленные научные исследования, выполненные как в Республике Беларусь, так и за рубежом, посвящены изучению удовлетворенности населения Кч и Дс медицинской помощи (МП). Этот вопрос постоянно мониторируется органами власти Республики Беларусь. Данный мониторинг обусловлен гарантией прав граждан Республики Беларусь на охрану здоровья. Вместе с тем, следует отметить, что изучение мнения медицинских работников по различным компонентам Кч и Дс оказываемой ими МП проводится редко. Одно из немногочисленных отечественных подобных исследований было выполнено в 2009–2010 гг. [4]. При этом, мы не располагаем данными о проведении одномоментного регионального мониторинга мнений пациентов и медицинских работников (медицинского сообщества).

В связи с этим, нами была разработана структура социологического опроса «Доступность и качество первичной медицинской помощи в оценках врачей и пациентов», включающая 2 анкеты по оценке населением и медицинскими работниками (в том числе, врачами) Дс и Кч медицинской помощи с акцентом *на первичное звено*.

Каждая из анкет представлена тремя частями (блоками). «Паспортная часть», когда уточняются данные о респонденте (пол, возраст); для пациентов – профессиональный статус, место проживания, семейный статус; самооценка здоровья, наличие хронических заболеваний; частота обращений за медицинской помощью. Важной характеристикой пациентов явился ответ на вопрос: «от чего зависит состояние Вашего здоровья». Для медицинских работников вопросы паспортной части уточняли профессиональный статус, зани-

маемую должность, место работы. Вторая часть анкет: оценка Кч и Дс МП, по ряду изучаемых параметров вопросы данной части анкет абсолютно идентичны. Третья часть вопросов анкет направлена на выяснение отношения пациентов и медицинских работников к процессам, идущим в настоящее время в отечественном здравоохранении. На анкеты получена рецензия отдела социальной сферы Государственного научного учреждения «Институт социологии НАН Беларуси» (доцент В.Р.Шухатович).

Полевые исследования выполнены в Могилевской области (МО) в ноябре 2018 г. Данный регион имеет свои социально-демографические особенности.

Население области на 01.01.2018 г. составляло 11,15% населения республики – 1058,8 тысяч человек [5]. По итогам социально-экономического развития страны в 2011–2015 гг. регион занял последнюю позицию среди семи регионов республики [6]. МО «несет» на себе значимый груз последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Радиоактивное загрязнение территории (до 35%) – одна из важнейших эколого-социальных проблем региона, оказавшая влияние на его демографические характеристики (массовое отселение населения) и административное устройство (воссоздание Дрибинского района 29.12.1989 г.). Население области на 80,4% представлено городскими жителями; 19,6% – сельскими.

Убыль населения области с 01.01.1985 г. – года, предшествовавшего аварии на Чернобыльской АЭС, до 01.01.2018 г. за счет естественного и механического (миграционных процессов) движения составила 16,29%. Это самый высокий процент убыли населения среди регионов республики.

В табл. 1 приведены данные, характеризующие естественное движение населения МО (рождаемость, смертность, естественный прирост) за период 1985–2017 гг. [5].

В 2005 г. естественный прирост населения в области составил -7,0‰, сельского населения – -18,6‰ (!). Несмотря на то, что с 2005 г. в области преодолена резко выраженная негативная тенденция естественного движения населения, убыль населения привела к тому, что на ее территории существуют 2 района, численность населения в которых на 01.01.2018 г. меньше 10 тысяч человек – Дрибинский и Краснопольский.

Возрастная структура населения МО на 01.01.2018 г. представлена следующим образом (табл.2).

Таблица 1

Динамика показателей естественного движения населения (рождаемость, смертность, естественный прирост, ‰) в Могилевской области в 1985–2017 гг.

Год	Рождаемость	Смертность	Естественный прирост	Год	Рождаемость	Смертность	Естественный прирост
1985	16,2	11,3	4,9	2005	9,2	16,2	-7,0
1990	13,4	11,7	1,7	2010	10,8	15,6	-4,8
2000	9,4	14,8	-5,4	2017	10,5	13,6	-3,1

Таблица 2

Возрастная структура населения Могилевской области на 01.01.2018 г.

Возрастная группа	Моложе трудоспособного возраста	Трудоспособного возраста	Старше трудоспособного возраста
Доля населения (в процентах)	17,51	56,75	25,74

Коэффициент демографической нагрузки в области, по нашим расчетам, составляет 1000/762 (на 1000 человек трудоспособного возраста приходится 762 человека нетрудоспособного), что несколько выше, чем по республике в целом – 1000/748.

Анкетирование проведено в 4 основных субрегионах области:

- 1) г. Могилев;
- 2) Бобруйский – Осиповичский районы;
- 3) Дрибинский – Мстиславский – Чаусский районы;
- 4) Костюковичский – Краснопольский районы.

Каждый из субрегионов имеет особенности численности и занятости населения, его возрастного состава, структурного компонента КМП (кадры, оснащенность и пр.). Все это позволило получить объективный срез мнений населения и медицинских работников относительно Кч и Дс МП. Особо необходимо подчеркнуть, что исследование охватило два самых малочисленных района страны – Дрибинский и Краснопольский.

Общее число собранных в ходе проведения исследования анкет пациентов – 1065; медицинских работников – 838.

Анкетирование медицинских работников проводилось на базе организаций здравоохранения (ОЗ); пациентов – на базе ОЗ, в которых пациенты получали те или иные медицинские услуги (МУ), также выполнялось анкетирование населения, занятого на своих рабочих местах: почта, магазин, отделение ОАО «АСБ Беларусбанк», районный исполнительный комитет и др.

Участие в опросе было добровольным; следует указать, что более активно в наше исследование «включались» лица женского пола.

Характеристика пациентов, принявших участие в опросе. Возрастная структура жителей, принявших участие в опросе относительно Кч и Дс оказываемой медицинской помощи и заполнивших «анкету пациента», представлена на рис. 1. Среди опрошенных преобладали лица 18–35 лет (23,87%), на долю лиц старше 66 лет пришлось 15,89%. Доли остальных возрастных групп заняли промежуточные (между вышеприведенными) позиции.

Среди респондентов преобладало женское население – 65,14%, доля мужчин среди участников опроса составила 34,86%. Данная половая «асимметричность» отчасти объяснена выше, кроме того, женщины являются более активными потребителями МУ, они и преобладали в основных «опорных точках» нашего исследования.

Уровень образования лиц, принявших участие в опросе (ответило 1062 человека), был достаточно

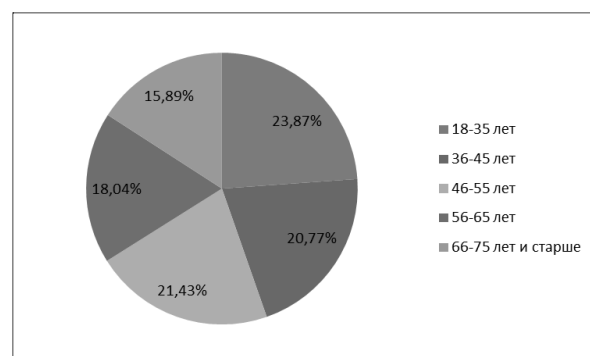


Рис. 1. Возрастная структура жителей Могилевской области, принявших участие в опросе относительно качества и доступности оказываемой медицинской помощи

высок: доля лиц со средним специальным и высшим образованием среди опрошенных превысила 80% (83,98%).

Полученная выборка смогла обеспечить репрезентативное представительство ответов опрошенных по месту проживания «город – село»: большая часть опрошенных (80,30%) указали местом своего жительства городскую местность.

Среди оценок состояния здоровья респондентов преобладали удовлетворительные (49,25% опрошенных). Как отличное и хорошее свое здоровье оценили 34,4% респондентов; 9,40% – как плохое; остальные (6,75%) испытывали затруднения при ответах. При этом, на наличие хронических заболеваний указали 50,99% из числа всех респондентов; 38,4% четко ответили, что не имеют хронических заболеваний. Остальные (10,61%) испытывали затруднение при ответе на данный вопрос.

Важной характеристикой сформированной совокупности пациентов является их мнение относительно того, от чего зависит состояние их здоровья (рис. 2). Каждый участник опроса мог выбрать несколько из предложенных ответов (ползуемый вопрос).

По мнению респондентов, наибольшее влияние на состояние их здоровья оказывает образ жизни (63,84 ответа на 100 опрошенных); далее (с убыванием значимости) в ответах респондентов следовали: состояние окружающей среды (45,54 ответов на 100 опрошенных); наследственность (43,76); условия труда по месту работы (30,89); уровень доходов (29,2); деятельность системы здравоохранения (18,03); прочее (1,78). Явственный перенос акцентов во мнении населения с деятельности системы здравоохранения на собственное здоровое поведение («образ жизни») расценивается нами как положительный факт [7].

Распределение ответов по вопросу об обращении за медицинской помощью: в течение по-

следних 12 месяцев (ответил 1051 человек) – большая часть респондентов (60,51%) обращалась за этой помощью с частотой 1–3 раза; 14% респондентов в течение 12 последних месяцев за медицинской помощью не обращались; 10,85% делали это чаще, чем 5 раз в год; остальные (14,65%) – 4–5 раз в год.

Характеристика медицинских работников, принявших участие в опросе. В рамках проводимого исследования на вопросы предложенной анкеты ответили 838 медицинских работников. Более половины из них – это специалисты со средним медицинским образованием (медицинские сестры; старшие, главные медицинские сестры, фельдшеры, помощники врача) – 54,72%; учитывая категорию «прочие», куда входили и акушерки, доля таких работников увеличивается. На долю врачей, в том числе, занимающих должности руководителей (заместителей), приходилось 34,48%.

Большинство респондентов – женщины (88,47%), что соответствует официальным статистическим данным о занятости в здравоохранении преимущественно женщин. Среди опрошенных преобладали лица в возрасте 18–35 лет – 33,77% (283 человека). Представительство возрастных групп 36–45 лет (26,01%) и 46–55 лет (29,71%) также довольно значимо. Старшие возрастные группы, ассоциированные с наступлением пенсионного возраста – 56–65 лет (8,36%) и старше 66 лет (2,15%) – закономерно представлены в меньшем объеме (рис. 3).

Качество и доступность медицинской помощи в ответах пациентов и медицинских работников. Основой определения отношения респондентов к Кч и Дс (каждая из категорий оценивалась отдельно) оказываемой МП послужила 5-балльная шкала. Оценке была подвергнута помощь, оказываемая врачами-специалистами, занятыми в первичном (амбулаторно-поликлиническом) звене, средним медицинским персона-

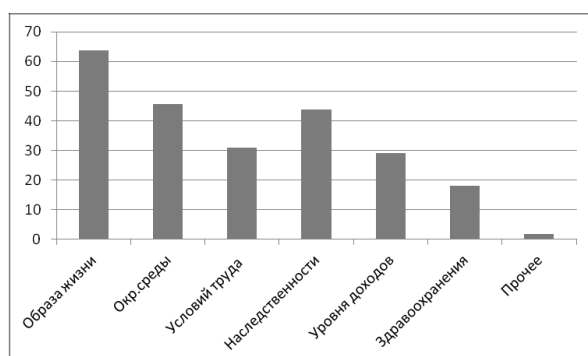


Рис. 2. Распределение ответов респондентов на вопрос, от чего зависит состояние их здоровья, на 100 опрошенных

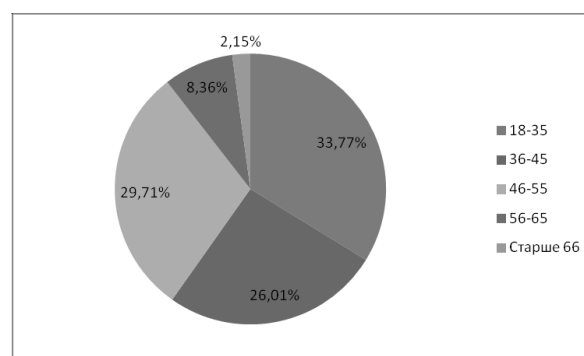


Рис. 3. Распределение опрошенных медработников по возрасту

лом; ряд диагностических услуг, а также возможность вызова врача на дом. Данные, полученные по результатам проведенного анкетирования, представлены в табл. 3 и 4.

При оценке Кч по всем позициям, кроме одной («прочие исследования»), четко прослеживается достоверность разницы оценок пациентов и медицинских работников – оценки медицинских работников были достоверно выше. Несмотря на имеющуюся достоверность различий, следует отметить, что средняя балльная оценка КМП, оказываемой различными специалистами, по оценкам пациентов была немного ниже 4,0 баллов только для трех категорий специалистов: врач-оториноларинголог – $3,99 \pm 0,04$; врач-кардиолог – $3,97 \pm 0,04$; врач-эндокринолог – $3,87 \pm 0,04$. Пациентами по остальным позициям, включая диагностику, оценки ниже 4,0 баллов не выставлялись. Оценки медицинских работников по всем пози-

циям были выше 4,0 баллов. При этом, работа таких специалистов как ЛОР-врач, кардиолог и эндокринолог также оценивалась медицинскими работниками ниже, чем работа других специалистов (табл. 3).

При оценке доступности медицинской помощи, оказываемой различными специалистами, и доступности различных методов исследования прослеживается та же тенденция, что и при оценке позиции Кч: почти по всем позициям четко прослеживается достоверность разницы оценок пациентов и медицинских работников – оценки медицинских работников были достоверно выше.

В то же время, позиция доступности вызвала больше критических мнений как у пациентов, так и у медицинских работников. Так, оценка меньше 4 баллов была выставлена пациентами в 5 случаях: ЛОР-врач, кардиолог, эндокринолог, окулист, невропатолог. Мы можем высказать предположе-

Таблица 3

Оценка качества работы/медицинской помощи (баллы, $M \pm m$), оказываемой различными специалистами, и качества проведения диагностических исследований населением и медицинскими работниками Могилевской области

№ п/п	Оцениваемый параметр	Количество ответов (N), Nнаселения/ Nмедработников	Оценка населения, $M \pm m$	Оценка медицинских работников, $M \pm m$	Достоверность различий, p
1	Работа врача (участковый терапевт, ВОП)	1010/795	$4,22 \pm 0,03$	$4,47 \pm 0,03$	$p < 0,05$
2	Работа среднего медицинского персонала	980/815	$4,34 \pm 0,03$	$4,63 \pm 0,02$	$p < 0,05$
3	Работа ЛОР врача	879/725	$3,99 \pm 0,04$	$4,22 \pm 0,05$	$p < 0,05$
4	Работа окулиста	913/805	$4,21 \pm 0,03$	$4,57 \pm 0,03$	$p < 0,05$
5	Работа невролога	911/788	$4,03 \pm 0,04$	$4,5 \pm 0,06$	$p < 0,05$
6	Работа хирурга	915/807	$4,25 \pm 0,03$	$4,56 \pm 0,03$	$p < 0,05$
7	Работа кардиолога	779/710	$3,97 \pm 0,04$	$4,18 \pm 0,05$	$p < 0,05$
8	Работа эндокринолога	787/723	$3,87 \pm 0,04$	$4,35 \pm 0,04$	$p < 0,05$
9	Работа прочих специалистов	1065/238	$4,14 \pm 0,08$	$4,42 \pm 0,06$	$p < 0,05$
10	УЗИ	928/814	$4,23 \pm 0,03$	$4,58 \pm 0,03$	$p < 0,05$
11	ЭКГ	981/815	$4,49 \pm 0,03$	$4,75 \pm 0,02$	$p < 0,05$
12	Рентген-диагностика	964/812	$4,54 \pm 0,02$	$4,72 \pm 0,02$	$p < 0,05$
13	Лабораторные исследования	962/808	$4,38 \pm 0,03$	$4,60 \pm 0,03$	$p < 0,05$
14	Прочие исследования	289/225	$4,39 \pm 0,05$	$4,49 \pm 0,06$	$p = 0,205$
15	Обслуживание на дому	761/643	$4,3 \pm 0,06$	$4,6 \pm 0,03$	$p < 0,05$

Таблица 4

Оценка доступности медицинской помощи (баллы, $M \pm m$), оказываемой различными специалистами, и доступности проведения диагностических исследований населением и медицинскими работниками Могилевской области

№ п/п	Оцениваемый параметр	Количество ответов (N), Nнаселения/ Nмедработников	Оценка населения, $M \pm m$	Оценка медицинских работников, $M \pm m$	Достоверность различий, p
1	Доступность врача (участковый терапевт, ВОП)	1002/816	4,20±0,03	4,48±0,03	p<0,05
2	Доступность среднего медицинского персонала	981/822	4,36±0,03	4,69±0,02	p<0,05
3	Доступность ЛОР врача	898/772	3,85±0,04	4,0±0,05	p<0,05
4	Доступность окулиста	923/805	3,97±0,04	4,37±0,04	p<0,05
5	Доступность невролога	915/791	3,82±0,04	4,13±0,04	p<0,05
6	Доступность хирурга	904/810	4,12±0,04	4,50±0,03	p<0,05
7	Доступность кардиолога	802/731	3,82±0,05	3,87±0,05	P=0,4
8	Доступность эндокринолога	814/749	3,8±0,04	4,15±0,04	p<0,05
9	Доступность прочих специалистов	306/237	4,12±0,06	4,32±0,07	p<0,05
10	Доступность УЗИ	915/816	4,12±0,04	4,44±0,03	p<0,05
11	Доступность ЭКГ	947/817	4,43±0,03	4,84±0,06	p<0,05
12	Доступность рентген-диагностики	940/816	4,52±0,03	4,79±0,02	p<0,05
13	Доступность лабораторных исследований	938/811	4,42±0,03	4,7±0,02	p<0,05
14	Доступность прочих исследований	303/220	4,28±0,06	4,49±0,06	p<0,05
15	Доступность обслуживания на дому	692/644	4,25±0,04	4,64±0,03	p<0,05

ние, что в глазах пациентов доступность помощи, оказываемой специалистами, оказывает значимое влияние на оценку ее качества.

Оценка ниже 4 баллов была в одном случае выставлена и медицинскими работниками: это касалось врача-кардиолога. Здесь нет достоверных различий в мнениях пациентов и медицинских работников (p=0,4).

Среди отдельных специалистов (врачей), по мнению пациентов, наиболее доступна помощь, оказываемая ВОП (участковым терапевтом); далее следует помощь, оказываемая врачом-хирургом. Медицинскими работниками оценка доступности помощи, оказываемой врачом-хирургом, оценена даже немного выше, чем помощи, оказываемой ВОП (участковым терапевтом).

И пациентами, и медицинскими работниками достаточно высоко оцениваются Кч и Дс помощи, оказываемой медицинскими работниками со средним медицинским образованием, а также возможность получения медицинского обслуживания на дому.

Дополнительно в ходе анкетирования были изучены мнения медицинских работников по вопросам качества МП, оказываемой организацией, в которой они работают, и лично респондентами (табл. 5).

В структуре ответов респондентов по каждому из оцениваемых параметров преобладали средние оценки, особенно это проявляется при оценке Кч МП, оказываемой организацией здравоохранения, где работает респондент. Качество меди-

Таблица 5

Распределение оценок респондентами качества оказания МП, предоставляемой организацией здравоохранения, в которой они работают, а также лично респондентами (в процентах)

Оценка	Качество МП в ОЗ (процент (абсолютное число ответов))	Качество МП, оказываемой респондентом (процент (абсолютное число ответов))	Достоверность различий, χ^2
Высокое	39,02% (327)	39,61% (332)	0,06 (p=0,8)
Среднее	56,44% (473)	44,75% (375)	22,92 (p=0,000)
Низкое	3,34% (28)	1,08% (9)	9,98 (p=0,0016)
Затруднения при ответе, отсутствие ответов	1,20% (10)	14,56% (122)	103,15 (p=0,00)

цинской помощи, оказываемой ОЗ, как среднее было оценено в 56,44% ответов; оказываемой лично респондентом, – в 44,75% (p=0,000). На долю оценок «высокое Кч» приходится примерно одинаковое число ответов (39,02% для ОЗ – 39,61% для респондента), (p=0,000). Отличительной особенностью полученных нами результатов является достаточно высокая доля лиц (14,56%), испытывавших затруднения при самооценке качества помощи, предоставляемой лично ими.

На фоне вышеприведенных оценок, медицинские работники дали ответы на вопросы, что надо делать, чтобы было повышено Кч оказания МП как ОЗ, в которой они работают, так и лично ими (рис. 4). Несмотря на то, что предлагаемые варианты ответов (использованы полузакрытые вопросы) для категорий «организация здравоохранения – респондент» полностью не совпадали, частота полученных ответов на эти 2 вопроса для наглядности представлена нами на одном рисунке.

По многим позициям наблюдается однонаправленность мнений по вопросам улучшения Кч ОЗ и медицинским работником. Наиболее значимые факторы в ответах – фактор заработной платы (ее повышения), совершенствование структурного компонента Кч (оборудование и персонал). На фактор заработной платы указано с частотой 57,76 на 100 опрошенных для организаций здравоохранения и 50,24 – лично для респондентов (p=0,000). Вообще, в большинстве вариантов ответов значимость того или иного из перечисленных факторов оценивалась как более высокая (с большей частотой) для ОЗ. В случае заработной платы (p=0,000), оснащения новым оборудованием (p=0,0039), снижения нагрузки на приеме (p=0,003); ремонта (p=0,000) различия были статистически значимы (критерии Мак-Немара, χ^2); внедрения электронного здравоохранения – достоверность различий отсутствовала. Значимость таких факторов как непрерывное повышение ква-

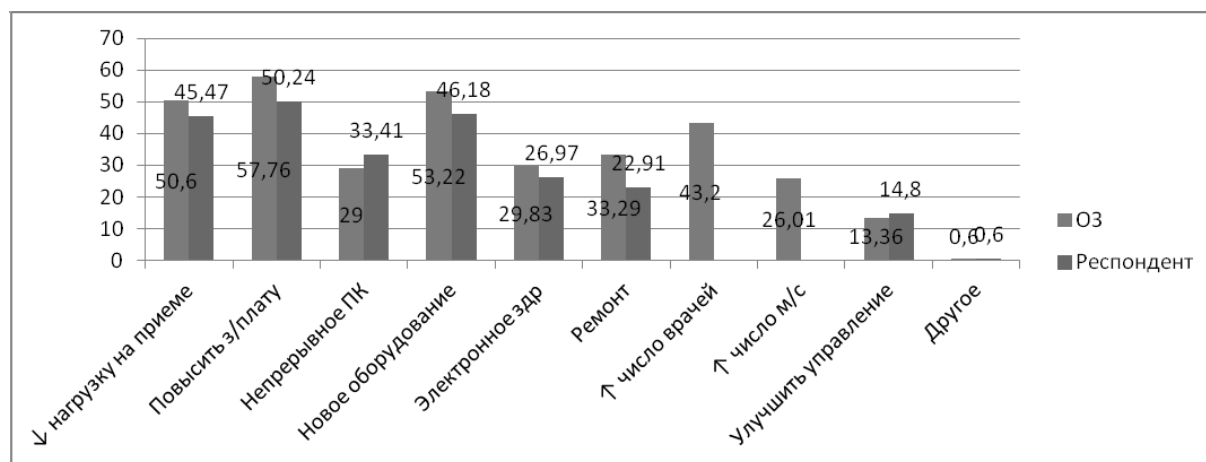


Рис. 4. Частота ответов респондентов – медицинских работников (количество ответов на 100 опрошенных) на вопросы, что необходимо делать, чтобы повысить Кч оказываемой МП организацией здравоохранения (ОЗ), лично Вами (респондент)

лификации и улучшение управления более высока лично для респондента, но не достоверно ($p>0,05$).

В ходе анкетирования установлено, что 47% опрошенных пациентов имели опыт обращения за платными медицинскими услугами. С одной стороны, этот факт следует рассматривать, как проявление развития государственно-частного партнерства в оказании медицинской помощи населению. В то же время, исследование причин и поводов обращения за платной медицинской помощью – один из не прямых способов оценки Кч и Дс МП, оказываемой государственными организациями здравоохранения. Распределение частоты ответов о причинах обращения пациентов за платными услугами представлено в табл. 6.

Таким образом, среди причин обращения за платными медицинскими услугами пациенты, в первую очередь, указывали на причины, связанные с доступностью – быстрота получения этой услуги (64,07 на 100 ответов пациентов, обращавшихся за данной помощью), а также отсутствие бесплатной услуги в государственной организации здравоохранения (18,96). Позиция «более высокое Кч» присутствовала с частотой 18,96 на 100 ответов пациентов, обращавшихся за платными услугами.

Наиболее востребованными у опрошенных платными МУ были УЗ-исследования, к ним прибегали 66,27 из 100 опрошенных обращавшихся за платными МУ пациентов. При этом, доступность УЗИ в учреждениях здравоохранения, куда для обслуживания прикреплены пациенты, оценена ими на $4,12 \pm 0,04$ балла (табл. 4). Приходится констатировать, что УЗИ наиболее популярный среди пациентов метод обследования. Далее по частоте обращений шли биохимические исследования (БХ) – 28,94; консультации специалиста – 25,75; общеклинические лабораторные исследования (ОК) – 22,15 (рис. 5).

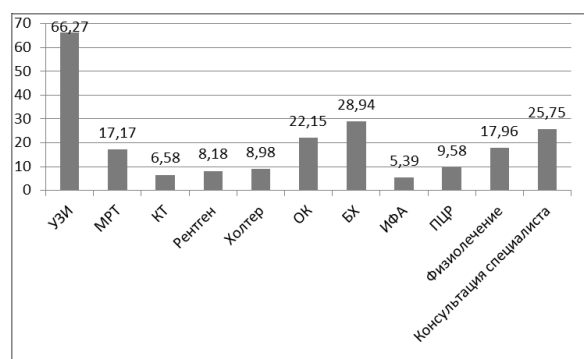


Рис. 5. Частота обращения пациентов за различными видами медицинских услуг (на 100 пациентов, положительно ответивших на вопрос об обращении к платным МУ)

В свою очередь, среди ответов медицинских работников о причинах предоставления платных услуг в государственных ОЗ преобладает ответ о желании пациента, на него указано с частотой 79,12 на 100 опрошенных (реализуется рыночный механизм «спрос рождает предложение»). Следующая по значимости причина – низкая доступность медицинской услуги (частота – 15,75 на 100 опрошенных). О большем доверии к результатам, полученным на платной основе, указано с частотой 8,59%.

Позиция Кч присутствовала еще в одном вопросе анкеты: «Как Вы оцениваете Кч оказываемых платных МУ по сравнению с бесплатными?». На данный вопрос ответили 65,82% респондентов (701 человек). Наиболее часто – в 68,62% случаев – ими выбирался следующий ответ из предложенных трех – «равноценны по качеству». Примерно четвертая часть ответивших на данный вопрос (27,96%) оценила платные МУ как более высокие по Кч, остальные испытывали затруднение при ответе на данный вопрос. Таким образом, обращение пациентов за платными МУ в большинстве случаев обусловлено вопросами доступности медицинской помощи.

Таблица 6

Распределение причин обращения пациентов за платными медицинскими услугами в ответах пациентов, количество ответов на 100 обратившихся пациентов

№ п/п	Причина обращения	Частота ответов на 100 обратившихся пациентов
1	Быстрее	64,07
2	Более высокого качества	18,96
3	Назначил врач	23,75
4	Отсутствие бесплатной услуги в учреждении здравоохранения	27,54
5	Недоверие к результатам, полученным в государственном учреждении здравоохранения	5,39

Заключение. Проведено широкомасштабное комплексное одномоментное региональное изучение оценки качества и доступности медицинской помощи населением и медицинскими работниками с акцентом на первичное звено. Использование сопоставимых параметров позволило выявить достоверность различий данных оценок. Оценки населения (по 5-балльной шкале) находились в диапазоне $3,8 \pm 0,04$ – $4,52 \pm 0,03$ (оценка доступности); $3,87 \pm 0,04$ – $4,54 \pm 0,02$ (оценка качества); оценки медицинских работников были достоверно выше.

В современных социально-экономических условиях население приобретает и расширяет опыт получения платных медицинских услуг по тем или другим причинам, а также сравнения их качества с качеством медицинских услуг, предоставляемых за счет средств бюджета.

По мнению медицинских работников, для повышения качества оказываемой медицинской помощи (лично ими и организациями здравоохранения) наиболее значимыми факторами являются: заработная плата (ее повышение), совершенствование структурного компонента качества (оснащение новым оборудованием и увеличение количества персонала, в первую очередь, врачебного).

ЛИТЕРАТУРА

1. Об утверждении Программы деятельности Правительства Республики Беларусь на 2018–2020 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 31 окт. 2018 г., №774 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2018.
2. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-ХП // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2018.
3. Конституция Республики Беларусь: с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 нояб. 1996 г. и 17 окт. 2004 г. [Электронный ресурс] // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2018.
4. Оценка врачами качества оказания медицинской помощи населению Республики Беларусь / Ю.Е.Демидчик, Т.В.Калинина, М.В.Щавелева [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения – 2010. – №4. – С.58–63.
5. Демографический ежегодник Республики Беларусь: статистический сборник. – Минск: Национальный статистический комитет Респ. Беларусь, 2018. – 431 с.
6. Вступительное слово и доклад Президента Республики Беларусь А.Г.Лукашенко «Вместе – за сильную и процветающую Беларусь!» на V Всебелорусском народном собрании [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://president.gov.by/ru/news_ru/view/uchastie-v-pjatom-vsebelorusskom-narodnom-sobranii-13867. – Дата доступа 16.11.2018.
7. Результаты изучения ориентированности населения различных территориальных образований Республики Беларусь на здоровый образ жизни / М.В.Щавелева, С.Г.Амбрушкевич, Г.Н.Босяков [и др.] // Медицинские новости. – 2015. – №2. – С.21–24.

AVAILABILITY AND QUALITY OF HEALTH CARE ACCORDING TO OPINION OF PATIENTS AND HEALTHCARE PROFESSIONALS FROM MOGILEV REGION

¹ M.M.Sachek, ² A.D.Zhilin, ³ M.V.Schaveleva,

¹ I.I.Novik, ¹ N.A.Romanov, ¹ I.P.Shcherbinskaya,

³ V.I.Ivanova, ³ N.I.Panulina, ³ O.A.Kulpanovich,

³ T.V.Matveichik, ³ L.V.Schvab, ³ V.V.Stankevich

¹ Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), 7a, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

² Main Directorate for Health Mogilev Regional Executive Committee, 71, Pervomayskaya Str., 212030, Mogilev, Republic of Belarus

³ Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, 3, building 3, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

Real-time data monitoring (with a focus on primary health care and use of comparable parameters) based on the estimates of patients and healthcare workers from Mogilev Region concerning health care accessibility and quality was undertaken. Significant differences have been found in the evaluation of studied parameters by patients and healthcare professionals. It has been ascertained that 47% of the questioned patients applied for paid medical services. Most of them estimate the quality of this type of service as similar to service which is provided by the state healthcare institutions. According to the opinion of healthcare professionals, the most important factors for the improvement of health care quality are: salary rise, modernization of equipment and an increase in the number of medical staff.

Keywords: Republic of Belarus; Mogilev Region; health care; patients; healthcare professionals; health care quality; health care availability; sociological survey.

Сведения об авторах:

Сачек Марина Михайловна, д-р мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практиче-

ский центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», директор; тел.: (+37529) 6703237; e-mail: msachek@belcmt.by.

Жилин Александр Дмитриевич; главное управление по здравоохранению Могилевского облисполкома, начальник; тел.: (+37522) 2326677; e-mail: gorki.omk@tut.by.

Щавелева Марина Викторовна, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37517) 2909840; e-mail: mvsch@tut.by.

Новик Ирина Ивановна, канд. биол. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зам. директора по экономическим исследованиям; тел.: (+37517) 3313414; e-mail: inovik@belcmt.by.

Романов Николай Александрович; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», отдел по формированию электронного здравоохранения, специалист по системам поддержки принятия клинических решений; тел.: (+37529) 6925797; e-mail: romanov@belcmt.by.

Щербинская Ирина Петровна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», ученый секретарь; тел.: (+37529) 6050603; e-mail: shcherbinskaja@mail.ru.

Иванова Валентина Ивановна, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37517) 2926251; e-mail: ivanovaval@mail.ru.

Панулина Наталья Ивановна, канд. мед. наук; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37517) 2909815; e-mail: 777p.n.i.777@mail.ru.

Матвейчик Татьяна Владимировна, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37517) 3314482; e-mail: matveichik51@rambler.ru.

Кульпанович Ольга Александровна, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», зав. кафедрой финансового менеджмента и информатизации здравоохранения; тел.: (+37517) 2909841; e-mail: olga_k_14@mail.ru.

Шваб Любовь Валентиновна; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра финансового менеджмента и информатизации здравоохранения, старший преподаватель; тел.: (+37517) 3314482; e-mail: gzaharowa@mail.ru.

Станкевич Виктория Васильевна; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», специалист отдела аттестации; тел.: (+37517) 2922419; e-mail: victoria_117@list.ru.

Поступила 21.12.2018 г.