

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА, КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА НЕОБХОДИМОСТИ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ

Ахетов А.А.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Известно, что в общественном здравоохранении отношение населения к различным аспектам функционирования больничного сектора, является одной из важнейших составных частей обоснования необходимости ее модернизации и развития [1,2]. Исходя из этой посылки в ЦКБ МЦ УДП РК в течение 2012-2013 годов проводился опрос пациентов, лечившихся в подразделениях терапевтического и хирургического профиля. При этом в социологическом исследовании участвовало 576 респондентов, что составило 7,8% от среднегодового числа больных, пролечиваемых в стационаре [3].

Изучение половой структуры участников социологического исследования показало, что из общего числа (576) 325 (56,4%) составляли мужчины, а 251 (43,6%) – женщины. В повозрастной структуре респондентов, наибольшую долю составляли лица в возрасте от 63 до 70 лет (25,8%); от 58 до 63 лет (24,8%) и в возрасте от 70 до 75 лет (22%). При этом респонденты самой «молодой» и самой возрастной группы занимали наименьший (соответственно 3,8% и 1,2%) удельный вес.

Оказалось, что среди общего числа респондентов лица, имеющие высшее образование составляли подавляющую (89,8%) долю, а при их распределении по виду образования установлено, что респондентов, имеющих гуманитарное образование было - 56,4%, а техническое – 43,6%.

Установлено далее, что среди общего числа респондентов 68,1% были замужем или женаты, а остальные 31,9% опрошенных по различным причинам были одиночками. Показано, что из 429 респондентов пенсионного возраста 90% ушли на пенсию по возрасту, а 10% - по инвалидности в связи с заболеваниями.

При изучении распределения опрошенных по жилищным условиям обнаружено, что большая их часть имеет собственную квартиру или дом; 9,2% - нанимали жилье, а 2,4% - пользовались служебным жильем.

Установлено, что у более чем половины респондентов среднедушевые семейные доходы составляли до 100 тыс. тенге; у 32,6% опрошенных – от 100 до 150 тыс.тенге и у 18,8% - свыше 150 тыс.тенге.

Дальнейший анализ показал, что из общего числа респондентов 53% были прикреплены к больнице в соответствии с действующим порядком прикрепления, а 47% - были жителями г.Алматы и других регионов страны.

Обнаружено что, подавляющая доля (82%) респондентов была госпитализирована по инициативе участковых врачей; 12,7% - были направлены врачами специалистами поликлиники; 3,3% - врачами скорой медицинской помощи и 2% - были госпитализированы при самообращении пациентов.

Последующий анализ показал, что в общем числе респондентов 45,8% будучи прикрепленным к больнице лечились по государственному заказу Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан; 39,2% - на платной основе и 15% - по государственному заказу МЗ РК в рамках выполнения гарантированного объема «бесплатной» медицинской помощи населению.

Далее установлено, что почти 2/3 опрошенных выбрали больницу потому, что у нас работают наиболее

квалифицированные специалисты. Почти в равных долях (12,8% и 13,2%) распределились опрошенные, которые выбрали больницу по рекламе, совету родственников и друзей.

Дальнейшее исследование показало, что из общего числа респондентов, лечившихся в больнице на платной основе (262 чел.), 70% перед госпитализацией ознакомились с прейскурантом цен на оказываемые медицинские услуги, а 30% - нет. При этом для 46,5% опрошенных первой группы стоимость лечения была приемлема. Вторая группа респондентов, в которую вошли 53,5% респондентов указала, что цены для них высоки. Тем не менее обе группы опрошенных все же выбрали больницу для лечения.

При этом 67,7% респондентов проявили готовность к оплате дополнительных медицинских услуг, а 32,3% - нет.

При изучении причин госпитализации установлено, что подавляющая доля (94,7%) респондентов была госпитализирована в плановом порядке, а 5,3% - по экстренным показаниям. При этом показано, что большая часть (66,8%) опрошенных госпитализируются 2 и более раз в году, а 8,8% - были госпитализированы впервые.

При распределении респондентов по классам заболеваний, установлено, что из общего числа опрошенных 41% имели заболевания, относящиеся к классу болезней сердца и сосудов; на втором ранговом месте в структуре заболеваний стояли болезни почек, мочевыводящих путей и половых органов (12,5%); на третьем – болезни верхних дыхательных путей и легких (12%); на четвертом – болезни костно-суставной системы и соединительной ткани (11,8%); на пятом – болезни сосудов головного мозга (9,7%); на шестом – болезни желудочно-кишечного тракта (9,4%); на седьмом – эндокринные заболевания (3,1%) и на восьмом – прочие заболевания (0,5%).

О работе приемного отделения больницы позитивно отзывались 84,9% опрошенных. Остальные 15,1% респондентов его работой остались недовольны. При этом 90,8% недовольных респондентов основной причиной неудовлетворительной работы приемного отделения назвали бумажную волокиту вокруг заполнения истории болезни и очереди на госпитализацию. А остальные 9,2% опрошенных указали на невнимательное и неэтичное поведение медицинского персонала больницы.

При изучении основных причин недовольства респондентов работой приемного отделения установлено, что из общего их числа 84,9% опрошенных оформления документов на госпитализацию пришлось ждать до 30 минут; 12,1% респондентам историю болезни заполнили в течение часа, а 3,3% - свыше одного часа.

При изучении отношения респондентов к качеству их размещения в палатах показано, что из общего числа респондентов 83,7% были удовлетворены условиями размещения в палате, а 16,3% - нет. Далее обнаружено, что из 93 опрошенных, выразивших недовольство 84 (90,3%) отметили, что хотели бы находиться в одноместной палате; а 7 (9,7%) – не устраивал температурный режим.

Далее изучение мнения респондентов о профессионализме врачей и медсестер показало, что

довольны работой своего лечащего врача только 75,7% опрошенных, а 24,3% - высказали отрицательное мнение. Причем из общего их числа среди причин недовольства на 1 рейтинговое место (30%) поставили – невнимательное отношение врачей к пациентам. II ранговое место (28,6%) было отдано чрезмерному назначению дополнительных диагностических исследований. III - (22,8%) респонденты отдали – недостаточному назначению лечебных процедур. К сожалению, 8,6% опрошенных высказали мнение, что профессиональный уровень лечащих врачей недостаточен и требует улучшения.

Аналогичные исследования качества работы медсестер больницы показали, что работой среднего медицинского персонала довольны 72,6% из общего числа опрошенных, а 27,4% высказали отрицательное отношение к качеству их работы. Причем большая часть (63,4%) довольных работой медсестер поставили им оценку «хорошо» и удовлетворительно; 53 чел. (9,2%) – «отлично», а 158 человек (27,4%) – «неудовлетворительно». Одновременно установлено, что из общего числа опрошенных, оценивших работу медсестер неудовлетворительно, 76,6% - указали на невнимательное отношение медсестер к пациентам, а 18,4% - на низкий профессиональный уровень и 5,7% - на неопытный вид медсестер и несоблюдение элементарных санитарно-гигиенических требований.

При исследовании мнения респондентов о диагностических службах установлено, что 86,2% опрошенных в целом остались довольны их работой, а 14,8% - высказались по этому вопросу отрицательно. Однако почти половина (49,3%) респондентов из общего числа неудовлетворительно оценивших работу диагностических служб указали на невнимательное отношение к ним врачей; 29% - на очереди и 21,7% - на низкий профессиональный уровень врачей.

Следующим фрагментом проведенного социологического исследования стало изучение распределения респондентов по сумме средств, затраченных на лечение. Установлено, что из 226 респондентов, проходивших лечение в стационаре на платной основе 124 человек или 54,9% - заплатили за лечение от 150 до 200 тыс. тенге, на втором ранговом месте по объему затрат находились опрошенные, заплатившие свыше 200 тыс. тенге. Третье место заняли респонденты, затраты которых колебались в пределах от 100 до 150 тыс. тенге. Последние, пятое и шестое ранговые места распределились между опрошенными, расходы, на лечение которых составили от 100 до 150 тыс. тенге и до 100 тыс. тенге соответственно.

При выяснении средней продолжительности лечения респондентов установлено, что в I группе опрошенных основную долю (80,6%) составляли лица, лечение (по госзаказу) которых продолжалось от 7 до 10 дней. 9,1% респондентов этой группы лечились свыше 10 дней, а 10,3% - до 7 дней.

Во второй группе опрошенных, распределение по длительности лечения (на платной основе) было несколько иным. Так, обнаружено, что здесь от 7 до 10 дней лечилось 73%. В подгруппе опрошенных, лечившихся на платной основе свыше 10 дней, их доля по сравнению с аналогичной подгруппой I группы, таких пациентов было более чем в два раза больше (19%). В то же время удельный вес пациентов этой группы, длительность лечения которых не превышала 7 дней, равнялся 8%, что было достоверно меньше, чем среди респондентов, лечившихся на договорной основе.

На заключительном этапе проведенного социологического исследования был проведен анализ

ответов респондентов, касающихся содержательных сторон в деятельности больницы.

Изучение мнения респондентов об организации работы отделения, в котором они проходили лечение, показано, что 78,5% из общего числа опрошенных в целом остались довольными его работой, а 21,5% - выразили отрицательное отношение. Далее при детализации причин неудовлетворительной оценки деятельности отделения установлено, что большая часть (66,9%) из них считает, что сумма затраченных на лечение средств не соответствует результатам лечения. 16,1% «недовольных» респондентов указали на недостаточное использование врачами отделения лечебных возможностей, которыми располагает больница и почти столько же опрошенных (17%) сочли квалификацию врачей недостаточной.

Продолжая изучение отношения «платных» респондентов к ключевым вопросам деятельности больницы, было исследовано их мнение о качестве оказанной платной стационарной помощи. Показано, что из общего числа опрошенных, прошедших лечение в стационаре на платной основе (226 человек) 194 или 85,8% качество оказанной стационарной помощи оценили позитивно, а 32 респондента или 14,2% высказали к нему отрицательное отношение. При этом все 194 респондента положительно оценивших качество оказанной платной помощи, заявили, что и в следующий раз воспользуются услугами больницы. В свою очередь, среди группы опрошенных негативно отнесшихся к качеству полученной стационарной помощи, 56,3% пациентов объяснили, что они больше не выберут больницу для лечения, так как затраченные средства слишком высоки, а 43,7% - были не удовлетворены результатами лечения.

Наконец, изучены ответы респондентов, в которых они дали свои предложения по улучшению деятельности больницы. Проведенные исследования показали, что 36,8% респондентов предлагают улучшить культуру медицинского обслуживания в больнице; 24,1% - повысить квалификацию врачей; 18,1% - улучшить качество лечения; 10,8% - повысить уровень диагностики и 10,2% - улучшить организацию работы больницы.

Таким образом, проведенные социологические исследования показали, что большинство респондентов в оценке важнейших сторон деятельности больницы проявляют высокую гражданскую и социальную ответственность, смелость и открытость своих высказываний, а также осведомленность в современных проблемах здравоохранения. Полученные результаты заметно отличаются от предыдущих социологических исследований, в которых оценки респондентов были не столь выразительными и менее заинтересованными. В целом полученные результаты свидетельствуют о том, что наряду с позитивными изменениями, проявляющимися в институциональном развитии, в больнице накопилось много нерешенных вопросов, над которыми менеджменту нужно упорно работать. Кроме того, очевидно, что эти результаты могут быть дополнительной доказательной базой для основных приоритетов преобразований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузин В.Ф. *Некоторые аспекты совершенствования организации платных медицинских услуг населению // Здравоохранение.* - 2010. - № 4. - С.36-43.
2. Кузьменко М.М., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. *Здравоохранение в условиях рыночной экономики / Под ред. Э.А.Нечаева, Е.Н.Жильцова. М.: Медицина.* - 2004. - 304 с.
3. Решетников А.В. *Методология исследований в социологии медицины.* - М.: ММА. - 2000. - 238 с.

ТҮЙІН

Мақалада аурухана үдерістерін социологиялық зерттеудің нәтижелері келтіріледі. Ауруханадағы қайта құру қажеттілігінің негізгі құралы ретінде социологиялық бағалауды қолдану ұсынылады.

Түйін сөздер: сұхбаткерлер, диагностика сапасы, емдеу, шығындар, нәтижелілік, менеджмент.

SUMMARY

The article presents the results of the survey of hospital processes. It is proposed to use a sociological assessments as a tool to justify the need for change in the hospital.

Keywords: respondents, the quality of diagnosis, treatment, costs, productivity and management.

УДК 616-08-035

ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДАХ И В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Бадиров Ш.Ш.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК

Одним из важных разделов здравоохранения является служба скорой и неотложной медицинской помощи. Она осуществляется бесплатно, безотлагательно, вне зависимости от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности медицинских учреждений, только медицинскими работниками. Скорая и неотложная медицинская помощь носит приоритетный характер в системе обеспечения населения первичной медико-санитарной помощью. На современном этапе радикальных социально-экономических преобразований в обществе и реформ системы здравоохранения Республики Казахстан роль скорой медицинской помощи неуклонно возрастает. Медико-социальная значимость этой службы обусловлена достаточно высоким уровнем обращаемости населения по поводу внезапных заболеваний и травм. По данным ВОЗ, в мире около 20% лиц погибает из-за отсутствия квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном этапе, что и определяет повышение роли скорой медицинской помощи населению в системе здравоохранения. Скорая медицинская помощь оказывается специальной службой. Конституция РК (от 16 августа 2001 года N 756) устанавливает, что медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования. Граждане имеют право и на дополнительные медицинские услуги в соответствии с законом РК «от 19.05.97 N 111-1 «ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН», а также за счет средств предприятий, учреждений, организаций, своих личных средств и иных источников. Основные принципы организации скорой медицинской помощи:

1. полная доступность СМП для населения;
2. оперативность в работе и своевременность оказания всех видов медицинской помощи;
3. высокая квалификация персонала и необходимый объем оказания помощи;
4. обеспечение госпитализации в соответствующие медицинские учреждения.

Этот вид помощи организуется для оказания населению при несчастных случаях и внезапных заболеваниях, угрожающих жизни, возникших дома, на улице, во время работы, в ночное время, при массовых отравлениях и

др. В настоящее время скорая и неотложная помощь, как правило, размещается вместе со станциями скорой помощи. Пункты скорой и неотложной помощи создаются только в больших городах при одной из крупных поликлиник и обслуживают районы деятельности нескольких поликлиник. В укрупненных пунктах скорой и неотложной помощи одновременно дежурят несколько врачей. В крупном городе с населением свыше миллиона человек целесообразно иметь двухуровневую структуру оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. С учетом существующей нормативной базы эта структура может быть представлена Городской станцией скорой медицинской помощи и отделениями скорой медицинской помощи при поликлиниках с оперативным подчинением последних оперативному отделу Городской станции скорой медицинской помощи.

Основной работы станций скорой и неотложной медицинской помощи являются: своевременная сигнализация о несчастном случае и остром заболевании, информация о наличии коечного фонда соответствующего профиля, а также своевременное оказание квалифицированной и специализированной помощи. В центрах скорой и неотложной помощи имеется отдел госпитализации с бригадами и машинами “скорой помощи”, отдел оперативного управления, отдел статистики и др. Новым видом лечебного учреждения является больница скорой помощи. При областных и центральных районных больницах имеются отделения экстренной госпитализации. Машины “скорой помощи” оснащаются необходимым оборудованием для профилактики шока, тромбоэмболий, терминальных состояний. В машинах “скорой помощи” можно оказывать различные виды медицинской помощи (переливание крови, остановка кровотечения, трахеотомия, ручной массаж сердца и др.). В крупных городах имеются специализированная скорая и неотложная медицинская помощь с функциями реанимации, кардиологические, травматологические и педиатрические бригады, бригады интенсивной терапии, противошоковые, токсикологические и др. В функции станций скорой и неотложной помощи входит перевозка больных, рожениц и родильниц в стационарные лечебные учреждения по заявке лечащих врачей поликлиник. В состав специализированной бригады входят: врач-специалист, 2 средних медицинских работника и санитар. В перечень состояний, при которых должна быть оказана скорая и неотложная медицинская помощь, входят такие, как непосредственная угроза жизни, заболевания, резко ухудшающие состояние или приводящие к стойким