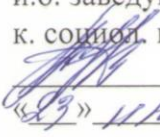


МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра общей и экономической социологии

РЕКОМЕНДОВАНО К ЗАЩИТЕ
В ГЭК И ПРОВЕРЕНО НА ОБЪЕМ
ЗАИМСТВОВАНИЯ

и.о. заведующего кафедрой
к. социол. наук, доцент


Е.В. Андрианова
«23» _____ 2017г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

КУЛЬТУРА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В РЕГИОНЕ

39.04.01 Социология

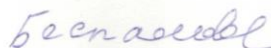
Магистерская программа «Социология управления»

Выполнила работу
Студентка 2 курса
очной формы обучения



Грушецкая
Анна
Николаевна

Научный руководитель
д. филос. наук, профессор



Беспалова
Юлия
Михайловна

Рецензент
д. социол. наук, профессор
кафедры маркетинга и
муниципального управления
ФГБОУ ВО «Тюменский
индустриальный университет»



Мехришвили
Ламара
Ленгизовна

г. Тюмень, 2017

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра общей и экономической социологии

РЕКОМЕНДОВАНО К ЗАЩИТЕ
В ГЭК И ПРОВЕРЕНО НА ОБЪЕМ
ЗАИМСТВОВАНИЯ

и.о. заведующего кафедрой
к.социол.н, доцент

Е.В. Андрианова

«___» _____ 2017

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

КУЛЬТУРА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В РЕГИОНЕ

39.04.01 «Социология»

магистерская программа «Социология управления»

Выполнила работу
Студентка 2 курса
очной формы обучения

(Подпись)

Грушецкая
Анна
Николаевна

Научный руководитель
д. фил. н., профессор

(Подпись)

Беспалова
Юлия
Михайловна

Рецензент
д. социол. н., профессор,
профессор кафедры маркетинга и
муниципального управления
ФГБОУ ВО «Тюменский
индустриальный университет»

(Подпись)

Мехришвили
Ламара
Ленгизовна

г. Тюмень, 2017

Работа выполнена на кафедре общей и экономической социологии
Финансово-экономического института ТюмГУ
по направлению «Социология»,
магистерская программа «Социология управления»

Защита в ГЭК
протокол от _____ № _____
оценка _____

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ	9
1.1. Культура медицинского обслуживания: характеристика и специфика социологического подхода к изучению.	9
1.2. Влияние культуры медицинского обслуживания на качество медицинских услуг.....	19
1.3. Культура медицинского обслуживания в системе управления.	25
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ КУЛЬТУРЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КАК ФАКТОРА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РЕГИОНЕ	54
2.1. Культура медицинского обслуживания в регионе (результаты социологического исследования).....	54
2.2. Пути повышения качества культуры медицинского обслуживания в регионе	83
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	91
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	95
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	103
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	109
ПРИЛОЖЕНИЕ 3	117

ВВЕДЕНИЕ

Медицина – система научных знаний и практической деятельности, целями которой являются укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней [21, С. 158].

Здравоохранение – система общественных и государственных социально-экономических и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья населения [21, С. 96].

Сегодня в системе охраны здоровья осуществляются государственные, общественные и другие мероприятия, направленные на борьбу с болезнями, охрану и улучшения здоровья населения страны, которые включают в себя организационные, экономические, политические меры. В настоящее время система охраны и укрепления здоровья взяла на себя многие социальные функции.

Актуальность исследования: повышение культуры медицинского обслуживания является одним из главных факторов в реформе системы здравоохранения. Реформирование здравоохранения в России в 90-е годы вследствие введения системы обязательного медицинского страхования предполагало повышение доступности медицинской помощи всем слоям населения и качественно новый уровень обслуживания пациентов. Но особых изменений не произошло, с каждым годом в стране и в регионах росла заболеваемость населения, уменьшалось значение профилактической работы и диспансеризации, а удовлетворенность медицинскими услугами и культурой медицинского обслуживания снижалась.

В 2006 г. в России начался новый этап реформирования отрасли, здравоохранение было объявлено национальным приоритетом, из федерального бюджета были выделены средства на увеличение зарплаты работникам первичной медико-санитарной помощи, переоснащение поликлиник, строительство медицинских центров и т. д. Но реализация таких масштабных мер требовала и требует изменений в управлении здравоохранением, особенно региональным.

Тем не менее, как указал В. В. Путин на совещании по региональным программам модернизации здравоохранения субъектов РФ: «Опросы населения

показывают, что большинство граждан России - 65 % - по-прежнему не удовлетворены качеством работы больниц и поликлиник, мы видим, что задача повышения качества медицинской помощи актуальна и востребована обществом, региональные программы должны обеспечить повышение качества и доступности медицинской помощи во всех регионах страны» [68].

«Главная задача реформы здравоохранения 2015 года заключается в том, чтобы в профильных больницах и клиниках, где производится лечение конкретных острых заболеваний, было все необходимое оборудование и работали высококвалифицированные специалисты, а в поликлиниках местного значения, городских, районных и поселенческих имелось в наличии достаточное количество мест для лечения пациентов с вяло текущими хроническими болезнями, сезонными заболеваниями. Но о том, как больные будут проходить необходимое в срочном порядке обследование, чиновник не упоминает. К выводам о том, что сфере здравоохранения необходимо меняться именно в этом направлении, привели множество примеров неэффективного использования дорогостоящей техники, которая поступала в больших количествах в поликлиники и стационары в последнее десятилетие. По указу президента все медицинские учреждения оснащались новейшим оборудованием, но в большинстве случаев аппараты были просто не нужны в той или иной поликлинике или на них некому было работать, и они простаивали или использовались очень редко[35]».

Первым этапом мероприятий по улучшению культуры медицинского обслуживания, в том числе и качества медицинских услуг, является оценка их состояния. По рекомендациям Всемирной организации здравоохранения выделяют 4 основных критерия качества медпомощи: эффективная и своевременная помощь, эффективное использование ресурсов, удовлетворение потребностей пациентов и результативность лечения, при этом управление в области здравоохранения должно включать в себя обязательный компонент — оценку.

Использование оценки качества медицинской помощи позволяет управленцам и медикам по-новому взглянуть на цели и результаты своей деятельности, особенно в региональном масштабе.

Социологическая оценка культуры, а также качества медицинской помощи в системе управления здравоохранением региона представляет своего рода обратную связь, позволяющую узнать, как относится население к тем или иным нововведениям, в чем заключаются их достоинства и недостатки. Решение указанных вопросов, как и вопросов управления здравоохранением, особенно региональным, настоятельно требует создания и внедрения технологии регулярных, многоплановых медико-социологических мониторинговых исследований в данной сфере, что делает диссертационную работу актуальной[68].

В ходе организации и проведения медико-социологических исследований отчетливо обозначились две отрасли, два направления, осуществляющие альянс социологии и здравоохранения:

1. Медицина как социальный институт и подсистема социальной системы в целом;
2. Использование социологических подходов при изучении и лечении заболеваний.

Степень научной разработанности проблемы: культура медицинского обслуживания не была достаточно развитым предметом в социологии медицины до настоящего момента. Но для ее изучения существенное значение представляют работы, посвященные исследованию культуры и качества медицинской помощи, удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием, соотношению медицинской помощи и медицинской услуги. Тем более что первые отечественные работы, выполненные по социологическим методикам, проводились в области социальной гигиены и организации здравоохранения. Попытка оценки удовлетворенности населения культуры и качества медицинской помощи была предпринята Г.И. Заборовским. Необходимость изучения качества медицинской помощи и целесообразность ее опосредованной оценки с

использованием такого показателя как уровень удовлетворенности пациентов признана большим числом исследователей: В.К. Юрьевым, А.В. Решетниковым, М.А. Татарниковым, Г.М. Гайдаровым, А.Л. Линденбратеиом, и др. [28, С. 32-38].

Проблема исследования состоит в необходимости изучения культуры медицинского обслуживания в г.Тюмени, а также разработки путей повышения культуры медицинского обслуживания, влияющей на качество медицинских услуг.

Цель исследования: изучить состояние культуры медицинского обслуживания в регионе.

Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

1. Рассмотреть понятие «культура медицинского обслуживания» и его применение в современной социологии;
2. Изучить связь понятий: культура медицинского обслуживания и качество медицинских услуг;
3. Проанализировать влияние культуры медицинского обслуживания на качество медицинских услуг;
4. Изучить особенности управления культурой медицинского обслуживания;
5. Проанализировать культуру медицинского обслуживания в системе управления здравоохранением в современной России;
6. Проанализировать результаты исследования по теме: «Культура медицинского обслуживания в регионе»;
7. Выработать пути повышения культуры медицинского обслуживания в стране и регионе.

Объект исследования – медицинское обслуживание в регионе.

Предмет исследования — культура медицинского обслуживания в системе регионального здравоохранения.

Научная новизна заключается в социологическом анализе культуры медицинского обслуживания в регионе (на примере г.Тюмени) и может быть конкретизирована в следующих результатах:

1) Уточнено понятие и охарактеризованы структурные компоненты культуры медицинского обслуживания;

2) Осуществлен сравнительный анализ культуры медицинского обслуживания в муниципальных поликлиниках, частных клиниках и в скорой помощи.

3) Описаны особенности культуры медицинского обслуживания в представлении пациентов и медицинского персонала;

4) Дана характеристика повышения культуры медицинского обслуживания с учетом имеющихся недостатков в регионе;

5) Составлены рекомендации о повышении культуры медицинского обслуживания.

6) Показано влияние культуры медицинского обслуживания на качество медицинских услуг.

Положения, выносимые на защиту:

1) Понятие «Культура медицинского обслуживания», включает в себя следующие составляющие:

1) профессиональную культуру;

2) профессиональную подготовку медицинских работников;

3) организационную (корпоративную) культуру;

4) профессиональную медицинскую этику;

5) профессиональный медицинский этикет;

6) честность и порядочность по отношению к пациентам;

7) открытость в отношении с пациентами;

8) уважение и вежливость;

9) осознание своего профессионального долга (обязанностей) во взаимодействии с пациентами;

10) качество предоставляемых медицинских услуг, связанного с культурой медицинского обслуживания;

11) уважение прав пациента на качественную и своевременную медицинскую помощь;

- 12) оказание медицинской помощи любому в ней нуждающемуся;
- 13) обслуживание пациентов на основе выработки определенных правил, процедур, практических навыков и умений;
- 14) компетентность медицинских работников;
- 15) минимальное количество врачебных ошибок;
- 16) удовлетворение индивидуальных потребностей людей;
- 17) высокий уровень профессионализма (дисциплины, ответственности, владения профессиональными навыками, мастерства, широкого кругозора и надлежащего общего развития);
- 18) организационно-технологическое совершенствование труда;
- 19) внимательность, вежливость;
- 20) выдержка, терпение, умение владеть собой;
- 21) хорошие манеры и культура речи, развитый вербальный аппарат;
- 22) способность избегать конфликтных ситуаций, а если они возникают, успешное разрешение их, соблюдая интересы обеих сторон.

2) Чем выше уровень культуры, тем выше качество медицинских услуг, и тем большую степень положительного влияния показатели медицинского обслуживания окажут на пациента.

3) Проведенный анализ документов показал, что профессиональная культура медицинских работников предполагает соблюдение двух составляющих: 1) соблюдение правил внутренней культуры; 2) соблюдение правил внешней культуры поведения, что значимо в процессе взаимодействия медицинского работника и пациента или больного и его родных. Также, установлена достоверная зависимость степени доверия пациентов врачам и оценки их профессиональных качеств: чем выше пациент ценит своего лечащего врача как профессионала и культурного человека, тем больше он ему доверяет. По мнению пациентов, первостепенными профессиональными качествами врача являются квалификация, компетентность, далее следуют общечеловеческие – внимательность, сострадание, доброта, коммуникабельность.

4) Сравнив ответы респондентов о культуре медицинского обслуживания в муниципальной поликлинике, частной клинике и скорой помощи, мы видим, что большинство респондентов не в полной мере удовлетворены культурой медицинского обслуживания в муниципальной поликлинике и в скорой помощи, в то время как полностью удовлетворены респонденты культурой медицинского обслуживания в частной клинике.

Главным недостатком при вызове скорой помощи является, как, по мнению экспертов, так и, по мнению респондентов, - долгое ожидание (38%). По мнению респондентов, главный недостаток в культуре медицинского обслуживания - это большие очереди на прием к специалисту (25%), в то время как эксперты считают главным недостатком - невоспитанность, как врачей, так и пациентов.

Теоретическая значимость исследования заключается в уточнении понятий «медицинская помощь», «медицинская услуга», «медицинское обслуживание», «качество медицинских услуг», «культура медицинского обслуживания», характеристике социальной сущности этих понятий, обосновании ролевой теории Т. Парсонса как методологической базы исследования качества медицинского обслуживания, в исследовании социальных основ управления качеством медицинского обслуживания.

Практическая значимость диссертационной работы состоит в том, что ее основные выводы и рекомендации могут быть использованы при разработке нормативных актов по управлению культурой и качеством медицинского обслуживания на федеральном, региональном и местном уровнях, а также на уровне лечебно-профилактического учреждения; при подготовке экспертов в области управления культурой и качеством медицинского обслуживания; при создании центров аудита культуры и качества медицинского обслуживания. Материалы диссертационного исследования могут быть использованы в практике работы медицинских организаций по совершенствованию их деятельности в сфере управления культурой и качеством медицинского обслуживания.

Теоретические положения диссертации могут быть использованы при подготовке и чтении лекционных курсов по социологии управления, социологии

медицины, социальному менеджменту, а также спецкурсов по управлению культурой и качеством медицинского обслуживания, социологии социальной сферы.

Теоретическую и методологическую базу работы составили классические труды по теоретической социологии, социологии культуры, социологии управления, социологии здоровья, медицинской социологии, менеджмента качества.

В работе использованы следующие методы: анализ документов, анкетирование жителей региона (г.Тюмени), опрос экспертов (медицинские работники).

Апробация работы: результаты исследования докладывались на «68 студенческой научной конференции».

Публикации результатов работы: по материалам диссертационной работы опубликованы статьи в Международном научном журнале (International scientific journal) на тему: "Культура медицинского обслуживания как фактор повышения качества медицинских услуг в регионе; а также статья на тему: «Культура медицинского обслуживания в регионе».

Структура выпускной квалификационной работы: выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, которые разделены на три и два параграфа, заключения, списка литературы и приложений. Первая глава посвящена теоретико-методологическим основам исследования культуры медицинского обслуживания: рассмотрены характеристика и специфика социологического подхода к изучению культуры медицинского обслуживания; проанализировано влияние культуры медицинского обслуживания на качество медицинских услуг, а также, рассмотрена культура медицинского обслуживания в системе управления. Во второй главе проводится анализ культуры медицинского обслуживания как фактора повышения качества медицинских услуг в регионе: проанализированы результаты социологического исследования на тему: «Культура медицинского обслуживания в регионе», а также, представлены пути повышения культуры медицинского обслуживания в регионе.

**ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
ИССЛЕДОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ МЕДИЦИНСКОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ**

1.1. Культура медицинского обслуживания: характеристика и специфика социологического подхода к изучению

В современном обществе эффективная профессиональная деятельность по охране здоровья и оказанию медицинской помощи населению становится труднодостижимой целью без адекватного понимания роли социокультурных факторов, влияющих на эту деятельность.

Социокультурные аспекты здравоохранения изначально развивались на основе исследований отношений между врачом и пациентом и их влияния друг на друга в процессе реализации ролевых функций. В настоящее время эта сфера исследования значительно расширилась. В нее входят также вопросы о том, как культура и социальная история сформировали составляющие медико-социальной системы, каковы организационные формы медицинской практики в различных медицинских системах. При этом сохраняется актуальность таких традиционных аспектов исследования, как общение, влияние, социальные роли и др. В последние несколько лет все большее внимание уделяется профессионализму врача и деструктивным процессам в функционировании медицинских организаций, а также медико-социального комплекса системы охраны здоровья в целом. Делаются попытки исследовать культурные альтернативы медицинской помощи, ответственности пациента.

В то время как некоторые из этих проблем имеют временный характер, другие отражают устойчивые тенденции в использовании адаптивных способностей человека в случаях, когда ему надо справиться с жизненными проблемами.

Человечество в ходе своей социокультурной эволюции выработало уникальный по своему духовно-нравственному основанию и практическому значению вид культуры – культуры медицинского обслуживания.

Медицинское обслуживание — это мероприятие или комплекс мероприятий, проводимых при заболеваниях или при непосредственной угрозе развития заболевания, направленных на восстановление здоровья или на

предупреждение болезни, имеющих самостоятельное, законченное значение и определенную стоимость» [7, С. 19-21].

Культура медицинского обслуживания направлена на обслуживание пациентов на основе выработки определенных правил культуры общения с пациентом, где он позиционируется как главное лицо с соответствующим к нему отношением.

Культура медицинского обслуживания включает в себя:

- 1) Профессиональную культуру;
- 2) Профессиональную подготовку врача;
- 3) Организационную (корпоративную) культуру;
- 4) Профессиональную медицинскую этику;
- 5) Профессиональный медицинский этикет;
- 6) Честность и порядочность по отношению к пациентам;
- 7) Открытость в отношении с пациентами;
- 8) Уважение и вежливость;
- 9) Осознание своего профессионального долга (обязанностей) во взаимодействии с пациентами;
- 10) Качество предоставляемых медицинских услуг, связанное с культурой медицинского обслуживания;
- 11) Уважение прав пациента на качественную и своевременную медицинскую помощь;
- 12) Оказание медицинской помощи любому в ней нуждающемуся;
- 13) Обслуживание пациентов на основе выработки определенных правил, процедур, практических навыков и умений;
- 14) Компетентность медицинских работников;
- 15) Минимальное количество врачебных ошибок;
- 16) Удовлетворение индивидуальных потребностей людей;
- 17) Высокий уровень профессионализма (дисциплины, ответственности, владения профессиональными навыками, мастерства, широкого кругозора и надлежащего общего развития);

- 18) Организационно-технологическое совершенствование труда.
- 19) Внимательность, вежливость;
- 20) Выдержка, терпение, умение владеть собой;
- 21) Хорошие манеры и культура речи, развитый вербальный аппарат;
- 22) Способность избегать конфликтных ситуаций, а если они возникают, успешное разрешение их, соблюдая интересы обеих сторон.

В каждой социальной подсистеме, сфере деятельности, социальном институте общества формируется своя подсистема социальной культуры, которая модифицирует ее ценности в данной конкретной области деятельности. Область действия этого социокультурного образования, как правило, не выходит за рамки данной социальной подсистемы. Однако для системообразующих подсистем общества принципы формирования аспектов культуры становятся крайне важными для всего общества. Поэтому для социологии медицины актуально исследование проблем медицинской культуры, сформировавшейся в медико-социальной системе (медицине и здравоохранении).

Регулятивная социальная функция медицинской культуры – это то, что считается разумным, обоснованным в данном сообществе в лечении болезней. С помощью медицинских, санитарных норм, ценностей, обычаев медицинская культура упорядочивает, направляет, ориентирует действия людей в сфере их здоровья. Благодаря передаче медицинской культуры медицина и здравоохранение сохраняются и развиваются как социальные институты. Как и любая другая культура, медицинская и здравоохранительная культура регулируют поведение:

1. Она дает ему культурологическую медико-социальную картину, тем самым информируя человека о том, на что можно рассчитывать, надеяться, как себя вести, чтобы быть принятым, одобренным другими, и о том, что будет сочтено нежелательным при возникновении болезни, при обращении к врачам;
2. Она побуждает, мотивирует человека к медицинскому поведению, одобряемому в данной группе, данном сообществе;

3. Она налагает ограничения, контролирует медицинское поведение людей, которые должны вести себя так, как считается принятым, приемлемым.

Таким образом, для социологии аспекты культуры медицинского обслуживания являются важным источником медико-социального знания о том, каким образом культура медицинского обслуживания, те или иные ее элементы, исторические типы влияют на развитие медико-социальных систем их организационной и функциональной структуры, поведение больного и здорового человека, формирование и социальное поведение медико-социальных групп [44, с.392].



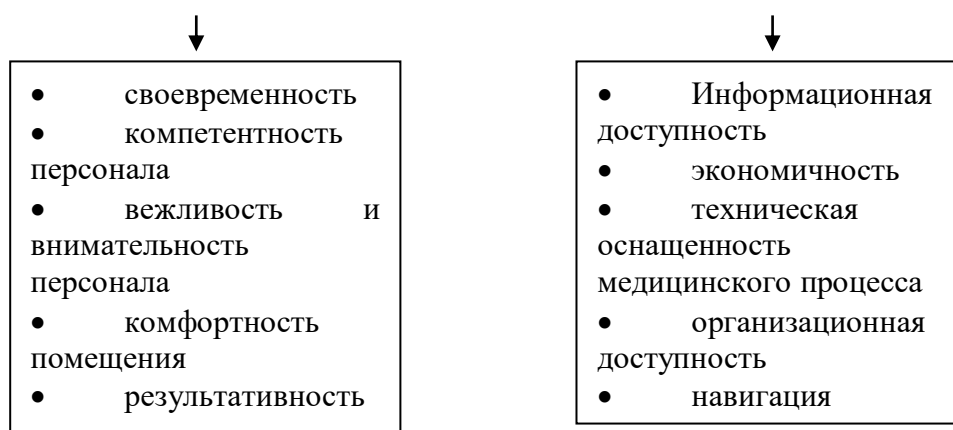


Рис. 1. Удовлетворенность населения предоставляемыми медицинскими услугами.

Критерии качества медицинских услуг, связанного с культурой медицинского обслуживания:

1) критерий «своевременность» характеризует потребительские ожидания относительно получения услуги в момент ее необходимости и в установленные (общепринятые) сроки;

Например, исходя из нашего исследования, можно привести пример об ожидании приема врачей. У большинства респондентов, в среднем, ожидание приема врачей (участковый терапевт, невролог, хирург, ЛОР, офтальмолог, стоматолог и др.) занимает до 30 минут, что говорит об организованности медицинских учреждений.

2) критерий «компетентность персонала» касается уровня потребительских ожиданий и восприятия относительно профессионализма и компетентности медперсонала в вопросах лечения, консультирования и оказания медицинской помощи;

Например, результатами медицинского обслуживания с точки зрения культуры в поликлинике удовлетворены 28% респондентов, не удовлетворены – 32%. Не в полной мере – 40%. В частной клинике удовлетворены 67%, не удовлетворены – 9%, не в полной мере – 23%. Обслуживанием скорой помощи удовлетворены 60%, не удовлетворены – 11%, не в полной мере – 29%.

3) критерий «вежливость и внимательность персонала» отражает потребительские ожидания и восприятие относительно вежливости, доброжелательности и тактичности персонала по отношению к получателю услуг;

Например, отношением врачей с точки зрения культуры медицинского обслуживания в поликлинике удовлетворены 30% респондентов, не удовлетворены – 30%. Не в полной мере – 39%. В частной клинике удовлетворены 69%, не удовлетворены – 9%, не в полной мере – 22%. Отношением в скорой помощи удовлетворены 60%, не удовлетворены – 10%, не в полной мере – 30%.

Отношением медицинских сестер, с точки зрения культуры медицинского обслуживания в поликлинике удовлетворены 46% респондентов, не удовлетворены – 28%. Не в полной мере – 27%. В частной клинике удовлетворены 75%, не удовлетворены – 9%, не в полной мере – 17%. Отношением медицинских сестер в скорой помощи удовлетворены 65%, не удовлетворены – 10%, не в полной мере – 26%.

4) критерий «комфортность помещения» характеризует уровень потребительских ожиданий и восприятия оснащенности оборудованием помещений для приема посетителей, удобства их расположения;

Например, причины обращения за платной медицинской помощью: Низкий уровень оснащенности поликлиники по МЖ – 20%; отсутствие нужных врачей в поликлинике – 19%; высокий профессионализм врачей в частной клинике – 9%; более совершенная организация работы – 25%; внимательное отношение медицинского персонала в частной клинике – 8%; современное оборудование в частной клинике – 9%; достаточное количество медицинских работников различных направлений медицины – 6%; другое – 3%.

5) критерий «результативность» характеризует степень соответствия потребительских ожиданий и восприятия, относительно достигнутых целей посещения пациентом медицинского учреждения.

Например, претензии к культуре обслуживания врачей респонденты отмечают следующие: Недостаточно эффективное качество медицинской помощи

(25%), невнимательное и неуважительное отношение медицинского персонала (52%), отказ в медицинской помощи (1%), недостаточное количество времени на обслуживание пациента (19%), затрудняюсь ответить (2%).

Критерии доступности медицинских услуг:

1) критерий «информационная доступность» характеризует уровень ожидания и восприятие потребителем каналов и способов получения необходимой информации, информационных материалов о предоставляемой услуге;

2) критерий «экономичность» отражает потребительские ожидания и восприятие относительно финансовых затрат на получение услуги (транспортные расходы, ксерокопирование, плата за бланки, плата за процедуры и т.д.);

3) критерий «техническая оснащенность медицинского процесса» показывает уровни потребительских ожиданий и восприятия относительно наличия в медучреждениях современных технических средств, а также медицинского инвентаря;

4) критерий «организационная доступность» характеризует уровень потребительских ожиданий и восприятия относительно упорядоченности процесса предоставления медицинских услуг, согласованности и взаимодействия исполнения персоналом медучреждения своих функций;

5) критерий «навигация» касается уровня ожидания и восприятия предоставленной пациенту возможности без труда сориентироваться в медучреждении (наличие необходимых указателей, схем расположения, номеров кабинетов и т.д.).

Эти критерии используются в качестве индикаторов для расчета частных индексов удовлетворенности культуры и качеством предоставления, а также, доступностью оказываемыми медицинскими услугами [69].

Обязательным правилом культуры медицинского обслуживания должна стать способность медицинского работника увидеть ситуацию глазами пациента, почувствовать ее с позиции больного человека.

Основой культуры медицинского обслуживания являются этические основы врачевания: клятва врача, медицинская этика и врачебная деонтология.

1) Клятва врача.

В Древней Греции медицинская помощь осуществлялась в разнообразных хозяйственных формах и охватывала весь комплекс медицинских услуг. Отец медицины Гиппократ сформулировал многие принципы не только профессиональной, но и социально-экономической этики врача. Сформулированные Гиппократом заповеди для практикующих врачей устанавливали ценность врачебного труда, подчеркивали сущность врачебной помощи как безвозмездной деятельности во имя блага больного.

В Клятве Гиппократа, ставшей основой всех последующих клятв, присяг, профессиональных этических медицинских обещаний, сформированы такие требования:

- 1) Почитать человека, научившего тебя врачебному искусству, наравне с родителями;
- 2) Служить торжеству жизни;
- 3) Направлять режим больных к их выгоде сообразно имеющимся силам и разумению;
- 4) Соблюдать врачебную тайну;
- 5) Непорочно жить и трудиться;
- 6) Хранить верность клятве.

Каждый из разделов содержит морально-этические наставления следующего плана: «Я направляю режим больных к их выгоде сообразно моим силам и моим разумениям, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного... Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство... Что бы при лечении, а также без лечения я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайною».

И сегодня существует в каждой стране своя «Клятва» (или «Присяга») врача. Сохраняя общий дух древнегреческой «Клятвы», каждая из них соответствует современному уровню развития медицинской науки и практики, отражает национальные особенности и общие тенденции мирового развития. Врач должен помнить, что, несмотря на наличие более или менее тяжелых заболеваний, внимание к больному определяется не столько тяжестью болезни, сколько его психическим страданием, субъективной картиной болезни. Больной, обращаясь за медицинской помощью, надеется на участие, внимательное отношение и сострадание со стороны врача, и врач не может (не должен) обмануть надежды больного.

2) Деонтология и биомедицинская этика.

Деятельность врачей, связанная со здоровьем и жизнью людей, требует четкого регулирования и строгого регламентирования. Профессиональная деятельность врача любой специальности может стать при определенных условиях социально опасной. Так, неправильная организация прививок, в том числе в детском коллективе, ошибки санитарного надзора, использование для профилактики и лечения лекарств, которые недостаточно экспериментально и клинически апробированы, и многое другое.

Под врачебными ошибками обычно понимают последствия заблуждений, но без элементов халатности, небрежности, недобросовестности, профессионального невежества. Ряд ошибок зависит от несовершенства методов исследования и аппаратуры, нетипичности, необычности, так сказать, клинического случая, т.е. особенностей течения заболевания, которые не знал или не распознал врач, чаще всего из-за малого опыта, недостаточной компетенции. Другие ошибки связаны с бесполезными и даже вредными вмешательствами, которые всегда существовали в медицинской практике. Защититься от них непросто. Третьи, например избыточное лечение, вообще не считаются врачебной ошибкой. Вариантом избыточного лечения является всестороннее обследование пациентов с использованием самых дорогих средств. Но чаще существующие условия ведут врачей к назначению ненужных обследований. Например, приобретение

автоматического биохимического анализатора «автоматически» приводит к заказу «пакетов» исследований, фактически ненужных больным. Появление нового томографа приводит к его использованию в случаях, которые можно вести без томографии.

К сожалению, нередки примеры сокрытия прямых ошибок, более того, прикрития, защиты врачей, совершающих такие ошибки, подчас преступные действия, преследуемые законом. Существует даже особый вид страхования – оплата по искам за совершенные ошибки, приводящие к неблагоприятным последствиям для здоровья пациентов, или необоснованные врачебные (чаще всего хирургические) вмешательства.

Например, в 1970-е гг. в ФРГ широко применялось не прошедшее тщательной экспериментальной проверки сильное снотворное вещество – контерган, которое назначалось в числе других беременным женщинам. В результате побочного тератогенного действия этого препарата родились тысячи детей с уродствами.

В 1991 году вследствие преступной халатности медицинского персонала в Калмыкии произошло заражение группы детей СПИДом.

В 1993 году было установлено, что в ФРГ в связи с отсутствием государственного контроля за заготовкой, производством и трансфузией донорской крови предприниматели на протяжении ряда лет выпускали препараты крови, инфицированные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция). В результате произошло массовое заражение СПИДом.

«Принципы должного» во врачебной деятельности, которые в качестве главной составляющей включают представление о долге врача не только перед больным, но и перед обществом, составляют предмет деонтологии. Речь идет не о том, чем и как лечить больного с тем или иным заболеванием – для этого необходимы профессиональные знания; речь идет об общих принципах врачевания, осознании социальной ответственности владения профессиональным медицинским знанием. Естественно, принципы и требования деонтологии распространяются на работу всего медицинского персонала, поэтому для

медицины в целом существует более широкое понятие – «медицинская деонтология». Поскольку врач является центральной фигурой любого учреждения, врачебная деонтология отражает в обобщенном виде медицинскую деонтологию в целом.

Автор термина английский правовед И.Бентам в своей получившей известность книге «Деонтология или наука о морали» (начало XIX в.) рассматривал деонтологию как учение о должном (отсюда происхождение самого термина) поведении индивидуума. И.Бентам придал своему учению, если так можно выразиться, определенные нормативные черты, т.е. рассматривал деонтологию как обоснование определенного (в том числе прагматического, эгоцентрического) поведения индивидуума как достижение должной для него цели, своего рода свода правил для достижения личной, персональной цели. Однако в историю морали, нравственности и особенно врачебной этики деонтология вошла как воплощение отвечающего высокому предназначению и гуманной деятельности должного поведения медика. Именно долг врача перед больным, но и перед обществом воплощает в себе это понятие.

Медицинская этика и деонтология как органически связанные понятия имеют дело с моральными и нравственными нормами и основанными на них принципами и правилами поведения медицинских работников, выполняющих свой гражданский и профессиональный долг. Врачебная (медицинская) деонтология включает в себя следующие разделы конкретных знаний:

- Принципы поведения, взаимоотношений и действий врача по отношению к больному и окружающим его людям, в первую очередь к близким родственникам;
- Взаимоотношения врачей между собой и с другими медицинскими работниками;
- Взаимоотношения врача с обществом (государством).

Все эти разделы взаимосвязаны. Однако решающим фактором, который определяет взаимоотношения врача с больным и его родственниками, коллегами и другим медицинским персоналом, является положение врача в обществе.

Новейшие успехи и достижения биологии, медицины привели к внедрению в практическую (клиническую) медицину новых технологий – трансплантацию непарных органов (требующую определения момента смерти, «мозговой смерти» и пр.), выращивание эмбриона в пробирке и их трансплантацию, генную инженерию, скрининг беременных для определения пола ребенка, лечение наследственных заболеваний, антенатальную диагностику, новейшие методы лечения психических больных (фармакопсихиатрия и др.) и их психического статуса. Практически все эти технологии порождают множество проблем: этических, морально-нравственных, психологических, коммерческих [особенно относящиеся к растущей цене за операции, в том числе при трансплантации органов и тканей, их хранении (банки органов и тканей) и продаже]. Все эти проблемы требуют этической экспертизы и оценки, определения правовых и юридических норм. Биоэтика призвана решать этические проблемы, возникающие в результате медико-биологических исследований и их применения (в том числе экспериментов на людях с их согласия) в таких областях, как трансплантация, генная инженерия и искусственное оплодотворение, на основе реализации прав гражданина в духе гуманных требований этики и деонтологии.

Таким образом, медицинская деонтология исследует:

- Понятие добра и зла, жизни и смерти, нормы и патологии;
- Взаимоотношения больных и здоровых людей;
- Взаимоотношения внутри медицинской среды, т.е. врачей друг с другом и иного медицинского и парамедицинского персонала, с различными слоями и группами общества;
 - Статусное и социальное положение врача в обществе;
 - Моральные, нравственные, этические правила и нормы медицинской профессии;
 - Правовые и юридические проблемы, вытекающие из отношений врача и пациента, общества и врача;
 - Вопросы по соблюдению врачебной тайны;

- Эвтаназию;
- Право эксперименты на себе (врача, медика);
- Производство медицинского вмешательства без согласия больного;
- Медико-биологические эксперименты на людях;
- Морально-этические проблемы трансплантации органов и тканей, генной инженерии.

Врачебная деонтология включает не только врачебную этику как морально-этические аспекты врачевания, но и действия, организацию работы, совершенствование знаний, навыков и т.д. В широком смысле – это наука о принципах поведения, взаимоотношениях и действиях врача. При этом они рассматриваются и как элемент нормального общения и как средство воздействия на психику больного, а тем самым – на течение патологического процесса. Предписываемые врачу врачебной деонтологией в императивном порядке нормы, запреты, критерии, оценки необходимы для понимания психики больного, его близких и окружающих, правильной организации лечебного процесса, полного использования всех возможностей при оказании помощи больному.

Гуманизм медицинской профессии, соблюдение норм и правил врачебной этики и медицинской деонтологии составляют базовую основу принципов здравоохранения в РФ. Нормы и правила этики и деонтологии выступают важными показателями качества медицинской помощи.

Для социологии медицины взаимоотношения врача и общества/ пациентов представляют важную область исследований, которые должны охватывать медико-социологические проблемы деонтологии, особенно в условиях влияния рыночных механизмов на здравоохранение, поскольку возникает опасность подмены нравственных и гуманистических ценностей и критериев медицинской деятельности сиюминутными экономическими приоритетами. Современное общество создает такие условия, при которых достоинство людей может стать предметом купли и продажи. Мораль, гуманность, участие, сострадание в этих условиях – не единственные регуляторы взаимоотношений между врачом и больным, поэтому, несмотря на существование известных норм морали,

общечеловеческих форм нравственного сознания, врач в подобном обществе вынужден торговать профессиональными знаниями и умениями. Это создает совершенно специфические взаимоотношения между врачом и больным, которые активно питают теневую экономику здравоохранения.

Следовательно, государство обязано создать такие общественные взаимоотношения врача и общества, при которых не возникало бы противоречий между достоинством врача и личными интересами членов данного общества. Динамику развития этих отношений можно исследовать с использованием медико-социологических подходов.

Для отечественной социологии медицины крайне актуальна задача разработки теоретических основ и технологий организации медико-социологического мониторинга системы общественного здоровья и здравоохранения. В условиях реформирования здравоохранения только регулярное своевременное получение достоверной медико-социологической информации и ее анализ позволяют:

- Оценивать медицинские, экономические, политические и социальные проблемы охраны здоровья населения;
- Анализировать социально-психологический климат в коллективах медицинских учреждений;
- Знать позицию поставщиков медицинских услуг о состоянии и перспективах развития системы общественного здравоохранения и обязательного медицинского страхования (ОМС);
- Используя социологические подходы, принимать обоснованные управленческие решения в системе охраны здоровья;
- Вырабатывать оптимальные технологии для совершенствования системы управления в здравоохранении.

Важной задачей социологии медицины современного периода развития здравоохранения в нашей стране являются разработка эффективной системы контроля и мониторинга социальных индикаторов, единых социальных стандартов в деле охраны здоровья, а также интеграция в социально-

экономическую модель отрасли систем обязательного и добровольного медицинского страхования как самостоятельного и добровольного медицинского страхования как самостоятельной формы социальной защиты.

С помощью методов исследования социологии медицины можно:

- Оценить и спрогнозировать интенсивность развития или затухания тех или иных медико-социальных процессов путем анализа динамики информационных потоков по определенной тематике;

- Оценить общественное мнение и сделать выводы о деятельности конкретных ЛПУ, страховых медицинских организаций (СМО), эффективности медицинской помощи и на этой основе (по полученным данным) разработать рекомендации по распределению ресурсов и т.п.;

- Проанализировать «проникновение» новых концепций, идей и методов в различные области медицинских знаний и практическую деятельность [44, с.688-691].

По исследованиям Р.В.Коротких (1988г.), более 60% населения не удовлетворено нравственными взаимоотношениями с врачами и другим медицинским персоналом. Нравственные нормы взаимоотношений с больными и коллегами нарушают 61% врачей, 30% не соблюдают врачебную тайну, постоянно ведут, не считаясь с обстановкой, разговоры о больных в частных беседах, называя фамилии пациентов. Среди причин нравственного характера, вызывающих неудовлетворенность медицинской помощью, 37% опрошенных жаловались на невнимательность врачей, 6%-на грубость. Пациенты очень чутко и ранимо реагируют на психологический климат в коллективе медицинского учреждения, на отношения друг к другу медперсонала, значительная часть пациентов отрицательно оценивает эти отношения.

Другая часть случаев конфликтных ситуаций связана с элементарными коммуникативными ошибками, совершаемыми врачом. Так, если назначая лечение, врач говорит пациенту: «Попробуйте вот это лекарство» или «Попробуем еще одно лекарство», - то пациент окажется прав, если оценит эту ситуацию как элементарное профессиональное невежество.

Также, установлена достоверная зависимость степени доверия пациентов врачам и оценки их профессиональных качеств: чем выше пациент ценит своего лечащего врача как профессионала, тем больше он ему доверяет. По мнению пациентов, первостепенными профессиональными качествами врача являются квалификация, компетентность, далее следуют общечеловеческие – внимательность, сострадание, доброта, коммуникабельность [70].

Таким образом, совершенствование профессиональных знаний, повышение квалификации является одним из главных положений медицинской деонтологии. Одна из центральных проблем социологии медицины – взаимоотношения (взаимодействия) между врачами, медперсоналом, пациентами и их близкими обращает пристальное внимание социологов на изучение профессиональных и личностных качеств современного врача.

1.2. Влияние культуры медицинского обслуживания на качество медицинских услуг

Культура медицинского обслуживания направлена на обслуживание пациентов на основе выработки определенных правил, процедур, практических навыков и умений.

Качество медицинских услуг - совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов, соответствующих современному уровню медицинской науки, а под доступностью медицинской помощи – реальную возможность получения населением необходимой медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания [66].

Иными словами, качественная медицинская помощь определяется как своевременная медицинская помощь, оказанная квалифицированными медицинскими работниками и соответствующая требованиям нормативных правовых актов, стандартов оказания медицинской помощи (протоколов ведения больных), условиям договора или обычно предъявляемым требованиям [17, с. 156-161].

Таблица 1.

Отличие культуры услуг от качества обслуживания

Отличие культуры предоставляемых услуг от качества обслуживания	
Качество обслуживания	Культура предоставляемых услуг
Объективный показатель, полученный на основе экспертного мнения	Субъективный показатель, полученный на основе мнения потребителя
Уровень качества обслуживания подтверждается стандартами и нормативами.	Уровень культуры обслуживания не подтверждается стандартами и нормативами, а только основывается на мнении потребителя.
Отражает уровень соответствия параметров качества предъявляемым требованиям и стандартам	Отражает уровень физического и психологического комфорта/уровень удовлетворенности потребителя
Формируется под влиянием стандартов	Формируется под влиянием социокультурных факторов
Качество может оценивать как обслуживание, так и предоставляемые услуги.	Культура оценивает только обслуживание

Культура медицинского обслуживания включает: уровень организации процесса, условия обслуживания, которые направлены на удовлетворение потребностей населения.

Качество обслуживания — соответствие показателей культуры предъявляемым требованиям и стандартам.

Следовательно, показатель качества — это оцениваемый экспертами показатель культуры.

Качество медицинских услуг и культура медицинского обслуживания влияют на потребителя. Чем выше уровень культуры, тем выше качество медицинских услуг, и тем большую степень положительного влияния показатели медицинского обслуживания окажут на пациента.

Необходимо отметить следующую тенденцию: чем разнообразнее предлагаемые услуги, тем выше уровень требований, которые предъявляются потребителями.

В соответствии с определением ВОЗ важнейшим критерием качества медицинских услуг (связанного с культурой медицинского обслуживания)

является степень снижения риска возможного возникновения болезни, прогрессирования существующего заболевания, развития осложнений вследствие заболевания, обследования и лечения с учетом оптимальности использования доступных медицинских ресурсов и технологий и удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью (услугой) [17, с.202-295].

Проблема культуры медицинского обслуживания важно для функционирования и развития системы здравоохранения. Вопрос о качестве медицинских услуг и культуре медицинского обслуживания для современной науки и практики не является чем-то новым. Врач, давая клятву Гиппократу и имея дело с жизнью и здоровьем пациента в своей повседневной профессиональной деятельности должен постоянно осмысливать свои действия при оказании медицинской помощи. Неверное решение медицинского работника может привести к врачебной ошибке и к негативному результату для пациента. От того, насколько качественно врач выполнил свои профессиональные функции, зависит будущее индивида, его здоровье и полноценное бытие в социальном мире . Модернизация российского здравоохранения актуализировала вопросы качества медицинского обслуживания и необходимость нового осмысления проблемы [4, С. 48-50].

Гуманизм медицинской профессии, соблюдение норм и правил врачебной этики и медицинской деонтологии (наука о морали) составляют базовую основу принципов здравоохранения РФ. Нормы и правила этики и деонтологии выступают важными показателями культуры и качества медицинских услуг.

Врачебная этика представляет собой совокупность принципов регулирования и норм поведения врачей, вопросов профессиональной этики, обусловленных спецификой и их деятельности, положением и той ролью, которая отводится им в обществе. Врачебная этика устанавливает свод нравственных критериев и требований к врачебному персоналу, определяет, при каких социальных условиях возможно их осуществление. Деонтология всегда отражала и отражает определенный исторический этап развития медицинской культуры общества.

Медицинская этика рассматривает совокупность моральных факторов, которыми руководствуются работники здравоохранения во всех сферах материальной и духовной деятельности, направленной на удовлетворение потребности общества и человека в сохранении и укреплении здоровья. Общечеловеческие морально-нравственные категории чести, достоинства, обязанности, вины, долга ответственности присущими лишь медицине проблемами (например, врачебной тайны, вмешательства без согласия больного, эвтаназии, эксперимента на себе и многих других), также являются основными составляющими элементами медицинской этики.

Популярность интеракционистских исследований в 1960-1970-е гг. во многом связано с тем, что, по сути дела, была представлена концепция выявления в человеке творческого начала. Изначально предметом исследования выступал творческий субъект в социальных действующих лицах. Этот подход был созвучен исследованиями процессов творчества в психологии.

В определенном смысле такое внимание к сложности взаимодействий между людьми и бесчисленное множество различных переговоров и исходов, которые они включают в себя, дают гуманистический и «прогрессивный» взгляд на социальное действие индивида, представление о разнообразии и творчестве, при котором каждый человек получает шанс помочь установить правила (хотя индивиды могут и не иметь одинаковых возможностей). А.Страусс (1963) разработал концепцию «согласованного порядка» для описания взаимодействиями между пациентами и персоналом в современных больницах, а П.Стронг (1979) писал о «церемониальном порядке», существующем в клиниках. Поддерживая идеи Дж.Мида, А.Страусс говорит об изменчивости, договоренностях и конфликтах при взаимодействии людей. И.Гофман (1964) в работе «Стигма» исследовал, каким образом индивидуумы осознают свои физические недостатки и примиряются с ними, каким образом они справляются с ними и как они представляют себя при взаимоотношениях с другими индивидуумами, чтобы опасности для собственного «Я» были сведены к минимуму. В работе «Asylum» И.Гофман (1961) рисует мрачную картину

строгое и иерархическое учреждение для душевнобольных, но показывает также, каким образом его обитатели адаптируются и иногда «психуют» или саботируют систему [44, с.278-279].

Приведем пример, связанный с теорией Б.Глейзера и А.Страусса «Grounded theory»: Группа под руководством А.Страусса вела детальное наблюдение за больными и медицинским персоналом в клинике. Кроме практических отношений медицинского персонала и больных, среднего и старшего медицинского персонала, их интересовала и более абстрактная проблема: хроническая боль и способы ее облегчения, снижения причиняемых ею страданий. В результате анализа разнородных данных возникли две обобщенные категории как две «стратегии борьбы с болью»: «лечение техническими средствами» (лекарства, операционное вмешательство и другие средства снятия болевого синдрома) и «лечение через адаптацию к боли» (контролирование болевых ощущений самим пациентом и психофизиологические программы воздействия со стороны персонала). Анализировались последствия влияния этих двух стратегий на моральное состояние пациента, на субъективное представление о хронической боли. Сравнение двух противоположных случаев — двух клиник, придерживающихся одной из стратегий, — позволило авторам концептуализировать феномен хронической боли и способы борьбы с ней.

Другой пример, также из клинической практики, — исследование «траектории умирания». Б. Глейзер и А. Страусс анализировали экстремальный случай одинокой пациентки, умирающей в больнице от рака. Они описывают стадии, которые прошли пациентка и медицинский персонал, сражаясь с болью и смертью. Обсуждается влияние двух составляющих: знания пациентки о своем состоянии и степень заботливости персонала, которые могут облегчить ее трагическое состояние. Авторы предложили концептуализацию, на основе которой единичный случай стал основой для социологического понимания ситуации в целом и влияния на реальную практику отношения к больным [70].

Для разработки концепций и теорий социологии медицины принципиальное значение имеют важные факты, открытые и научно подтвержденные в рамках

методологии интеракционизма. Так, факт релятивизма «нормального» или «отклоняющегося от нормы» поведения человека (в некоторых ситуациях поведение можно обозначить как отклоняющееся от нормы, когда в других обстоятельствах такое же поведение считается нормальным: преступник и солдат убивают людей, но об их действиях судят совершенно по-разному). Смысл и понимание являются продуктами конкретных социальных структур, и разные общества различным образом определяют и интерпретируют поведение человека.

В случае болезни важное значение имеет не существование ее как таковой, а то, каким образом общество воспринимает, объясняет ее и реагирует на нее, так как это влияет на образ жизни людей. Хотя возможно международное соглашение о том, какова клиническая картина туберкулеза, многие другие болезни, особенно психические, определить не так легко. Например, представители теории социального действия не считают, как Э.Дюркгейм, самоубийство «социальным фактом». Их прежде всего интересует, почему конкретная смерть была определена как самоубийство. Это приводит к рассуждению о том, какое значение придают этому событию социальные действующие лица драмы, например полицейский, родственники, следователь, производящий дознание. В своем исследовании классификации смертей как самоубийств Дж.Аткитсон (1978) утверждает, что производящий дознание следователь владеет основанной на здравом смысле теорией, «что именно считается самоубийством». На теорию о том, что является «типичным самоубийством», влияют характер данных, собранных о каждом самоубийстве, и данное им толкование.

Отсюда следует, что болезнь - это то, что данное общество определяет и трактует как болезнь. При интеракционистском подходе болезнь рассматривается как «изменяющийся в зависимости от культуры продукт, обозначающий отклонение от нормы». То, что определяется как болезнь, зависит от оценок тех, кто уполномочен определять и обозначать болезнь, а в обществе именно представители медицинской профессии имеют полномочия обозначать ее и осуществлять функцию общественного контроля». [44, с.278-280]

Показано влияние культуры на здоровье, которое происходит несколькими путями. Прежде всего, стоит отметить, что в сфере здоровья и болезни культурные различия проявляются чрезвычайно многообразно. Субъективные репрезентации болезни в значительной мере культурно детерминированы. Это касается и наиболее распространенных в данной культуре парадигм болезни и лечения, и восприятия отдельных симптомов, требующих или не требующих профессиональной помощи, и знаковых функций отдельных симптомов и проявлений болезни, обуславливающих групповую реакцию на индивидуума, связанную с легитимизацией его статуса как больного. Изменения в культуре могут приводить к созданию новых профессиональных ролей, для которых отсутствуют нормативы поведения, выполняющие психологические защитные функции. Кроме того, культурные изменения могут стрессогенно изменять традиционных ролей. В то же время культура создает способы социально приемлемого и одобряемого преодоления жизненных трудностей и кризисов [44, с. 392].

Деятельность врача в любом государстве регламентируется законодательством, т.е. правовыми нормами, с одной стороны, и врачебной деонтологией – с другой.

Взаимоотношения врача и пациента можно характеризовать медико-социологическим анализом постановки и решения очереди медико-организационных задач, в частности:

- Сочетание различных подходов в разработке планов изменения поведения пациента;
- Конструирование потенциальной эффективности медицинской услуги;
- Помощь в выборе тех факторов, которые уменьшают тяжесть страданий пациента в его наблюдаемом состоянии;
- Контроль за динамикой состояния путем последующих контактов с пациентом;
- Включение в работу с пациентом среднего медицинского персонала, семьи;

- Привлечение специалистов для оценки медицинской помощи и мероприятий, направленных на ее эффективность;
- Разработка превентивных мер по профилактике патологических состояний.

Врач добровольно возлагает на себя моральную ответственность за неблагоприятные исходы лечения, и это требует от него максимальной отдачи душевных сил. Это тем более тяжкий моральный груз, если речь идет о смерти пациента, поэтому, все свои действия и поступки, свою личную жизнь врач обязан регламентировать в соответствии с требованиями врачебной этики. Врачебная этика едина для всех медицинских работников, вместе с тем особенности профессиональной деятельности врачей различных специальностей предполагают разные подходы в реализации деонтологических положений [44, с.695-714].

Правила и нормы, возникающие и распространяющиеся как этические, морально-нравственные, нередко становятся юридическими, правовыми, закрепленными законодательно. Например, требование о сохранении врачебной тайны входило во все этические кодексы и другие документы о принципах и правилах поведения медиков.

Учитывая растущую социальную (и экономическую) значимость медицины, не уменьшающееся число врачебных ошибок и других нарушений требований медицинской этики и деонтологии вплоть до преступлений, высокую ответственность врачей перед людьми и обществом, было признано необходимым разработать специальный вид (раздел) права – медицинское право, сосредоточив его содержание на юридических аспектах прав и обязанностей медиков.

Под врачебными ошибками обычно понимают последствия заблуждений, но без элементов халатности, небрежности, недобросовестности, профессионального невежества. Ряд ошибок зависит от несовершенства методов исследования и аппаратуры, нетипичности, необычности, так сказать, клинического случая, т.е. особенностей течения заболевания, которые не знал или не распознал врач, чаще всего из-за малого опыта, недостаточной компетенции. Другие ошибки связаны с

бесполезными и даже вредными вмешательствами, которые всегда существовали в медицинской практике. Защититься от них непросто. Третьи, например избыточное лечение, вообще не считают врачебной ошибкой. Вариантом избыточного лечения является всестороннее обследование пациентов с использованием самых дорогих средств. Но чаще существующие условия ведут врачей к назначению ненужных обследований. Например, приобретение автоматического биохимического анализатора «автоматически» приводит к заказу «пакетов» исследований, фактически ненужных больным. Появление нового томографа приводит к его использованию в случаях, которые можно вести без томографии.

К сожалению, нередки примеры сокращения прямых ошибок, более того, прикрытия, защиты врачей, совершающих такие ошибки, подчас преступные действия, преследуемые законом. Существует даже особый вид страхования – оплата по искам за совершенные ошибки, приводящие к неблагоприятным последствиям для здоровья пациентов, или за необоснованные врачебные (чаще всего хирургические) вмешательства [44, с.716-720].

В настоящее время, когда мораль и нравственность в обществе ушли с переднего плана в связи со стремительным и порой безжалостным внедрением рыночных механизмов хозяйствования, в том числе и в здравоохранении, когда в силу деформаций в социальной политике врач унижен неадекватной оплатой труда, все больше стали появляться признаки равнодушия, даже преступного нарушения правил медицинской этики и деонтологии. Специалистами этот симптом описан как «синдром эмоционального выгорания». Часто интересы больного вообще не имеют существенного значения для сложных исследований и даже оперативных вмешательств. Лечащий врач, назначая массу лабораторных и рентгенологических исследований, выписывая сложные дорогостоящие лекарственные препараты, руководствуется не столько необходимостью их, сколько теми отчислениями, которые он может получить в виде гонорара, назначив больному дополнительные рецепты и исследования.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что культура медицинского обслуживания влияет на качество медицинских услуг и представляет важную область исследований в социологии медицины. Чем выше уровень культуры, тем выше качество медицинских услуг, и тем большую степень положительного влияния показатели медицинского обслуживания окажут на пациента.

1.3. Культура медицинского обслуживания в системе социального управления

Сфера здравоохранения – одна из форм социальной организации общества, которая предназначена для реального обеспечения прав человека на охрану здоровья и в которой ее субъекты осуществляют целеориентированную медицинскую деятельность по массовому оказанию медико-санитарной и профилактической помощи. Субъектами этой сферы выступают население (потребители медицинских услуг) и медико-социальные системы.

В настоящее время в системе охраны здоровья сформировался медико-социальный комплекс, состоящий из следующих систем:

- Управления здравоохранением (министерства и комитетов здравоохранения);
- Лечебно-диагностической амбулаторной и стационарной помощи;
- Фармацевтического обеспечения (фармацевтической промышленности, культивирования и сбора лекарственных растений, аптечных учреждений и предприятий);
- Социально-психологической помощи;
- Санитарно-эпидемиологического надзора;
- Санитарно-курортного лечения;
- Физической культуры и оздоровительного туризма;
- Медицинской промышленности (производства инструментов, приборов, оборудования, средств личной гигиены, санитарии и безопасности);
- Производства лечебного питания;

- Патологоанатомической, судебно-медицинской и судебно-психологической экспертизы;
- Медицинского образования и подготовки кадров (высших и средних медицинских заведений, факультетов усовершенствования);
- Медицинской науки и технологии (медицинских вузов и научно-исследовательских учреждений);
- Издания медицинской литературы;
- Медицинской статистики;
- Санитарного просвещения;
- Обязательного медицинского страхования;
- Добровольного медицинского страхования [44, с.489].

В наиболее общем виде процесс управления здравоохранением можно разделить на две составные, взаимообусловленные и взаимосвязанные части: административную, областью которой являются разработка и определение политики (как системы целей, задач и путей их решения), и собственно управленческую (оперативную, исполнительскую, направленную преимущественно на технологическую и техническую организацию объекта управления).

Связующим звеном между двумя частями единого процесса управления выступает непосредственное руководство людьми – менеджмент, обеспечивающий, с одной стороны, разработку и постановку задач, а с другой – их принятие и выполнение.

Таким образом, управление здравоохранением и его медико-социальными системами возникает из необходимости организации совместной деятельности людей и инициируется, с одной стороны, разделением труда, а с другой – социально-историческими условиями формирования конкретной системы здравоохранения.



Рис.2. Здравоохранение как организационная система. Типовая инфраструктура системы здравоохранения в РФ.

Эффективность организационных социально-экономических систем в значительной степени определяется тем, насколько производственная и управленческая деятельность изменяют организационное поведение человека в рамках различных типов, классов и видов организационных образований. Широкий спектр важных для теории управления проблем охватывают медико-социологические исследования, в частности:

- Понимание индивидуумом, теми или иными группами целей взаимодействия, предлагаемых данной организационной системой;
- Профессионализм и уровень компетентности использования менеджерами понятийно-категориального аппарата;
- Умение менеджеров определять и формулировать цели и задачи организации, управляющих систем и отдельных рабочих мест в организации;
- Знание системы стимулов, обеспечивающих соответствующее поведение людей в организации для достижения необходимых результатов;

- Умение анализировать и прогнозировать основные параметры условий организационной деятельности, внешней среды (состав, структуры, инфраструктуры, метасистемы) с целью обеспечения соответствующего поведения персонала организации;
- Умение анализировать состав, структуру, содержание, причины, источники конфликтных ситуаций и разрешать их;
- Организационно-кадровое проектирование систем управления социальных образований, формирование и развитие эффективных рабочих групп.

Важны также исследования общественного мнения, оценок самим человеком самочувствия, настроения, удовлетворенности, доверия к организационным системам, применяемым методам управления. Это позволяет выявлять сущностные особенности систем и методов управления по формированию в тех или иных социальных системах организационного поведения, структуры личностных, социально-психологических, мотивационных факторов, определяющих успешность управленческих усилий, приобретение практических навыков организации эффективного поведения людей в организации.

Важнейшей задачей социологии медицины является исследование условий и результатов включения персонала медицинских учреждений в механизмы рыночных отношений. Только на этой основе в реальной практической деятельности возможно управление формированием рыночного мышления и экономического поведения как важнейших элементов корпоративной культуры.

Здравоохранение и его медико-социальные системы относятся к классу организационных систем, функциональные свойства, типы и виды отношений объектов которой регламентируются правилами, нормами и законами, возникающими в результате, как общественного развития, так и принимаемых членами социума на основе гражданского консенсуса при создании системы. Процесс управления системой здравоохранения и составляющими ее медицинскими и иными организациями требует знания и учета закономерностей формирования, функционирования и организационных систем в целом.

Социология управления здравоохранением включает в себя управление медицинским учреждением, которое подразделяется на:

- Медико-социологическую характеристику технологии принятия управленческих решений;
- Управление медицинским персоналом с целью предотвращения конфликтных ситуаций;
- Управление культурой и качеством медицинской помощи;
- Медико-социологический мониторинг деятельности систем здравоохранения и ОМС.

Важнейшим направлением работы федеральных органов управления и финансирования здравоохранения становится формирование качественной новой системы экономических отношений в отрасли.

Государственные органы управления здравоохранением должны устанавливать, координировать и контролировать следующие управленческие функции:

1) Развитие ресурсов здравоохранения (медицинские кадры; медицинские организации; производство лекарственных средств и медицинского оборудования ; их поставки и распределение; научные медицинские исследования и развитие передовых технологий);

2) Обеспечение медицинской помощи (службы по борьбе с загрязнением окружающей среды, службы по профилактике и укреплению здоровья, амбулаторная, стационарная, ургентная медицинская помощь, привлечение населения к медико-санитарным и профилактическим мероприятиям);

3) Санитарно-эпидемиологический контроль;

4) Совершенствование механизмов экономической поддержки (мобилизация финансовых ресурсов; распределение денежных средств, выделенных на здравоохранение; координация взаимодействия с социальным и производственным секторами национальной экономики);

5) Оценка и координация деятельности национального здравоохранения (формирование информационных потоков, международное сотрудничество и т.п.) [44, с.507-510].

На уровне субъекта РФ управление здравоохранением включает разработку и принятие:

- 1) Стратегического плана развития здравоохранения территории и соответствующих целевых программ;
- 2) Территориальной программы государственных гарантий и обеспечивающего ее реализацию комплекса планов;
- 3) Финансовых и натуральных нормативов для здравоохранения субъекта Федерации на основе федеральной методики;
- 4) Текущих планов здравоохранения муниципальных образований по оказанию медицинской помощи.

Это расширяет права и поднимает ответственность органов управления здравоохранением субъектов Федерации в реализации жизненно важных для всей системы здравоохранения функций, к числу которых относятся, прежде всего:

- 1) Формирование и обеспечение государственных обязательств в отношении предоставления всем категориям населения медицинской помощи на уровне Территориальной программы государственных гарантий;
- 2) Стратегическое и текущее планирование оказания медицинской помощи;
- 3) Мониторинг и оценка деятельности учреждений здравоохранения и подсистем муниципального здравоохранения.

На уровне муниципального образования разрабатываются:

- 1) Согласованный со стратегическим планом субъекта Федерации местный план здравоохранения и соответствующие целевые программы;
- 2) Согласованная с Территориальной программой государственных гарантий муниципальная программа гарантий и обеспечивающий ее реализацию комплекс планов на основе территориальной системы нормативов;
- 3) Планы развития муниципальных учреждений здравоохранения;

4) Планы направлений в специализированные центры и ЛПУ, находящиеся в собственности субъекта РФ.

На уровне медицинского учреждения разрабатываются текущие планы деятельности учреждения, обеспечивающие реализацию задач, поставленных собственником (государственными или муниципальными органами) в соответствующих планах здравоохранения, а также привлечение дополнительных средств.

Социальная направленность проводимых в России структурных преобразований здравоохранения определяется разработкой эффективной системы контроля и мониторинга социальных индикаторов, единых социальных стандартов в деле охраны здоровья, а также интеграцией в социально-экономическую модель отрасли системы ОМС как формы социальной защиты.

В условиях реформирования здравоохранения только регулярное получение и анализ медико-социологической информации своевременной и с высокой степенью достоверности позволяют:

- Оценивать медицинские, экономические, политические и социальные проблемы охраны здоровья населения;
- Анализировать социально-психологический климат в коллективах ЛПУ;
- Знать позицию поставщиков медицинских услуг о состоянии и перспективах развития системы общественного здравоохранения и ОМС;
- Используя социологические подходы, принимать обоснованные управленческие решения в системе охраны здоровья;
- Вырабатывать оптимальные организационные технологии для совершенствования системы управления в здравоохранении.

Медико-социологический мониторинг (МСМ) как инструмент управления отражает социологические показатели здоровья групп населения, динамику и прогноз изменения общественного мнения о функционировании учреждения здравоохранения и представляет собой систему сбора, хранения и анализа данных

о состоянии здоровья населения, функционировании медицинских учреждений и уровне медицинского обслуживания.

Речь идет о построении унифицированных технологий мониторинга:

- Диагностики и лечения заболеваний;
- Оказания медицинской помощи, включая парамедицинские службы и вопросы отработки технологий;
- Оценки качества медицинских услуг, оказанных конкретному пациенту и совокупности пациентов по медицинскому учреждению;
- Социально-экономической оценки медицинской помощи и оказанных услуг.

Создание и применение МСМ направлено на обеспечение решения задач повышения качества медицинской помощи и эффективности управления системой здравоохранения.

МСМ – комплекс мер по обеспечению менеджмента полным и достоверным знанием о состоянии системы здравоохранения, прежде всего с использованием социологических подходов.

Методически медико-социологический мониторинг осуществляется путем проведения систематических социологических опросов населения и медицинских работников. Медико-социологические опросы проводятся:

- Выборочно на типичных территориях, обеспечивающих репрезентативность полученных результатов по широкому кругу вопросов;
- В отдельных учреждениях здравоохранения для получения конкретной информации по интересующему вопросу.

Периодичность проведения исследований первого вида может быть не реже одного раза в два года. Частота исследований по второму вопросу определяется актуальностью возникающей проблемы.

Существует несколько видов повторных и сравнительных эмпирических исследований: панельные повторные исследования, повторные когортные исследования, повторные трендовые исследования.

Медико-социологический мониторинг заканчивается внедрением его результатов в практику здравоохранения. В зависимости от цели и задач исследования возможны различные варианты практического использования результатов работ:

- Ознакомление с результатами широкого круга врачей и других заинтересованных лиц (лекция, доклад и т.д.);
- Подготовка приказа, методических указаний, инструкций и т.п. (на уровне учреждений, района, города, области и т.п.);
- Проведение реорганизации деятельности медицинского учреждения;
- Опубликование в печати (статьи, монографии и т.п.).

Внедрение результатов исследования в практику здравоохранения – трудный, многоэтапный процесс. Возможные варианты внедрения должны быть намечены и обсуждены еще на первом этапе.

Основные аспекты формирования показателей и критериев в области спроса на медицинские услуги:

1. Информированность населения о видах и объемах деятельности ЛПУ, страховых медицинских организаций является важным фактором при определении перспектив развития платных услуг в системе муниципального здравоохранения для повышения качества лечебно-профилактического обслуживания.

2. Динамика групп внутреннего и внешнего потока пациентов. В группу внутреннего потока включают пациентов, пользовавшихся медицинскими услугами только на данной территории или в данном ЛПУ. Во внешний поток включают респондентов, обращающихся за медицинской помощью полностью или частично за пределами данной территории.

3. Динамика потребления платных медицинских услуг. Важно изучить причины, формирующие внешний поток респондентов за счет потребления платных медицинских услуг на территории.

4. Степень удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи. Важнейшим показателем деятельности муниципального

здравоохранения является оценка удовлетворенности медицинской помощью населения в целом, а также определенных социально-экономических групп.

5. Динамика отношений между врачом и пациентом. Оттого, как складываются отношения между врачом и пациентом, зависит впечатление в целом о медицинском обслуживании и его качестве, поэтому целесообразно изучать мнение больных о своих лечащих врачах.

6. Организация доступа к квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Важно изучать мнение населения как потребителей медицинских услуг о доступности и качестве медицинского обслуживания в отделениях областной (краевой) клинической больнице.

7. Медико-социологическая оценка врачами использования своего трудового потенциала включает ряд позиций: реальный расход своего рабочего времени, знаний, опыта [65].

Для медико-социологической оценки важна структура использования трудового потенциала врачами на различные виды деятельности:

- Диагностика;
- Лечение основного заболевания;
- Лечение сопутствующих заболеваний;
- Лечение осложнений после хирургического вмешательства;
- Консультирование пациентов;
- Профилактические осмотры;
- Обсуждение случаев различной патологии и обучение коллег.

Снижение эффективности проводимых диагностических и лечебно-оздоровительных мер, врачи видят, прежде всего, в несвоевременности обращений пациентов.

8. Динамика нацеленности на рыночные отношения предложений и спроса на медицинские услуги. Следует мониторировать процесс перехода медицинских учреждений к обслуживанию по принципу «где больше нравится пациенту», изменение динамики которого свидетельствует о нацеленности на

рыночные отношения спроса на медицинские услуги и характера финансирования ЛПУ.

С этой целью в качестве одного из факторов, определяющих прогноз развития муниципального здравоохранения, проводят анализ предложений жителей по повышению качества и оптимизации деятельности медицинской сети. Опросы должны отражать следующие аспекты:

- Соотношение бесплатной медицинской помощи и числа граждан, живущих за чертой бедности;
- Приемлемость уровня цен на важные платные услуги (стоматология и др.);
- Направления улучшения материально-технической базы здравоохранения территории в целом и в конкретных медицинских учреждениях;
- Уровень укомплектованности ЛПУ узкими специалистами;
- Уровень квалификации врачей и среднего медицинского персонала;
- Оптимальность структуры амбулаторно-поликлинической сети, стационаров и диагностических кабинетов.

Таким образом, в основе суждений и оценок общественного мнения лежат потребности и интересы населения. Вместе с тем на характер, направленность и эмоциональный настрой общественного мнения немалое влияние оказывают ценностные ориентации. Так, мониторинг общественного мнения позволяет получить определенную информацию от населения и структур, задействованных в выполнении территориальной программы ОМС: ЛПУ, органов управления здравоохранения, СМО, территориальных фондов ОМС, предприятий. Анализ общественного мнения позволяет осуществлять оперативную обратную связь с населением и другими участниками системы ОМС, принимать конкретные управленческие решения и оценивать их эффективность.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ КУЛЬТУРЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КАК ФАКТОРА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РЕГИОНЕ

2.1. Культура медицинского обслуживания в регионе (результаты социологического исследования)

Для анализа выявления проблем в культуре медицинского обслуживания и качестве медицинских услуг нами было проведено собственное исследование методами вторичного анализа данных, анкетирования респондентов (пациенты медицинских учреждений г.Тюмени) и опроса экспертов. При вторичном анализе данных были выбраны 5 исследований по проблемам культуры медицинского обслуживания и качества медицинских услуг, проведенные в различных городах России за последние 10 лет.

Вторичный анализ данных позволил в рамках нашего исследования выявить общие тенденции анализируемой нами проблемы на общероссийском уровне, а также проследить вопросы, которые поднимают социологи в рамках социологического анализа культуры медицинских услуг и качества медицинского обслуживания.

При вторичном анализе данных нами были изучены следующие исследования:

- 1) «Сравнительный анализ отношения населения п.Гигант (Ростовская область) к платному и бесплатному медицинскому обслуживанию за 2013-2014 г.»
- 2) «Профессиональная культура медицинских работников в общении с пациентами-детьми» автора Макаренко Л.А. (2014г.)
- 3) А.Н. Тарасова и И.Я. Арбитайло «Востребованность платных медицинских услуг в Тюменской области» (2013 г.);
- 4) О.В. Карпова, М.А. Татарников, Е.Б. Марочкина «Социологическое исследование в системе управления качеством медицинской помощи» (2013г.);

5) И.С. Карпикова «Качество и доступность медицинских услуг: мнение населения и специалистов сферы здравоохранения» (2015г.).

Первое исследование на тему: «Сравнительный анализ отношения населения п.Гигант (Ростовская область) к платному и бесплатному медицинскому обслуживанию за 2013-2014 г.» направлено на изучение проблем качества платного и бесплатного медицинского обслуживания в п.Гигант (Ростовская область).

В результате анкетирования было выявлено, что жители п. Гигант не удовлетворены качеством медицинского обслуживания в муниципальном медицинском учреждении. В сравнении с 2013 годом, процент удовлетворенных респондентов медицинским обслуживанием увеличился примерно на 3%, процент неудовлетворенных респондентов составил 7% от общего числа опрошенных респондентов. Основной причиной неудовлетворенности населения является несвоевременное оказание медицинской помощи, которое вызвано отсутствием необходимых препаратов, что связано с недостаточным финансированием в сфере здравоохранения, по мнению респондентов.

В ходе исследования был проанализирован отчет программы «Льготные рецепты», результаты получились следующие: по сравнению с предыдущими годами, число льготников, которые получили возможность приобрести бесплатные медицинские препараты, увеличилась до 13 % от общей численности жителей посёлка Гигант. Но также, часть пациентов, входящих в льготную категорию не смогли воспользоваться данной программой, так как дорогостоящие препараты, необходимые для их лечения не входят в перечень препаратов отпускаемых по льготным рецептам.

На основании отчёта по программе «РОФОМС» было выявлено, что сумма, которая была затрачена на одного пациента в 2014 году, проходящего лечение в дневном стационаре, увеличилась примерно на 2% по сравнению с предыдущим годом и составила 1700 рублей. Часто денежных средств, выделяемых государством, не хватает для обеспечения пациента необходимыми для него

препаратами, вследствие этого приходится покупать некоторые лекарственные средства самостоятельно.

Часть респондентов, посещающих частные клиники полностью удовлетворены оказанными им медицинскими услугами. По мнению большинства респондентов, платные услуги качественнее, чем бесплатные и они соответствуют стоимости, предлагаемой за получение определенной услуги. В частной клинике большинство респондентов выделяют следующие положительные качества: отсутствие очереди, наличие большого спектра квалифицированных врачей различного профиля, высокое качество предоставляемых услуг. Процент респондентов, пользующихся платной медициной, невелик и составляет 17 %. Это связано с высокими ценами на платные медицинские услуги, которые большинство опрошенных респондентов (83 %) не всегда могут себе позволить.

Таким образом, прослеживаются положительные тенденции по улучшению качества медицинского обслуживания. Доля финансирования по данным статистических программ «Льготные рецепты» и «РОФОМС» увеличилась в среднем на 5% . Но также по-прежнему среди жителей п. Гигант имеется неудовлетворенность по предоставлению бесплатных медицинских услуг и удовлетворительное отношение к платному медицинскому обслуживанию. Выбор медицинского учреждения зависит от человека, с учетом его возможностей и ситуации, которая касается состояния здоровья.

Вторая статья «Профессиональная культура медицинских работников в общении с пациентами-детьми» автора Макаренко Л.А. была опубликована в 2014 году.

В данной статье показаны результаты исследования о терпимости медицинских работников, родителей и родственников пациентов по методике В.И. Рогова. В ходе исследования мы выявили, что 12% врачей непреклонны и упрямы, часто повышают голос. 50% твердо отстаивают свои убеждения, ведут диалог, изменяют свою точку зрения по определенной теме, если это необходимо. У 38% респондентов твердость убеждений сочетается с большой тонкостью,

гибкостью ума. Они могут принять любую идею, с пониманием отнестись к достаточно странному, на первый взгляд, поступку, даже если не одобряют.

Анализ проведенного исследования родителей и родственников пациентов показал, что 44% респондентов непреклонны и упрямы. Они стремятся навязать свое мнение другим, не редко разговаривают на «повышенных тонах». 25% отстаивают свои убеждения, ведут диалог, изменяют свое мнение, если это необходимо, способны иногда и на излишнюю резкость, неуважение к собеседнику. У 31% твердость убеждений сочетается с тонкостью, гибкостью ума. Они могут принять любую идею, с пониманием отнестись к достаточно странному, на первый взгляд, поступку, даже если не одобряют. Достаточно критически относятся к своему мнению и способны с уважением по отношению к собеседнику отказываться от взглядов, которые, как выяснилось, были ошибочны.

Исследование уровня самоконтроля в общении по методике М. Снайдера показало, что 69% респондентов имеют низкий коммуникативный контроль. Поведение устойчиво, и они не считают нужным изменяться в зависимости от ситуации. Способны к искреннему самораскрытию в общении. Некоторые считают их неудобными в общении по причине прямолинейности. 25% – со средним коммуникативным контролем, они искренни, но не сдержанны в своих эмоциональных проявлениях, считаются в своем поведении с окружающими людьми. 6% – с высоким коммуникативным контролем. Они легко входят в любую роль, гибко реагируют на изменение ситуации, хорошо чувствуют и даже в состоянии предвидеть впечатление, которое они производят на окружающих.

Таким образом, профессиональная культура предполагает соблюдение двух составляющих:

- соблюдение правил внутренней культуры – отношение к труду, соблюдение дисциплины, бережное отношение к общественному достоянию, дружелюбие и чувство коллегиальности;

- соблюдение правил внешней культуры поведения: благопристойность, приличие, хороший тон и соответствующий внешний вид (внешняя опрятность, необходимость следить за чистотой своего тела, одежды, обуви, отсутствие

излишних украшений и косметики, белоснежный халат и др.), что значимо в процессе взаимодействия медицинского работника и пациента или больного и его родных.

В третьей статье А.Н. Тарасовой и И.Я. Арбитайло «Востребованность платных медицинских услуг в Тюменской области» рассматриваются особенности функционирования российской системы здравоохранения с целью определения уровня востребованности населением платных медицинских услуг [6, С.123-129].

В проведенном социологическом исследовании проанализировано отношение населения Тюменской области к бесплатному медицинскому обслуживанию. Проанализирована удовлетворенность населения предоставляемыми медицинскими услугами, а также, дана оценка уровня спроса платных медицинских услуг в Тюменской области.

В результате проведенного исследования было выявлено, что в Тюменской области не достаточно развито финансирование государственной системы здравоохранения. Некоторая часть респондентов видят недостаток в сложном доступе на прием к врачу, а также выделяют наличие больших очередей. При этом платными медицинскими услугами пользуется не более четверти населения. На выбор платного или бесплатного медицинского обслуживания влияют инфраструктурные факторы и социальный статус. В целом респонденты отмечают, что они, в основном, посещают государственные поликлиники, а в частные медицинские учреждения обращаются только при явной необходимости.

Таким образом, мы видим, что платные медицинские услуги являются дополнительным источником расширения возможностей для удовлетворения потребностей человека в медицинской помощи. Существуют достаточно объективные причины развития рынка платных медицинских услуг. К ним можно отнести социально-экономические преобразования в обществе, недостаточное финансирование бюджетных медицинских учреждений, прогресс в сфере медицинских технологий и другие. Однако, несмотря на неудовлетворенность бесплатным медицинским обслуживанием, население отдает предпочтение

бесплатному лечению. Среди основных причин, которые отрицательно сказываются на развитии потребления платных медицинских услуг, можно отметить устаревшие представления о том, что медицинская помощь должна быть бесплатна, предоставление государственными учреждениями платных медицинских услуг по демпинговым ценам. Население не может полностью адаптироваться к изменившимся условиям, применяет устаревшие стереотипы поведения и не ориентировано на лечение в платных медицинских учреждениях, обращаясь к ним лишь в случае крайней необходимости [6, С.123-129].

В четвертой статье О.В. Карповой, М.А. Татарникова, Е.Б. Марочкиной «Социологическое исследование в системе управления качеством медицинской помощи» рассмотрены роль, место и организационно-методические проблемы социологических исследований в системе управления качеством медицинской помощи [2, С.11-15].

Авторы статьи считают, что анализ удовлетворенности медицинским обслуживанием должен приводить к решению проблем по данному вопросу, включая совершенствование лечебно-диагностических процессов, обеспечению более удобного для пациентов режима работы и достижению других желаемых результатов.

Также авторы утверждают, что управление качеством направлено на удовлетворение потребностей пациентов. Медицинские учреждения должны понимать их текущие и будущие потребности, выполнять их требования и стремиться превзойти их ожидания.

Далее, авторы обосновывают основные источники информации об удовлетворенности потребителей медицинских услуг:

- социологический опрос, как правило, в виде анкетирования;
- жалобы и предложения по совершенствованию деятельности;
- непосредственное общение с потребителями и другими заинтересованными сторонами;
- результаты изучения удовлетворенности целевых групп;

- отчеты, претензии, результаты экспертиз и исследований заинтересованных сторон (фондов ОМС, страховых медицинских организаций, общественных организаций по защите прав пациентов, доверенных лиц и т.д.);
- сообщения в средствах массовой информации;
- изучение по литературным и иным источникам
- удовлетворенности потребителей в других медицинских учреждениях, регионах и целевых группах и сопоставление полученной информации с собственными результатами [2, С.11-15].

В заключении авторы делают выводы: пациентам необходимо получать медицинские услуги, которые соответствуют их ожиданию и потребностям. Качественное медицинское обслуживание отражается в медицинских стандартах, клинических протоколах, методических рекомендациях, порядках оказания медицинской помощи, других нормативно-правовых документах и договорах на оказание медпомощи.

Медицинским учреждениям необходимо использовать в процессе управления источники информации об удовлетворенности пациентов. Следует планировать и разрабатывать процессы эффективного и результативного учета мнения потребителей, для чего необходимо разработать и внедрить документированную процедуру изучения удовлетворенности пациентов, определить методы и частоту сбора данных, их анализа и использования в управлении. Мониторинг удовлетворенности пациентов должен сопровождаться анализом восприятия пациентов выполнения их требований и ожиданий [2, С.11-15].

В последней статье И.С. Карпиковой проанализированы результаты социологического исследования на тему качества и доступности медицинских услуг. Проведен сравнительный анализ результатов опроса населения и экспертов в сфере здравоохранения. Выявлены различия в оценках состояния здоровья и проблем функционирования медицинских учреждений. Расхождения во мнениях объясняются отличиями в характере компетентности и осведомленности, особенностями включения в тематику здравоохранения [1, С.53-57].

По мнению автора, при оценке качества работы медицинских учреждений (по пятибалльной шкале) удовлетворенность обслуживанием составила 3,3 балла. При этом наивысшую оценку получили женские консультации, а наиболее низкую – учреждения скорой и неотложной помощи, а также государственные поликлиники [1, С.53-57].

Главным в доступности медицинских услуг является своевременное получение медицинской помощи. Примечательно, что мнение экспертов по данному вопросу напрямую зависит от их статуса. Управленцы считают, что медицинские услуги достаточно доступны, однако медицинские работники считают, что при имеющейся нагрузке на практикующих врачей в муниципальной медицине об обеспечении доступности говорить преждевременно.

Вопрос, по которому мнения у экспертов и пациентов кардинально расходятся – оценка качества платных услуг и степени их распространенности. Пациенты считают, что качество платных услуг выше. Это мнение не зависит от того, является респондент потребителем платных медицинских услуг или нет. Средний балл качества работы частных клиник составил 4,1 балла из 5. К платным медицинским услугам обращались более трети опрошенных.

По мнению экспертов, обращение к платным медицинским услугам носит распространенный характер. При этом в бюджетных учреждениях, которые изначально были рассчитаны на бесплатное медицинское обслуживание, процент пациентов, получающих платные услуги, невелик, а основная доля платных услуг проходит через учреждения частной медицины. По мнению экспертов, качество платных медицинских услуг определяется квалификацией и работой врача, а для настоящего профессионала не важно, кем и в каком объеме была оплачена услуга, он все равно обеспечит должный уровень. По закону качество платных и бесплатных медицинских услуг отличаться не должно (такого мнения придерживаются управленцы). Поэтому значительного повышения уровня качества платная медицина не дает. В то же время в оценке причин обращения к платным медицинским услугам население и эксперты единодушны – это

возможность получить услугу в более короткое и удобное для пациента время и в более комфортных условиях с возможностью выбора врача.

В заключение автор делает следующий вывод: сравнительный анализ показал, что информация, полученная от экспертов и респондентов, коррелирует между собой и подтверждается статистическими данными. Некоторые расхождения в их оценках объясняются скорее разной степенью осведомленности и компетентности, но не противоречивостью складывающихся тенденций, дальнейшее отслеживание которых могло бы составить основу для улучшения медицинских услуг и укрепления здоровья населения[1, С.53-57].

Как видно из результатов пяти разных исследований, пациентам необходимо получать медицинские услуги, которые соответствуют их ожиданию и потребностям, однако, несмотря на неудовлетворенность муниципальными медицинскими учреждениями, население все же предпочитает лечиться бесплатно.

Для выявления проблем в культуре медицинского города Тюмени нами было параллельно проведено два исследования: опрос пациентов и экспертный опрос медицинских работников (Начальник отдела по контролю качества медицинской помощи и ЭНВ, заведующая терапевтическим отделением, а также, врачи Муниципального медицинского автономного учреждения «Городская поликлиника №12»), которые позволили сравнить взгляды пациентов и медицинских работников на данную проблему.

Мы провели исследование методом анкетирования, в котором приняли участие 500 респондентов, из которых 175 мужчин (65%) и 325 женщин (35%) – рис.1, в возрасте от 18 до 60 лет и старше: 18-30 - 357 человек (71%), 31-45 - 125 человек (25%), 46-60 - 18 человек (4%) – рис.2.

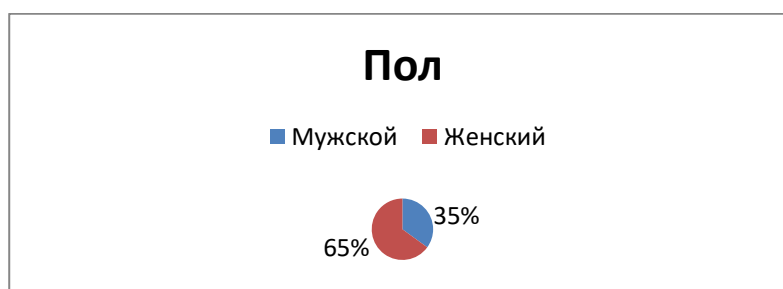


Рис.1.

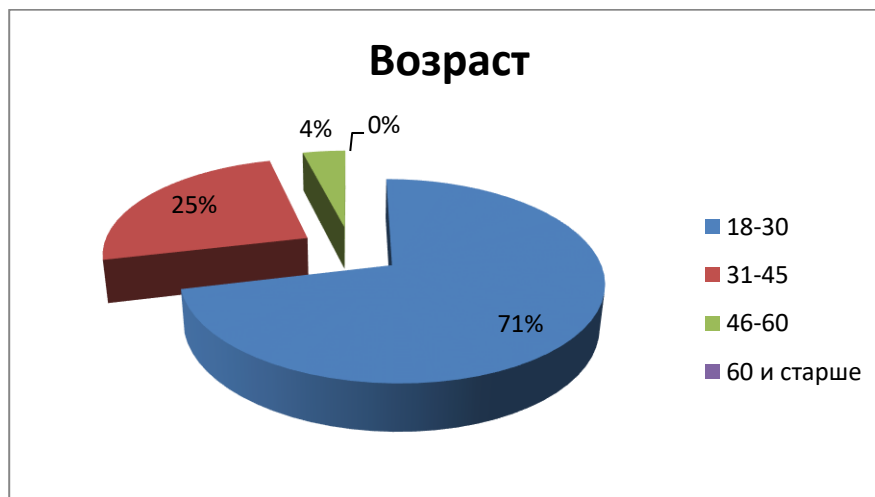


Рис.2

Неполное среднее образование имеют 3 человека – 1%, среднее – 14 человек (3%), среднее специальное – 80 человек (16%), неоконченное высшее – 81 человек (16%), высшее – 322 человека (64%) – рис.3.



Рис.3.

Ответы респондентов о социальном положении расположились следующим образом: Занятость – полный рабочий день: 63%; Занятость – неполный рабочий день: 5%; ИП: 6%; Безработный: 2%; Студент: 15%; Домохозяйка: 5%; На иждивении кого-либо из членов семьи: 1% - рис.4. Вариант «Другое»: 1 через 3-МЧС; В отпуске по уходу за ребенком; Декрет; Занятость полный рабочий день +

очный студент; Инвалид 1 группы; Нахожусь в отпуске по уходу за ребенком; Полный рабочий день + ИП + еще много всего.

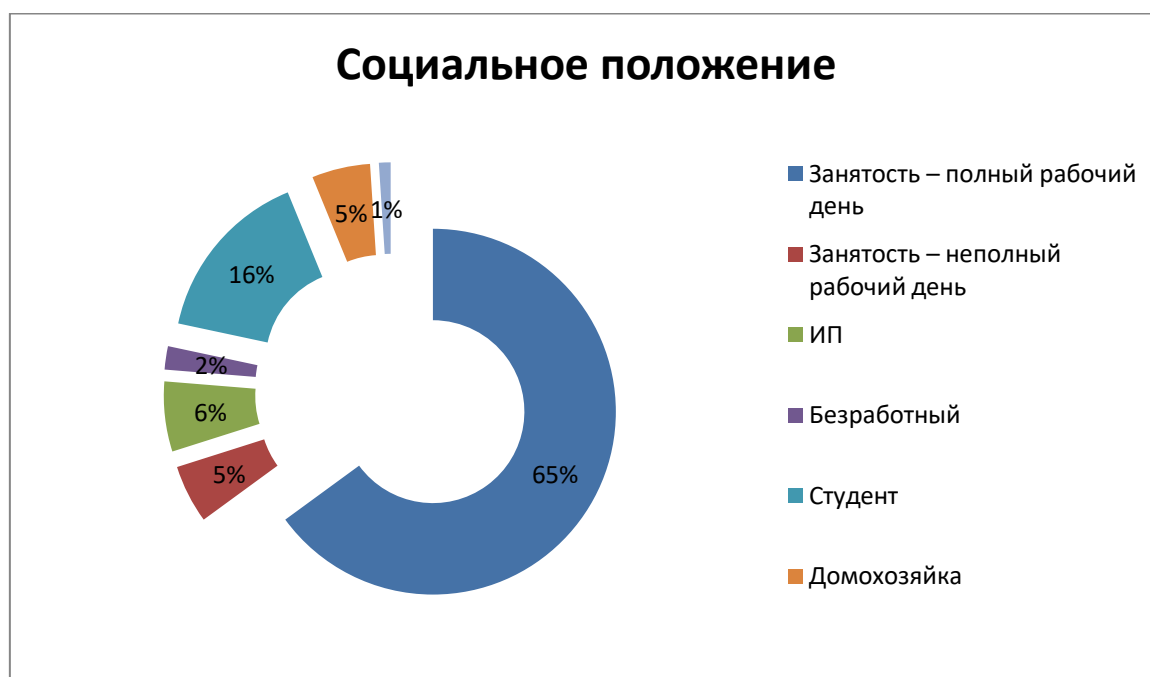


Рис.4.

Под культурой медицинского обслуживания респонденты понимают: организационную (корпоративную) культуру – 2%, профессиональную медицинскую этику – 19%, профессиональный медицинский этикет – 6%, качество предоставляемых медицинских услуг – 20%, уважение права пациента на качественную и своевременную медицинскую помощь – 12%, оказание медицинской помощи любому в ней нуждающемуся – 8%, обслуживание пациентов на основе выработки определенных правил, процедур, практических навыков и умений – 7%, компетентность медицинских работников – 15%, отсутствие врачебных ошибок – 1% - рис.5. Эксперты, в свою очередь, утверждают, что культура медицинского обслуживания должна включать в себя: уважение со стороны пациентов и врачей друг к другу; взаимопонимание со стороны врача («не больные для него, а он для больных»), тогда пациенты будут видеть в лице врача защиту и опору; достаточное время на прием пациентов; достаточное количество специалистов; защита специалиста от эмоционального выгорания; соблюдение этики и деонтологии.

Четкая и грамотная постановка задач для всех работников медицинской сферы со стороны управляющих органов (департамента и т.д.). Качественное исполнение своих обязанностей со стороны работников, и создание пригодных условий для последних.

Коммуникативная функция (умение находить общий язык с пациентом /коллегой); функция качества оказания помощи; функция познания (профессионального); функция передачи опыта от поколения к поколению; воспитательная функция, эстетическая функция.

Вежливость; своевременность.



Рис.5

Под качеством медицинских услуг респонденты понимают: безопасность медицинской помощи – 23%, доступность медицинской помощи – 15%, оптимальность медицинской помощи – 49%, удовлетворенность пациентов – 13% - рис.6. Эксперты полагают, что качество медицинских услуг должно включать в себя следующее: возможность полноценного обследования; лечение у квалифицированного специалиста; возможность не только экстренной, но и

плановой госпитализации. Своевременное обслуживание пациентов и оказание медицинской помощи. Это многофакторное понятие, включающее в себя: своевременность оказания медицинской помощи и полноту ее оказания.

Многие пациенты перенесли горе утраты (умерли их родители, дети, супруги), половина злоупотребляет спиртными напитками, от чего пациенты находятся в стрессе. Я считаю, что нужно включить в систему страхового медицинского случая оплату тренинга, в который бы одномоментно входили: школа здоровья, релаксирующие методики и по желанию пациента – беседа с психологом (как принято в западной медицине).

Компетентность работников медицинских учреждений. Создание для них комфортных условий труда со стороны управляющих органов.

Своевременность оказания медицинской помощи; правильность установки диагноза, методов профилактики, диагностики и лечения, реабилитации; степень достижения запланированного результата; оптимизация распределения ресурсов; правильность и полнота оформления медицинской документации; привлечение и расширение использования консилиумов.

Работа с электронной амбулаторной картой.



Рис.б.

На вопрос «Когда Вам приходилось последний раз обращаться для получения медицинской помощи в поликлинику по месту жительства?» ответы респондентов расположились следующим образом: Обращался (лась) в течение последнего месяца – 25%, обращался (лась) в течение последнего года – 38%, не обращался (лась) более года – 27%, не обращался (лась) в поликлинику по месту жительства, т.к. обращаюсь в частные лечебные учреждения – 10% - рис.7. Ответ «Другое» дали 4 респондента: 3 года назад; В течение последней недели; На неделе, потратил 5 часов в никуда, позвонил в регистратуру пришел, отстоял очередь везде и хирург сказал, что идти нужно в травму; Нахожусь на лечении в стационаре более года.



Рис.7.

Цель обращения за медицинской помощью: с профилактической целью – 16%, для консультации – 16%, для диагностики заболевания – 33%, для лечения заболевания – 34% - рис. 8. Исходя из таблиц сопряженности, мы видим, что и мужчины, и женщины обращаются за медицинской помощью для лечения заболевания, при этом, возраст варьируется от 18 до 45 лет.



Рис.8.

Недостатки в культуре медицинского обслуживания выделили следующие: увеличение объема платной медицинской помощи – 6%, высокая стоимость лекарственных средств – 11%, большие очереди на прием к специалисту – 25%, снижение качества обслуживания – 14%, недостаточно высокая квалификация медперсонала – 15%, невнимательное отношение медицинского персонала в ЛУ – 15%, несоблюдение профессиональной медицинской этики – 7%, несоблюдение профессионального медицинского этикета – 1%, наличие врачебных ошибок – 6% - рис.9.

Эксперты выделяют следующие недостатки в культуре медицинского обслуживания: несдержанность, отсутствие сострадания к больному, несдержанность по отношению друг к другу на работе.

Невоспитанность врачей и пациентов.

Бардак в медицинских учреждениях в связи с неорганизованностью внутри учреждений и незаинтересованностью управляющих органов (начиная с президента) в рациональном решении проблем.

Низкий уровень соблюдения принципов этики и деонтологии; отсутствие коммуникативной функции (дефицит времени на приеме); несоблюдение взаимодействия разных этапов (поликлиника, стационар) медпомощи; низкая культура населения в целом.

Часто не хватает времени на более точный сбор анамнеза.

Недостатки в культуре медицинского обслуживания

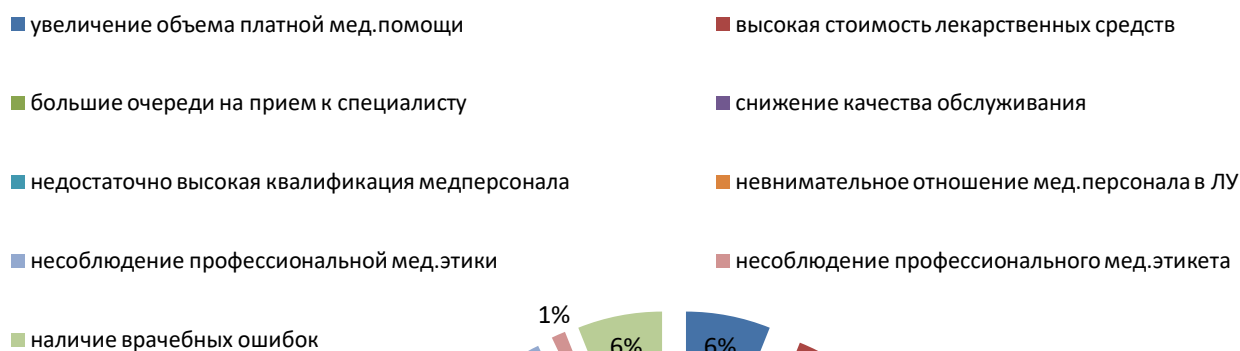


Рис.9

У большинства респондентов, в среднем, ожидание приема врачей (участковый терапевт, невролог, хирург, ЛОР, офтальмолог, стоматолог и др.) занимает до 30 минут, что говорит об организованности медицинских учреждений.

График медицинского персонала удобен для большинства респондентов (53%), для 47% - не удобен – рис.10. Исходя из таблиц сопряженности, видно, что и мужчинам, и женщинам, не зависимо от возраста, график медицинского персонала удобен.

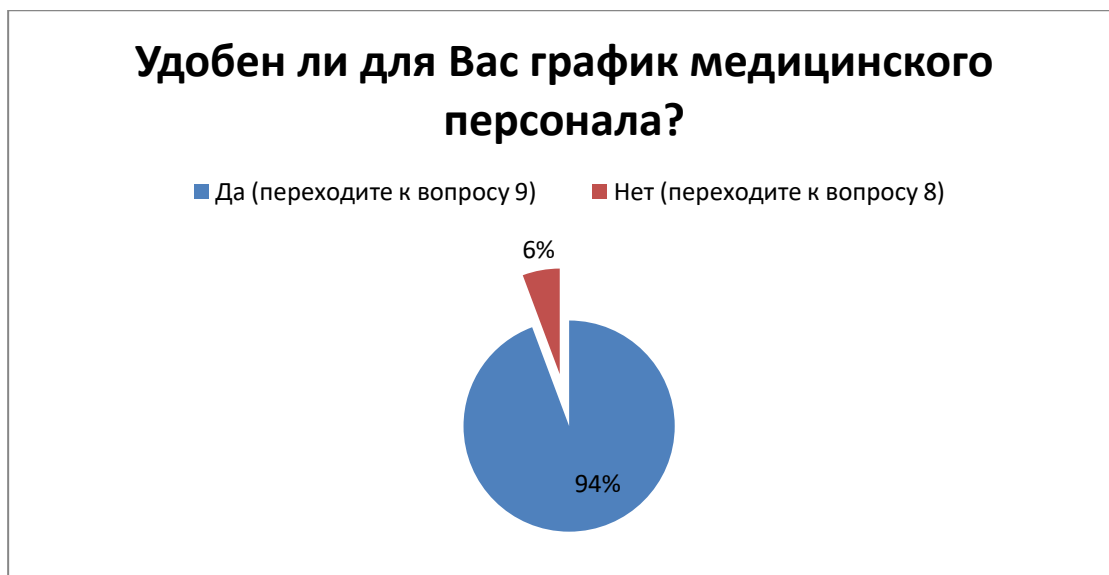


Рис.10

График медицинского персонала для пациентов неудобен по следующим причинам: Не совпадает по времени график приема врачей и график Вашего рабочего времени – 64%, нет возможности попасть на прием к дежурному врачу в выходные/праздничные дни – 32%, затрудняюсь ответить – 4% - рис.11. Исходя из таблиц сопряженности, мы видим, что как для мужчин, так и для женщин, в возрасте от 18 до 30 лет, основной причиной неудобного графика является несовпадение времени графика приема врачей и графика рабочего времени пациентов.



Рис.11

На вопрос: «Сколько времени у Вас занимает ожидание при посещении диагностических кабинетов? (ЭКГ, УЗИ...)» ответы расположились следующим образом: до 30 минут – 57%, до 60 минут – 28%, более часа – 12% - рис.12. Ответ «другое»: 20 минут; Запись за 1,5 недели; Затрудняюсь ответить; Максимум 15 минут; Не более 5 минут; Не обращалась для лечения, при оформлении медкнижки делала в платной, там не более 15 минут; Не посещала вне стационарного лечения; Невозможно записаться бесплатно, платно около 1 часа; Платно по записи без ожидания; По записи; По записи (приходишь ко времени); Проходил по ДМС в назначенное время; Такие процедуры предпочитаю проходить в частных клиниках; Хожу по записи.



Рис.12

Половина респондентов считают, что в поликлиниках по месту жительства отсутствуют специалисты нужного профиля – 50%, другая половина довольна наличием специалистов (50%) – рис. 13.

Считаете ли Вы, что в поликлинике по Вашему мж отсутствуют специалисты нужного Вам профиля?

■ Да (переходите к вопросу 11) ■ Нет (переходите к вопросу 13)

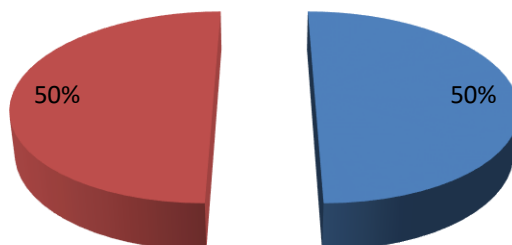


Рис.13

По мнению респондентов не хватает следующих специалистов в поликлиниках по МЖ: участковый терапевт – 14%, невролог – 27%, хирург – 13%, отоларинголог – 16%, офтальмолог – 12%; стоматолог – 6% - рис.14. Вариант «другое»: Аллерголог, Гастроэнтеролог, Гематолог, Гинеколог, Дерматолог, Есть все, что нужно, Кардиолог, Косметолог, Кроме терапевта и педиатра больше врачей нет, Маммолог, Мануальный терапевт, Нефролог, Онколог, Ортопед, Психоневропатолог, Психотерапевт, Пульмонолог, Уролог, Флеболог, Эпилептолог.



Рис. 14

Причины отсутствия нужных специалистов: Низкая з/п – 42%, отсутствие достаточного количества специалистов из-за нежелания обучаться по определенному направлению – 21%; большое количество пациентов – 19%; трата дополнительного времени на заполнение документов – 8%; лишение премий – 8% - рис.15. «Другое»: Безразличие власти к маленьким городам; Есть все, что нужно; Затрудняюсь ответить; Не знаю; Нет в городе специалистов; Политика районной ЦРБ, которая сократила врачей в посёлке; Специалисты есть, но платные – рис.15.



Рис.15

При ответе на вопрос: «Были ли у Вас трудности с вызовом скорой медицинской помощи за последний год?» ответы респондентов расположились следующим образом: да (переходите к вопросу 14) – 18%; нет (переходите к вопросу 15) – 35%; не требовалось вызывать скорую медицинскую помощь (переходите к вопросу 16) – 46% - рис. 16.

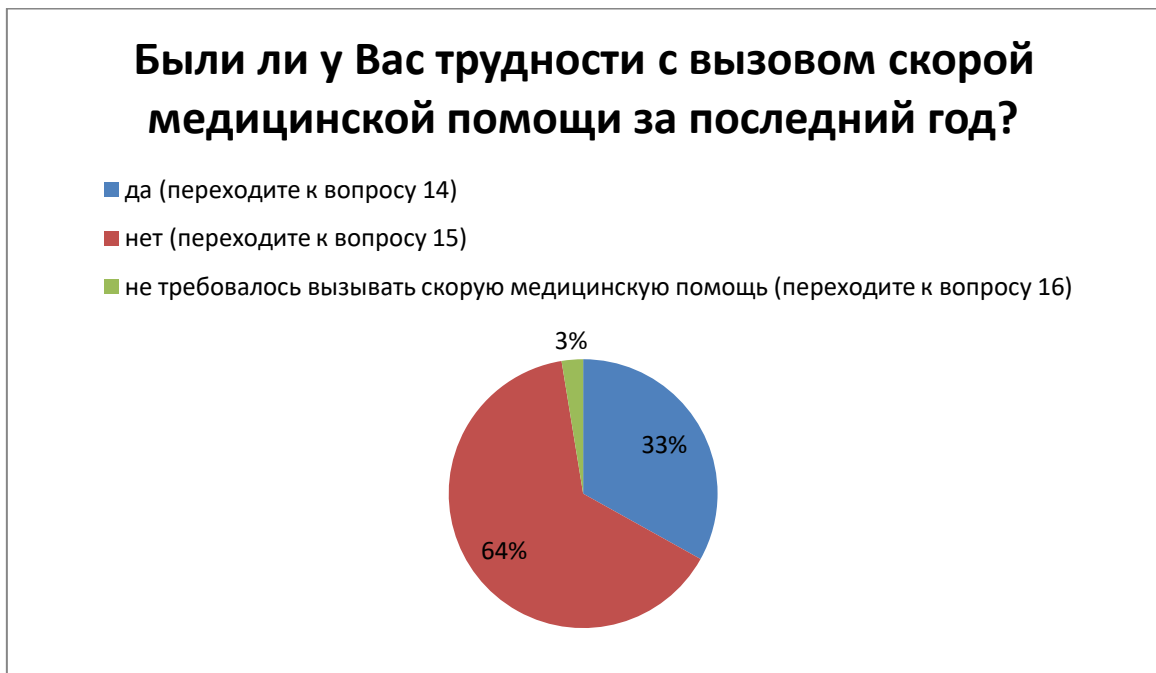


Рис. 16

Трудности при вызове скорой медицинской помощи: Вызов не приняли – 12%; отсутствие свободной бригады скорой помощи – 20%; долгое ожидание скорой медицинской помощи – 38%; даны рекомендации вместо принятия вызова – 24% - рис.17. Вариант «Другое» - Ожидание при ножевом ранении - 20 минут, нападение собаки - 30 мин. Трудно дозвонится в вечернее время - звонок сбрасывался - рис.17.

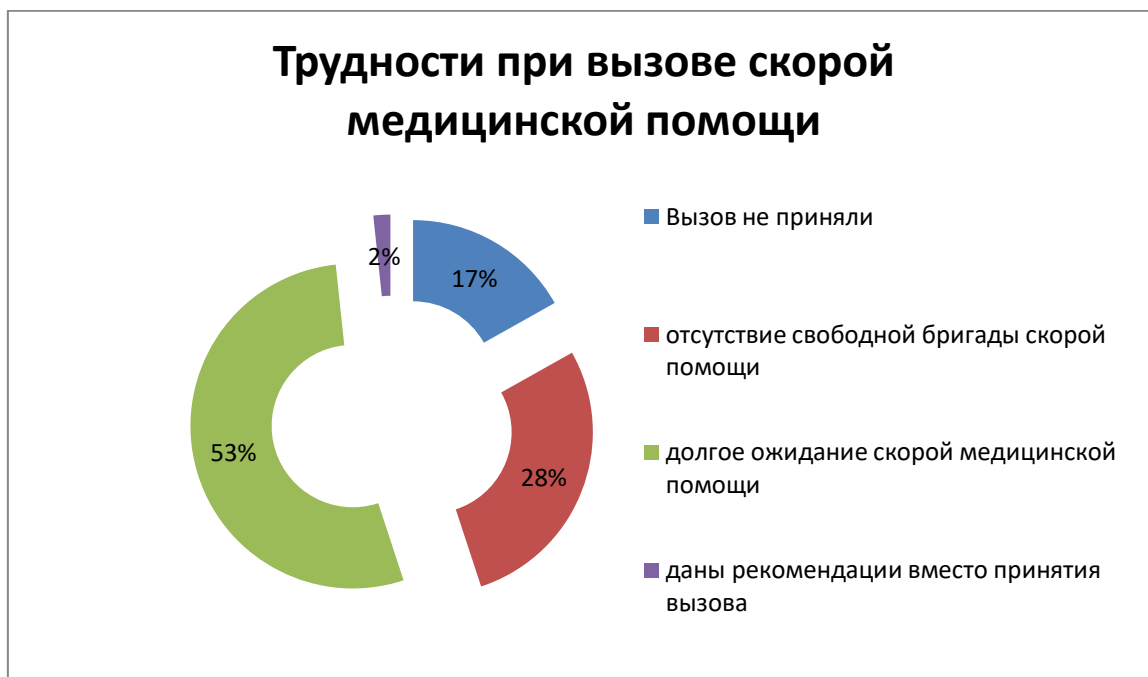


Рис.17

Большинство респондентов ожидали скорую медицинскую помощь до 30 минут (43%); до 15 минут – 21%; до 1 часа – 32%; до 2 часов – 3%; более 2 часов – 0% - рис.18.



Рис.18

Таблица 1.
Обслуживание населения скорой медицинской помощью.

ОБСЛУЖИВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ																				
(Данные Минздрава России, расчет Росстата)																				
	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Число станций (отделений) скорой медицинской помощи (на конец года)	1921	2325	3042	3172	3172	3212	3252	3268	3266	3276	3223	3091	3029	2992	2940	2912	2841	2704	2657	2561
Численность лиц, которым оказана помощь амбулаторно и при выездах, человек	28,6	45,7	51,5	52,5	52,3	52,3	52,5	52,9	51,6	51,5	51,6	51,9	51,1	51,2	50,7	50,3	50,2	48,1	48,1	47,7
на 1000 человек населения	220	329	348	357	359	361	364	369	361	361	361	363	358	359	355	352	350	334	329	326

Большинству респондентов доступны платные медицинские услуги (72%), не доступны – 15%, не пользовались платными услугами 14% - рис. 19.



Рис.19

При ответе на вопрос: «Приходилось ли Вам неофициально доплачивать за лечение/обследование?» респонденты утверждают, что им не приходилось доплачивать (73%); 27% - приходилось – рис.20.

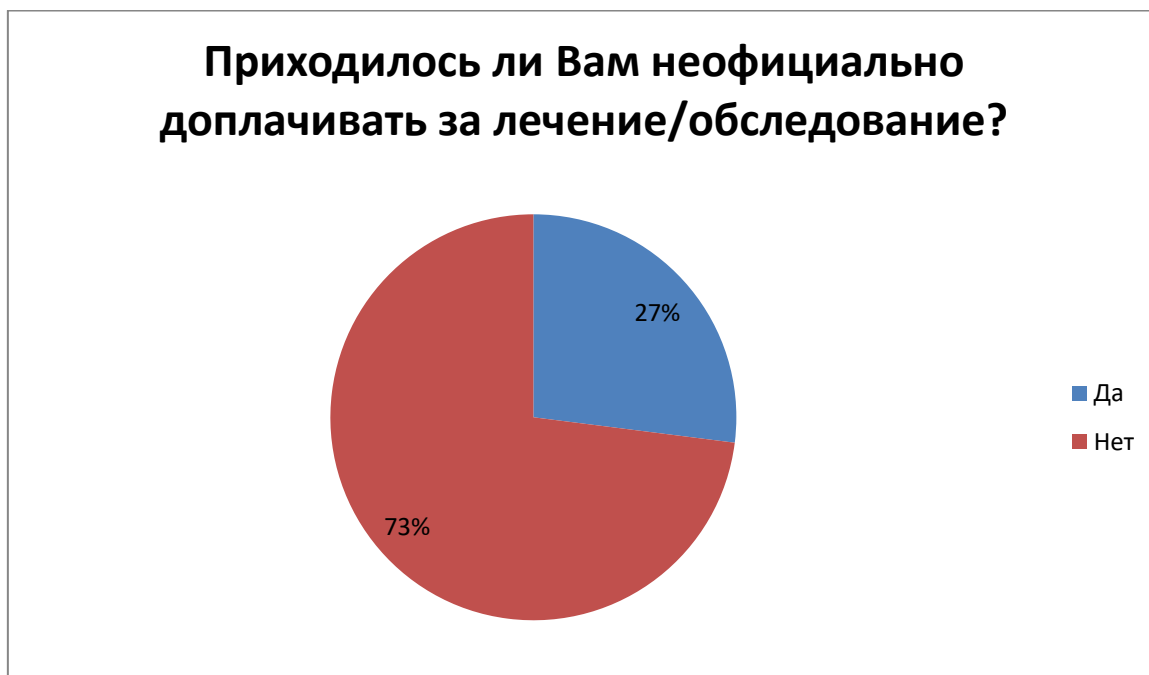


Рис.20

Причины обращения за платной медицинской помощью: Низкий уровень оснащённости поликлиники по МЖ – 20%; отсутствие нужных врачей в поликлинике – 19%; высокий профессионализм врачей в частной клинике – 9%; более совершенная организация работы – 25%; внимательное отношение медицинского персонала в частной клинике – 8%; современное оборудование в частной клинике – 9%; достаточное количество медицинских работников различных направлений медицины – 6%; другое – 3% - рис. 21. Исходя из таблиц сопряженности, мы видим, что для мужчин, как и для женщин, основными причинами обращения за платной медицинской помощью являются: более совершенная организация работы, отсутствие нужных врачей в поликлинике и Низкий уровень оснащённости поликлиники по МЖ.



Рис.21

Результатами медицинского обслуживания с точки зрения культуры в поликлинике удовлетворены 28% респондентов, не удовлетворены – 32%. Не в полной мере – 40%. В частной клинике удовлетворены 67%, не удовлетворены – 9%, не в полной мере – 23%. Обслуживанием скорой помощи удовлетворены 60%, не удовлетворены – 11%, не в полной мере – 29% - рис.22.

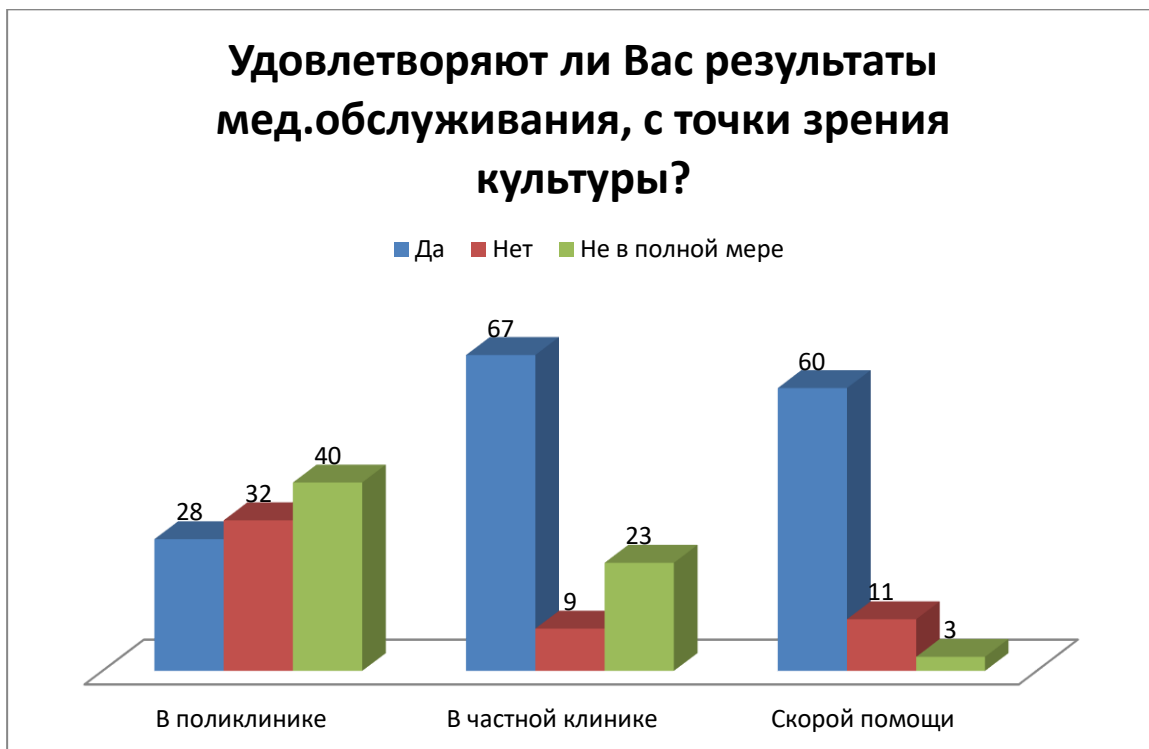


Рис.22

Отношением врачей с точки зрения культуры медицинского обслуживания в поликлинике удовлетворены 30% респондентов, не удовлетворены – 30%. Не в полной мере – 39%. В частной клинике удовлетворены 69%, не удовлетворены – 9%, не в полной мере – 22%. Отношением в скорой помощи удовлетворены 60%, не удовлетворены – 10%, не в полной мере – 30% - рис.23.

Мнения экспертов об удовлетворении населения культурой медицинского обслуживания в поликлиниках разделились на: «полностью удовлетворены» и «не в полной мере» - «часто пациенты считают раз бесплатно, значит, всегда доступно и, что захочу, то и потребую». «Вседозволенность пациентов формирует отношение к врачам как к прислуге». «Так как половина людей, обслуживающихся по ОМС, считают, что поликлиника обязана их на руках носить, и они не упускают возможности писать необоснованные жалобы»

В частных клиниках, по мнению большинства экспертов, пациенты удовлетворены культурой медицинского обслуживания: «За мои деньги, что хочу, то и получаю». «За свои деньги люди редко вступают в конфликт, даже если медицинский работник допустил ошибку, таков менталитет нашего народа». Мнение экспертов об удовлетворенности пациентов культурой медицинского обслуживания в скорой помощи разделились на «Да», «Не в полной мере» и «Нет» - скорую помощь давно считают своим личным доктором. Вызов скорой помощи только для того, чтобы понизить АД считается абсолютно нормальным для больного. А, т.к. приоритеты сейчас меняют – больные недовольны. «Пациенты часто жалуются на то, что скорая помощь долго едет, но они сами создают такие ситуации, вызывая скорую в абсолютно необоснованных случаях (например, t 36.8)». Долгое ожидание.

Также, проанализировав статьи, мы видим схожие варианты ответов с мнением экспертов: Часть респондентов, посещающих частные клиники полностью удовлетворены оказанными им медицинскими услугами. По мнению большинства респондентов, платные услуги качественнее, чем бесплатные и они соответствуют стоимости, предлагаемой за получение определенной услуги. В частной клинике большинство респондентов выделяют следующие положительные качества: отсутствие очереди, наличие большого спектра квалифицированных врачей различного профиля, высокое качество предоставляемых услуг. Процент респондентов, пользующихся платной медициной, невелик и составляет 17 %. Это связано с высокими ценами на платные медицинские услуги, которые большинство опрошенных респондентов (83 %) не всегда могут себе позволить.

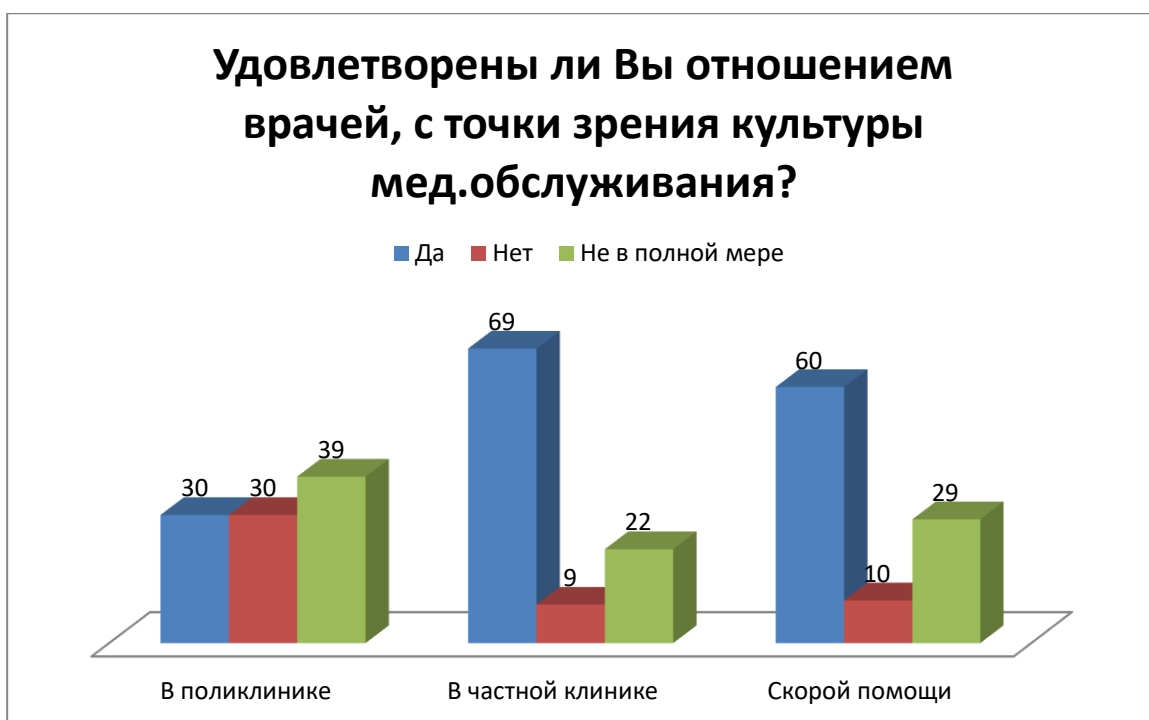


Рис.23

Отношением медицинских сестер, с точки зрения культуры медицинского обслуживания в поликлинике удовлетворены 46% респондентов, не удовлетворены – 28%. Не в полной мере – 27%. В частной клинике удовлетворены 75%, не удовлетворены – 9%, не в полной мере – 17%. Отношением медицинских сестер в скорой помощи удовлетворены 65%, не удовлетворены – 10%, не в полной мере – 26% - рис.24.

Мнение экспертов по вопросу удовлетворенности жителей региона об отношении к ним врачей, медицинских сестер и прочих медицинских работников с точки зрения культуры медицинского обслуживания разделилось на «Да» и «Нет»: эта точка зрения больных, которые озвучивают ее ежедневно в поликлинике по минимальному поводу. И «Не в полной мере»: т.к. часто не хватает времени на то, чтобы полностью выслушать пациента, это проблемы руководства(департамента и т.д.). В частных клиниках, по мнению экспертов, пациенты полностью удовлетворены отношением врачей и медицинских сестер: «На прием отводится достаточное количество времени. Пациенты там не наглеют». «Не в полной мере»: «За мои деньги, что хочу, то и получаю». Отношением медицинских работников в скорой помощи, по мнению большинства экспертов,

пациенты недовольны, так как: скорую помощь давно считают своим личным доктором. Вызов скорой помощи только для того, чтобы понизить АД считается абсолютно нормальным для больного. А, т.к. приоритеты сейчас меняют – больные недовольны. «Не в полной мере»: «т.к. опять же все бесплатно, часто пациентам не нравится, что скорая долго едет, а потом не хочет снимать обувь». Долгое ожидание.

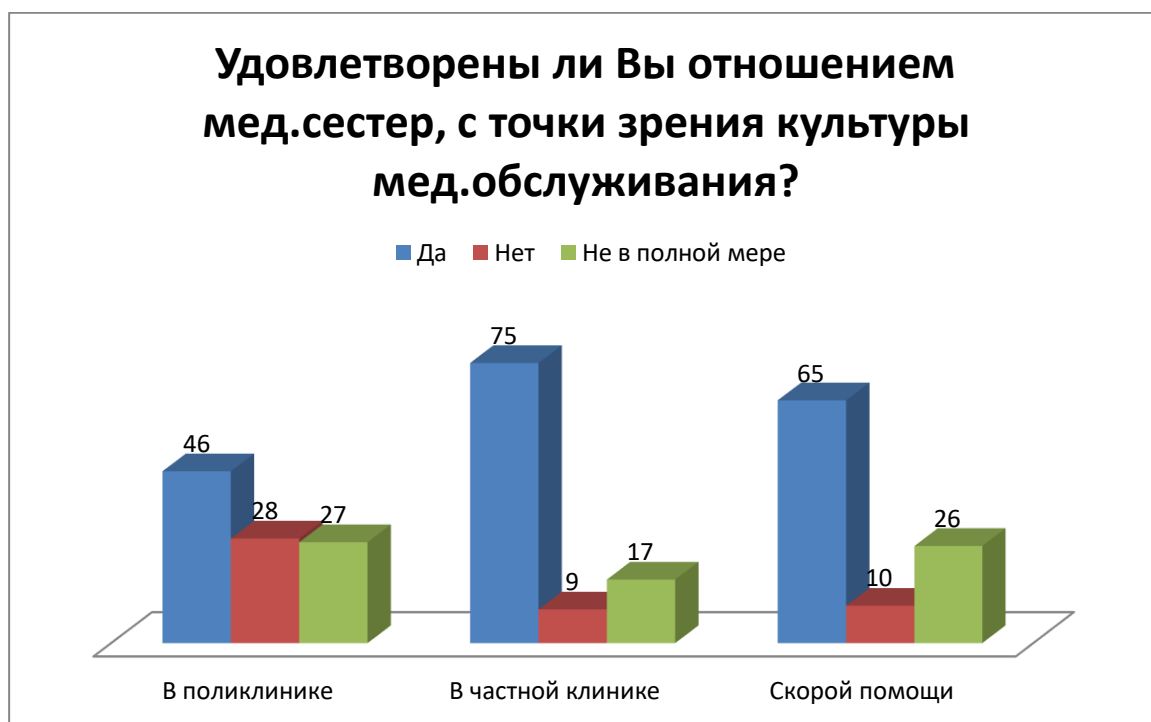


Рис.24

Претензии к культуре медицинского обслуживания имеются более чем у половины респондентов (56%), не имеются - 44% - рис. 25.

По мнению экспертов, претензии к культуре медицинского обслуживания у жителей региона имеются следующие: Пациенты ожидают, что за 12 минут врач успеет их полностью излечить, узнать об их жизни (анамнезе заболеваний), жизни родственников и полностью обследовать (с учетом записи на процедуры). Несдержанность, отсутствие сострадания к больным, несдержанность по отношению друг к другу на работе. Неполнота оказания медицинской помощи, несвоевременность оказания медицинской помощи. Пациенту важно, чтобы его выслушали, поэтому, претензии могут быть по поводу малого времени, количестве времени, отведенного пациенту на прием. Долгое ожидание приема

(на прием дается 10-12 минут, часто записывают вторыми людьми на 1 место, выходит по 9-10 минут), вследствие чего пациенты могут получить обследование и внимание не в полной мере. Также, люди проходят по ОМС, они считают, что им в поликлиниках все должны. Большинство претензий из-за этого.

На этапе амбулаторно-поликлинического звена – высокая загруженность, наличие очередей; ожидание приема врача (обследование, низкое внимание к коммуникации между пациентом и врачом).

Очереди в кабинет неотложной помощи из-за большого количества пациентов.

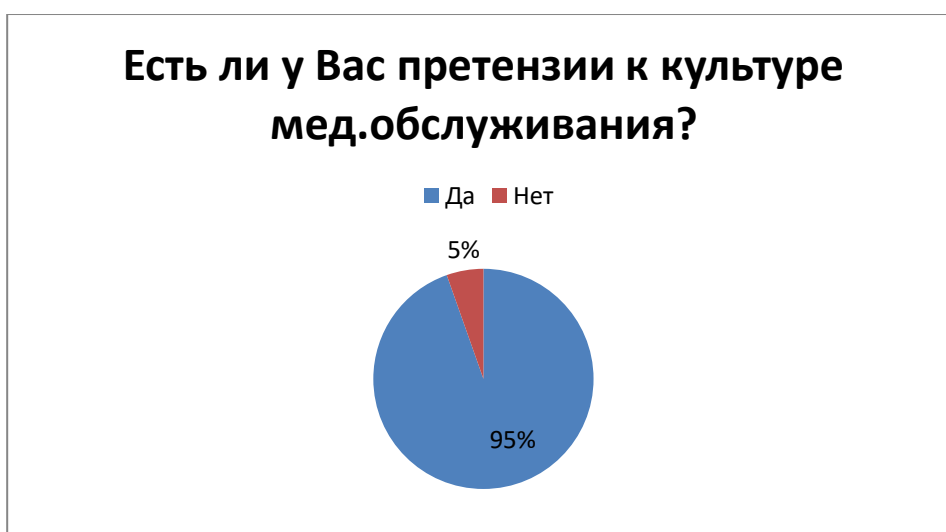


Рис.25

Претензии к культуре обслуживания врачей респонденты отмечают следующие: Недостаточно эффективное качество медицинской помощи (25%), невнимательное и неуважительное отношение медицинского персонала (52%), отказ в медицинской помощи (1%), недостаточное количество времени на обслуживание пациента (19%), затрудняюсь ответить (2%) – рис.26.



Рис.26

Претензии к культуре обслуживания работников регистратуры имеются у 54% респондентов, у 46% - не имеются – рис.27. Исходя из таблиц сопряженности, мы видим, что основной претензией, как у мужчин, так и у женщин, в возрасте от 18 до 45 лет, является невнимательное и неуважительное отношение медицинского персонала.

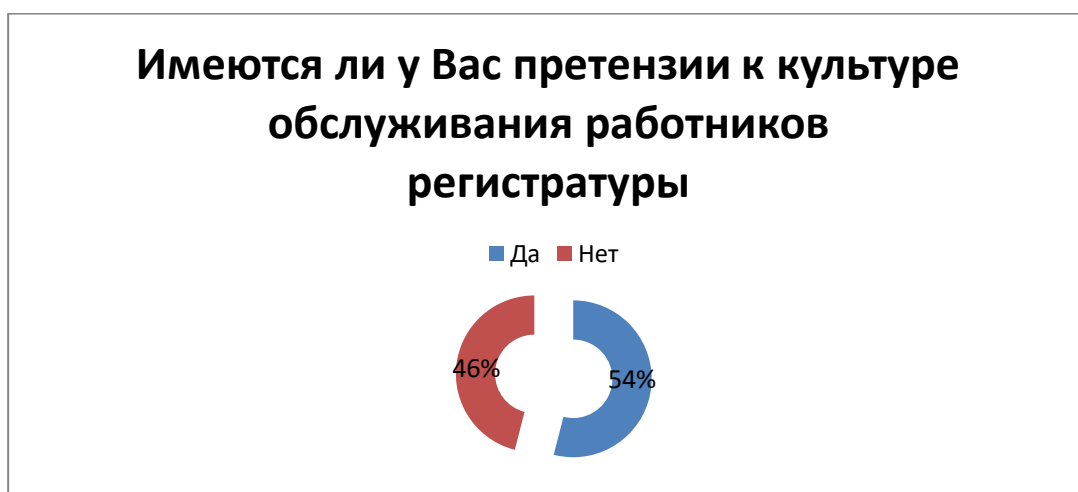


Рис.27

Претензии к культуре обслуживания работников регистратуры респонденты выделяют следующие: невнимательное и неуважительное отношение работника регистратуры – 53%, долгое ожидание работника регистратуры – 27%,

недостоверность полученной по телефону информации – 18% - рис.27. Исходя из таблиц сопряженности, мы видим, что и для мужчин, и для женщин, в возрасте от 18 до 45 лет, основной претензией к культуре обслуживания работников регистратуры является невнимательное и неуважительное отношение работников регистратуры.



Рис.28

Претензии к культуре обслуживания медицинских сестер имеются у 31% респондентов, у 69% - не имеются – рис.29.



Рис.29

Претензии к культуре обслуживания медицинских сестер респонденты выделяют следующие: невнимательное и неуважительное отношение медсестры –

48%, некачественное и несвоевременное выполнение лечебно-диагностических и профилактических процедур, назначенных врачом – 27%, отсутствие или недостаточно качественное ведение медицинской документации – 3%, отсутствие медсестры на рабочем месте – 13%, затрудняюсь ответить – 7% - рис.30. Исходя из таблиц сопряженности, мы видим, что и для мужчин, и для женщин, в возрасте от 18 до 45 лет, основной претензией является невнимательное и неуважительное отношение медсестры.



Рис. 30

При ответе на вопрос: «Пользовались ли Вы правом выбора врача по Вашему желанию в поликлинике, где получаете медицинскую помощь?» ответы расположились следующим образом: да, пользовался (лась) – 25%, нет, не пользовался (лась) – 31%, не было такой возможности – 15%, хотел (а) воспользоваться таким правом, но получил (а) отказ – 7%, не знал (а), что имею такое право – 22% - рис.31.



Рис.31

Отношением врачей и медицинских сестер респонденты удовлетворены на 4 (хорошо) из 5 (отлично) баллов по всем показателям: 1) Вежливость и внимательность врача – 40% из 100%; 2) Вежливость и внимательность медицинской сестры – 31% из 100% ; 3) Качественное и своевременное выполнение лечебно-диагностических профилактических процедур – 38% из 100%; 4) Объяснение врачом назначенных исследований, проведенных исследований и назначенного лечения – 30% из 100%; 5) Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие ощущения – 31% из 100%.

Большинству респондентов (85%) не приходилось жаловаться на культуру медицинского обслуживания, 15% - приходилось – рис.32.



Рис.32

У 66% респондентов не были приняты эффективные меры в результате жалоб на культуру медицинского обслуживания, у 34% – были – рис.33.

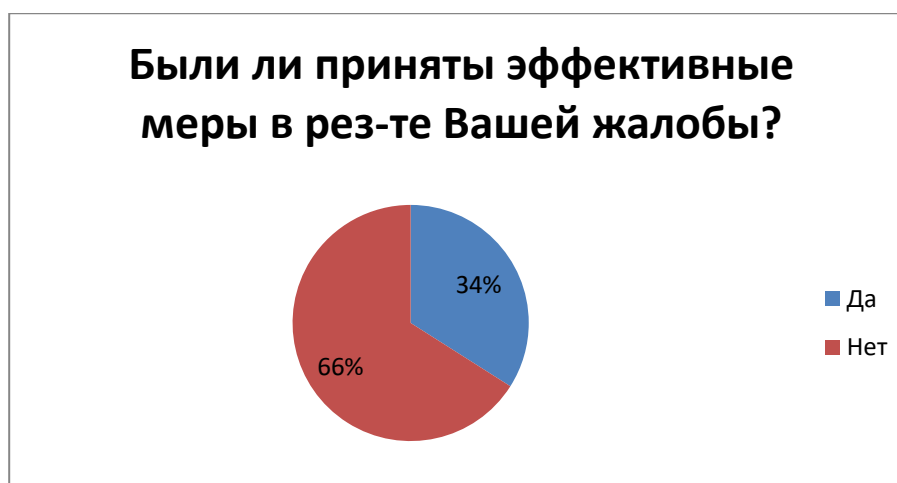


Рис.33

При ответе на открытый вопрос: «Что, по Вашему мнению, нужно предпринять, чтобы повысить культуру медицинского обслуживания пациентов в лечебных учреждениях?» большинство респондентов считают необходимым повышение заработной платы. Действительно, вопрос о повышении заработной платы медицинским работникам неоднократно поднимается в органах государственной власти, но, как мы видим, значительных изменений по этому вопросу не наблюдается. Средняя заработная плата врачей в Тюменской области

варьируется от 30000 до 70000 рублей на март 2017 года. Наибольшая заработная плата наблюдается у зубного техника, далее, врач МРТ - 65000 рублей, на третьем месте - главный врач с зарплатой 60000 рублей. В заключение данного списка находятся такие врачи, как терапевт, педиатр и врач лабораторной диагностики со средней заработной платой от 25000 до 30000.

Как видно из данных о заработной плате, врач-зубной техник и специалист МРТ – в большинстве случаев, работают в частных клиниках и обслуживают меньшее количество пациентов, что говорит о высокой заработной плате и большем количестве свободного времени, в то время как педиатры и терапевты, работающие в государственных клиниках и имеющие в записи на прием около 30 человек, получают заработную плату в 2 раза меньше и практически не имеют свободного времени. Культура медицинских услуг и качество медицинского обслуживания во многом зависят от размера получаемой заработной платы. Чем выше заработная плата, тем лучше культура и качество медицинского обслуживания.

Данный вопрос стоит очень остро, необходимо на государственном уровне реформировать медицинскую отрасль и во многих других аспектах.

Компетентностью медицинских работников удовлетворены 59% респондентов, не удовлетворены – 41%.

Компетентность медицинских работников респонденты мужского и женского пола, оценивают как высокую (62%), среднюю – 29%, очень высокую – 6%. Компетенцию как низкую и очень низкую не оценил ни один респондент.

На открытый вопрос: Какова причина, по Вашему мнению, встречающейся низкой компетенции медицинских работников? Большинство респондентов дали следующие ответы: «Большой объем работы; Большая загруженность; Низкая заработная плата; Нежелание работать; Нет заинтересованности в работе; Нет стимула для саморазвития».

С медицинскими ошибками сталкивались 55% респондентов, 45% - не сталкивались – рис.34

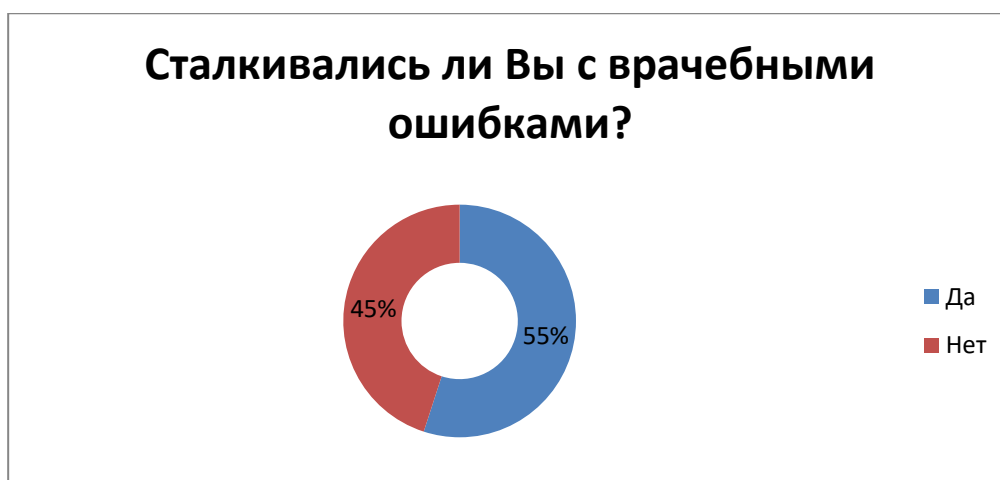


Рис.34

По мнению респондентов (мужской и женский пол, в возрасте от 18 до 45 лет), наиболее частыми причинами врачебных ошибок являются: отсутствие качественного оборудования для лечения и диагностики – 24%, непредсказуемые действия биологических законов и процессов – 22%, недостаточный уровень квалификации, опыта, образования медицинского персонала – 34%, устаревшие методы лечения – 14%, затрудняюсь ответить – 4% - рис.35.

По мнению экспертов, жители региона наиболее часто встречаются с такими врачебными ошибками как: Неинформированность.

Слабая информированность пациентов о своих обязанностях. Многие жители региона думают, что их здоровье на 100% зависит от врачей, а сами курят, едят жирную пищу, не занимаются спортом, поэтому, важно у самих пациентов воспитывать культуру сохранения здоровья.

Не ошибка, а проблема. Частая проблема-неорганизованность.

Длительность ожидания приема врачей – специалистов или обследования; несоблюдение принципов этики и деонтологии как между врачом (медсестрой) и пациентом, так и пациентами между собой; малая осведомленность населения о методах профилактики заболеваний.



Рис.35

Также, по мнению большинства респондентов необходимо совершенствовать следующие стороны культуры медицинского обслуживания: Доступность – 15%; Результативность – 14%, Безопасность – 13%, Профессиональная культура – 9%, Организационная (корпоративная) культура – 10%, Компетентность медицинского персонала – 5%, Этика медицинского персонала – 8%, Этикет медицинского персонала – 9%, Профессионализм медицинского работников – 9%, Качество предоставляемых медицинских услуг – 5%, Право пациента на качественную и своевременную медицинскую помощь – 5% - рис.36.

По мнению экспертов, необходимо совершенствовать следующие стороны культуры медицинского обслуживания: «Многие пациенты очень нервные, обвиняют медицинских работников во всех смертных грехах. С телевидения, из средств массовой информации льется негатив на врачей, считаю, что нужно больше передач про врачей. Каждый врач достоин уважения (практически каждый трудится, чтобы пациенты были здоровы).

Нужно донести до пациентов, что здоровье в их руках, они должны им заниматься сами, а врачи им в этом только помогать.

Вопросу этики и деонтологии в медицинских институтах уделять больше внимания.

Нужно полностью изменить все. Научиться компенсировать нехватку врачей, не загружая при этом врачей. Научиться расценивать срочных пациентов, не во вред другим пациентам. Доводить реформы до здравоохранения и до логического конца. Разгружать врачей, тем самым создав условия для привлечения молодых кадров.

Укомплектованность штата, расширение методов обследования, в т.ч. в специализированных медучреждениях; соблюдение принципов этики и деонтологии.

Какие стороны мед.обслуживания необходимо совершенствовать?

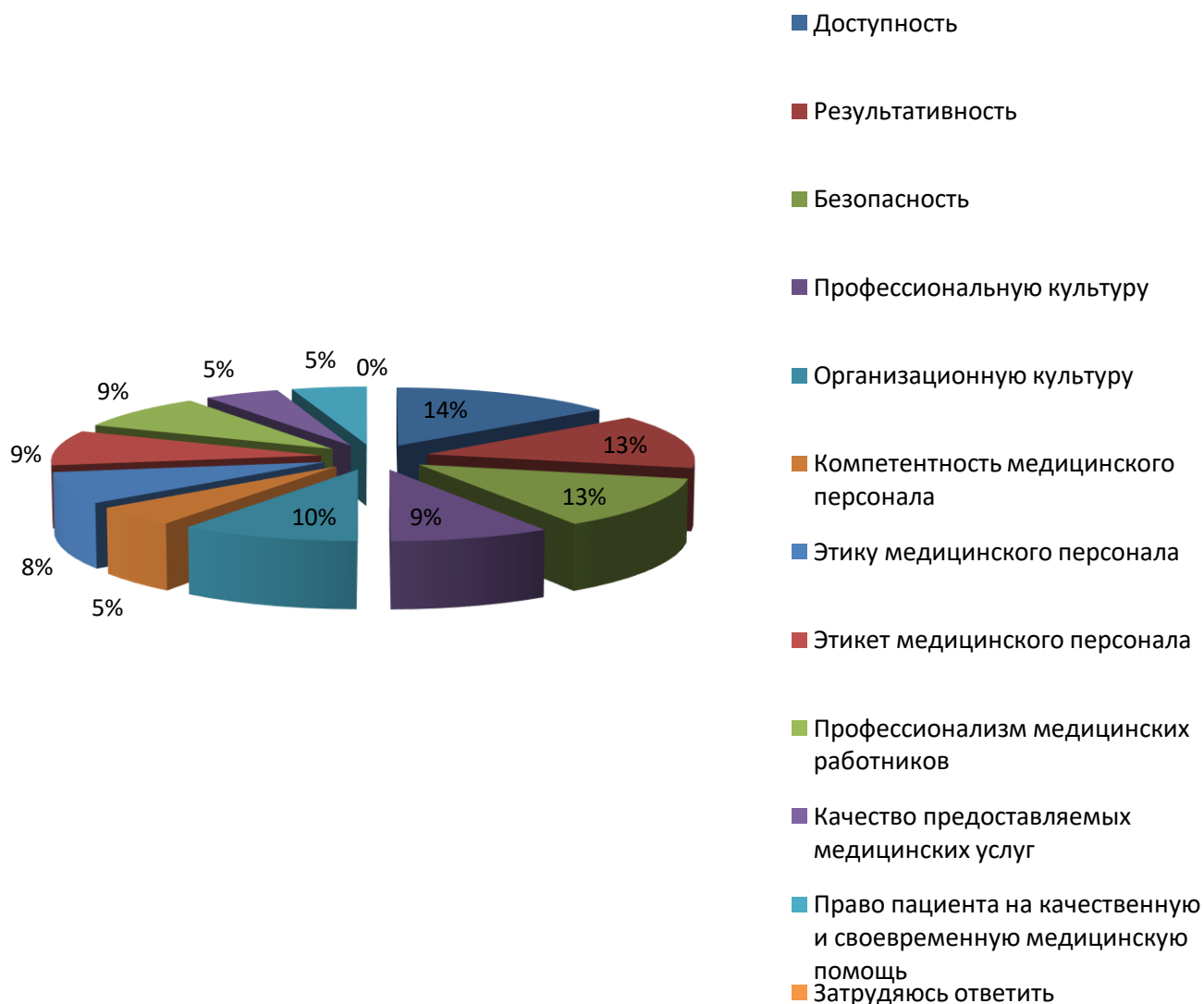


Рис.36

Таким образом, мы видим, что ответы респондентов и экспертов в некоторой степени схожи, как, например, в вопросе об удовлетворенности жителей региона отношением к ним врачей, медицинских сестер и прочих медицинских работников с точки зрения культуры медицинского обслуживания. Больше количество респондентов удовлетворено отношением к ним медицинских работников, также считают и эксперты, например: «На прием отводится достаточное количество времени. Пациенты там не наглеют». Также, схожи ответы на вопрос о претензиях к культуре врачей. Респонденты считают,

что это невнимательное и неуважительное отношение медицинского персонала, в то время как эксперты считают главной претензией – «Несдержанность, отсутствие сострадания к больным, несдержанность по отношению друг к другу на работе. Неполнота оказания медицинской помощи, несвоевременность оказания медицинской помощи».

Также, имеется и противоположное мнение на вопрос о недостатках в культуре медицинского обслуживания. По мнению респондентов - это большие очереди на прием к специалисту, в то время как, по мнению экспертов – это невоспитанность врачей и пациентов.

По результатам нашего исследования основная гипотеза практически подтвердилась. Результатами медицинского обслуживания с точки зрения культуры в поликлиниках респонденты удовлетворены не в полной мере.

2.2. Пути повышения культуры медицинского обслуживания в регионе

Для повышения уровня и качества жизни населения необходима эффективная система здравоохранения. Руководство страны и регионов планомерно работают над повышением культуры и качества медицинских услуг, внедряя новые и совершенствуя механизмы предоставления уже существующих услуг. В этой связи приобретает особое значение вопрос оценки населением культуры медицинского обслуживания и результативности предоставления медицинских услуг.

В настоящее время структурные реформы в здравоохранении направлены на:

- Повышение роли амбулаторно-поликлинической помощи (преобразование первичной медико-санитарной помощи, формирование и массовое развитие института врача общей практики);
- Оптимизация объемов стационарной помощи (изменение соотношения амбулаторная помощь/стационар – в пользу амбулаторной помощи);

- Интеграция отдельных звеньев и уровней оказания медицинской помощи в ЛПУ (изменение соотношения первичная помощь/специализированная помощь – в пользу первичной).

Повышение культуры медицинского обслуживания необходимо в следующих недостатках, касающихся здравоохранения:

- 1) Слабость конкуренции производителей медицинских услуг;
- 2) Недостаточность производства и предоставления объемов некоторых медицинских услуг;
- 3) Наличие неэкономических регуляторов рынка (в том числе криминальных);
- 4) Значительное расширение распределительных и перераспределительных отношений в здравоохранении;
- 5) Разделение ресурсных потенциалов в условиях вертикальной децентрализации и повышение роли субъектов Федерации, а также укрепление местного самоуправления, внедрение ОМС и появление новых источников финансирования;
- 6) Недостаточно совершенная законодательная база;
- 7) Монополия на производство отдельных видов услуг (особенно дорогостоящих).

В условиях реформирования здравоохранения только регулярное получение и анализ медико-социологической информации своевременно и с высокой степенью достоверности позволяют:

- 1) Оценивать медицинские, экономические, политические и социальные проблемы охраны здоровья населения;
- 2) Анализировать социально-психологический климат в коллективах ЛПУ;
- 3) Знать позицию поставщиков медицинских услуг о состоянии и перспективах развития системы общественного здравоохранения и ОМС;
- 4) Используя социологические подходы, принимать обоснованные управленческие решения в системе охраны здоровья;

5) Вырабатывать оптимальные организационные технологии для совершенствования системы управления в здравоохранении.

Повышение престижа профессии врача:

1) Может создать благоприятную обстановку для привлечения молодых специалистов в районные АПУ;

2) Позволит провести омоложение терапевтического направления;

3) Позволит вернуться к практике ротации кадров между АПУ и больничными ЛПУ с целью обмена опытом и восстановления преемственности;

4) Позволит снизить нагрузку на приеме за счет повышения укомплектованности.

Повышение престижности профессии врача способствует:

1) Реализации рыночных и страховых принципов, создавая условия для здоровой конкуренции между ЛПУ, придавая импульс наметившимся изменениям в системе здравоохранения;

2) Соблюдению этических принципов поведения, повышению профессиональной компетентности и ответственности, снижению числа врачебных ошибок.

Таким образом, именно врачи являются главными лицами в деле легитимации роли больного. Врача и пациента связывает общая цель – восстановление здоровья последнего, именно поэтому рассматривать роль врача без роли больного было бы неверно.

Для повышения культуры медицинского обслуживания необходимо соблюдение следующих функций:

1) Формирование общеорганизационных ценностей и стандартов поведения. В здравоохранении это соблюдение этических и деонтологических стандартов, профессионализм, организованность, высокий общий культурный уровень работников.

2) Координация действий сотрудников: соблюдение определённых правил.

3) Мотивирующая функция.

- 4) Создание внутреннего и внешнего имиджа данной организации.
- 5) Привлечение новых ценных кадров.
- 6) Профилирование - приобретение организацией уникальных черт, отличающих её от других организаций.
- 7) Функция сплочения коллектива, создания чувства общности во имя реализации миссии.
- 8) Обеспечение системы социальной стабильности и предсказуемости в организации за счёт соблюдения определённых стандартов поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Проанализировав структуру и содержание культуры медицинского обслуживания в регионе (на примере г.Тюмени), мы пришли к следующим выводам:

1) Понятие «Культура медицинского обслуживания», включает в себя следующие составляющие: профессиональную культуру; профессиональную подготовку медицинских работников; организационную (корпоративную) культуру; профессиональную медицинскую этику; профессиональный медицинский этикет; честность и порядочность по отношению к пациентам; открытость в отношении с пациентами; уважение и вежливость; осознание своего профессионального долга (обязанностей) во взаимодействии с пациентами; качество предоставляемых медицинских услуг, связанного с культурой медицинского обслуживания; уважение прав пациента на качественную и своевременную медицинскую помощь; оказание медицинской помощи любому в ней нуждающемуся; обслуживание пациентов на основе выработки определенных правил, процедур, практических навыков и умений; компетентность медицинских работников; минимальное количество врачебных ошибок; удовлетворение индивидуальных потребностей людей; высокий уровень профессионализма (дисциплины, ответственности, владения профессиональными навыками, мастерства, широкого кругозора и надлежащего общего развития); организационно-технологическое совершенствование труда; внимательность, вежливость; выдержка, терпение, умение владеть собой; хорошие манеры и культура речи, развитый вербальный аппарат; способность избегать конфликтных ситуаций, а если они возникают, успешное разрешение их, соблюдая интересы обеих сторон.

2) В последние несколько лет в управлении здравоохранением все большее внимание уделяется профессионализму врача, деструктивным процессам в функционировании медицинских организаций, а также медико-социального комплекса системы охраны здоровья в целом. Уделяется внимание проблеме

исследования социо-культурных альтернатив медицинской помощи, ответственности пациента в культуре медицинского обслуживания.

3) Для потребителей медицинских услуг характерно мнение, что качество платных услуг выше, там, где выше культура медицинского обслуживания. И чем выше уровень культуры, тем выше положительное качество медицинских услуг, и тем большую степень влияния показатели медицинского обслуживания окажут на пациента. По мнению экспертов, обращение к платным медицинским услугам в частных клиниках носит более распространенный характер. При этом в бюджетных учреждениях, которые изначально были рассчитаны на бесплатное медицинское обслуживание, процент пациентов, получающих платные услуги, невелик вследствие занятости врачей, а основная доля платных услуг, где врачи более вежливы, корректны и менее заняты, проходит через учреждения частной медицины.

4) Выдвинутая в работе гипотеза о том, что большая часть респондентов удовлетворена культурой медицинского обслуживания и качеством медицинских услуг подтвердилась не полностью, так как результатами медицинского обслуживания с точки зрения культуры в поликлиниках респонденты удовлетворены не в полной мере.

5) Проведенный анализ документов показал, что профессиональная культура медицинских работников предполагает соблюдение двух составляющих: 1) соблюдение правил внутренней культуры – отношение к труду, соблюдение дисциплины, бережное отношение к общественному достоянию, дружелюбие и чувство коллегиальности; 2) соблюдение правил внешней культуры поведения: благопристойность, приличие, хороший тон и соответствующий внешний вид (внешняя опрятность, необходимость следить за чистотой своего тела, одежды, обуви, отсутствие излишних украшений и косметики, белоснежный халат и др.), что значимо в процессе взаимодействия медицинского работника и пациента или больного и его родных.

6) Проанализировав исследование Р.В.Коротких на тему: «Деонтологические аспекты взаимоотношений «врач - больной»» мы видим, что

более 60% населения не удовлетворено нравственными взаимоотношениями с врачами и другим медицинским персоналом (отмечают невнимательность и грубость врачей). Другая часть конфликтных случаев связана с коммуникативными ошибками, совершаемыми врачом. Также, установлена достоверная зависимость степени доверия пациентов врачам и оценки их профессиональных качеств: чем выше пациент ценит своего лечащего врача как профессионала и культурного человека, тем больше он ему доверяет. По мнению пациентов, первостепенными профессиональными качествами врача являются квалификация, компетентность, далее следуют общечеловеческие – внимательность, сострадание, доброта, коммуникабельность.

7) Сравнив ответы респондентов о культуре медицинского обслуживания в муниципальной поликлинике, частной клинике и скорой помощи, мы видим следующие результаты: медицинским обслуживанием с точки зрения культуры в поликлинике удовлетворены 28% респондентов, не удовлетворены – 32%, не в полной мере – 40%. В частной клинике удовлетворены 67%, не удовлетворены – 9%, не в полной мере – 23%. Обслуживанием скорой помощи удовлетворены 60%, не удовлетворены – 11%, не в полной мере – 29%. Отношением врачей с точки зрения культуры медицинского обслуживания в поликлинике удовлетворены 30% респондентов, не удовлетворены – 30%. Не в полной мере – 39%. В частной клинике удовлетворены 69%, не удовлетворены – 9%, не в полной мере – 22%. Отношением в скорой помощи удовлетворены 60%, не удовлетворены – 10%, не в полной мере – 30%. Отношением медицинских сестер, с точки зрения культуры медицинского обслуживания в поликлинике удовлетворены 46% респондентов, не удовлетворены – 28%. Не в полной мере – 27%. В частной клинике удовлетворены 75%, не удовлетворены – 9%, не в полной мере – 17%. Отношением медицинских сестер в скорой помощи удовлетворены 65%, не удовлетворены – 10%, не в полной мере – 26%. Таким образом, мы видим, что большинство респондентов не в полной мере удовлетворены культурой медицинского обслуживания в муниципальной поликлинике и в скорой

помощи, в то время как полностью удовлетворены респонденты культурой медицинского обслуживания в частной клинике.

При сопоставлении ответов на вопросы респондентов и экспертов, мы нашли как схожие ответы, так и противоположные друг другу. Проанализировав данные ответы, можно сделать вывод о том, что мнения респондентов и экспертов в какой-то мере схожи, но в то же время, они расходятся. Схожее мнение респондентов и экспертов мы можем наблюдать в вопросах об ожидании скорой помощи. Главным недостатком при вызове скорой помощи является, как, по мнению экспертов, так и, по мнению респондентов, - долгое ожидание (38%). Расхождения мы видим в вопросе о недостатках в культуре медицинского обслуживания. По мнению респондентов, главный недостаток в культуре медицинского обслуживания - это большие очереди на прием к специалисту (25%), в то время как эксперты считают главным недостатком - невоспитанность, как врачей, так и пациентов.

Изучив таблицы сопряженности, мы увидели, что как для мужчин, так и для женщин, в возрасте от 18 до 30 лет, основной причиной неудобного графика является несовпадение времени графика приема врачей и графика рабочего времени пациентов. Также, мы видим, что для мужчин, как и для женщин, основными причинами обращения за платной медицинской помощью являются: более совершенная организация работы, отсутствие нужных врачей в поликлинике и низкий уровень оснащенности поликлиники по МЖ.

Таким образом, можно сделать вывод о том, культура медицинского обслуживания в регионе, по мнению респондентов, находится на среднем уровне (в государственных поликлиниках культурой медицинского обслуживания пациенты удовлетворены не в полной мере, в то время как культурой медицинского обслуживания в частных клиниках ею удовлетворены большинство респондентов). Это подтверждают и эксперты, говоря о том, что «Половина людей, обслуживающихся по ОМС, считают, что поликлиника обязана их на руках носить, и они не упускают возможности писать необоснованные жалобы»;

«За свои деньги люди редко вступают в конфликт, даже если медицинский работник допустил ошибку, таков менталитет нашего народа».

Нами были разработаны следующие рекомендации:

1) Необходимо повышение общей культуры в медицинских учреждениях (включая соблюдение профессиональной этики, профессионального этикета и медицинской деонтологии);

2) Важно уделять внимание вопросу этики и деонтологии, начиная с университета (введение дополнительных предметов, связанных с данной проблемой);

3) Требуется развитие коммуникативной функции между медицинским работником и пациентом (увеличение времени на прием для каждого пациента);

4) В государственных учреждениях необходимо увеличение медицинского персонала, что важно при распределении большого объема работы между сотрудниками. В медицинских учреждениях нужно больше привлекать молодых специалистов.

5) Необходимо увеличение заработной платы медицинским работникам, т.к. данный фактор влияет на удовлетворенность врачей выполнением своей работы, что напрямую связано как с культурой, так и качеством медицинского обслуживания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абульханова К.А. О субъекте психической деятельности. //Свободный-путь. М., 2003. - С. 123-125.

2. Айвазов, А.Л. Формирования новых инновационных и инвестиционных отношений в здравоохранении [Текст] / А.Л. Айвазов // Инновация в бизнесе и образовании: состояние и тенденции развития : сб. докл. междунард. науч.-практ. конф. преподавателей, студентов, аспирантов и молодых ученых (26–27 сентября 2008 г.). – Армавир : изд-во СКИБИИТ, 2008. – 0,17 п.л.

3. Андреева О., Тэгай Н. Контроль качества медицинской помощи // Мед. вестник. 2002. - №32. - С. 4-5.

4. Андреева О.В. Показатели эффективности и качества медицинского обслуживания населения // Здоровоохранение РФ. 2002. - №5. - С. 2425.
5. Астафьев Л. М. Роль типологизации пациентов в оценке качества медицинской помощи / Л. М. Астафьев // Социологические исследования. -2005. - № 6. С. 136-140.
6. Балкинд С.Д. Социологические исследования как метод совершенствования медицинской помощи детям // Здоровоохр. Рос. Федерации. 2006. - №1. - С. - 20-23.
7. Беляева Н.В. Источники финансирования в системе счетов здравоохранения России // Экономика здравоохранения.- 2001. № 7. - С. 48-50.
8. Вардосанидзе С.Л. Управление качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении // Экономика здравоохранения. 2002. - №11. - С. 5-6.
9. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. Пособие для студ.высш.учеб. заведений. -М., "Академия", 2001. 352с.
10. Венедиктов Д.Д. Здоровоохранение России: кризис и пути преодоления / Д.Д. Венедиктов. М: Медицина, 2009. - 200 с.
11. Вишняков Н.И., Гусев О.А., Губин В.Г. Что думают посетители территориальной поликлиники о качестве амбулаторной помощи // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2000. - №4. - С. 14-16.
12. Виноградов В.А. Эффективный брэндинг на российском рынке медицинских услуг // Ремедиум. – 2005. – С. 19 – 21
13. Вялков А.И. Управление здравоохранением на уровне региона в условиях рыночных отношений / А.И. Вялков // Здоровоохранение Российской Федерации. 2003. - № 5. - С. 3 – 4
14. Галицкий О.И., Дмитриев В.И., Щербаков В.И. Изучение мнения пациентов об организации медпомощи / О.И. Галицкий, В.И. Дмитриев, В.И. Щербаков // Здоровоохранение РСФСР. 2008. - № 4. - С. 30 - 32.
15. Герасименко П. // Труд. 2006. № 5. - С. 3-5.

16. Гофман Л.Б. Классическое и современное: Этюды по истории и теории социологии. М.: Наука, 2003. - С.36-37.
17. Грачев И.С., Жуков А.Е., Андреев С.А. Результаты социологического опроса населения о состоянии амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи // Советское здравоохранение. 2001.- № 3.- С 16-19.
18. Денисов В.Н. Управление системой охраны здоровья населения на территориальном уровне: Автореф. дисс. . д-ра мед.наук. М., 2005. - 48 с.
19. Ефименко С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента / С.А. Ефименко // Социология медицины. — 2006. № 1. — С. 9-14.
20. Иванова Л. Ю. Самосохранительное поведение и его тендерные особенности / Россия реформирующаяся: Ежегодник 2005 / Отв.ред. Л.М. Дробижева. - М.: Институт социологии РАН, 2006. - С. 110-133.
21. Изуткин А.М. Социология медицины / А.М. Изуткин, В.П. Петленко, Г.И. Царегородцев. Киев: Здоровья, 2001. - 184 с.
22. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества / О.П. Щепин и др. // Проблемы соц. гигиены, здра-я и истории мед-ны. -2005. -№ 5.-С. 3-6.
23. Инновационная модель медицинского обслуживания льготных категорий граждан / Г. М. Гайдаров, М. Е. Кошечев, И. И. Губанова и др. // Здравоохранение: Журнал для руководителя и главного бухгалтера. 2005. -N 6 . - С. 42-45.
24. Кицул И.С., Пивень Д.В. Качество и безопасность: ключевые задачи руководителя медицинской организации // Здравоохранение. – 2015. – с.84-90.
25. Котова Г.Н., Нечаев Е.Н., Гучек П.А., Карасева Л.Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 2001. - №4. - С. 22-26.
26. Кузнецов В. И. Критерии социальной адаптации больных с хроническими психическими заболеваниями в специализированных учреждениях-интернатах / В. И. Кузнецов, В. И. Сабанов // Социология медицины : Научно-практический журнал. 2005. - N 2 . - С. 37-43.

27. Кузьменко М.М. Здоровоохранение в условиях рыночной экономики / М.М. Кузьменко В.В. Баранов, Ю.В. Шиленко. М: Медицина, 2004. - 304 с.
28. Кучеренко В.З., Вялков А.И., Таранов и др. Основы стандартизации в здравоохранении в условиях медицинского страхования. М., 2000. -392 с.
29. Кучеренко В.З., Семенов В.Ю., Гришин В.В., Сырцова Л.Е. Реформирование здравоохранения за рубежом. М., 2000. - 96 с.
30. Линденбратен А. Л. Участие населения в оплате медицинской помощи / А. Л. Линденбратен, Т. В. Гололобова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины: Двухмесячный научно-практический журнал. 2002. - N 1 . - С. 21-24.
31. Лисанов А. Управление качеством медицинской помощи, оказываемой медсестрами // Сестринское дело. 2008. - №2, №3. - С. 5-6, 5-7.
32. Лукашев, А.М. Реформирование здравоохранения и медико-демографический прогноз / А.М. Лукашев, А.С. Акопян, Ю.В. Шиленко; иод ред. Н.Ф. Герасименко. М.: Изд-во «Оверлей», 2001. - 96 с.
33. Лупандин В.М. Социология медицины: статья / В.М. Лупандин // Энциклопедический социологический словарь. М. : ИСПИ РАН, 2005. - С. 726.
34. Малая медицинская энциклопедия / под.ред. В.И.Покровского. – М., 2002. – Т.3. – С.203.
35. Мальцев В.П. Опыт создания региональной системы профилактики заболеваний. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. - №4. - С. - 41-42.
36. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение. - ГЭОТАР-Медиа, 2015. – с.288.
37. Минздрав РФ в поисках российской концепции качества в здравоохранении. А может не стоит изобретать велосипед? (редакционный материал) // Качество медицинской помощи. 2002. -№4. -С. 46-48.
38. Мыльникова И.С. Документационное обеспечение деятельности главной (старшей) медицинской сестры. – М.: ГРАНТЬ, 2001. – с.160.

39. Найговзина Н.Б., Ластовецкий А.Г. Качество медицинской помощи и ее экспертиза // Экономика здравоохранения. 2008. - №1.- С. 7-14.
40. Омельченко В.П. Влияние внедрения инновационных технологий в сфере медицины и медицинской техники на эффективность реализации социально значимых медико – технических проектов // Инновации / Медицина и здравоохранение. – 2011. – с. 21-29.
41. Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Изд-во С.-Петербургского университета, 2000. - 497 с.
42. Решетников А.В. Социально-экономическая характеристика страхователей // Экономика здравоохранения.-2001 .-№ 2.- С. 17-31.
43. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг// Экономика здравоохранения,- 2000,- № 12,- С.5-19.
44. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. Медицина. - М.,2014. - С. 863.
45. Решетников, А.В. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи / А.В. Решетников, Л.М. Астафьев // Социология медицины. 2005. - № 1 (6). - С. 32-38.
46. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. - М.: Медицина, 2003. - 1048 с.
47. Решетников А.В. Методология исследований в социологии медицины / А.В. Решетников. М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2000. - 238 с.
48. Решетников А.В. Новый ориентир страхование здоровья. - Новосибирск: Эфлакс. - 2001. - С. 13.5 7. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М.: Медицина, 2002. - 976 с.
49. Садовой М.А. Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи: Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – Новосибирск, 2007. – 88 с.
50. Самойлов В.О. История российской медицины / В.О. Самойлов. -М.: Эпидавр, 2007. - 199 с.
51. Саперов В.Н. Медицинская этика. - БИНОМ, 2015 – с.232.

52. Стародубов В.И. // Линденбрaten. – М.: «Медицина», 2002, с.176.
53. Стародубов В.И. Вопросы управления медицинским учреждением в условиях введения медицинского страхования / В.И. Стародубов. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2004.-30 с.
54. Сергеев Ю.Д. Правоведение. Медицинское право. – МИА, 2014. с.552.
55. Татарников М. А. Общественная оценка медицинской помощи населению Московской области / М. А. Татарников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины : Двухмесячный научно-практический журнал. 2003. - N 1 . - С. 7-11.
56. Татарников М.А. Роль социологических исследований в условиях реформирования здравоохранения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения (обзор печати). 2002. - №4. - С. 69-74.
57. Тихонова Н.Е. Феномен городской бедности в современной России. - М.: Летний сад, 2003. 423 с.
58. Тюменская область в зеркале общественного мнения (по материалам прикладных социологических исследований 2011-2012 гг.) // Науч. ред. д.с.н., проф., засл. деят. науки РФ А.Н. Силин / Авт. колл. под рук. д.с.н. Г.С. Корепанова, к.с.н. В.А. Юдашкина. – Тюмень.: Тюменская областная Дума, ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». 2013. – 208 с.
59. Филатов В.Б. Современные требования к содержанию и уровню профессиональной подготовки специалиста по управлению здравоохранением // Экономика здравоохранения. 2007. - № 8-9. - С. 74 - 75
60. Чубарова Т.В. Управление медицинскими учреждениями: методологические подходы и новые тенденции / Т.В. Чубарова // Упр. здравоохранением. 2001. - № 1.- С. 58 - 65.
61. Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбрaten А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. -М.: Медицина, 2002. 176 с.

62. Юрьев В.К., Сажин В.Л. Социологический опрос как важный инструмент оценки качества медицинской помощи спецконтингенту больницы // Проблемы оценки качества медицинской помощи. СПб., 2008.-Вып. 2.-С. 324-326

63. Юрьев В.К. Здоровье населения и методы его изучения. //Учеб. пособие. СПб., 2003. - С. - 192.

64. АМИ-ТАСС АГЕНТСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ [Электронный ресурс] / Вопрос доверия системе здравоохранения раскол россиян пополам - <http://www.ami-tass> (дата обращения: 31.05.17).

65. Информационное агентство России [Электронный ресурс] / Общество/ Реформа здравоохранения - <http://tass.ru/reforma-zdravoohraneniya-v-rf> (дата обращения: 24.03.16).

66. МедИнфо [Электронный ресурс] / Медицина и закон / Здравоохранение РФ - http://www.medinfo.ru/medzakon/zdrav_rf/zakoni/ (дата обращения: 17.03.16).

67. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» [Электронный ресурс] / Васильева Т.П. Методика изучения, состояние и роль имиджа медицинского учреждения в управлении качеством медицинских услуг / Т.П.Васильева, В.Г. Костин, И.Н. Каграманя, Осипов М.Ю., А.И. Живой // Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения». - Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/210/30/> (дата обращения: 30.05.17)

68. disserCat — электронная библиотека диссертаций [Электронный ресурс] / Научная электронная библиотека/Социологические науки /Социология управления/Социологическая оценка качества медицинской помощи в системе управления здравоохранением региона - <http://www.dissercat.com> (дата обращения 17.06.17)

69. КиберЛиника- научная электронная библиотека [Электронный ресурс] / Медицина и здравоохранение / качество медицинских услуг в оценке населения - <https://cyberleninka.ru> (дата обращения: 15.06.17)

70. StudFiles – Файловый архив для студентов [Электронный ресурс] /
Врачебная этика и медицинская деонтология / Биоэтика - <http://www.studfiles.ru>
(дата обращения: 20.05.17)

71. elibrary.ru – Научная электронная библиотека [Электронный ресурс] /
Медико-социальные аспекты поддержания человеческого потенциала региона /
Скок Н.И. / Нефть и газ Западной Сибири // Материалы Международной научно-
технической конференции, посвященной 50-летию Тюменского индустриального
института ответственный редактор: О.А. Новоселов. - Том. 6. Социально-
гуманитарные аспекты модернизации России. 2013. – с. 85-88 (дата обращения
20.05.17)