

6. Подрезова Л. Роль психиатра в комплексной реабилитации больных соматического профиля / Л. Подрезова, Н. Черейская, М. Янковская, Н. Мартынова // Врач. — 1997. — № 2. — С. 12 — 13.

7. Смулевич А. Б., Козырев В. Н. Интегрированная медицина — модель организации помощи больным с депрессивными расстройствами // Депрессии в общемед. практике. — М., 2000. — С. 121 — 128.

8. Шинаев Н. Н., Дачевская И. И., Акжигитов Р. Г. Перспективы организации специализированной помощи больным с пограничными формами психических расстройств // Росс. психиатр. журн. — 2000. — № 5. — С. 7.

РЕЗЮМЕ

Л. В. Кочорова, В. С. Скрипов, Г. А. Иванова, Е. Б. Захарова

Медико-социальная характеристика пациентов психосоматического отделения

За последние годы отмечается увеличение числа пациентов с психосоматической патологией, также наблюдается увеличение количества «маскированных депрессий». Высокая социальная значимость психосоматической патологии обусловлена тем, что она крайне широко распространена среди лиц трудоспособного возраста. Целью исследования являлось проанализировать медико-социальный состав пациентов психосоматического отделения, а также показать эффективность лечения на данном отделении. Представлен анализ данных, полученных в ходе анкетирования пациентов психосоматического отделения на предмет тревожных и депрессивных расстройств. Анкетирование проводилось с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Также был проведен анализ медицинской документации данного отделения. В ходе исследования было установлено, что наблюдается неоднородный социальный состав пациентов. Большая часть пациентов (54,3 %) находилась в стационаре с диагнозом «Органическое тревожное расстройство». Выявлено, что среди соматической патологии наибольший удельный вес занимает такая патология, как гипертоническая болезнь III ст. в сочета-

нии с ИБС (20,7 %) и гипертоническая болезнь II ст. (19,6 %). Доказана эффективность лечения на данном отделении. К 20-му дню пребывания в стационаре 30 % пациентов не испытывали состояния тревоги и/или депрессии. Сочетанные симптомы тревоги и депрессии различной степени к 20-му дню лечения наблюдались только у 14 % пациентов.

Ключевые слова: психосоматическое отделение, депрессия, тревожное расстройство.

SUMMARY

L. V. Kochorova, V. S. Skripov, G. A. Ivanova, E. B. Zakharova

Medico-social characteristics of patients at the psychosomatic department

Over the recent years, there has been an increase in the number of patients with psychosomatic disorders, as well an increase in the number of «masked depressions». High social significance of psychosomatic diseases is predetermined by the fact that it is extremely common among people of working age. The aim of the study was to analyze the medical and social composition of the patients at the psychosomatic department, as well as to show the efficiency of treatment in such department. The analysis of data obtained during the survey department of psychosomatic patients for anxiety and depressive disorders is presented. The survey was conducted by using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The medical documentation of the department was also analyzed. The study found that the social composition of patients was heterogenous. Most of the patients (54.3 %) were in hospital with a diagnosis of organic anxiety disorder. It was revealed that the largest share among the somatic pathology accounted to such pathology as hypertension of the III degree in conjunction with coronary artery disease (20.7 %) and hypertension of the II stage (19.6 %). The efficacy of treatment in this department was proven. By the 20th day of hospitalization, 30 % of patients did not experience anxiety and/or depression. Combined symptoms of anxiety and depression were observed only in 14 % of patients by the 20th day of treatment.

Keywords: psychosomatic department, depression, anxiety disorder.

© С. В. Серафимов, 2016 г.
УДК 617.7-08-039.57:614.2(-22)

С. В. Серафимов

ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ОПТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ, ПРОЖИВАЮЩИМИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Киришская клиническая межрайонная больница

ВВЕДЕНИЕ

Одной из ведущих проблем отечественного и зарубежного здравоохранения в последние годы ос-

тается обеспечение доступности и качества медицинской помощи. Пути ее решения активно обсуждаются исследователями в области общественного здоровья и организации здравоохранения [1, 3, 4, 9]. Наряду с этим, обеспечение этих характеристик медицинской помощи в последние годы становится неоспоримой задачей, требующей решения на государственном уровне управления. Согласно пункту 6 статьи 4 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», доступность и качество медицинской помощи являются одними из основных принципов охраны здоровья населения. Указом Президента Российской Федерации от 31 декабря 2015 г. № 683 установлено, что обеспечение граждан доступной и качественной медицинской помощью — это один из ключевых шагов стратегии национальной безопасности Российской Федерации. При этом определено, что одним из

путей преодоления факторов, негативно влияющих на достижение высокого уровня доступности и качества медицинской помощи, является усовершенствование организационных основ здравоохранения, в том числе развитие профилактической и первичной медико-санитарной помощи, внедрение новых организационных форм оказания медицинской помощи в сельской местности и труднодоступных местах [11].

Ограничение доступности и низкое качество предоставляемых медицинских услуг, безусловно, негативно отражаются на состоянии здоровья населения, кроме того, препятствия в получении качественной медицинской помощи обуславливают неудовлетворенность пациентов взаимодействием с системой здравоохранения, порождают социальную напряженность и побуждают пациентов обращаться за защитой своих прав к уполномоченным лицам (органы исполнительной власти в сфере здравоохранения, Росздравнадзор, прокуратура, страховые медицинские организации, суд и пр.).

Особого внимания вопросы доступности медицинской помощи требуют в сельской местности, где условия оказания медицинской помощи характеризуются значительной удаленностью учреждений здравоохранения от населенных пунктов, их низкой транспортной доступностью, проблемами ограниченной осведомленности пациентов о работе учреждений здравоохранения, порядке предоставления ими медицинских услуг [10].

В целях повышения доступности специализированной медицинской помощи пациентам, нуждающимся в оперативном лечении катаракты и глаукомы, в период с 2011 по 2013 г. в стационарах Ленинградской области была внедрена новая организационная форма ее оказания – межрайонные офтальмологические стационары. Особенностью организации их работы стала возможность предоставления плановой специализированной офтальмологической помощи пациентам, в том числе проживающим вне территории постоянного обслуживания районной больницы, на базе которой организован межрайонный офтальмологический стационар. При этом возможность получения необходимых медицинских услуг получили и жители районов области, в больницах которых такие офтальмологические отделения не организованы, и ранее они были вынуждены лечиться только в Ленинградской областной больнице. Оснащение за счет средств модернизации здравоохранения выделенных офтальмологических отделений центральных районных больниц современным медицинским оборудованием, повышение квалификации работающих в них врачей-офтальмологов – все это создало предпосылки для повышения качества медицинской помощи и позволило выполнять сложные офтальмологические операции широкому кругу нуждающегося населения.

С учетом актуальности реформ, проводимых в отечественном здравоохранении в целях повышения качества и доступности медицинской помощи для сельского населения, для оценки эффективности деятельности межрайонных офтальмологических стационаров было проведено исследование, направленное на изучение удовлетворенности пациентов оказанной им медицинской помощью. Результатам проведенного исследования посвящена настоящая статья.

Цель исследования – оценить удовлетворенность пациентов, нуждающихся в оперативном лечении катаракты и глаукомы, доступностью и качеством оказанной им медицинской помощи в межрайонных офтальмологических стационарах Ленинградской области.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Одной из успешных методик, принятых в общественном здоровье и социологии медицины в качестве методов оценки доступности и качества медицинской помощи, является социологический опрос [2, 8].

В этой связи для решения поставленной задачи по оценке удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи, оказанной им по поводу катаракты и глаукомы, был проведен опрос пациентов, проходивших по этому поводу лечение в Киришской КМБ. До реализации программы модернизации здравоохранения Ленинградской области в 2010 г. основной задачей опроса было выявление проблем пациентов, требующих решения в рамках планируемых реформ. Направление финансовых средств, предназначенных для модернизации здравоохранения, на оптимизацию предоставления специализированной офтальмологической помощи как одного из приоритетных направлений развития здравоохранения региона позволило ожидать существенного повышения качества и доступности медицинских услуг. Повторный опрос пациентов в этой связи был проведен в 2015 г. среди пациентов, получивших медицинскую помощь уже в обновленном офтальмологическом отделении.

Для изучения мнения пациентов, получивших специализированную офтальмологическую медицинскую помощь, на основе методики, предложенной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования [7], была разработана анкета, учитывающая особенности предоставления офтальмологической медицинской помощи и позволяющая производить оценку основных параметров ее качества и доступности.

Для получения достоверных результатов исследования, с учетом численности, возрастного и ген-

дерного состава пролеченных пациентов изучаемого профиля, были сформированы репрезентативные выборки на основе квотного метода [7]. Всего по вышеуказанной методике в 2010 г. были опрошены 148 пациентов, а в 2015 г. — 320 пациентов. Эмпирические данные собирались методом формализованного интервью. Полученные в результате опроса сведения были статистически обработаны, для чего был осуществлен расчет экстенсивных и интенсивных показателей, с оценкой достоверности их разности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате опроса пациентов, получивших хирургическое лечение катаракты и глаукомы, было установлено, что среди них преобладают (79,8 %) неработающие граждане (в том числе временно неработающие трудоспособные граждане), и только 20,2 % пациентов — это работающие респонденты (в том числе работающие студенты, пенсионеры и инвалиды).

Одним из основополагающих принципов охраны общественного здоровья граждан признается приоритетность профилактики заболеваний или раннего выявления заболеваний в ходе профилактических осмотров [12]. Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан [5], регламентирован осмотр (консультация) врача-офтальмолога (для граждан в возрасте 39 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление, и для граждан в возрасте 75 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования). С учетом указанных требований при проведении опроса пациентов офтальмологических отделений уточнялось, при каких обстоятельствах у них были выявлены заболевания, требующие хирургического лечения.

Оказалось, что у большинства пациентов (73,9 %) катаракта была выявлена при плановом визите к врачу-офтальмологу, оказывающему первичную специализированную офтальмологическую медико-санитарную помощь, в том числе в поликлинике по месту жительства. Почти у каждого пятого (18,5 %) пациента — это случайная находка при проведении профилактического осмотра (диспансеризации), в том числе по поводу иных заболеваний глаза и его придаточного аппарата. В 7,6 % случаев заболевание было выявлено при иных обстоятельствах.

Учитывая, что старческая катаракта — это постепенное понижение зрения, приводящее при отсутствии соответствующего наблюдения к слепоте, определенный интерес представляет длитель-

ность наблюдения пациентов у врача-офтальмолога по поводу катаракты в поликлинике по месту жительства. В результате опроса установлено, что значительная часть пациентов достаточно оперативно прошли путь от выявления заболевания до его хирургического лечения. Более половины (60,5 %) пациентов межрайонных офтальмологических стационаров наблюдались по поводу своего заболевания менее одного года, в том числе 9,1 % — менее месяца.

Вместе с тем почти каждый третий (30,3 %) опрошенный пациент наблюдался по поводу катаракты от одного до пяти лет, и почти каждый десятый — более пяти лет (9,2 %). Данное обстоятельство может косвенно свидетельствовать о недостаточном внимании сельских врачей к пациентам с катарактой, что требует отдельного углубленного изучения.

Результаты исследования показали, что практически все (98,9 %) респонденты межрайонных офтальмологических стационаров для хирургического лечения катаракты и глаукомы в настоящее время удовлетворены качеством предоставляемой медицинской помощи (полностью удовлетворены — 91,3 %, скорее удовлетворены — 7,6 %). Достоверно ниже ($t = 3,6$, $p < 0,05$) были показатели удовлетворенности пациентов качеством оказанной медицинской помощи до модернизации офтальмологических отделений. Лишь 87,4 % из них были удовлетворены (полностью удовлетворены — 71,3 %, скорее удовлетворены — 16,1 %).

Наряду с этим, доля неудовлетворенных качеством проведенного лечения существенно снизилась. Если в 2010 г. этот показатель составлял 5,5 % среди всех опрошенных, то в 2015 г. он составил только 1,1 % ($t = 3,6$, $p < 0,05$).

По результатам опроса, проведенного в 2015 г., было установлено, что большинство пациентов оказались удовлетворены квалификацией, а также вежливостью и внимательностью медицинского персонала, участвующего в оказании специализированной офтальмологической медицинской помощи. Деятельностью врачей-офтальмологов оказались удовлетворены 94,4 % пациентов, медицинских сестер — 93,4 % опрошенных. Эти показатели также превышают показатели, полученные по результатам опроса в 2010 г. (удовлетворены деятельностью врачей — 81,9 % опрошенных, $t = 2,9$, $p < 0,05$; удовлетворены деятельностью медицинских сестер — 70,8 %, $t = 3,4$, $p < 0,05$).

При этом обращают на себя внимание высокие оценки удовлетворенности пациентов деонтологическими аспектами оказания медицинской помощи. Так, по результатам опроса, проведенного в 2015 г., установлено, что никогда не сталкивались с грубым отношением со стороны врачей-офтальмологов 85,5 % респондентов, а со стороны средних медицинских работников — 91,2 %. Только 4,1 %

пациентов отметили, что иногда сталкивались с недостаточно вежливым отношением медицинского персонала, в том числе врачей-офтальмологов (3,2 %) и средних медицинских работников (1,1 %).

Отдельно в рамках исследования было изучено мнение пациентов об оснащенности межрайонных офтальмологических стационаров медицинским оборудованием. Следует обратить внимание, что пациенту, не имеющему специальной квалификации и подготовки в области медицинских наук, зачастую сложно дать оценку уровню оснащения медицинских организаций медицинским оборудованием, поэтому неудивительно, что 17,4 % всех опрошенных затруднились с ответом на этот вопрос. Наряду с этим, по данным опроса, проведенного в 2015 г., оказалось, что почти $\frac{2}{3}$ (66,3 %) респондентов полностью удовлетворены оснащением медицинской организации современным офтальмологическим оборудованием. Еще 14,1 % опрошенных скорее удовлетворены, и лишь незначительная часть – 2,2 % – не удовлетворены. До проведения масштабного переоснащения медицинских организаций Ленинградской области современным медицинским оборудованием показатель удовлетворенности граждан оснащением специализированных офтальмологических отделений был значительно ниже – только 49,5 % опрошенных были полностью удовлетворены ($t = 3,6, p < 0,05$).

Одним из показателей, дающим представление о качестве медицинских услуг, следует считать удовлетворенность пациентов результатами диагностики и лечения. Опрос, проведенный в 2015 г., показал, что полностью удовлетворены результатами диагностики и лечения в офтальмологическом отделении 73,3 % пациентов, почти каждый четвертый (23,3 %) скорее удовлетворен, 3,4 % не смогли ответить на данный вопрос анкеты. Показатели удовлетворенности, полученные по результатам опроса в 2010 г., практически не отличаются от показателей, полученных в 2015 г. Опрос, проведенный в 2010 г., показал, что полностью удовлетворены результатами диагностики и лечения 70,0 % опрошенных, скорее удовлетворены – 26,2 %, не удовлетворены – 1,0 %, затруднились ответить на этот вопрос 2,8 % опрошенных ($t < 2$).

Удовлетворенность пациентов доступностью оказанных им медицинских услуг изучалась отдельно. Опрос, проведенный в 2015 г., показал, что большинство (75,3 %) респондентов удовлетворены доступностью специализированной медицинской помощи, оказанной им в межрайонных офтальмологических стационарах, что существенно превышает этот показатель, полученный по результатам опроса, проведенного в 2010 г., 62,8 % были удовлетворены ($t = 2,8, p < 0,05$). При этом почти каждый пятый (19,1 %) пациент в 2015 г. был скорее удовлетворен доступностью медицинской помощи (по результа-

там опроса 2010 г. – 12,8 %, $t = 3,3, p < 0,05$). В изучаемый период также произошло снижение доли пациентов, не удовлетворенных доступностью. Так, в 2010 г. таких по результатам опроса было 17,8 %, тогда как в 2015 г. – только 4,5 % ($t = 3,9, p < 0,05$).

Одним из основных критериев оценки доступности медицинской помощи в настоящее время является срок ее ожидания [9]. Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ленинградской области установлено, что срок ожидания оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме составляет не более 30 дней с момента выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки). Исключение составляют медицинские организации, оказывающие специализированную хирургическую медицинскую помощь по профилю «Офтальмология», выполняющие оперативное лечение катаракты методом бесшовной факоэмульсификации, где срок ожидания плановой госпитализации не должен превышать 6 месяцев.

В рамках настоящего исследования были проанализированы сроки ожидания пациентами в 2015 г. оперативного лечения катаракты в стационарных условиях. Анализ показал, что в целом законодательно установленные сроки ожидания плановой медицинской помощи соблюдаются (94,7 %). Почти каждый четвертый (26,6 %) пациент указал, что ждал операции менее 1 месяца с момента получения направления, 28,7 % пациентов отметили, что срок ожидания составил от одного до трех месяцев, 39,4 % – от четырех до шести месяцев. Лишь 5,3 % пациентов ожидали планового оперативного вмешательства более установленного законодательством срока (более 6 месяцев).

Одним из параметров доступности медицинской помощи, имеющих наиболее важное значение для сельской местности, является территориальная (транспортная) доступность [13]. Изучение мнения пациентов, получивших специализированную помощь в межрайонных офтальмологических стационарах, показало, что большинству (64,7 %) респондентов было удобно добираться в стационар, 7,7 % выбрали вариант ответа «скорее да». Однако почти каждый четвертый пациент (27,5 %) отметил недостаточную транспортную доступность межрайонных офтальмологических стационаров, 1,1 % респондентов офтальмологических отделений затруднились с ответом.

Поскольку одной из ключевых проблем в сфере здравоохранения в настоящее время остаются вопросы реализации прав граждан, в том числе права выбора медицинской организации и врача, в рам-

ках исследования было особое внимание уделено вопросам возможности выбора межрайонного офтальмологического стационара для хирургического лечения катаракты и глаукомы. При этом следует обратить внимание, что Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [12] возможность выбора медицинской организации и врача определена как один из основных факторов обеспечения доступности медицинской помощи.

Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» [6], при выдаче направления врач-офтальмолог поликлиники обязан проинформировать гражданина о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание необходимой медицинской офтальмологической помощи с учетом сроков ее ожидания, установленных территориальной программой.

Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ленинградской области установлено, что для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме, в том числе при оперативном лечении катаракты, выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации территориальной программы принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан информировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой.

Опрос пациентов межрайонных офтальмологических стационаров для хирургического лечения катаракты и глаукомы, проведенный в 2015 г., показал, что почти каждому третьему (34,4 %) пациенту врачом-офтальмологом в поликлинике по месту жительства не предлагалось выбрать стационар для оперативного лечения катаракты. При этом установлено, что пациенты достаточно ответственно относятся к выбору медицинской организации для проведения данной операции. Лишь 3,3 % респондентов указали, что им безразлично, где получать оперативное лечение. Большинство пациентов (61,9 %) указали, что при выборе места проведения операции руководствовались рекомендациями врача-офтальмолога поликлиники по месту жительства. Почти каждый третий (34,8 %) – рекомендацией друзей (знакомых), а почти каждый пятый (22,1 %) указал, что при выборе ориентировался как на мнение

врача-офтальмолога поликлиники по месту жительства, так и на рекомендации друзей (знакомых).

В ходе исследования, проведенного в 2015 г., были также определены наиболее значимые для пациента проблемы при получении офтальмологической помощи:

- трудно попасть (не записаться) в офтальмологическое отделение стационара (13,7 на 100 опрошенных пациентов);

- длительные сроки ожидания оперативного вмешательства (11,6 на 100 опрошенных пациентов);

- сложно получить направление врача-офтальмолога поликлиники для оперативного лечения (10,5 на 100 опрошенных пациентов);

- недостаточное количество необходимой информации о методах лечения и диагностики офтальмологических заболеваний (9,5 на 100 опрошенных пациентов);

- недостаточное количество необходимой информации для пациентов о порядке направления, приеме, проведении операции (7,4 на 100 опрошенных пациентов);

- необходимость оплачивать отдельные медицинские услуги (7,4 на 100 опрошенных пациентов);

- дорогие лекарства при получении офтальмологической помощи (6,3 на 100 опрошенных пациентов);

- недостаточная оснащенность офтальмологического кабинета поликлиники (отделения стационара) диагностическим оборудованием (3,2 на 100 опрошенных пациентов);

- прочие причины (2,7 на 100 опрошенных пациентов).

К прочим причинам респонденты относили некомпетентность медицинского персонала, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия в офтальмологическом отделении стационара, плохое питание в стационаре.

Проведенный среди пациентов стационаров опрос выявил проблемы, касающиеся организации предоставления первичной специализированной офтальмологической медицинской помощи жителям Ленинградской области. Одной из таких проблем следует считать недостаточное внимание врачей первичного звена к выявлению офтальмологических заболеваний и своевременному направлению пациентов на оперативное лечение, что подтверждается весьма длительным наблюдением этих пациентов на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи, а также тем, что у 18,5 % пациентов катаракта выявляется как случайная находка при проведении профилактического осмотра и обследования по поводу иного заболевания.

Другой проблемой организации первичной специализированной офтальмологической помощи в Ленинградской области следует считать проблему информирования пациентов о возможности реали-

зации ими права выбора медицинской организации при получении направления на плановое стационарное лечение, что при наличии нескольких оснащенных межрайонных офтальмологических стационаров, принимающих пациентов вне зависимости от места их проживания на территории Ленинградской области, имеет простое логистическое решение, однако ограничено в исполнении. Иные проблемы пациентов, связанные с получением специализированной офтальмологической медицинской помощи, выявленные по результатам проведения опроса пациентов, также должны стать объектом дальнейших дискуссий организаторов здравоохранения. Это выявленные в некоторых случаях длительные сроки ожидания медицинской помощи, трудности в предварительной записи на прием к врачу, недостаточная информированность пациентов о порядке предоставления медицинской помощи и другие дисбалансы в организации медицинской помощи. Выявленные проблемы требуют дальнейшего изучения и, возможно, серьезных управленческих проработок со стороны органов исполнительной власти в сфере здравоохранения региона.

ВЫВОДЫ

Проведенный среди жителей Ленинградской области опрос показал, что пациенты, нуждающиеся в получении офтальмологических операций, в целом удовлетворены доступностью и качеством предоставляемых медицинских услуг. При этом, несмотря на то, что пациенты не могут в полной мере дать профессиональную оценку оснащенности офтальмологического отделения стационара, его модернизация современной медицинской техникой оказывает в целом существенное положительное влияние на оценку пациентами качества и доступности полученной ими медицинской помощи. Таким образом, оснащение офтальмологических отделений стационаров современной медицинской техникой и оптимизация их работы в форме межрайонных офтальмологических стационаров в целом позволили решить основную задачу, поставленную при проведении модернизации здравоохранения, — повышение качества и доступности медицинских услуг. Вместе с тем следует обратить внимание, что с учетом условий сельской местности в полной мере оказалась не решена проблема доступности специализированной офтальмологической помощи — 27,5% опрошенных в 2015 г. пациентов указали на ограничения транспортной (территориальной) доступности медицинской помощи.

Устранение проблем, связанных с ограничением транспортной (территориальной) доступности специализированной офтальмологической медицинской помощи для жителей Ленинградской об-

ласти, требует принятия отдельных управленческих решений — организации транспортировки пациентов в стационар, организации выездных консультаций врача-офтальмолога стационара для отбора пациентов на госпитализацию и оперативное лечение. Учитывая, что большинство пациентов являются пожилыми людьми с ограничениями по возможности самостоятельного передвижения, развитие службы транспортировки больных должно учитывать и эти особенности. Также решение указанных проблем стало бы возможным при совершенствовании маршрутов общественного транспорта между районами Ленинградской области или создании механизмов возмещения транспортных расходов, понесенных пациентами при получении медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акишкин В. Г., Брумштейн Ю. М., Захаров Д. А. Системный экономический анализ вопросов технической оснащенности медучреждений и эффективности использования оборудования // Экономика здравоохранения. — 2010. — № 8. — С. 52 — 58.
2. Добренков В. И., Кравченко А. И. Методы социологического исследования: учебник. — 2006. — 786 с.
3. Комаров Ю. М., Флек В. О. Основные принципы российского здравоохранения // Главврач. — 2011. — № 10. — С. 77 — 81.
4. Полесский В. А., Мартыничук С. А., Запороженко В. Г., Глухова Е. А. Управление качеством медицинской помощи при хронических заболеваниях в европейских странах // Главврач. — 2016. — № 6. — С. 8 — 20.
5. Приказ Минздрава России от 3 февр. 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».
6. Приказ Минздравсоцразвития России от 26 апр. 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий».
7. Приказ ФФОМС от 11 июня 2015 г. № 103 «Об утверждении Методических указаний по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования».
8. Светличная Т. Г., Цыганова О. А., Кугрявцев А. В. Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений (по данным социологического опроса) // Здравоохранение Российской Федерации. — 2010. — № 3. — С. 18 — 21.
9. Строгонова О. Б. Научное обоснование формирования условий оптимизации доступности медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — 2014. — 43 с.
10. Стрючков В. В., Сапрыкина А. Г. Повышение доступности медицинской помощи сельским жителям (опыт работы в Пензенской области) // Здравоохранение. — 2008. — № 6. — С. 47 — 50.
11. Указ Президента РФ от 31 дек. 2015 г. № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации».
12. Федеральный закон от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Росс.газета. — 2011. — 23 нояб. — Фед. вып. № 5639.

13. Шейман И. М. Управление рисками при реструктуризации здравоохранения // Здравоохранение. — 2011. — № 8. — С. 28—33.

РЕЗЮМЕ

С. В. Серафимов

Доступность и качество специализированной офтальмологической медицинской помощи: оценка пациентами, проживающими в сельской местности

Проблема ограничения доступности и качества офтальмологической медицинской помощи остается одной из ведущих в отечественном здравоохранении. Проведен сравнительный анализ мнения сельских жителей Ленинградской области, нуждающихся в оперативном лечении офтальмологических заболеваний, о доступности и качестве предоставляемой специализированной медицинской помощи. По анкете, разработанной на основе методики, предложенной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, путем формализованного интервью опрошены пациенты, получившие специализированную офтальмологическую медицинскую помощь в Ленинградской области до открытия межрайонных офтальмологических стационаров для оперативного лечения катаракты и глаукомы (148 пациентов) и после (320 пациентов). Результаты показали, что практически все пациенты, получившие лечение после модернизации офтальмологических отделений, удовлетворены качеством медицинской помощи (полностью удовлетворены — 91,3 %, скорее удовлетворены — 7,6 %), что существенно выше, чем показатели, полученные при опросе пациентов до создания специализированных отделений ($t=3,6, p<0,05$). Доступностью медицинской помощи до переоснащения офтальмологических отделений стационаров оказались удовлетворены 62,8 % респондентов, а после организации деятельности межрайонных офтальмологических стационаров — 75,3 % ($t=2,8, p<0,05$). Вместе с тем, несмотря на новую форму организации медицинской помощи, не удовлетворенными ее транспортной доступностью остались 27,5 % опрошенных. Таким образом, пациенты, нуждающиеся в оперативном лечении катаракты, в целом удовлетворены доступностью и качеством оказанных им медицинских услуг. Более высокие оценки доступности и качества специализированной офтальмологической медицинской помощи были получены после открытия в Ленинградской области межрай-

онных офтальмологических стационаров для хирургического лечения катаракты и глаукомы.

Ключевые слова: доступность и качество медицинской помощи, специализированная офтальмологическая медицинская помощь, врач-офтальмолог, офтальмологическое отделение больницы, катаракта, глаукома.

SUMMARY

S. V. Seraphimov

Availability and quality of specialized ophthalmologic medical care: assessment by patients living in rural areas

The problem of restricted availability and quality of ophthalmologic medical care remains one of the main ones in the national healthcare. The article gives a comparative analysis of the opinions of rural residents of Leningrad region are in need of surgical treatment for ophthalmologic diseases, availability and quality of specialized medical care. A questionnaire was developed based on the methodology proposed by the Federal compulsory medical insurance Fund, through formal interviews of respondents of patients who received specialized ophthalmologic medical care in Leningrad region before opening of eye care hospitals for surgical treatment of cataract and glaucoma (148 patients) and afterwards (320 patients). The results show that almost all patients who received treatment after the modernization of ophthalmologic offices are satisfied with the quality of medical care (completely satisfied — 91,3 %, quite satisfied — 7,6 %), which is significantly higher than the figures obtained in the survey of the patients before creation of specialized departments ($t=3,6, p<0,05$). Availability of medical care before re-equipment of ophthalmologic departments in hospitals satisfied 62.8 % of respondents, and after the organization of activities of eye care hospitals — 75,3 % ($t=2,8, p<0,05$). However, despite the new form of organization of medical aid, 27.5 % of the respondents are still not satisfied with its transport accessibility. Thus, patients receiving operative treatment of cataract are generally satisfied with the availability and quality of their medical services. Higher ratings of availability and quality of specialized eye medical care were received after opening of eye care hospitals for surgical treatment of cataract and glaucoma in Leningrad region.

Keywords: accessibility and quality of medical care, specialized ophthalmologic eye care, ophthalmologist, ophthalmologic department in hospital, cataract, glaucoma.