

Качество и доступность медицинской помощи в Уральском федеральном округе (по результатам социологического исследования)

И.Ф.Серёгина, заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, к.м.н., г. Москва

Medical care quality and accessibility in the regions of Urals (according to outcomes of a public opinion poll)

I.F.Seregina, the deputy director of Federal Service on surveillance in healthcare and social development of Russian Federation, Moscow

Резюме

Целью изложенного в статье исследования являлось изучение мнения пациентов о медицинской помощи в Российской Федерации. Для достижения цели применялся социологический метод (заочное анкетирование). Исследование проведено в 2008 году во всех субъектах Российской Федерации. Выборочная совокупность составила 39 141 пациентов медицинских организаций различных форм собственности в целом по Российской Федерации, по Уральскому федеральному округу – 2 403 человека. При анализе полученной информации использовались одномерный статистический анализ, оценка частоты признаков в изучаемой совокупности (интенсивные и экстенсивные показатели, средние величины), сравнение показателей, средних величин (оценка достоверности по критерию Стьюдента). Разработанная методика определения уровней доступности и качества медицинской помощи и информированности пациентов об условиях ее оказания позволила ранжировать субъекты Российской Федерации, выявить приоритетные направления улучшения организации и качества медицинской помощи, повышения информированности пациентов по вопросам реализации ими законных прав и интересов. Материалы исследования предназначены для органов государственной власти Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан всех уровней, уполномоченных по качеству в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: социологическое исследование, опрос, качество медицинской помощи, доступность медицинской помощи, информированность населения о своих правах.

Resume

The aim of the presented research was to examine patients' opinion about quality of the medical assistance in Russian Federation. The sociological method that was used while making the research was public opinion poll conducted in 2008 in all of the regions of Russia. The selected group is 39 141 patients of medical organizations of different ownership patterns all over Russia, including Urals – 2 403 respondents. The received data was evaluated by unidimensional statistic analysis, signs frequency review (intensive and extensive rates, averages), rates' comparison, the averages (by Student's t-criterion).

A definition of medical care accessibility, quality and patients' knowing levels made it possible to rank the regions of Russia, to reveal priority directions for organization increase and improving of medical care and raise the level of patients' informing on their lawful rights.

The research materials can be applied by public authorities in healthcare, authorized representatives for healthcare quality.

Key words: sociological method, poll, health care quality, medical care accessibility, patients' informing on their rights

Введение

Всемирная организация здравоохранения основной задачей одной из своих программ определила качество в здравоохранении, что подтверждает актуальность вопросов, касающихся оценки и обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях.

По определению ВОЗ, гарантией качества медицинской помощи является обеспечение каждому больному

того комплекса диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки [1].

Исходя из этого, основным стратегическим направлением повышения качества медицинской помощи является обеспечение всех необходимых условий с целью удовлетворения потребностей жителей Российской Федерации в качественном и доступном медицинском обеспечении на всех его этапах, от амбулаторно-поликлинического звена до специализированной медицинской помощи.

Уральский федеральный округ составляет 1 788,9 тысяч квадратных километров (11% территории России), что превышает вместе взятые территории Герма-

Ответственный за ведение переписки -
Ирина Федоровна Серёгина
109074, г. Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1
e-mail: IFSeregina@roszdravnadzor.ru
Контактный телефон: 8 (495) 698-40-75

нии, Франции, Великобритании и Испании. Численность населения составляет около 12 374 тыс. человек или 8,5% населения России. Наибольшей плотностью населения отличается центральная и южная части федерального округа (Свердловская, Челябинская, Курганская области), где плотность достигает 42 чел./км². Такое положение дел объясняется особенностями географического положения регионов и структурой их промышленного производства.

При этом разветвленная транспортная сеть и стратегическая роль Уральского федерального округа, как связующего региона национальной экономики, определяют необходимость обеспечения высокой организации сети лечебно-профилактических учреждений и доступности медицинской помощи населению.

Для принятия необходимых управленческих решений и достижения стабильных показателей качества оказываемой медицинской помощи гражданам, поддержания их на соответствующем уровне и обеспечения доступности качественных медицинских услуг для широких слоев населения, значимым представляется получение информации о мнении пациентов об оказываемой им медицинской помощи с использованием социологических методов [2, 3].

В 2008 году Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (далее – Росздравнадзор) было проведено Всероссийское социологическое исследование, направленное на изучение мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи.

Целью исследования стало изучение мнения пациентов о медицинской помощи в Российской Федерации. Для достижения указанной цели были выполнены следующие задачи:

1. определение уровней доступности медицинской помощи, информированности населения об условиях медицинского обслуживания и удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи;
2. выявление «слабых точек» в организации медицинской помощи населению;
3. ранжирование федеральных округов и субъектов Российской Федерации по выше названным уровням.

Исследование проведено в форме заочного анкетирования в семи федеральных округах, восьмидесяти трех субъектах Российской Федерации. В нем приняли участие 39 141 пациентов медицинских организаций, оказывающих им бесплатную медицинскую помощь, и платные медицинские услуги.

На территории Уральского федерального округа в анкетировании приняли участие 2 403 пациента, что составило 6% выборочной совокупности. По субъектам Российской Федерации респонденты распределились следующим образом: Курганская, Свердловская и Челябинская области, а также Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа (объединенно) – по 480 чел., Тюменская область – 483 чел.

Разработанная методика определения уровней доступности и качества медицинской помощи и информированности

пациентов об условиях ее оказания позволила выявить «слабые точки» в организации медицинской помощи населению и разработать приоритетные направления улучшения ее организации и качества, а также повышения информированности пациентов по вопросам реализации ими законных прав и интересов. Материалы исследования предназначены для органов государственной власти Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан всех уровней, уполномоченных по качеству в сфере здравоохранения.

Материал и методы

Статистический инструментарий (анкеты), разработанный для сбора информации, необходимой для выполнения изложенных задач исследования, включал в себя три основных блока вопросов:

- доступность медицинской помощи для населения;
- удовлетворенность населения качеством оказываемой медицинской помощи;
- информированность потребителей медицинских услуг по различным вопросам.

Одним из основных методологических условий сбора информации о мнении населения о доступности и качестве оказываемой медицинской помощи было обеспечение участия в опросе пациентов различных возрастных и социальных групп, типов медицинских организаций, а также возможности изучения мнения и оценок как городского, так и сельского населения в каждом субъекте Российской Федерации. В ходе проведения социологического исследования использовалась бесповторная случайная выборка.

Для реализации обработки и анализа собранного материала создано специальное, соответствующее цели и задачам исследования, программное обеспечение, позволяющее формировать базы данных и на их основании проводить анализ полученной информации отдельно по каждому субъекту Российской Федерации, группировать ее по семи федеральным округам и обобщать по России в целом.

По результатам данного исследования Росздравнадзором были определены уровни доступности медицинской помощи, информированности населения об условиях оказания медицинской помощи, а также удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи.

Для определения рейтингов мнения населения о доступности, удовлетворенности и информированности о медицинской помощи Росздравнадзором из соответствующего раздела анкеты было отобрано по 9 вопросов, которым была присвоена условная балльная шкала. За ответ, который подразумевал положительный фактор, присваивалось условно 5 баллов, отрицательный – 2,5 балла, за ответ, который подразумевал нейтральный фактор, присваивалось условно 0 баллов.

В соответствии с разработанной системой балльных оценок максимально возможное количество баллов по каждому разделу составило 45 баллов, а минимально возможное количество – 0 баллов.

Таким образом, максимально возможным, а значит,

целевым значением уровней доступности, информированности и удовлетворенности являются 45 баллов.

Результаты

Большинство респондентов на территории Уральского федерального округа (62,4±1,0 на 100 опрошенных пациентов) считают состояние своего здоровья удовлетворительным, пятая часть оценили его хорошим (19,9±0,8), что коррелируется ($p>0,05$) с результатами в целом по России: частота мнений пациентов об удовлетворительном состоянии своего здоровья составила 61,2±0,2, а хорошем – 18,6±0,2 на 100 респондентов всей выборочной совокупности.

Десятая часть пациентов медицинских организаций Уральского федерального округа оценили состояние своего здоровья как плохое (10,6±0,6 на 100 опрошенных).

В структуре негативных явлений в медицинском обслуживании населения Урала, основными, по мнению пациентов, являлись высокая стоимость лекарственных средств, недостаточное оснащение медицинских организаций и увеличение объема платной медицинской помощи (соответственно 64,8±1,0, 37,3±1,0 и 28,9±0,9 на 100 респондентов), что определяет приоритетность решения проблем, связанных с финансовым обеспечением территориальных Программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в субъектах округа.

При этом высокая стоимость лекарственных средств была наиболее ощутима для пациентов Челябинской области, Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого автономных округов, недостаточное количество хорошо оснащенных поликлиник, больниц, станций скорой медицинской помощи – для пациентов Курганской и Свердловской областей, а увеличение платных медицинских услуг – в Тюменской области.

При этом восприятие увеличения объема платной помощи как негативной тенденции со стороны респондентов обусловлено, прежде всего, их предпочтением лечиться бесплатно, то есть в рамках гарантированных государством объемов медицинской помощи.

Результаты Всероссийского социологического исследования подтверждают этот факт: бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Уральского федерального округа и по России в целом считает наиболее оптимальной формой оказания медицинской помощи основная часть населения Российской Федерации (соответственно 81,5±0,8 и 84,0±0,2 на 100 респондентов, $p<0,05$).

В Курганской области наряду с рассмотренными негативными явлениями особенностью являлось преобладание, в сравнении с результатами по округу в целом ($p<0,05$), и других факторов, ограничивающих формирование позитивного мнения населения о медицинской помощи: снижение качества медицинской помощи, отсутствие правовой защиты пациента, невнимательное отношение медицинского персонала, а также его недостаточная высокая квалификация.

Доступность медико-социальной помощи в Рос-

сийской Федерации законодательно рассматривается как один из основных принципов охраны здоровья населения Российской Федерации (статья 2 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан), обеспечивающих условия для реализации каждым установленной статьей 41 Конституции Российской Федерации конституционного права на охрану здоровья.

Следует отметить, что ни одним нормативным правовым актом не установлено определение доступности медицинских услуг. Тем не менее, необходимо помнить, что доступность является одним из свойств качества медицинской помощи [4].

Научным коллективом Ивановской государственной медицинской академии экспертным методом было выбрано определение доступности оказанной медицинской помощи – это полнота реализации адекватного комплекса способов воздействия на больного независимо от географических, экономических, социальных, культурных, физических, организационных или языковых барьеров.

При этом под доступностью услуг здравоохранения понимается не просто возможность попасть в медицинское учреждение. В структуре основных компонентов, составляющих понятие доступности медицинской помощи, технология оказания медицинской услуги занимает первое место. В меньшей степени уровень доступности медицинской помощи определяется поведением медицинских работников, кадровым обеспечением медицинских организаций, стилем жизни и поведением самих пациентов и материально-техническим оснащением лечебно-профилактического учреждения и организацией медицинской помощи в целом [1].

Большое значение также имеет своевременность получения помощи, адекватной потребности пациента, и дающей наилучшие из возможных результатов для здоровья, при условии, что личные расходы потребителей на медицинские услуги не должны являться непосильным бременем для семейного или личного бюджета и, тем более, причиной отказа от лечения [4].

Доступность медицинской помощи определяется:

- применением на территории обслуживания пациентов и в медицинской организации в частности набора медицинских технологий;
- сбалансированностью необходимых объемов медицинской помощи населению с возможностями государства, медицинскими и финансовыми ресурсами страны;
- наличием и уровнем квалификации медицинских кадров;
- возможностью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации;
- имеющимися транспортными возможностями;
- уровнем общественного образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний и др. [3].

Результаты проведенного опроса выявили, что при среднем уровне показателя доступности медицинской помощи по России в целом менее 3/4 от целевого значения или 32,8 балла, показатель уровня доступности медицинской помощи по Уральскому федеральному округу

Таблица 1. Уровни доступности медицинской помощи, удовлетворенности населения медицинским обслуживанием и информированности по вопросам охраны здоровья (в баллах)

Наименование региона	Доступность	Удовлетворенность	Информированность
Российская Федерация	32,82	32,03	28,89
Уральский федеральный округ	34,59	33,87	30,61
Курганская область	32,14	31,43	25,02
Свердловская область	34,46	32,80	31,45
Тюменская область	36,51	36,24	35,70
Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа	35,87	35,00	30,00
Челябинская область	33,98	33,90	30,88

имел более высокое значение и составил 34,6 балла (табл. 1). Вместе с тем, его разница с целевым значением (45 баллов), как и по России в целом, оказалась значительной (отклонение составило – 23%).

В основном, население Уральского федерального округа тратило на дорогу до лечебно-профилактического учреждения до получения, что выше показателя в целом по России (соответственно 72,9±0,9 и 69,1±0,2 на 100 респондентов, $p < 0,05$). При этом наиболее высокая транспортная доступность медицинской помощи выявлена в Ханты-Мансийском и Ямало-Ненецком автономных округах.

Результаты исследования подтверждают ограничение доступности медицинской помощи в Челябинской области. Временные затраты пациентов указанного региона на дорогу до лечебно-профилактического учреждения выше в сравнении со средним российским уровнем ($p < 0,05$): более трети респондентов тратили на дорогу в лечебно-профилактическое учреждение от 30 минут до 2 часов и более (34,5±2,2 на 100 опрошенных).

В целом по региону шестая часть пациентов более 30 минут ожидали бригаду скорой медицинской помощи, что значительно ниже российского показателя (соответственно 16,3±0,8 и 22,4±0,2 на 100 респондентов, $p < 0,05$).

Длительность ожидания приема врача в Уральском федеральном округе ниже российского уровня: случаев времени ожидания приема врача от 30 минут до 2 часов и более по округу на 6% ниже, чем по России (соответственно 37,7±1,0 и 40,0±0,2 на 100 респондентов, $p < 0,05$). Наиболее благоприятная ситуация выявлена в Курганской области (53,4±2,3). Некоторые пациенты федерального округа отмечали, что на посещение диагностических кабинетов у них уходило более 1 часа (9,4±0,6 на 100 опрошенных).

Более половины пациентов удовлетворены графиком работы врачей и служб поликлинических учреждений, что выше российского уровня (соответственно 67,3±1,0 и 59,0±0,2 на 100 опрошенных, $p < 0,05$).

Основными причинами неудовлетворенности трети населения Уральского федерального округа графиком работы врачей являются его несоответствие графику ра-

боты пациентов (35,8±1,0 на 100 респондентов) и отсутствие возможности попасть на прием к врачу в выходные дни (17,7±0,8). Следует отметить, что указанные показатели ниже российского уровня (соответственно 39,2±0,2 и 22,0±0,2 на 100 опрошенных, $p < 0,05$).

Более половины респондентов реализуют свои законные права по выбору лечебно-профилактического учреждения (60,3±1,0 на 100 респондентов).

Результаты опроса выявили, что около трети пациентов не имеют возможности получить медицинскую помощь у ряда специалистов, в связи с их отсутствием в медицинских учреждениях (35,5±1,0 на 100 респондентов). При этом наибольший дефицит отмечен по врачам узких специальностей: стоматологи (10,5±0,6), неврологи (8,5±0,6) и отоларингологи (7,0±0,5).

Анализ структуры дефицита врачей узких специальностей по субъектам Российской Федерации Уральского федерального округа позволил выявить наиболее «слабые» направления оказания медицинской помощи населению по данным врачебным специальностям:

- в Тюменской области – неврологическая, стоматологическая, офтальмологическая и отоларингологическая медицинская помощь;
- в Ханты-Мансийском и Ямало-Ненецком автономных округах – неврологическая, хирургическая, отоларингологическая, стоматологическая и офтальмологическая медицинская помощь;
- в Челябинской области – отоларингологическая и стоматологическая медицинская помощь.

Наименьший дефицит врачей узких специальностей (как в сравнении с показателями по Уральскому федеральному округу, так и по России в целом) выявлен в Свердловской и Курганской областях. При этом сочетание в Курганской области высоких показателей (в сравнении с другими субъектами Российской Федерации округа) обеспеченности врачебными кадрами и длительности ожидания пациентами приема врача позволяют сделать вывод о недостаточной организации процесса оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях на территории области.

Действующим законодательством Российской Фе-

дерации предусмотрен ряд прав пациентов, имеющих отношение к их информированности об условиях оказания медицинской помощи. Прежде всего, статьей 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан установлены, в том числе такие права пациента, как получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, выбор врача и лечебно-профилактического учреждения, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство [2].

Кроме того, отношения между пациентом и медицинским учреждением, возникающие при предоставлении платных медицинских услуг, попадают в сферу регулирования Закона «О защите прав потребителей» (от 7 февраля 1992 года №2300-1). Он устанавливает права потребителей: на приобретение товаров (работ, услуг) надлежащего качества, безопасных для жизни и здоровья потребителей, получение информации о товарах (работах, услугах) и об их изготовителях (исполнителях, продавцах), просвещения, государственную и общественную защиту их интересов, – а также устанавливает механизм реализации этих прав.

Учитывая изложенные нормы действующего законодательства, по результатам анкетирования Росздравнадзором были выделены направления для изучения уровня информированности населения об условиях оказания медицинской помощи, в том числе правовые составляющие:

- ознакомление с перечнем бесплатной медицинской помощи;
- согласование врачом тактики лечения с пациентом;
- согласие на медицинское вмешательство;
- обращаемость в страховые медицинские организации в целях защиты прав застрахованных.

В соответствии со статьей 20 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Составляющей указанной программы является Базовая программа обязательного медицинского страхования, в соответствии с которой в субъектах Российской Федерации принимаются территориальные программы обязательного медицинского страхования [2].

Кроме того, граждане имеют право на дополнительные (т.е. сверх территориальных Программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи) медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, что также установлено статьей 20 Основ законодательства Российской Федерации об охра-

не здоровья граждан.

Начало функционирования систем обязательного и добровольного медицинского страхования положено с принятия в 1991 году Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Таким образом, указанные системы действуют на территории Российской Федерации в течение почти двадцатилетнего периода.

Вместе с тем, результаты информации, полученной в рамках проведенного Всероссийского социологического исследования, направленного на изучение мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи, выявили недостаточную информированность пациентов по вопросам реализации ими своих прав в сфере медицинского страхования.

Так, предоставление об обязательном медицинском страховании имели 63% пациентов округа, о добровольном – 52% ($m=±1,0$, $p<0,05$), что коррелируется с результатами в целом по России.

С перечнем бесплатной медицинской помощи, виды и объемы которой гарантированы государством, были ознакомлены только половина опрошенных пациентов ($53,9±1,0$ на 100 респондентов).

Отсутствие у пациентов необходимых знаний и информации о системе обязательного медицинского страхования приводит к ограничению условий для реализации ими своих законных прав и интересов, зачастую к «подмене» бесплатной медицинской помощи платными услугами. В значительной степени расширению масштабов данной проблемы способствует неясность положений, содержащихся в некоторых территориальных программах обязательного медицинского страхования, препятствует надлежащему исполнению страховыми медицинскими организациями их основных обязанностей, предусмотренных законом – защиты прав застрахованных [2].

Так, по данным опроса только седьмая часть пациентов медицинских организаций Уральского федерального округа ($15,2±0,7$ на 100 респондентов) считают возможным и результативным обратиться с жалобой на плохое медицинское обслуживание в страховую медицинскую организацию.

В Порядке организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 сентября 2008 года №513н) к функциям врачебной комиссии относятся, в том числе оценка качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий и участие в рассмотрении обращений граждан по вопросам организации и качества лечебно-диагностических (профилактических, реабилитационных) мероприятий, лекарственного обеспечения.

Работа с обращениями граждан, прежде всего, должна быть организована на уровне врачебной комиссии, главного врача, владеющими в полном объеме информацией о ресурсном обеспечении и особенностях функционирования конкретной медицинской организации [3].

Вместе с тем, результаты опроса выявили недостаточную частоту обращений пациентов по вопросам нека-

чественного медицинского обеспечения и в целях разрешения конфликтных ситуаций непосредственно в медицинской организации (54,3±1,0 на 100 опрошенных), что корреспондируется с результатами в целом по России.

Около половины респондентов реализуют свои законные права и интересы по согласованию с врачом тактики обследования и лечения, в том числе назначения лекарственных средств, с пациентом: в амбулаторных условиях – в 59% случаев ($m=±1,0$), в условиях круглосуточного стационара – 61% ($m=±1,0$), при получении скорой медицинской помощи – 43% ($m=±1,0$).

Результаты опроса выявили, что уровень информированности населения России ещё ниже уровня доступности медицинской помощи (табл. 1). Он составил менее 2/3 целевого значения в среднем по России (28,9 балла). При этом уровень информированности населения Уральского федерального округа составил 30,6 баллов, что выше соответствующего российского показателя на 6%.

Уровень удовлетворённости населения России качеством медицинской помощи также невысокий (табл. 1). Его среднее значение по России в целом составило 32,0 балла. При этом показатель по Уральскому федеральному округу выше российского уровня (33,9 балла) на 6%.

Результаты опроса выявили необходимость незамедлительного принятия мер по повышению информированности о медицинском обслуживании и удовлетворённости населения качеством медицинской помощи в Курганской области (соответственно 25,0 и 31,4 баллов).

Удовлетворённость результатом медицинского обслуживания выше ($p<0,05$) в стационарах круглосуточного пребывания (67,4±1,0 на 100 опрошенных) в сравнении с обслуживанием в амбулаторно-поликлинических учреждениях и при оказании скорой медицинской помощи (соответственно 54,7±1,0 и 61,0±1,0 на 100 респондентов, $p<0,05$).

Обсуждение

1. Результаты проведенного исследования позволили выявить «слабые точки» в организации медицинской помощи на территории Уральского федерального округа.

1.1. Высокая стоимость лекарственных средств (64,8±1,0), недостаточная оснащенность медицинских организаций (37,3±1,0) и увеличение объема платной медицинской помощи (28,9±0,9) являются основными негативными явлениями в медицинском обслуживании населения;

1.2. В Уральском федеральном округе выявлена недостаточная доступность медицинской помощи: длитель-

ность ожидания пациентами приема врача более 30 минут (37,7±1,0), несоответствие графиков работы врачей и пациентов (35,8±1,0), дефицит врачей узких специальностей (35,5±1,0), в особенности стоматологов (10,5±0,6), неврологов (8,5±0,6) и отоларингологов (7,0±0,5), а также длительность ожидания пациентами приезда бригады скорой медицинской помощи более 30 минут (16,3±0,8).

1.3. Основными недостатками в работе органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления округа, медицинских организаций и участников системы обязательного медицинского страхования по информированию пациентов являются следующие: недостаточная работа с обращениями граждан непосредственно в медицинской организации (54,3±1,0), неведение в полном объеме информации о медицинском страховании (обязательном – до 37%, добровольном – до 48% пациентов, $m=±1,0$), перечне бесплатной медицинской помощи (до 46%, $m=±1,0$),

2. Результаты исследования выявили, что уровни доступности и качества медицинской помощи, а также информированности пациентов по вопросам ее оказания и об их правах в сфере охраны здоровья граждан по Уральскому федеральному округу, также как и по России в целом низкие ($p>0,05$).

2.1. Показатель уровня доступности медицинской помощи по Уральскому федеральному округу (34,6 балла) на 23% ниже его целевого значения (45 баллов), но выше российского показателя (32,8 балла).

2.2. Показатель уровня удовлетворённости населения качеством медицинской помощи по Уральскому федеральному округу (33,9 баллов) на 25% ниже его целевого значения (45 баллов), но выше российского показателя (32,0 балла).

2.3. Показатель уровня информированности населения об условиях оказания медицинской помощи и правах в сфере охраны здоровья граждан по Уральскому федеральному округу (30,6 баллов) на 32% ниже его целевого значения (45 баллов), но выше российского показателя (28,9 балла).

3. Общественное мнение как элемент обратной связи позволяет выявлять недостатки функционирования системы оказания медицинской помощи населению, что определяет необходимость использования органами государственной власти субъектов Российской Федерации вышеизложенных результатов Всероссийского социологического исследования, направленного на изучение мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи. ■

Литература:

1. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Качество медицинской помощи. Управление. Измерение. Безопасность. Информаци. М: Медицина XXI; 2004.
2. Решетников А.В. Социальный маркетинг и общественное здравоохранение. М: Финансы и статистика, 1998.
3. Линденбратен А.Л., Дубоделова Н.К. Перспективы ис-

- пользовани программ социологического мониторинга в службе надзора в сфере здравоохранения и социального развития. Менеджмент качества 2006; 1: С.31-36.
4. Трещутин В.А., Щепин В.О. Региональная система мониторинга здоровья населения и эффективность здравоохранения. М: Траван, 2002.