

АНАЛІЗ ВПЛИВУ РІВНЯ ДОВІРИ ДО ЛІКАРІВ ТА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

Яворський А.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

E mail: Burg555@mail.ru

АНАЛИЗ УРОВНЯ ДОВЕРИЯ К ВРАЧАМ И СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Яворский А.М.

ГБУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»

ANALYSIS OF THE IMPACT OF DOCTORS' AND HEALTH CARE SYSTEM CREDIBILITY ON PATIENTS' SATISFACTION WITH HEALTH CARE

A.M. Yavorskyi

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Burg555@mail.ru

Резюме. В умовах побудови пацієнт-орієнтованих систем охорони здоров'я залучення хворих до оцінки якості медичної допомоги стало вимогою часу.

Мета дослідження: проаналізувати вплив різних аспектів довіри до лікарів та системи охорони здоров'я на задоволеність пацієнтів медичною допомогою.

Матеріали і методи. Провели опитування 530 пацієнтів, які завершували лікування у хірургічних стаціонарних відділеннях закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області. За його результатами респондентів розділили на дві групи: задоволених (372 особи) і не задоволених (158 осіб) рівнем медичних послуг у відділенні та лікарні загалом.

Результатами дослідження встановлено, що майже 60% опитаних пацієнтів недостатньо довіряють лікарям і третина респондентів не знають свого лікаря первинної ланки. Це суттєво збільшує шанси незадоволеності медичною допомогою (OR= 4,11; 95% CI: 1,67–10,14, p<0,001 та OR=1,96; 95% CI: 1,33–2,90 відповідно; p<0,001), а також сприяє нерациональному використанню ресурсів системи охорони здоров'я внаслідок необгрунтованої госпіталізації (у 18,8% випадків).

Висновок: Пацієнти, які не довіряють лікарям загалом і не знають свого сімейного лікаря, у 1,5-10 разів частіше залишаються незадоволеними стаціонарними медичними послугами.

Ключові слова. Довіра до лікарів, задоволеність медичною допомогою, система управління якістю

Резюме. В условиях построения пациент-ориентированных систем здравоохранения привлечения больных к оценке качества медицинской помощи стало требованием времени.

Цель исследования: проанализировать влияние различных аспектов доверия к врачам и системы здравоохранения на удовлетворенность пациентов медицинской помощью.

Материалы и методы. Провели опрос 530 пациентов, которые завершали лечение в хирургических стационарных отделениях учреждений здравоохранения Ивано-Франковской области. По его результатам респондентов разделили на две группы: довольных (372 человека) и не довольных (158 человек) уровнем медицинских услуг в отделении и больницы в целом.

Результатами исследования установлено, что почти 60% опрошенных пациентов недостаточно доверяют врачам и треть респондентов не знают своего врача первичного звена. Это существенно увеличивает шансы неудовлетворенности медицинской помощью (OR = 4,11; 95% CI: 1,67-10,14, p<0,001 и OR = 1,96; 95% CI: 1,33-2,90 соответственно; p<0,001), а также способствует нерациональному использованию ресурсов системы здравоохранения вследствие необоснованного госпитализации (в 18,8% случаев).

Вывод: Пациенты, которые не доверяют врачам вообще и не знают своего семейного врача, в 1,5-10 раз чаще остаются неудовлетворенными стационарными медицинскими услугами.

Ключевые слова. Доверие к врачам, удовлетворенность медицинской помощью, система управления качеством.

Abstract. Forming a patient-oriented health care system, patients' participation in health care quality assessment has become the imperative of our time.

The objective of the research was to analyze the impact of doctors' and health care system credibility on satisfaction with health care.

Materials and methods. Sociological survey of 530 patients was conducted. The patients completed their treatment in the surgical departments of inpatient facilities in Ivano-Frankivsk region. According to its results the patients were divided into two groups: satisfied (372 people) and not satisfied (158 people) with the level of health care services in the department and the hospital as a whole.

Results of the research. Nearly 60% of the surveyed patients were determined not to trust their doctors and one third of respondents did not know their primary care physician. This significantly increased the chances of dissatisfaction with health care (OR= 4.11; 95% CI: 1.67–10.14, p<0.001 and OR=1.96; 95% CI: 1.33–2.90 respectively; p<0.001) and promoted inefficient use of the health care system resources as a result of unreasonable hospitalization (in 18.8% cases).

Conclusions. Patients who do not trust doctors in general and do not know their general practitioner remain dissatisfied with inpatient care by 1.5-10 times more often.

Keywords: doctors' credibility; satisfaction with health care; quality management system.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень
Забезпечення якості медичної допомоги та надання медичних послуг найвищого рівня – одне із ключових завдань будь-якої системи охорони здоров'я [3,6]. Оскільки за визначенням ВООЗ сучасна охорона здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто її потребує, характеризуватися високою якістю і безпечністю

медичних послуг і забезпечувати максимально можливі результати на популяційному рівні [7,13].

Це завдання особливо актуальне для українського суспільства, у якого назріла гостра необхідність реформування сфери охорони здоров'я, раціональне проведення якого сприятиме зняттю соціальної напруги, відродженню довіри населення до вітчизняної медицини та створенню еконо-

мічно вигідної моделі медичного обслуговування населення [8,9,11,14].

Із наведеного вище визначення ВООЗ випливає, що одним із найпотужніших механізмів реформування та поліпшення ефективності використання ресурсів є підвищення якості медичної допомоги [7,20]. Досягнення цього завдання можливе лише за умови реалізації економічно обґрунтованої стратегії розвитку системи охорони здоров'я, адаптованої до потреб і можливостей держави, з обов'язковим залученням самих пацієнтів у систему оцінки якості медичної допомоги. [1-3,8,10,12,18].

Європейський досвід побудови пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я свідчить, що до систем оцінки якості медичної допомоги обов'язково слід залучати самих пацієнтів. Думка споживачів медичних послуг стала у розвинених країнах сьогодні обов'язковим компонентом інтегрального критерію якості медичної допомоги та діяльності закладів охорони здоров'я. [13,15-19]. Адже опитування дозволяє виявити ті аспекти медичної допомоги, які становлять найбільшу цінність для пацієнтів і населення загалом, тобто найточніше відображає їх основні потреби та очікування, а отже відповідає самій філософії поняття якості [4,11,21].

Мета дослідження: вивчення впливу різних аспектів довіри до лікарів та системи охорони здоров'я на задоволеність пацієнтів медичною допомогою.

Матеріали і методи

У дослідженні використані результати медико-соціального дослідження, що проводилось на базі хірургічних стаціонарних відділень для дорослих всіх міських, районних, центральних районних та обласної клінічної лікарні Івано-Франківської області. Опитано 530 пацієнтів, які завершували тут лікування на момент проведення дослідження. За рівнем задоволеності наданою медичною допомогою респондентів було розділено на дві групи. Першу групу (372 особи) склали пацієнти, повністю задоволені рівнем медичних послуг у відділенні та лікарні загалом, другу (158 осіб) – не задоволені. За основними демографічними параметрами: розподілом за віком, статтю та місцем проживання, тобто чинниками, що могли суттєво вплинути на доступ та задоволеність якістю медичної допомоги, групи порівняння (задоволені і не задоволені наданою допомогою) між собою не відрізнялися ($p > 0,05$).

Вивчали такі параметри довіри до системи охорони здоров'я, як: рівень довіри до лікарів загалом, поінформованість пацієнтів про свого лікаря первинної ланки, бажання лікуватись та обслуговуватись у лікарів різних рівнів тощо.

Оскільки за результатами дослідження отримані переважно категорійні (якісні) дані, для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 обстежених і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили з допомогою критерію χ^2 [5]. Для вивчення впливу окремих чинників на задоволеність медичною допомогою використали методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI). Якщо 95% CI містив одиницю, то вплив досліджуваного чинника розцінювали як несуттєвий [17].

Результати та їх обговорення

Встановлено, що більшість пацієнтів хірургічних відділень (65,85%) – це мешканці сіл, що в цілому відповідає особливостям Івано-Франківської області, у структурі населення якої сільське населення переважає над міським.

Частка жінок серед осіб, що попали у дослідження, переважала над чоловіками (61,70% проти 38,30%), як серед

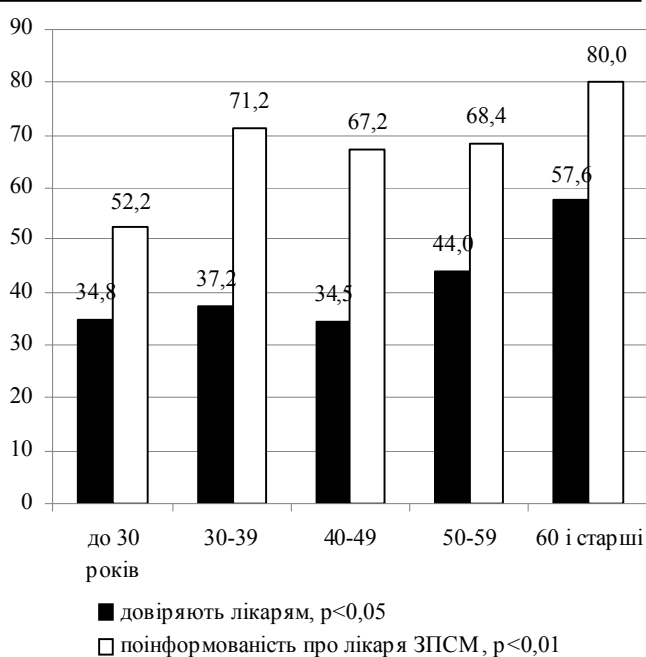


Рис. 1. Повікові рівні довіри до лікарів та поінформованості про свого сімейного (дільничного) лікаря

міських, так і серед сільських мешканців. У віковій структурі респондентів окремі вікові групи (до 30, 30-39, 40-49, 50-59 і 60 років та старші) були представлені рівномірно.

Питома вага незадоволених у всіх зазначених категоріях респондентів (за віком, статтю та місцем проживання) становила приблизно третину опитаних (29,81±1,99%).

Важливим чинником, який міг на це вплинути, є довіра до лікарів взагалі. У нашому дослідженні лише 40% (41,3±2,2%) опитаних, як чоловіків, так і жінок ($p > 0,05$), відзначили, що повністю довіряють лікарям. З решти – абсолютна більшість (54,8±2,2%) довіряють їм частково, і дуже незначна частина (4,0±0,9%) – зовсім не довіряють.

З віком (рис. 1) довіра до лікаря збільшується із 34,8±5,1% у молодому віці до 57,6±5,2% в похилому ($p < 0,05$).

Можливо старші люди більш толерантніші, ніж молодь, яка часто є максималістською за своїми судженнями про інших людей. З іншого боку, з віком зростає поширеність хронічних захворювань та необхідність медичної допомоги. Очевидно тривалий досвід спілкування з лікарями також може сприяти деякому зростанню довіри до них.

Не дивно, що сільські мешканці, які за віковим складом характеризуються вищим рівнем постаріння, а в силу патріархального стилю життя – виваженіші та добріші, в цілому більше довіряли лікарям, ніж жителі міст ($p < 0,05$).

Однак, звертає на себе увагу виражений взаємозв'язок між рівнем довіри до лікарів та задоволеністю наданою медичною допомогою. Респонденти основної групи (незадоволені медичним обслуговуванням) у цілому менше довіряли лікарям, ніж в контрольній групі (рис. 2). Серед них майже удвічі нижчою була частка тих, хто повністю довіряв лікарям: 28,2±3,6% у порівнянні із 46,8±2,6% у контрольній групі ($p < 0,001$). За допомогою розрахунку показника відношення шансів показано, що недостатня довіра до лікарів суттєво збільшує шанси незадоволеності медичною допомогою (OR= 4,11; 95% CI: 1,67–10,14, $p < 0,001$).

З іншого боку, такий рівень недовіри до лікарів очевидно позначається і на взаємозв'язку всередині системи охорони здоров'я та нерациональному використанню і так обмежених її ресурсів. Так, за даними інтерв'ю встановлено, що практично п'ята частина пацієнтів хірургічних відділень стаціонарів вважають свій стан здоров'я добрим (18,8±1,7%) і,

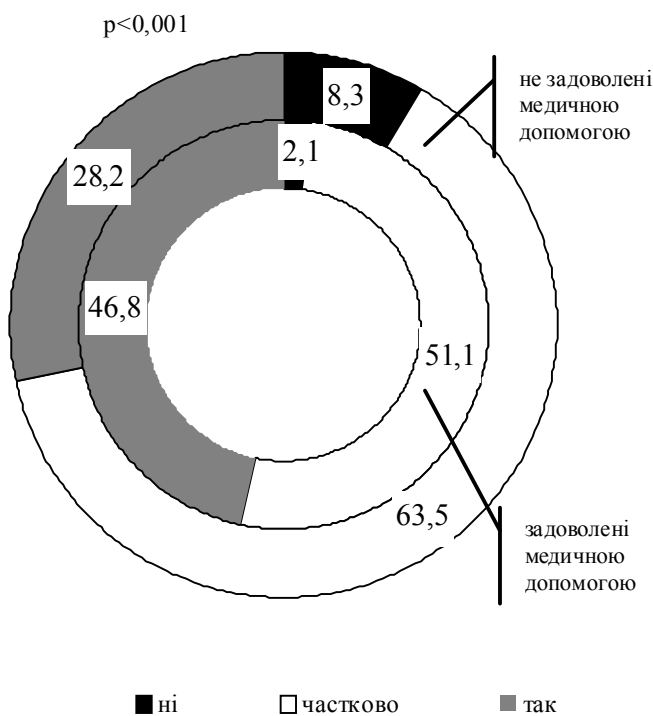


Рис. 2. Рівень довіри до лікарів серед задоволених та незадоволених медичним обслуговуванням

навіть, відмінним ($1,3 \pm 0,5\%$), що може свідчити про необґрунтованість госпіталізації досить значної частини пацієнтів, які, за умови дотримання чітких її критеріїв на догоспітальному етапі, могли лікуватися у денних стаціонарах чи в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Однак, третя частина опитаних ($32,1 \pm 2,0\%$), як чоловіків, так і жінок ($p > 0,05$) взагалі не знають свого сімейного лікаря, а отже не звертаються до нього, що призводить до встановленого порушення етапності та наступності надання медичної допомоги.

Особливо поширене це явище серед молоді (рис. 1) – половина пацієнтів у віці до 30 років ($47,8 \pm 5,3\%$) не знають свого сімейного лікаря. Зрозуміло, що з віком, коли зростає потреба у медичній допомозі, розглянутий показник дещо зменшується ($p < 0,01$) – до $20,0 \pm 4,2\%$ у віці понад 60 років. Однак той факт, що кожна п'ята особа похилого віку не знайома із своїм лікарем першого контакту навряд чи можна пояснити тільки встановленим вище низьким рівнем довіри до лікарів. Це свідчить як про неефективну роботу первинної ланки по всіх напрямках діяльності, так і про відсутність організаційних механізмів регулювання потоків пацієнтів по різних рівнях медичної допомоги. Законодавчо закріплений вільний вибір лікаря призводить до часто необґрунтованого звертання пацієнтів відразу до лікарів-спеціалістів чи у стаціонарні заклади. Особливо це яскраво виражене у міській місцевості, де є кращі можливості доступу населення до вторинної та третинної допомоги. Підтвердженням сказаному є те, що міські мешканці в порівнянні з сільськими удвічі частіше ($39,4 \pm 3,6$ проти $28,2 \pm 2,4\%$, $p < 0,01$) відзначали, що не знайомі з своїм сімейним чи дільничним лікарем.

Встановлено, що незадоволені медичним обслуговуванням (рис. 3) мають і вищі шанси не знати свого сімейного чи дільничного лікаря - $42,7 \pm 4,0\%$ проти $27,5 \pm 2,3\%$ у контрольній групі ($OR = 1,96$; $95\% CI: 1,33-2,90$; $p < 0,001$).

На фоні сказаного не дивно, що бажання отримувати медичну допомогу у лікаря загальної практики/сімейної медицини висловила лише третина опитаних ($28,4 \pm 2,0\%$). Натомість найбільша частка респондентів ($37,4 \pm 2,1\%$) хотіли б лікуватись у лікаря вузького профілю, а кожен четвертий

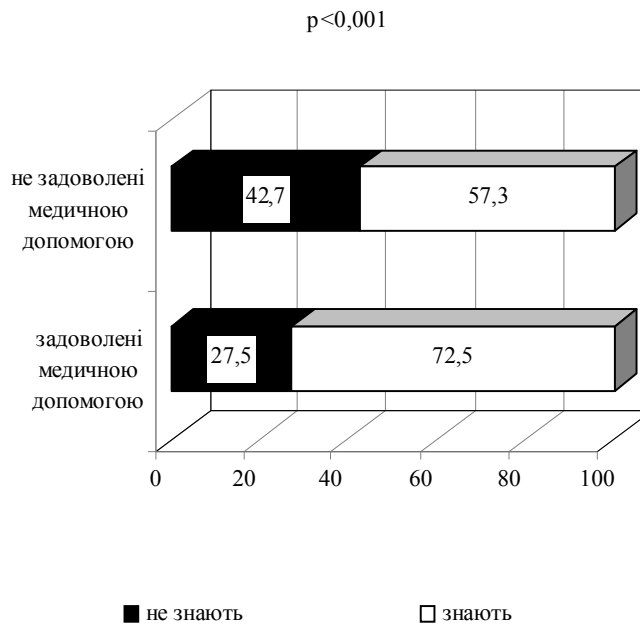


Рис. 3. Поінформованість респондентів про свого лікаря первинної ланки серед задоволених і не задоволених медичною допомогою

($25,6 \pm 1,9\%$) у доцента чи професора і ще $8,6 \pm 1,2\%$ - у іншого лікаря. Причому, такий розподіл відповідей продемонстрували всі порівнювані групи пацієнтів: за статтю, віком та місцем проживання ($p > 0,05$). Не встановлено відмінностей у преференціях пацієнтів щодо вибору лікуючого лікаря і у групах задоволених та незадоволених медичною допомогою ($OR = 0,67$; $95\% CI: 0,30-1,50$; $p > 0,05$).

Висновок

Встановлено, що майже 60% опитаних пацієнтів хірургічних відділень недостатньо довіряють лікарям і третина респондентів не знають свого лікаря первинної ланки. Це суттєво збільшує шанси незадоволеності медичною допомогою ($OR = 4,11$; $95\% CI: 1,67-10,14$, $p < 0,001$ та $OR = 1,96$; $95\% CI: 1,33-2,90$ відповідно; $p < 0,001$), а також сприяє нераціональному використанню ресурсів системи охорони здоров'я внаслідок необґрунтованої госпіталізації (у 18,8% випадків).

Перспективи подальших досліджень

Виявлені проблемні напрями будуть враховані для подальшого удосконалення пацієнтоорієнтованого комплексу заходів з управління якістю медичного обслуговування на рівні закладу охорони здоров'я.

Література

1. Вороненко Ю. В. Управління якістю медичної допомоги: світові і вітчизняні моделі / Ю. В. Вороненко, В. В. Горачук // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3 (18-19). – С. 64-67.
2. Гойда Н. Г. Підвищення якості медичної допомоги – один із основних напрямків роботи / Н. Г. Гойда, Е. О. Мурзіна // Ваше здоров'я. – 2009. – № 20. – С. 13.
3. Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я : [монографія] / В. В. Горачук. – Вінниця: ПП Балук І. Б., 2012. – 212 с.
4. Гревцова Р. Ю. Актуальні правові питання інформаційного обміну між лікарем і пацієнтом / Р. Ю. Гревцова // Управління закладом охорони здоров'я. – 2007. – № 6. – С. 16–20.
5. Децик О. З Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5-8.
6. Дзяк Г. В. Підходи до визначення стратегії підвищення

якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані із загальноєвропейськими методами / Г. В. Дзяк, В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 6-9.

7. Здоров'я-2020: Основы Европейской политики и стратегия для XXI века / Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. – 2013. – 225 с.

8. Зюков О. Л. Обґрунтування структурно-процесного підходу до управління якістю стаціонарної медичної допомоги онкологічним хворим в Україні : дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / О.Л. Зюков. – Київ, 2009. – 331 с.

9. Лехан В. М. Застосування принципів доказового менеджменту для прийняття управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги / В. М. Лехан, О. Л. Зюков // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2008. – № 2-3 (18-19). – С. 66-69.

10. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.

11. Нові технології навчання менеджменту в медицині: [навчальний посібник] / За заг. ред. Ю. В. Вороненка, Н. Г. Гойди, О. П. Мінцера, М. Мітчела. – К.: Книга плюс, 2009. – 416 с.

12. Організація соціологічних опитувань пацієнтів / їх представників і медичного персоналу в закладах охорони здоров'я: методичні рекомендації / [В.В. Горачук, Ю.В. Вороненко, Н.Г. Гойда та ін.] – Київ, 2012. – 22 с.

13. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. – 2008. – 86 с.

14. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Доклад о состоянии здравоохранения в мире [Электронный ресурс] / D. V. Evans, R. Elovainio, G. Humphreys [та ін.] – Всемирная организация здравоохранения. – 2010. – 129 с. – Режим доступа: http://www.un.org/ru/publications/pdfs/world_health_system_report_who_2011_rus.pdf

15. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action [Electronic resource] / H. Legido-Quigley, M. McKee, E. Nolte [et al.]. – World Health Organization (European Observatory on Health Systems and Policies). – 2008. – 215 p. – Access mode: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.

16. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks [Electronic resource] / World Health Organization Regional Office for Europe. – 2013. – 175 p. – Access mode: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf – Назва з екрану.

17. Forthofer R. N. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery / R. N. Forthofer, E. S. Lee, M. Hernandez. – Amsterdam, etc.: Elsevier Academic Press, 2007. – 502 p.

18. Hester M. Van de Bovenkamp. Government Influence on Patient Organizations [Electronic resource] / Hester M. Van de Bovenkamp, Margo J. Trappenburg // Health Care Analysis. – December 2011. – Volume 19, Issue 4. – pp 329–351. – Access mode: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10728-010-0155-7>

19. How to improve patient satisfaction when patients are already satisfied: a continuous process-improvement approach / D. Friesner, D. Neufelder, J. Raiser, C. S. Bozman // Hospital Topics. – 2009. – Vol. 87 (1). – P. 24-40.

20. Jakubowski E. The Changing National Role in Health System Governance. A case-based study of 11 European countries and Australia [Electronic resource] / E. Jakubowski, R. B. Saltman. – WHO European Observatory on Health Systems and Policies. – 2013. – 91 p. – Access mode: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/187206/e96845.pdf?ua=1

21. Sandra J. Tanenbaum. What is Patient-Centered Care? A Typology of Models and Missions [Electronic resource] / Sandra J. Tanenbaum // Health Care Analysis. – September 2015. – Volume 23, Issue 3. – pp 272–287. – Access mode: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10728-013-0257-0>

Надійшла: 11.10.2016

Завершено рецензування: 24.10.2016

Прийнято до друку: 24.10.2016