

---

---

## Организация здравоохранения

---

---

УДК 614.2

### ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЙ РЕСУРС КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПУТИ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ

В. М. Куксенко<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
О. Н. Песикин<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук,  
М. А. Ратманов<sup>3</sup>, кандидат медицинских наук,  
А. С. Чумаков<sup>2</sup>, доктор медицинских наук,  
М. Д. Васильев<sup>\*4</sup>, кандидат медицинских наук,  
М. Ю. Тихонов<sup>2</sup>,  
Д. В. Качковский<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

<sup>2</sup> ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России, 153045, Россия, г. Иваново, ул. Победы, д. 20

<sup>3</sup> Департамент здравоохранения Ивановской области, 153000, Россия, г. Иваново, ул. Батурина, д. 8

<sup>4</sup> ОБУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница "Богородское"», 153506, Россия, Ивановский район, с. Богородское, ул. Большая Клинецевская, д. 2а

**РЕЗЮМЕ** Исследован потребительский ресурс качества медицинских услуг в сфере перинатальной помощи, с помощью воздействия на который может быть повышена эффективность здравоохранения. Предлагается системный подход к выявлению характеристик пациентов, определяющих личный потенциал как комплексный показатель, включающий семь групп характеристик. Выявлено, что наибольший резерв повышения имеют «поведенческий» компонент (1 ранг), «информационный» (2 ранг) и «психологический» (3 ранг), затем следуют «культура потребителя» (4 ранг), социальный (5 ранг), медико-биологический (6 ранг) и саморазвития (7 ранг). Все это необходимо учитывать при планировании медико-организационных мероприятий по улучшению потребительского ресурса качества перинатальных услуг.

**Ключевые слова:** потребительский ресурс, характеристики беременных, перинатальные услуги, качество, эффективность.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: [vasileva\\_tp@mail.ru](mailto:vasileva_tp@mail.ru)

Для повышения эффективности здравоохранения в современных условиях недофинансирования крайне важен поиск ресурсосберегающих технологий. В частности, на улучшение качества медицинских услуг может оказывать влияние потребительский фактор [11]. С развитием рыночных механизмов в здравоохранении лечебно-профилактические учреждения при планировании

своей деятельности все чаще стали применять маркетинговый подход для изучения качественных характеристик потребителей медицинских услуг.

Выявление потребительских факторов риска снижения социальной и медицинской эффективности перинатальных услуг может составить основу дальнейшего поиска путей улучшения качества

---

#### CONSUMER RESOURCE OF MEDICAL SERVICE QUALITY: MEANS OF ITS IMPROVEMENT

Kuksenko V. M., Pesikin O. N., Ratmanov M. A., Chumakov A. S., Tikhonov M. Yu., Kachkovsky D. V.

**ABSTRACT** Recently in the improvement of medical service quality special attention is paid to consumer resource which is connected with the features of medical service consumer. Current necessity of the improvement of perinatal service quality substantiates the timeliness and actuality of the advanced management of consumer resource of their quality.

**Key words:** consumer resource, features of pregnant, perinatal service, quality, effectiveness.

медицинской помощи. Получены данные о влиянии на качество медицинских услуг отдельных характеристик пациентов [1, 4, 6], однако в них отсутствует системный подход к группе потребителей как к сложной биосоциальной системе и не решается вопрос о влиянии интегральной оценки на качество услуги. Имеются исследования качества медицинской помощи больным эндокринологического [9], стоматологического [8] профиля, апробирована методика определения показателя «личный потенциал потребителя медицинских услуг» [5]. Авторами отмечена возможность получения дополнительной информации для научного обоснования поиска путей дальнейшего улучшения прогнозирования, планирования и организации медицинских услуг исследованных профилей, повышения их качества. Именно комплексный подход позволил определить долю вклада каждой отдельной характеристики в формирование уровня личного потенциала, на этой основе провести ранжирование этих характеристик и обосновать выбор медико-организационных мероприятий.

Методологической основой социально-гигиенического исследования является системный подход, позволяющий рассматривать беременных – потребителей перинатальных услуг – как важную часть территориальной системы управления качеством, обладающей сложной (многоэлементной) структурой. Проанализированы социально-гигиенические характеристики беременных, вставших на учет в Ивановской области в 2010–2011 гг., с использованием компьютерной программы, разработанной ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России [2].

С помощью сплошного метода за календарный год обследовано 9800 человек, а по методике комплексной оценки личного потенциала беременных, разработанной на основе комплексной оценки личного потенциала потребителей медицинских услуг [5], выборочно исследованы 456 женщин. При этом под личным потенциалом беременной как потребителя перинатальных услуг понималось соотношение совокупности социальных, психологических, биологических, поведенческих, информационных характеристик, имеющих к началу потребления услуги, с эталонным значением. С учетом физиологической специфики беременности как периода жизни женщины, а также выявленного влияния ее характеристик на течение беременности и родов в перечень критериев оценки внесены дополнения, в том числе касающиеся приверженности беременной перинатальной профилактике, специальной информированности о перинатальной профилактике.

Сбор информации осуществлен на основе социологического опроса по «Анкете социально-гигиенического исследования личного потенциала беременных женщин – потребителей перинатальных услуг», выкопировки сведений из первичной медицинской документации; психологического тестирования (тест Айзенка для определения типа темперамента, тест Эллера для выявления мотивации к успеху, тест Лири для установления типа межличностных отношений, тест Ряховского для оценки коммуникабельности, тест Томаса для характеристики поведения в конфликте, тест Рокича для определения ценностных ориентаций) [7]. Использованы тест-карты оценки приверженности беременной перинатальной профилактике [10]. Это понятие включает: степень саморазвития по вопросам профилактики акушерской и перинатальной патологии; выполнение рекомендаций врача акушера-гинеколога на протяжении беременности; отказ от поведенческих факторов риска перинатальной и акушерской патологии во время беременности; пересмотр жизненных приоритетов, при котором здоровье ребенка и здоровье женщины попадают на первое ранговое место среди других.

По данным популяционного анализа, доля беременных, имеющих неустойчивое семейное положение, составила 30,0%; находящихся в позднем и раннем репродуктивного возрасте – 38,7 и 16,1% соответственно; имеющих профессиональные вредности – 66,0%, отягощенный репродуктивный анамнез – 27,0%, нарушения физического развития – 16,6%, гинекологические заболевания – 29,6%, оперативные вмешательства на женских половых органах – 8,0%, экстрагенитальную патологию – 30,1%, хронические очаги инфекции – 30,8%, осложненное течение беременности – 78,6%, родов – 44,6%, послеродового периода – 24,7%; относящихся к социальной группе «безработные» – 8,5%.

По данным специального выборочного исследования установлена высокая частота личных ограничений, нарушающих контакт беременной с врачом (16,9%); профессий, связанных со стрессами (48,7%); социальной незащищенности (33,8%); отсутствия возможности материальных затрат на профилактику (77,5%). Не могут поддерживать благоприятный микроклимат жилья 62%, вести физически активный образ жизни – 51,7%, рационально питаться – 45,0%, регулярно соблюдать правила личной гигиены – 93,7% женщин. Беременные отметили две группы факторов, мешающих вести здоровый образ жизни: собственные характеристики и медицинскую среду.

По данным психологического тестирования, у большинства беременных (40,5%) преобладают

качества, характерные для меланхоликов, у каждой третьей имеются авторитарные наклонности. Нормальным уровнем коммуникабельности обладают лишь 42,2%, т. е. часть беременных с трудом устанавливает контакт с врачом. Предпочитает использовать в конфликтной ситуации наиболее оптимальный тип поведения – «сотрудничество» – только четверть респондентов.

Для 55,3% опрошенных приоритетной жизненной ценностью является здоровье, 42,8% имеют средний уровень мотивации к успеху. Инертное отношение к рождению данного ребенка проявили 22,2%, отрицательное – 26,0% беременных. По данным тестирования, *общая медицинская профилактическая информированность* у 35,7% респондентов получила оценку «хорошо». Ориентируются в вопросах оказания первой медицинской помощи 33,6%, рационального питания – 13,7%, прав пациентов – 25,2%, места оказания профилактических услуг – 28,8%, гигиены жилья – 88,9%, личной гигиены – 79,5% женщин; о факторах риска осведомлены 57,6%, о технике термометрии – 100,0%, об измерении артериального давления – 35,5%, об определении аллергической реакции – 30,5%, о признаках обморока – 27,6%.

При экспертном анализе *специальной информированности о перинатальной профилактике* выявлено, что только 20,3% пациенток имеют хороший уровень информированности о ранних симптомах осложнений беременности, 13,2% – о факторах риска перинатальной и материнской смертности, 20,5% – о необходимости контроля массы тела, 30,5% – о двигательной активности плода, 13,4% – о тонусе матки, 32,6% – о возможности отеков, 20,6% – о необходимости ежедневного пребывания на свежем воздухе более 3 часов, 7,6% – о регулярности профилактического посещения врача, 16,8% – о необходимости ранней явки к врачу. 70,0% беременных считают, что проведение профилактических мероприятий может на 100% обеспечить охрану здоровья плода, 38,8% знакомы с порядком получения акушерско-гинекологических услуг в территории; 76,6% считают необходимым предоставление информации беременной и ее семье о рекомендациях врача, о здоровье ребенка. Возможно, что выявленная низкая профилактическая, диагностическая, организационная, правовая информированность беременных связана с тем, что лишь треть опрошенных (36,4%) осуществляет профилактическое саморазвитие (много читают, смотрят телепередачи, слушают радио, посещают лекции), тогда как у 63,6% отмечается отсутствие интереса.

Только 34,3% респондентов обладают санологической культурой. Для сохранения своего здоровья каждая вторая беременная четко соблюдает

режим дня, выполняет гигиенические мероприятия по уходу за зубами, телом, каждая третья регулярно проводит осмотр кожи, молочных желез, лимфоузлов, рационально питается, каждая четвертая измеряет артериальное давление, каждая пятая систематически использует физические нагрузки, определяет прибавку массы тела, каждая десятая – двигательную активность плода, тонус матки, наличие отеков, 94,1% отказались от алкоголя, 70,2% – от курения, 18,3% – от самолечения. При этом доля лиц с низкой оценкой санитарно-гигиенической культуры составляла 17,6%. Отмечено, что не имеют сформированного желания и умения знакомиться с правилами поведения в лечебном учреждении 78,9% опрошенных, с правилами эффективного общения – 68,3%, правилами этикета и этических норм в ЛПУ – 83,5%. Данная ситуация во многом связана с сужением информационного поля у населения и ограничением источников информации и межличностных контактов в микросоциуме.

Таким образом, полученные при сплошном наблюдении на уровне популяции и в выборочном исследовании беременных данные показали, что характеристики имеют различия по степени выраженности и существуют одновременно. При этом высокая частота их регистрации свидетельствует о сочетанном характере параметров, что определяет необходимость комплексного подхода к оценке характеристики беременных.

На этой основе проведена дифференциация факторов риска перинатальной смертности по пяти группам и рассчитан комплексный показатель – степень риска перинатальной смертности по методике О. Г. Фроловой. Выявлено, что к началу беременности низкую степень риска имели 24,3% женщин, среднюю – 57,1%, высокую – остальные. Однако этот комплексный показатель не учитывает психологическую, культурную, инновационную и информационную характеристики. С использованием четырех поведенческих и психологических характеристик (постоянство целеполагания, постоянство самоконтроля за выполнением рекомендаций, постоянство саморазвития по вопросам перинатальной профилактики, постоянство отказа от поведенческих факторов риска перинатальной и акушерской патологии и смертности) проведен расчет такого комплексного показателя, как «уровень приверженности беременных перинатальной профилактике», который составил 2,1 балла и имел снижение относительно эталона на  $30,0 \pm 2,4\%$ . Определен комплексный показатель «группа здоровья», который характеризовался наличием у 13,1% беременных первой группы, у 53,4% – второй и у 33,5% – третьей. Необходимо отметить, что этот

комплексный показатель, хотя и включает такие важные параметры, как наличие или отсутствие хронического заболевания, факторов риска перинатальной смерти, резистентности к острым заболеваниям, не учитывает состояние других важных с позиций перинатального риска характеристик – социальную, психологическую, культурную, поведенческую, инновационную, делая неполной интегральную оценку беременных как потребителей перинатальных услуг.

Сводная интегральная оценка всех семи исследованных групп характеристик представлена комплексным показателем – личный потенциал беременных (табл.).

По данным ранжирования компонентов личного потенциала беременных выявлено, что наибольший резерв повышения имеют «поведенческий» компонент (1 ранг), «информационный» (2 ранг) и «психологический» (3 ранг), затем следуют «культура потребителя» (4 ранг), социальный (5 ранг), медико-биологический (6 ранг) и саморазвития (7 ранг). Все это необходимо учитывать при планировании медико-организационных мероприятий по улучшению потребительского ресурса качества перинатальных услуг.

Получение данных для научного обоснования роли показателя «личный потенциал» беременных – потребителей перинатальных услуг в управлении их качеством основывалось на методологическом подходе, включающем сочетанный анализ четырех видов информации:

1. О личном потенциале беременных как потребителей перинатальных услуг.
2. О приверженности беременных перинатальной профилактике.
3. О социальной эффективности оказанных перинатальных услуг.

#### 4. О медицинской эффективности оказанных перинатальных услуг.

Информация о социальной эффективности оказанных перинатальных услуг получена методом социологического опроса с использованием анкеты социально-гигиенического исследования удовлетворенности беременной перинатальной услугой (305 женщин), о медицинской эффективности – методом экспертизы оказанных этим женщинам услуг по карте экспертизы качества и результативности перинатальных услуг (305 услуг). При этом учитывалось, что отражением социальной эффективности перинатальных услуг может являться повышение удовлетворенности беременных как их потребителей, так как возмещение физического или морального ущерба, оказание дополнительной помощи в связи с развитием осложнений ведет к увеличению затрат, способствует созданию социальной напряженности, ухудшающей условия для решения других социальных задач общества, а также повышение их результативности за счет снижения репродуктивных потерь, материнской смертности, формирования акушерской и перинатальной патологии.

Методической особенностью экспертизы явилась группировка выявленных дефектов перинатальных услуг по свойствам (безопасность, результативность, своевременность, непрерывность и преемственность, действенность, адекватность и др.) и определение сводной средней оценки оказанной услуги, числа дефектов, приходящихся на одну услугу, в том числе связанных с участием врача и женщины [3]. Программа обработки в группах с низким и высоким уровнем личного потенциала беременных (140 и 165 женщин соответственно) включала расчет показателей медицинской и социальной эффективности, оценку достоверности разности различий показателей

**Таблица.** Сводная интегральная оценка личного потенциала беременных

Наименование компонентов личного потенциала	Оценка в баллах	Индекс соответствия эталону	
		%	95% доверительный интервал
Медико-биологический	2,3	76,9 ± 1,9	73,2–80,6
Социальный	2,2	75,6 ± 2,0	71,7–79,5
Поведенческий (образ жизни)	1,6	55,8 ± 2,3	50,9–60,7
Саморазвития	2,4	77,3 ± 1,97	73,5–81,0
Психологический	2,0	69,7 ± 2,1	65,5–73,9
Медицинская информированность	1,7	60,0 ± 2,2	55,6–64,4
Культурный	2,1	74,5 ± 2,0	70,5–78,5
Интегральная оценка личного потенциала	15,3	100,0	–

по критерию  $t$ , относительного риска и доверительных интервалов.

Установлено, что имеется статистически значимое различие в частоте низкого уровня удовлетворенности беременных медицинскими услугами акушерско-гинекологического профиля в группах сравнения с низким и высоким уровнем личного потенциала за счет более низкой удовлетворенности участием в сохранении и укреплении собственного здоровья (73,6 против 45,5 на 100 опрошенных); овладением практическими навыками (76,5 против 49,7), теоретическими знаниями (76,5 против 45,4); соблюдением прав пациента и застрахованного (9,3 и 2,7); организацией перинатальной услуги (69,3 против 34,0); работой лечащего врача (37,8 против 14,8); узких специалистов (40,3 против 22,5); сервисной службой (73,9 против 40,6) ( $p < 0,05$ ). Эти данные составили основу ранжирования компонентов удовлетворенности беременных по степени важности при оценке социальной эффективности перинатальных услуг. В целом коэффициент социальной эффективности в группах сравнения составил 0,5 и 0,74 соответственно.

Уровень медицинской эффективности перинатальных услуг в группах сравнения определен на основании: 1) снижения фактических средних оценок свойств этих услуг от эталонной оценки (%); 2) среднего числа дефектов (в случаях на 1 услугу), 3) частоты дефектных услуг (%).

Установлено, что имеется достоверное различие в снижении интегральных средних оценок таких свойств перинатальных услуг в группе с низким уровнем личного потенциала беременных, как своевременность – 94,4 против 54,5% – с высоким, результативность – 91,5 против 15,1%, межличностное взаимодействие – 97,3 против 69,7%, непрерывность и преемственность – 87,9 против 54,6%. Общее число дефектных перинатальных услуг было достоверно больше в группе с низким исходным личным потенциалом беременных – 92,1 против 59,3% – с высоким (относительный риск – 1,6). Причем это различие было обусловлено в первую очередь снижением числа дефектов перинатальной профилактики, связанных с участием самой беременной (в 3,5 раза против 2,6 – у врача), а также с более низким уровнем приверженности беременных перинатальной профилактике: средняя оценка в группе с низким

исходным уровнем личного потенциала беременных составила 1,6 балла, с высоким – 2,6 (относительный риск – 1,62).

Выявленные данные о влиянии уровня личного потенциала беременных на результативность перинатальных услуг и удовлетворенность беременных их качеством являются научным обоснованием потребительского компонента. Снижение основных параметров качественных характеристик беременных и интегральной оценки личного потенциала в целом, сведения о различиях резервов его повышения у разных характеристик послужат научным обоснованием направлений оптимизации методических и медико-организационных подходов к улучшению состояния этого фактора в территории. Следует отметить, что на уровне женской консультации апробация комплекса медико-организационных мероприятий, включающего, в частности, использование шкалы комплексной оценки профилактической подготовленности беременной как пациента, матрицы оценки ее личного потенциала, тест-карты уровня общепрофилактической и специальной информированности о перинатальной профилактике, тест-карты приверженности женщины перинатальной профилактике, листа самоконтроля за состоянием здоровья как вкладыша в диспансерную книжку беременной, создание в женской консультации уголка беременных как потребителей медицинских услуг, внедрение в программы школ здоровья занятий о роли состояния личного потенциала беременных, приверженности перинатальной профилактике с первого триместра беременности, показала его высокую медико-социальную эффективность. На уровне субъекта РФ (Ивановская область) с 2007 года реализуется проект «Медико-социально-правового информирования беременных женщин», целью которого является повышение их потенциала как потребителей перинатальных услуг.

Анализ полученных результатов показал, что улучшение потребительского фактора качества перинатальных услуг требует одновременного использования локальных и системных мер, в том числе на уровне органов управления здравоохранением территории, страховых медицинских организаций, руководства медицинских учреждений, о чем свидетельствует достигнутая медико-социальная эффективность на территориальном уровне.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Варфаломеева, Е. В. Социально-гигиенические и социально-психологические аспекты медико-социальной реабилитации при заболеваниях, передаваемых половым путем : информ. письмо / Е. В. Варфаломеева, А. С. Чумаков, Д. Л. Мушников. – Иваново, 2006. – 36 с.
2. Васильева, Т. П. Автоматизированные программы «Мониторинг беременных» и «Мониторинг перинатальной смертности» как основа обеспечения регионализации перинатальной помощи / Т. П. Васильева, А. И. Малышкина, И. А. Панова // Материалы V Междисциплинарной конференции «Здоровая мать – здоровый новорожденный». – СПб., 2010. – С. 14–15.
3. Дифференцированный подход к экспертизе качества оказания медицинских услуг, основанный на фрагментации экспертизы по свойствам качества : метод. пособие / под ред. А. М. Таранова, Т. П. Васильевой. – М., 2004. – 320 с.
4. Качество терапевтических услуг в системе медицинского страхования : монография / А. М. Таранов [и др.]. – М., 2004. – 340 с.
5. Комплексный медико-социальный, социально-психологический и социокультурный портрет потребителей медицинских услуг (на примере стоматологического профиля) / Т. П. Васильева [и др.] // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – М., 2006. – № 1. – С. 11–19.
6. Комплексный подход к оценке результативности дородовой перинатальной профилактики в системе «врач – беременная женщина» / Т. П. Васильева [и др.] // Пробл. управления здравоохранением. – 2010. – № 5 (54). – С. 30–34.
7. Литвинцева, Н. А. Психологические аспекты подбора и проверки персонала / Н. А. Литвинцева. – М., 1996. – 300 с.
8. Медико-социально-психологический потенциал беременных как потребителей медицинских услуг стоматологического профиля / О. Ю. Арсеенкова [и др.] // Бюллетень ННИИ общественного здоровья и здравоохранения. – Вып. 3. – М., 2010. – С. 16–20.
9. Модель оптимизации работы городского амбулаторного эндокринологического центра / Т. Н. Батыгина [и др.] // Бюллетень ННИИ общественного здоровья. – Вып. 2 : Материалы международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья», 16–17 апреля 2008 г. – М., 2008. – С. 40–42.
10. Приверженность пациента профилактике (методические подходы) / Т. П. Васильева [и др.] // Молодая семья: здоровье и репродукция, медико-социально-правовая поддержка : матер. межрегион. науч.-практ. конф. – Ярославль ; Иваново. – 2009. – С. 60–62.
11. Чумаков, А. С. Потребительский ресурс качества медицинских услуг : монография / А. С. Чумаков. – М. ; Иваново, 2009. – 394 с.