НИУ Высшая Школа Экономики

Факультет Государственного и Муниципального Управления

Выпускная квалификационная работа на тему

«Выбор медицинской организации в государственном и частном секторах здравоохранения (на примере пациентов, страдающими пограничными психическими расстройствами)»

**Выполнил:**

Студент группы 762 Я.В. Малыгин

**Научный руководитель:**

к.с.н. доцент кафедры управления и

экономики здравоохранения

Е.А. Тарасенко

**Оглавление**

Введение…………………………………………………………………………...2

1 Глава «Потребительский выбор медицинской организации в частном и государственном секторах здравоохранения»………………………………..…9

* 1. Многокомпонентность потребительского выбора в здравоохранении и его значение при оказании психиатрической помощи…………………………9
  2. Факторы выбора поставщика услуг медицинской помощи………………13
  3. Удовлетворенность медицинской помощью как фактор обращаемости повторных пациентов и факторы удовлетворенности…………………….21

1. Глава «Практическо-экспериментальное исследование»…………….…..29
   1. Разработка дизайна исследования………………………………………….29
   2. Методы исследования……………………………………………………….32
   3. Результаты исследования…………………………………………………...38
      1. Маршрутизация пациентов государственного сектора здравоохранения на догоспитальном этапе…………………………………………………38
      2. Факторы выбора Клиники неврозов первичными пациентами………..40
      3. Факторы удовлетворенности повторных пациентов Клиники неврозов предыдущей госпитализацией и соответствие организации этим факторам…………………………………………………………………..43
      4. Факторы выбора частной клиники первичными пациентами…………44
      5. Факторы оценки сайта частной клиники пациентами и соответствие сайта этим факторам……….……………………………………………..47
   4. Рекомендации………………………………………………………………..50

Заключение……………………………………………………………………….57

Список литературы………………………………………………………………61

Приложения……………………………………………………………………...69

**введение**

*актуальность проблемы*

Одной из самых социально-значимых сфер государственной деятельности является здравоохранение. Охрана здоровья, увеличение продолжительности жизни и поддержание высокого качества медицинских услуг - первостепенные задачи для государственных органов в сфере здравоохранения. Одним из факторов, препятствующих развитию отрасли, является отсутствие конкуренции между поставщиками медицинских услуг и их слабая мотивация к повышению качества услуг. Подобная проблема объясняется тем, что также отсутствует возможность для сравнения имеющихся поставщиков медицинских услуг по ключевым показателям их деятельности и соответствию потребностям пациентов. Способом решения вышеуказанных проблем может стать создание рейтинга поставщиков медицинских услуг, в который бы характеризовал значимость и позицию поставщика по основным показателям деятельности.

Высокая заболеваемость пограничными психическими расстройствами (R.C. Kessler, M. Angermeyer, J.C. Anthony, 2007), высокие экономические потери (M. Leonardi, 2003; J. Olesen, A. Gustavsson, M. Svensson, 2011) в сочетании с низкой обращаемостью за медицинской помощью (C. Farmer, P. Farrand, H. O’Mahen, 2012), которая тесно связанна с доступностью психиатрической помощи, делает актуальной проблему потребительского выбора этой категорией больных.

*Разработанность проблемы*

Проблема потребительского выбора включает различные аспекты: потребность в выборе, рост которой наблюдается в течение последних 2 десятилетий (R.J. Blendon, M. Brodie, J.M. Benson, 1998), возможность выбора, которая в первую очередь касается конкуренции, движимой покупателем, в РФ гарантируется 323-ФЗ путем выполнения врачом агентских функций (T. McGuire, 2000), однако практический не изучено правоприменение этого закона, а также выполнение врачами агентских функций при осуществлении потребительского выбора.

В рамках модели конкуренции, движимой потребителем, выделены различные факторы выбора медицинского учреждения первичными пациентами (F. Akinici, A.E. Esatoglu, D. Tengilimoglu, A. Parsons, 2004), показана ключевая роль удовлетворенности медицинскими услугами среди повторных пациентов (K. Jung, R. Feldmanb, D. Scanlona, 2011) и факторы удовлетворенности (L. Goldstein, M.B. Farquhar, C. Crofton, S. Garfinkel, 2005), однако значимость этих атрибутивные характеристики варьируют по результатам разных исследований, а также зависит от сегмента медицинской помощи (S.S. Liu, A.J. Dubinsky, 2000). Есть лишь единичные исследования этих факторов в области психиатрии S.V. Eisen, J.A. Shaul, B. Clarridge и соавт. (1999) и в РФ (И.М. Шейман, С.В. Шишкин, 2012).

Наконец, не существует единого мнения относительно 3-го аспекта потребительского выбора – его результативности: в западной литературе можно выделить 2 полярные позиции: 1)Выбор является двигателем конкуренции, которая всегда продуктивна (Porter, 2004). 2)Выбор не приводит к повышению полезности в силу ограниченной возможности потребителей адекватно оценивать результаты деятельности поставщиков медицинских услуг (A. Enthoven, L. Tollen, 2005). И.М. Шейманом и С.В. Шишкиным (2012) введено понятие «неэффективного выбора» (т.е. выбора, не обеспечивающего прироста индивидуальной полезности и общественного благосостояния) и описаны условия его возникновения. Результативность потребительского выбора в РФ практически не изучена.

Целью работы было изучение факторов потребительского выбора медицинской организации в государственном и частном секторах здравоохранения пациентами, страдающими пограничными психическими расстройствами

Исходя из цели исследования были выделены следующие задачи:

1. Охарактеризовать маршрутизацию пациентов в государственном секторе здравоохранения на догоспитальном этапе
2. Выявить факторы выбора медицинской организации первичными пациентами в государственном секторе здравоохранения
3. Определить факторы удовлетворенности предыдущей госпитализацией повторных пациентов в государственном секторе здравоохранения и соответствие медицинской организации этим факторам
4. Выявить факторы выбора медицинской организации первичными пациентами в частном секторе здравоохранения
5. Изучить факторы оценки сайтов частной клиники первичными пациентами и соответствие сайтов этим факторам

*Объект исследования* - Обращение за медицинской помощью в медицинские организации

*Предмет исследования –* факторы выбора медицинских организаций, имидж медицинских организаций

Теоретико-методологическая основа работы – виды конкуренции на рынке здравоохранения (P. Smith, 2009), модель агентских отношений между пациентом и врачом T. McGuire (2000), теория о неэффективном выборе И.М. Шеймана и С.В. Шишкина (2012).

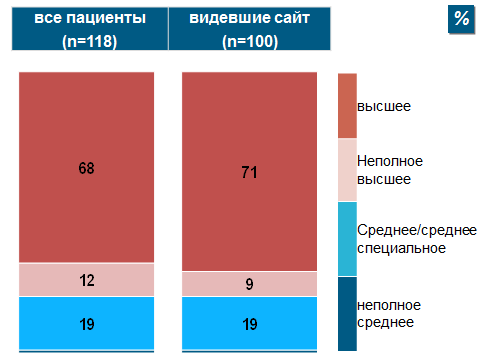
*Эмпирическая база исследования:*

Первичные пациенты частной психиатрической клиники

Было опрошено 118 пациентов, впервые обратившихся в ООО «Биофарм», по поводу лечения пограничных психических расстройств. Пациенты были опрошены на предмет факторов выбора клиники. Те из них, кто видел сайт клиники (n=100) были дополнительно опрошены на предмет имиджа сайта и декларируемой значимости факторов оценки сайта.

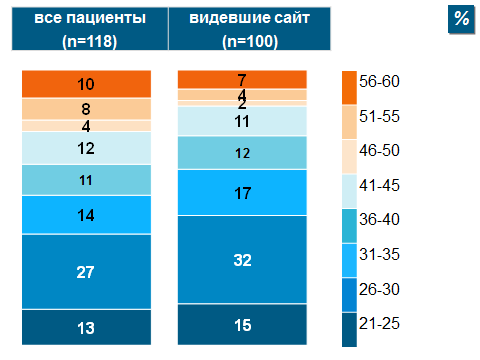
На рисунке 1.1 указан образовательный уровень пациентов частной клиники. У подавляющего большинства респондентов был высокий образовательный уровень (высшее или неполное высшее образование).

Рисунок 1.1 **Образование пациентов частной клиники**



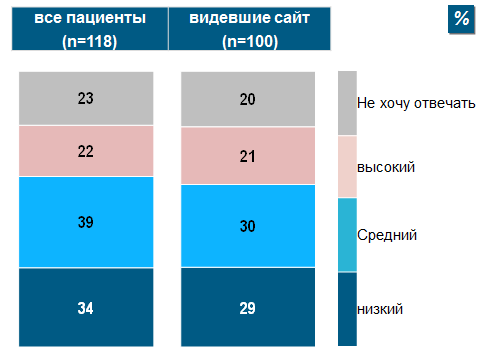
Возраст респондентов варьировал в широких пределах – от 21 до 60 лет. Подавляющее большинство респондентов были молодого или среднего возраста - 88% респондентов имели возраст 21-45 лет; треть респондентов были в возрасте 26-30 лет.

Рисунок 1.2 **Возрастная характеристика пациентов частной клиники**

****

По шкале самооценки у 1/3 пациентов был низкий доход (3-ий пункт по шкале самооценки), у 39% средний (4-ый пункт по шкале самооценки), у 22% - высокий (5-ый пункт по шкале самооценки) доход. При этом 23% респондентов не захотели отвечать на вопрос о своем доходе.

Рисунок 1.3 **Уровень дохода пациентов частной клиники**

****

Среди всех пациентов частной клиники 71% были женщинами, среди пациентов, видевших сайт клиники, этот показатель составил 68%.

**Таблица 1.1 Профессионально-трудовой статус респондентов**

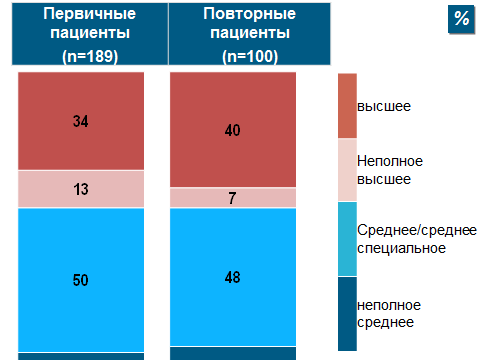
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Профессия (%)** | **Все пацциенты (n=118)** | **Видевшие сайт (n=100)** |
| Руководитель/директор/(со)владелец (организации, предприятия) | 4 | 4 |
| Зам. руководителя/ старший менеджер | 7 | 8 |
| Руководитель среднего звена/ отдела | 8 | 9 |
| Специалист с высшим образованием, работающий по найму | 22 | 20 |
| Служащий без высшего образования | 8 | 8 |
| Творческая профессия | 4 | 4 |
| Рабочий(ая) | 1 | 1 |
| Малый бизнес | 6 | 7 |
| Пенсионер(ка) (НЕ работающий) | 6 | 4 |
| НЕ работаю | 21 | 23 |
| отказ от ответа | 13 | 12 |

Пациенты государственной психиатрической больницы

Было опрошено 189 первичных и 100 повторных пациентов, проходивших стационарное лечение в Научно-практическом психоневрологическом центре Департамента здравоохранения г. Москвы (до 2012 г. – «Клиника неврозов».

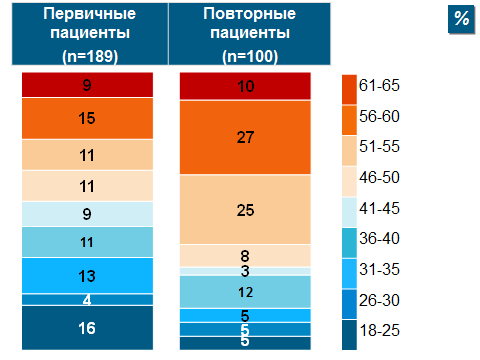
На рисунке 1.4 указан образовательный уровень пациентов Клиники неврозов. Почти у половины первичных и повторных пациентов было высшее или неполное высшее образование.

Рисунок 1.4 **Образование пациентов Клиники неврозов**

**

Серди первичных пациентов Клиники неврозов была высока доля людей до 40 лет (53%), среди повторных пациентов 62% пациентов были в возрасте старше 50 лет (рис. 1.5).

Рисунок 1.5 **Возрастная характеристика пациентов Клиники неврозов**

**

Среди повторных пациентов Клиники неврозов 80% пациентов были женщинами, среди первичных этот показатель составлял 71%.

**1 Глава**

**«Потребительский выбор медицинской организации в частном и государственном секторах здравоохранения»**

* 1. **Многокомпонентность потребительского выбора в здравоохранении и его значение при оказании психиатрической помощи**

Потребительский выбор рассматривается в экономической теории как ключевое условие эффективного распределения ресурсов и как следствие максимизации полезности. Кроме того, потребительский выбор стимулирует конкуренцию поставщиков услуг (И.М. Шейман, С.В. Шишкин, 2012).

Экономическая теория выделяет 2 формы конкуренции в здравоохранении (P. Smith, 2009):

1. конкуренция, движимая пациентом. В этом случае выбор поставщика медицинских услуг определяется индивидуальным решением потребителя
2. конкуренция, движимая покупателем медицинской помощи в системах бюджетного финансирования здравоохранения и медицинского страхования. В этом случае выбор поставщика услуг определяется решениями страховщика или органов управления здравоохранения, планирующим и оплачивающим медицинскую помощь.

При рассмотрении проблемы потребительского выбора выделяют 3 компонента: необходимость (потребность) в выборе, возможность выбора и результативность выбора (влияние на систему здравоохранения) (И.М. Шейман, С.В. Шишкин, 2012).

Потребность в выборе. Развитие российской системы здравоохранения в 1990-х гг. продемонстрировало рост потребности населения в выборе поставщиков медицинских услуг. Другим фактором потребности в выборе, характерным для России, является высокая специализированность медицинской помощи. Поведенческие факторы также оказывают влияние на потребность в выборе медицинской помощи: для одних пациентов выбор является самоцелью, другие склонны полагаться на мнение врача, к которому они привыкли (И.М. Шейман, С.В. Шишкин, 2012).

В западных странах в 1990-е гг. в силу ряда причин (рост конкуренции между лечебными учреждениями, повышение значимости профилактики и формирования рекламу здорового образа жизни, повышение доступности медицинской информации о медицинских услугах среди потребителей) повысилась информированность и степень участия в принятии решений (например, выбор метода лечения, больницы, врача) потребителей медицинских услуг. Более того, потребители стал относиться к этим функциям более ответственно, чем ранее (R.J. Blendon, M. Brodie, J.M. Benson, 1998). Пациенты играют все более активную роль в выборе медицинского учреждения на основе получаемой о лечебных учреждениях информации (D. Tengilimoglu, 2001). Пациенты стали более информированы и более ответственно подходят к выбору поставщика медицинских услуг (F. Akinci, A.E. Esatoglu, D. Tengilimoglu, A. Parsons et al., 2004).

Возможность выбора в первую очередь касается конкуренции, движимой покупателем. В Российской Федерации конкуренция, движимая покупателем, регулируется статьей 21 Федерального Закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011. Согласно закону, право выбора медицинской организации и врача для получения бесплатной специализированной амбулаторной и стационарно помощи обусловливается наличием направления на получение такой помощи от врача первичного звена или врача-специалиста. Врач, дающий направление, обязан проинформировать пациента о возможности выбора медицинской организации.

Факторами, ограничивающими возможность выбора, являются особенности рынка медицинских услуг: информационная асимметрия в отношениях между потребителем и поставщиком услуг (W.C. Hsaio, 1995), ограничения, связанные со структурой рынка медицинских услуг и взаимодействием секторов здравоохранении (И.М. Шейман, С.В. Шишкин, 2012), а также особая роль врача как агента пациента (T. McGuire, 2000).

Результативность потребительского выбора. Не существует единого мнения о результативности потребительского выбора. В западной литературе можно выделить 2 полярные позиции: 1)Выбор является двигателем конкуренции, которая всегда продуктивна (Porter, 2004). 2)Выбор не приводит к повышению полезности в силу ограниченной возможности потребителей адекватно оценивать результаты деятельности поставщиков медицинских услуг (A. Enthoven, L. Tollen, 2005).

И.М. Шейманом и С.В. Шишкиным (2012) введено понятие «неэффективного выбора», т.е. выбора, не обеспечивающего прироста индивидуальной полезности и общественного благосостояния. Выбор может оказаться неэффективным для пациента, когда:

* Поиск поставщика услуг возлагается на самого пациента и членов его семьи без поддержки со стороны врача
* Высоки издержки поиска (в первую очередь временные)
* Утрачивается преемственность в оказании медицинской помощи

Выбор может оказаться неэффективным для системы здравоохранения, когда:

* Нарушаются естественные этапы оказания медицинской помощи: пациент самостоятельно обращается в медицинскую организацию, которая по своему назначению не соответствует тяжести заболевания
* Утрачивается системный подход к оказанию лечебно-профилактической работе
* Дублируются лечебно-диагностические мероприятия

Значение потребительского выбора на рынке психиатрических услуг

Актуальность проблемы оказания медицинских услуг пациентам, страдающим психическими расстройствами, определяется высокой заболеваемостью пограничными психическими расстройствами в течение жизни: по данным ВОЗ (R.C. Kessler, M. Angermeyer, J.C. Anthony, 2007), в мире хотя бы 1 раз в течение жизни депрессивный эпизод переносят 16,2% людей, заболеваемость тревожными расстройствами во Франции составляет 22,3%, в Украине 10,9%.

При анализе экономических потерь от заболеваний показано, что на долю заболеваний головного мозга приходится 33% суммарных потерь от заболеваний (M. Leonardi, 2003). При этом в Европе среди суммарных потерь от заболеваний головного мозга на долю депрессии приходится 14,2%, на долю тревожных расстройств 9,3% (J. Olesen, A. Gustavsson, M. Svensson, 2011).

Особенностью психических расстройств составляет длительный период времени от появления симптомов до обращения к врачу – для пограничных психических расстройств в зависимости от заболевания этот показатель составляет в среднем от 3 до 10 лет (A. Belloch, G. Del Valle, C. Morillo, 2009; A.C. Green, C. Hunt, H.J. Stain, 2012; C. Farmer, P. Farrand, H. O’Mahen, 2012).

Одним из ключевых факторов поиска психиатрической помощи является ее доступность. Важными этапами поиска медицинской помощи является идентификация доступных потребителю источников помощи (A. Gulliver, K.M. Griffiths, H. Christensen et al., 2012), а также оценка трудностей на пути к получению помощи (A. Belloch, G. Del Valle, C. Morillo, 2009).

Таким образом, потребительский выбор в системе здравоохранения является многокомпонентным явлением, включающим потребность в выборе, возможность выбора, результативность выбора. Наибольше споры вызывает вопрос о результативности выбора. И.М.Шейманом и С.В.Шишкиным (2012) введено понятие «неэффективного выбора» и описаны условия его возникновения. Актуальность проблемы потребительского выбора при оказании помощи пациентам, страдающим пограничными психическими расстройствами, определяется их высокой распространностью, экономическими потерями и низкой обращаемостью за помощью, тесно связанной с доступностью помощи.

* 1. **Факторы выбора поставщика услуг медицинской помощи**

E.N. Berowitz и W.A. Flexner (1981) по результатам проведенного ими исследования выделили 4 фактора, влияющие на выбор больницы пациентами – они включают качество помощи, чистоту и отношение к пациентам со стороны персонала и репутацию и имидж больницы.

F.D. Wolinsky и R.S. Kurz (1984) выделили 2 группы факторов выбора больницы: информация у клиента о лечебном учреждении больнице, стоимость медицинской услуг, из качество, наличие рекомендаций со стороны других врачей, родственников и знакомых.

В исследовании, проведенном J. Boscarino и S.R. Steiber (1982), авторы выделили более широкий набор факторов выбора: близость к месту жительства пациента, рекомендация со стороны врача, наличие необходимого оборудования, наличие врача нужной специальности, знакомство с персоналом больницы, предыдущий опыт лечения в больнице, стоимость услуг, размер больницы и, наконец, связь с религиозными учреждениями.

Наконец, P.M. Lane и J.D. Lindquist (1994) выявили 14 факторов выбора больницы: (1) представление потребителя о квалификации медицинского персонала, (2) о работе бригады неотложной помощи, (3) о качестве работы мед. сестер (4) набор услуг (5) рекомендации врача, (6) наличие современного оборудования, (7) вежливость персонала, (8) уютная территория и помещения больницы, (9) опыт предыдущего лечения в больнице, (10) цена услуг, (11) рекомендации со стороны родственников, (12) близость к месту жительства пациента, (13) наличие отдельных палат, и (14) рекомендации со стороны друзей.

K.A. Heischmidt, F. Hekmat, P. Gordon (1994) провели опрос 769 жителей Американского города, в котором находится большое число крупных больниц. Респондентов опрашивали относительно критериев выбора больницы с помощью шкалы Ликерта. Наиболее важными факторами выбора были наличие современного оборудования (4,45 из 5 баллов), доброжелательность и готовность помощь со стороны персонала (4,57), имидж (4,41) предыдущий опыт лечения (4,15 из 5 баллов), соотношения цены и качества (4,05) и рекомендация врача (4,01).

A.H. Al-Doghaither, B.M. Abdelrhman, A.A. Saeed, M.E. Magzoub (2003) Изучали факторы выбора больницы в Саудовской Аравии. По результатам исследования была построена математическая модель, объяснявшая 64% выборки. Важнейшей группой факторов были медицинские характеристики, объяснявшие 28% выборки (оборудование, узкие специалисты, качественная работа медицинских сестер, наличие лекарств, национальность врача, язык врача). Еще 12% выборки объяснялись факторами, объединенными в группу «доступность» (длительность ожидания приема, время визита, рабочие часы, простота административных процедур). Другими факторами были расстояние до больницы и возможность для родственников жить в больнице (8% в совокупности); имидж больницы (6%); комфортность помещений больницы и поведение персонала (5%); уютная внешняя территория больницы (4%).

Влияние врача

Степень значимости мнения лечащего врача, а также близких пациента при выборе лечебного учреждения определяется степенью тяжести состояния пациента – она максимальна при неотложных состояниях. Тогда как при болезнях терапевтического спектра потребитель услуг играет ведущую роль при выборе лечебного учреждения или врача, а значение мнения окружающих пациента людей второстепенно (P.M. Lane, J.D. Lindquist, 1994).

На протяжении 1990 годов повысилось значение мнения пациентов при выборе леченого учреждения. В 1988 г. около 1/5 потребителей принимали самостоятельное решение относительно выбора лечебного учреждения, а 52% потребителей осуществляли выбор из списка учреждений, предлагавшихся врачом (Lane и Lindquist, 1988). В 1994 г. было показано, что за 62% пациентов лечебное учреждение выбирал курирующий их врач, в 37,5% случаев потребители выбирали лечебное учреждение вместе с лечащим врачом и только каждый пятый пациент выбирал лечебное учреждение сам (S.M. Smith, M. Clark, 1994).

Далее в 1990-е годы пациенты начали сопротивляться желанию врачей определять выбор медицинского учреждения. В США в половине случаев выбор лечебного учреждения осуществлял лечащий врач, однако 42% потребителей вопреки этому решению, выбирали лечебное учреждение сами (M. Karafakoiglu, 1998).

Возросшая роль пациентов при выборе врача отмечается и в других странах: в Турции при выборе гинеколога более половины потребителей заблаговременно искали информацию о враче и лечебном учреждении (T. Besik, 1995). Среди пациентов частных медицинских клиник в Турции более чем в половине случаев больницу выбирал лечащий врач, 1/3 пациентов осуществляли выбор лечебного учреждения сами, каждый седьмой потребитель выбирал больницу в соответствии с рекомендацией знакомых (G. Daloglu, 1991).

J. Leister, J. Stausberg (2007) указывают, что пациенты следуют рекомендациям врача только если они согласны с врачом в выборе больницы.

Имидж больницы

В своих работах K.A. Heishchmidt, C.E. Heischmidt (1991) и K.A. Heischmidt, F. Hekmat и P. Gordon (1993) сформулировали, что все факторы выбора можно свести к понятию общей репутации больницы.

J. Leister, J. Stausberg (2007) провели опрос 121 пациента стационарных больниц Германии о причины выбора больницы. Наиболее частой причиной была репутация больницы в СМИ (19,8%), рекомендация со стороны врача общей практики (14%) или врача узкой специальности (13,2%), положительный опыт лечения в этой больнице в прошлом (11,6%). Существенно меньшее значение имели рекомендации родственников и знакомых (8,3%) и специализация больницы на лечении заболевания, которым страдает пациент (6,6%). Однако в случае наличия опыта лечения или рекомендаций эти 2 фактора выходили на 1-ый план. Важно отметить, что если у пациентов отсутствовал собственный опыт лечения в больнице, они ориентировались на рекомендации знакомых или врачей, а при отсутствии и рекомендаций – на отзывы в СМИ, вебсайт больницы, дружелюбность персонала (в частности при телефонном контакте) или официальный отчет о деятельности больницы.

Близость к дому

D. Tengilimoglu, M. Yesiltas, A. Kisa, S.F. Dziegielewski (2007) исследовали факторы выбора лечебного учреждения 971 амбулаторным пациентов в частных, университетских или государственных больницах Турции. Пациентов просили выбрать 1 из 9 предложенных факторов выбора больницы. По результатам исследования, ведущими факторами выбора были близость к дому (17,9%) и хорошие отзывы о врачах и другом медицинском персонале (17,7%), а также успешные действия отдела PR (14,3%) и наличие современного оборудования (13,2%); также значение имело наличие друзей или знакомых, работающих в этой больнице (10,8%) и быстрота обследования (10,5%). Для более детального изучения значения работы отдела PR при помощи шкалы Ликерта был проведен опрос о декларируемой значимости факторов, характеризующих работу этого отдела. По результатам исследования, наиболее важными факторами были поведение и отношение к пациенту со стороны медицинского персонала (4,3±0,8 из 5 баллов) и имидж и репутация больницы (3,8±0,9).

Однако близость к дому не всегда является определяющим фактором выбора лечебного учреждения. H.L. Meadow, D.R. Rahtz, H.E. Spotts (1998) изучали причины выбора больницы, находящейся в областном центре далеко от места жительства, при наличии находящейся близко к месту жительства пригородной больницы. Ведущими факторами такого поведения были: представления о низком качестве медицинской помощи и негативный опыт лечения в местной больнице.

Схожие результаты были получены S.K. Gooding (1996). Жители пригородов, несмотря на то, что по их преставлениями и опыту, в местных больницах оказывают помощь более низкого качества, чем больницах, расположенных в региональных центрах, в большинстве случаев предпочитают лечиться в местных больницах. При этом их выбор связан с меньшим расстоянием и временем, необходимым для того, чтобы добраться до больницы.

Другой причиной снижения значимости местоположения больницы является узость специализации больницы. По данным J. Leister, J.Stausberg (2007), в случае, если пациентам нужен узкоспециализированный специалист, местоположение больницы имеет меньшее значение, чем при обращении за терапевтической помощью.

сегмент медицинской помощи

J. Boscarino и S.R. Steiber (1982) также выявили зависимость важности факторов выбора от сегмента медицинской помощи (общетерапевтическая, специализированная или неотложная помощь). В сегменте общетерапевтической помощи были важны близость к месту жительства пациента, опыт лечения у врача больницы или рекомендация со стороны другого врача, знакомство с персоналом больницы. В сегменте специализированной помощи были важны наличие квалифицированного узкого специалиста, рекомендации со стороны другого врача и наличие нужного оборудования, а также близость к дому пациента. В сегменте неотложной помощи ведущим фактором была близость к дому пациента, также имело значение предыдущий опыт лечения в больнице, наличие рекомендаций от другого врача и знакомство с персоналом больницы.

R.G. Javalgi, S.R. Rao, E.G. Thomas (1991) и P.M. Lane, J.D. Lindquist (1988) указывают, что в узкоспециализированных сегментах медицинской помощи специфика сегмента - самый важный фактор, который определяет механизм и факторы выбора лечебного учреждения потребителем.

Необходимо отметить результаты исследования, проведенного отечественными авторами (И.М. Шейман, С.В. Шишкин, 2012). Авторами продемонстрирована схожесть факторов выбора в стационарном и амбулаторном сегментах медицинской помощи: ведущими факторами выбора являются хорошее качество обслуживания и репутация учреждения, второй по значимости фактор – возможность получить помощь быстро, на 3-м месте по значимости – рекомендации знакомых или врачей. В этом же исследовании показано различие факторов выбора при экстренной и плановой госпитализации: при экстренной госпитализации ведущим фактором выбора является возможность быстрой госпитализации (32%), на 2-ом месте – качество обслуживания и хорошая репутация (30%), на 3-ем – бесплатность помощи (25%), на 4-ом – удобное расположение (15%). В то время как при плановой госпитализации ведущим фактором являются качество обслуживания (44), 2-ым по значимости – рекомендации знакомых или врачей, на 3-м и 4-м местах – возможность быстрого получения помощи (18%) и устраивающая цена услуг (18%).

Стоимость услуг

F.D. Wolinsky и R.S. Kurtz (1984) выявили, что цена, представление потребителей о качестве услуг и рекомендации – наиболее важные предикторы выбора больницы.

Стоимость услуг также является важным фактором выбора лечебного учреждения (Sloane et al., 1999). Зачастую выбор определяется сочетанием 2 факторов – стоимости услуг и близости к дому или репутации больницы или возможность сооплаты государственной страховой программой или наличием современного оборудования, врача нужной специальности (F. Akinici, A.E. Esatoglu, D. Tengilimoglu, A. Parsons, 2004).

Характеристики врача и факторы выбора врача

D.W. Garnick, H.S. Luft, J.C. Robinson и J. Tetreault (1987) указали на то, что при выборе больницы пациенты ориентируются на врача, который в ней работает, поэтому больницы вынуждены конкурировать за врачей, а не за пациентов.

T.A. McGlone, E.S. Butler, V.L. McGlone (2002) изучали факторы выбора врача первичного звена. Автор выделили 10 факторов, перечисленных в порядке значимости: 1)репутация врача 2)отсутствие взысканий со стороны профессональной ассоциации или обвинений в преступной небрежности 3)время, необходимое для поиска информации о враче 4)Знание самого пациента о важности выбора врача первичного звени и наличие соответствующих навыков 5)близость кабинета врача к дому пациента 6)Квалификация врача, включая стаж работы и образование (медицинский ВУЗ) 7)пол, возраст врача 8)атмосфера в офисе врача 9)готовность врача давать телефонные консультации 10)готовность прислушиваться к мнению пациента. Математическая модель, построенная на основе этих 10 факторов, объясняла 65% факторов выбора врача.

Другие факторы выбора

Иные факторы были выявлены как наиболее важные в иседовании R.-P. Vonberg, C. Sander, P. Gastmeier (2008). Авторы провели телефонные интервью 1000 случайно выбранных жителей Германии относительно важности предложенных факторов при выборе больницы. Респондентов просили оценить важность каждого фактора от 1 до 10. Факторы, выявленные по результатам исследования, представлены по убыванию их важности: чистота в лечебном учреждении (9,56), уровень внутрибольничных инфекций (9,21), отношение со стороны персонала (8,89), большое число медицинского персонала на 1 пациента (7,63), отзывы со стороны знакомых (7,3), предыдущий опыт лечения в больнице (6,96), расстояние от дома до больницы (6,71) и имидж больницы в СМИ (5,27). Необходимо подчеркнуть, что целевой группой исследования были не пациенты, а все жители, среди которых значительная часть не наблюдались у врача на момент исследования. Второй особенностью является методология – респондентам предлагался закрытый вопрос. При этом в исследовании не обоснован выбор 10 атрибутивных характеристик, использовавшихся в качестве вариантов ответа.

Факторы выбора в сегменте психиатрической помощи

M.A. Cohen и H.L. Lee (1985) показали, что для пациентов, нуждающихся в психиатрической помощи, большое расстояние от дома до больницы, является менее значимым препятствием, чем при других медицинских проблемах.

D. Dranove, W.D. White и L. Wu (1988), E.K. Adams, R. Houchens, G.E. Wright, J. Robbins (1991), J.M. Bronstein и M.A. Morrisey (1991) также показали, что пациенты, нуждающиеся в психиатрической помощи, чаще выбирают городские больницы, несмотря на большое расстояние до них, в отличие от пациентов, страдающих соматическими заболеваниями, часто выбирающих ближайшую больницу, в т.ч. местную пригородную больницу. Авторы объясняют это тем, что пациенты, страдающие психическими расстройствами, находятся в менее остром состоянии и могут потратить больше времени на поиск больницы.

Есть отдельные исследования, посвященные причинам выбора врача-психиатра пациентами, страдающими психическими заболеваниями. Пациенты, страдающие пограничным личностным расстройством обращаются к врачам, обладающими эмпатией, способных проявить заботу, поддержать клиента. Также для этой группы пациентов важна возможность контакта с врачом в заранее незапланированное время (L.R. Friedman-Daugherty, 1998).

В другом исследовании, проведенном в США, авторы (G.T. Eells, D.R. Fuqua, D.L. Boswell, 1999) опрашивали здоровых людей на предмет того, на что они обратили бы внимание при выборе врача-психиатра, если бы у них возникла такая необходимость. Согласно мнению респондентов, первостепенное значение для них имело бы мнение родственников и знакомых, а также тех, кто ранее лечился у этого врача и специалистов службы доверия. Следующая по значимости группа характеристик относится к показателям профессионального развития врача – наличие степени PhD, опыт работы, опыт лечения заболевания, по поводу которого обращается пациент. Менее значимыми при выборе врача, по мнению респондентов, были бы социальные показатели – возраст, пол, исповедуемая религия, этническая принадлежность. На четвертом месте оказалась группа характеристик, относящихся к цене услуг – стоимость приема и ее покрытие страховкой. Вместе с тем авторы исследования указывают на отсутствие проверки этих гипотез в эксперименте.

В аналогичном исследовании, проведенном в группе молодых здоровых людей (T.J.Lipscomb, K.Shelley, T.Root, 2010) было показано, что наиболее важными декларируемыми характеристиками врача-психотерапевта являются личностные качества, главные из которых дружелюбие (90%) и проницательность (83%). Следующими по значимости были профессиональные характеристики (честность 95%; способность вызывать доверие 92%). Необходимо отметить, что часть этих свойств, по данным литературы (M.J. Ackerman, M.J. Hilsenroth, 2003), способствуют формированию терапевтического альянса.

Таким образом, описано большое число факторов, определяющих выбор медицинской организации пациентами. Однако не существует единого мнения о списке важных для выбора факторов, что частично может быть связано с использованием в исследованиях различной методологии, частично изучением разных секторов здравоохранения, что требует изучения каждого сектора здравоохранения отдельно.

* 1. **Удовлетворенность медицинской помощью как фактор обращаемости повторных пациентов и факторы удовлетворенности**

Удовлетворенность полученными в лечебном учреждении услугами определяет готовность пациентов повторно обращаться в это учреждение или продолжать длительный курс лечения (C. Charles, M. Gauld, L. Chambers et al., 1994). Другие авторы (J. John, 1992; S.K. Gooding, 1995) также указывают на первостепенную важность опыта лечения в больнице при выборе медицинского учреждения. K. Jung, R. Feldmanb, D. Scanlona (2011) по результатам проведенного ими исследования указывают, что удовлетворенность полученной медицинской помощью – ключевой предиктор места следующего обращения за медицинской помощью.

Удовлетворенность потребителей медицинскими услугами влияет на их поведение: выбор лечебного учреждения в конкурентном окружении, более частые визиты в лечебное учреждение, чем среди менее клиентов с более низким уровнем удовлетворенности, готовность оплачивать услуги по более высокой цене (V.A. Zeithaml и M.J. Bitner, 2000). Отсутствие удовлетворенности медицинскими услугами приводит к обращению за медицинской помощью в другие лечебные учреждения в случае такой необходимости, повышает процент судебных исков и долю негативных отзывов о лечебном учреждении (R.R. Ramsaran-Fowdar, 2008).

M. Peyrot, P. Cooper, D. Schnapf (1993) были выделены 3 группы факторов удовлетворенности медицинскими услугами: отношение медицинских работников к пациенту (доброжелательность, готовность помочь, объяснить медицинскую информацию); комфорт пациента до прохождения обследования и лечения (уют в помещении для ожидания, временной период до начала обследования); физический и психологический комфорт во время обследования и лечения.

Другими авторами (M. Gabott, G. Hogg, 1994) были выделены 6 групп факторов, которые определяют удовлетворенность медицинскими услугами: 1) широкий набор услуг (врачи узких специальностей) 2)эмпатия со стороны сотрудников (администраторов, медицинских сестер, врачей) 3)удобное расположение клиники (наличие парковки, возможность добраться до нее на общественном транспорте, удобное время работы) 4)социально-демогнафические характеристики медицинского персонала (возраст, пол, этническая принадлежность) 5)уютность помещений 6)реакция на запросы клиента (временной период до начала обследования; время, уделенное врачом пациента).

При исследовании факторов удовлетворенности пациентов врачей общей практики было выделено 4 группы характеристик: профессиональные характеристики врача, доступность медицинских услуг, комфортность кабинета врача, личностные характеристики врача (M. Drain, 2001).

В другом исследовании, посвященном факторам удовлетворенности работой врачей общей практики были выделены следующие ключевые показатели: особенности общения врача с клиентом; тип отношений врача с клиентом; общая половая принадлежность клиента и врача; выдача врачом подробных рекомендаций по лечению и профилактике; участие клиента в принятии решений относительно лечения (M. Morrison, T. Murphy, C. Nalder, 2003).

Большое исследование, проведенное в США (Institute of Medicine, 1999), позволило выделить 9 групп показателей, лежащих в основе удовлетворенности пациентов медицинской помощью: уважение к клиенту со стороны персонала; внимание к нуждам клиента; взаимодействие между медицинским персоналом; объяснение клиенту происхождения заболевания и сути лечения; уютность помещения; эмпатия со стороны медицинского персонала; привлечение к лечению близких пациента; преемственность медицинской помощи; доступность медицинской помощи (L. Goldstein, M.B. Farquhar, C. Crofton, S. Garfinkel, 2005).

В других исследованиях выявлено влияние на удовлетворенность медицинскими услугами доступности медицинской помощи (J. Ware, A. Davies-Avery, S. Stewart, 1978; S. Walbridge, L. Delene, 1993; D.T. Sale, 2000; P. Shelton, 2000; L. Shi, D. Singh, 2001), имиджа лечебного учреждения (S. Walbridge, L. Delene, 1993), разделение персоналом ценностей клиента (A. Donabedian, 1988; L. Shi, D. Singh, 2001).

По мнению V.A. Zeithaml (1988), уютность палаты – ключевая характеристика, определяющая удовлетворенность клиента в стационарном сегменте медицинских услуг.

Другими учеными показано, что важным элементом, влияющим на удовлетворенность медицинскими услугами, является работа медицинских сестер (J. Harris 1977; K. Chang, 1997; S. Wolfe, 1999).

В США было проведено масштабное исследование удовлетворенности медицинскими услугами, предоставляемыми в 50 государственных и частных стационарных больницах. Исследование проводилось путем опроса потребителей на предмет их удовлетворенности характеристиками, выделенными по результатам экспертных оценок. Изучалась удовлетворенность таких характеристик как внимание к нуждам клиентов, взаимодействие между медицинским персоналом, уютность помещений, облегчение болевого синдрома, эмпатия, успокоение пациента, общение врача с родственниками пациента, преемственность медицинской помощи (G. Rogers, D.P. Smith, 1999).

Роль врача

Факторы удовлетворенности зависят от сегмента медицинской помощи. В стационарном сегменте наибольшую связь с удовлетворенностью медицинской помощью демонстрируют сфокусированность персонала на нуждах пациента (R=0,7), скорость реакции на запросы клиента (R=0,2), уютность палат (R=0,2), питание (R=0,2). В целом эти группы характеристик объясняли 66% удовлетворенности медицинскими услугами. С амбулаторном сегменте математическая модель определялась лишь 2 группами характеристик: отношение к пациенту врачей и медицинских сестер (R=0,26) и своевременность медицинской помощи вовремя (R=0,32). В целом математическая модель объясняла 24% удовлетворенности медицинской помощи. В сегменте неотложной медицинской помощи определяющим был один фактор – физически и эмоциональный комфорт (R=0,9); математическая модель описывала 68% удовлетворенности медицинскими услугами (S.S. Liu, A.J. Dubinsky, 2000).

M. Morrison, T. Murphy, C. Nalder (2003) и M. Drain (2001) продемонстрировали, что в амбулаторном сегменте медицинской помощи наиболее выраженное влияние на удовлетворенность услугами оказывают показатели, характеризующие работу врача.

Факторы удовлетворенности в сегменте психиатрической помощи

Исследователями выделены различные факторы удовлетворенности услугами медицинского учреждения, специализирующегося на оказании психиатрической помощи: детальное описание услуг (G. Landsberg, 1973), нацеленность специалиста на решение запроса клиента (A.M. Kokotovic, T.J. Tracy, 1987), разделение психиатром ценностей клиента (J.J. Ju, K.R. Thomas, 1987), результаты лечения (D.M. Carscaddon, G. Marlin, G. Wells, 1990).

S.V. Eisen, J.A. Shaul, B. Clarridge и соавт. (1999) на основании фокус-групп с клиентами, получающими психиатрические услуги, подготовили опросник, направленный на изучение удовлетворенности медицинской помощью. Опросник направлен на изучение различных параметров: доступности услуг, организация оказания медицинской помощи, взаимодействие между медицинским персоналом, отношения между клиентом и врачом и др. В дальнейшем эта методика была валидизирована (S.V. Eisen, M. Wilcox, T. Idiculla и соавт., 2002).

J.E. Rohrer и P. Hilsenrath (1999) изучали характеристики, влияющие на удовлетворенность услугами пациентов, страдающих зависимостью от психоактивных веществ. Среди факторов удовлетворенности были выделены возможность общения с близкими по телефону, наличие удобной парковки, уютная обстановка, достаточная продолжительность беседы с врачом, ощущение профессионализма врача, уважительное отношение к ценностям пациента и его личному пространству.

Из российских исследований необходимо упомянуть об опроснике удовлетворенности стационарной психиатрической помощью, разработанном Н.Б.Лутовой, А.В.Борцовым и В.Д. Видом (2007). Опросник включает субшкалы: отношения врач-больной, бытовые условия и окружающая обстановка, результатами лечения, стигматизация и реакция на сферу психиатрии в целом. Однако отсутствуют данные о факторах, влияющих на удовлетворенность психиатрической помощью.

Удовлетворенность медицинскими услугами определяет повторные обращения за помощью. На удовлетворенность влияют различные факторы. Однако не существует единства мнений относительно факторов удовлетворенности. Вероятно, для каждого сегмента рынка медицинских услуг факторы удовлетворенности специфичны.

**Выводы по главе**

Таким образом, пограничные психические расстройства характеризуются высокой заболеваемость и высокими экономические потерями в связи с нетрудоспособностью. Другой особенностью пограничных психических расстройств является длительный период времени от появления заболевания до обращения за медицинской помощью. Показано, что важными этапами поиска медицинской помощи больными, страдающими пограничными психическими расстройствами, является идентификация доступных потребителю источников помощи и оценка трудностей на пути к ее получению, что делает актуальной проблему потребительского выбора этой категорией больных.

Современной тенденцией медицины является повышение роли пациентов в выборе лечебного учреждения, что соответствует модели конкуренции, движимой потребителем.

К настоящему времени выявлен широкий набор факторов, влияющих на выбор медицинского учреждения потребителями, впервые обращающимися за психиатрической помощью (первичными пациентами). При этом существуют противоречия между результатами различных исследований, в которых в качестве ведущих факторов выбора выделяются различные факторы. Отчасти эти противоречия могут быть объяснены различной методологией исследований. Другой причиной различий в результатах исследования являются различные сегменты медицинской помощи, в которых проводились изыскания, в частности выявлены отдельные особенности сегмента психиатрической помощи. Это не позволяет экстраполировать данные с одного сегмента медицинской помощи на другие, что повышает важность изучения факторов выбора медицинского учреждения в отдельном сегменте медицинской помощи.

Ключевым фактором обращаемости повторных пациентов является удовлетворенность пациентов результатами предыдущего обращения. К настоящему времени накоплено много данных о характеристиках, определяющих удовлетворенность помощью, оказываемой в лечебных учреждениях: разные характеристики взаимоотношений между пациентом и врачом, пациентом и другими сотрудниками, доступность медицинских услуг, комфортная обстановка, взаимодействие между персоналом. Однако в разных исследованиях, проведенных в разных медицинских учреждениях, выделяются различные факторы удовлетворенности. Показано, что степень влияния определенных групп факторов различна в разных сегментах медицинской помощи: амбулаторном, стационарном и сегменте неотложной помощи.

В рамках модели конкуренции, движимой покупателем, возможность выбора медицинского учреждения гарантируется 323-ФЗ путем осуществления врачом агентских функций, однако правоприменение этого закона не изучено.

Наконец, в мировой научной литературе не существует единого мнения относительно результативности потребительского выбора: можно выделить 2 полярные позиции: 1)Выбор является двигателем конкуренции, которая всегда продуктивна 2)Выбор не приводит к повышению полезности в силу ограниченной возможности потребителей адекватно оценивать результаты деятельности поставщиков медицинских.

И.М. Шейманом и С.В. Шишкиным (2012) введено понятие «неэффективного выбора» и описаны условия, при которых он возникает.

Однако вопрос эффективности потребительского выбора практически не исследован.

Существуют отдельные данные о факторах, влияющих на удовлетворенность услугами и выбор врача в сегменте психиатрической помощи.

Также существуют лишь отдельные работы отечественных авторов, посвященные потребительскому выбору пациентов.

Все это определяет актуальность исследования факторов выбора лечебного учреждения и факторов удовлетворенности услугами в сегменте психиатрической помощи.

**2 Глава «Практическо-экспериментальное исследование»**

**2.1 Разработка дизайна исследования**

С целью определения целевых групп исследования в изучаемых секторах здравоохранения была проанализирована структура предложений на рынке медицинской помощи пациентам, страдающим пограничными психическими расстройствами в г. Москва.

Анализ структуры рынка психиатрической помощи включал:

* Анализ информации, размещенной на интернет-сайтах частных и государственных медицинских организаций
* Анализ результатов маркетингового исследования «Изучение привычек потребления противотревожных средств», проведенного маркетинговой компанией «Комкон-фарма» в 2010 г.
* Анализ структуры пациентопотока «Клиники неврозов» и ООО «Биофарм» в разрезе первичных и повторных пациентов, страдающих пограничными психическими расстройствами.

При исследовании рынка частных медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги по лечению пограничных психических расстройств, использовалась как информация, доступная в сети Интернет, так и инсайдерская информация. Были выделены 5 наиболее крупных по пациентопотоку клиник (табл. 2.1). Лишь в 1 из них имелось отделение на 10 стационарных коек, при этом стоимость 1 дня лечения в стационаре превышала стоимость 1 приема в 3 раза, что ограничивает спрос на этот вид помощи. При полном заполнении коечного фонда с учетом длительности стационарного лечения, необходимого для выздоровления пациента (20 дней) пациентопоток стационарного отделения ограничен 15 пациентами в месяц. Тогда как, согласно инсайдерской информации, еженедельный амбулаторный прием 1 врачом 15 пациентов при средней продолжительности лечения в 7 приемов позволяет ежемесячно проводить лечение силами 45 врачей, работающих в 5 ведущих клиниках 450 пациентов. Таким образом, в частном секторе психиатрической помощи пациентопоток в амбулаторном звене в 30 раз превышает пациентопоток в стационарном звене.

Таблица 2.1 Лидеры рынка

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **клиника** | **сайт** | **амбулаторное лечение**  (число врачей) | **стационарное лечение** |
| Преображение | <http://preobrazhenie.ru/> | 11 | 10 коек |
| Биофарм | <http://www.panicheskieataki.ru/> | 7 | нет |
| Нейроклиника на Полянке | <http://www.neuroclinic.ru> | 14 | нет |
| ЦМЗ Альянс | <http://cmz-alliance.ru> | 12 | нет |
| ОнКлиник | <http://www.onclinic.ru/> | 1 | нет |

При исследовании рынка государственных учреждений, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь, были изучены 11 поликлиник г. Москвы на предмет наличия в них врача-психиатра или врача-психотерапевта. Лишь в 3 из 11 поликлиник осуществлялся прием врача-психиатра. С учетом того, что гражданин может обратиться за психиатрической помощью только в поликлинику, к которой он приписан, отсутствие в штатном расписании врачей-психиатров и врачей-психотерапевтов делает недоступной амбулаторную психиатрическую помощь в случае возникновения потребности в такой помощи для большинства пациентов.

Вместе с тем во всех психиатрических больницах г. Москвы есть отделения, специализирующиеся на оказании медицинской помощи пациентам, страдающим пограничными психическими расстройствами.

Предварительный анализ пациентопотока на амбулаторном этапе выявил, что среди пациентов, в дальнейшем поступивших в Клинику неврозов, на амбулаторном этапе лишь 21% контактировал с врачом-психиатром, причем лишь 58% контактировавших с психиатром (что составляет 13% всех госпитализированных в Клинику неврозов) получили амбулаторное лечение. Таким образом, лишь небольшая доля пациентов, поступивших на стационарное лечение, имела возможность получить лечение у врача-психиатра на амбулаторном этапе, что указывает на необходимость изучения стационарного сегмента и отказ от изучения амбулаторного сегмента в государственном секторе медицинской помощи.

Анализ результатов маркетингового исследования «Изучение привычек потребления противотревожных средств» показал, что среди потребителей противотревожных средств по поводу тревоги наибольшая часть людей обращалась за помощью в государственные медицинские организации (преимущественно амбулаторно) к врачам различных соматических специальностей: неврологам (31%), терапевтам (29%), кардиологам (17%). К психиатру обращались лишь 6% пациентов, что является дополнительным подтверждением того, что пациентопоток минует психиатров, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь, что позволяет исключить пациентов, обращающихся в государственные учреждения за амбулаторной психиатрической помощью, из анализа.

Оценка структуры пациентопотока в медицинских учреждениях, на базе которых проводилось исследование.

В результате экспертного интервью с директором ООО «Биофарм» была получена информация о том, что более 95% пациентов, обращающихся за помощью, являются первичными.

В то время как, в ходе экспертных интервью заведующий мужским отделением и заведующий женским отделением Клиники неврозов оценили долю повторных пациентов в структуре пациентопотока как 25% и 35% соответственно.

На основании описанных выше результатов было принято решение изучать в частном секторе психиатрической помощи причины выбора медицинской организации только первичными пациентами, а в государственном секторе – как причины выбора медицинской организации только первичными, так и факторы удовлетворенности повторных пациентов предыдущей госпитализацией.

Особенность факторов выбора медицинского учреждения учреждения в государственном и частном секторах здравоохранения

Также по результатам экспертных интервью с 2 врачами ООО «Биофарм» и 3 пилотажных интервью с пациентами ООО «Биофарм» была выявлена важность фактора общей оценки интернет-сайта клиники и размещенной на нем информации при принятии пациентами решения об обращении в медицинскую клинику. С учетом этого факта в анкету для первичных пациентов ООО «Биофарм» был включен блок вопросов, посвященный имиджу сайтов клиники.

С учетом важности агентской функции врача в рамках конкуренции, движимой покупателем в анкету пациентов, обратившихся в Клинику неврозов, был включен блок вопросов о взаимодействии пациентов с врачом на амбулаторном этапе.

**2.2 Методы исследования**

2.2.1 Исследование факторов удовлетворенности повторных пациентов Клиники неврозов предыдущей госпитализацией и соответствия организации этим факторам

Исследование носило количественный характер и проводилось с использованием разработанной стандартизованной анкеты.

Разработка анкеты

Составление списка факторов удовлетворенности предыдущий госпитализацией проводилось в несколько этапов: начальный список характеристик составлялся в ходе анализа результатов научных исследований, посвященных факторам удовлетворенности стационарным лечением.

По результату анализа литературы был составлен список факторов удовлетворенности пациентов в стационарном звене медицинских услуг. Эти факторы уточнялись с учетом специфики работы Клиники Неврозов.

**Табл. 2.2.1 Формирование списка факторов оценки клиники неврозов на основании литературы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **По данным литературы** | **Конкретизация факторов** | **Комментарии (с учетом специфики работы Клиники Неврозов)** |
| Характеристики работы лечащего врача | - | На удовлетворенность медицинскими услугами влияют различные показатели работы врача, но мы не уточняли их с целью охвата всей совокупности характеристик врача, влияющих на удовлетворенность |
| Показатели работы медицинских сестер | - | В РФ функционал медицинских сестер значительно уже, чем в западных странах, поэтому эти показатели не конкретизировались |
| характеристики помещения и территории больницы | Уютность территории  Комфортность палат | В связи с тем, что Клиника неврозов обладает уютной территорией, удобной для прогулок пациентов, данный показатель оценивался отдельно помимо традиционной для стационаров комфортности палат |
| доступность учреждения (физическая доступность, в т.ч. парковка) | - | Поскольку в Клинике неврозов не практикуются в настоящее время лечебные отпуска данный фактор был исключен из анкеты |
| обследование | Консультации соматических врачей  Функциональное обследование | Мы выделили 2 компонента характеристики «обследование: консультации соматических врачей и функциональное обследование |

В таблице 2.2 представлены выявленные факторы, их конкретизация в контексте специфики центра и причины такой конкретизации.

В список характеристик был также включен фактор, отличающий психиатрические больницы от стационарных больниц другого профиля – достаточный объем и качество психотерапии.

Кроме того, в список была включена физиотерапия, являющаяся характеристикой Клиники неврозов, дифференцирующей ее от других психиатрических и большинства соматических больниц.

Необходимо отметить, что как потенциальные рассматривались только факторы, измеряемые как порядковые показатели и исключались факторы, которые могут быть представлены только как качественные признаки.

Структура анкеты

Анкета состояла 3 вопросов:

* о декларируемой значимости характеристик Клиники неврозов
* об общей оценке Клиники неврозов по совокупности показателей
* о соответствии Клиники неврозов выделенным показателям

Оценка декларируемой значимости атрибутивных характеристик при оценке Клиники неврозов и оценка соответствия Клиники неврозов этим показателям проводилась при помощи показателя топ-2 («очень важно + скорее важно» и «точно соответствует + скорее соответствует») по 5-балльной шкалы Ликерта.

Общая оценка центра по совокупности показателей проводилась с использованием 10-балльной шкалы, что позволяло установить более тонкие различия между корреляцией разных показателей с общей оценкой Клиники Неврозов.

Сбор данныхпроводился путем самозаполнения анкеты.

Проверка анкет. Анкеты анализировались на предмет полноты заполнения.

Анализ данных

Для оценки связи между факторами и общей оценкой Клиники неврозов использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

При классификации факторов использовалась методика «стратегический квадрант-анализ» (рис 2.1). При построении графика в качестве осей использовались «декларируемая значимость» и «истинная значимость», которая оценивалась как корреляция между принадлежностью фактора центру и общей оценкой Клиники неврозов. По средним значениям декларируемой значимости и истинной значимости всех факторов график делился на 4 квадранта:

**Рисунок 2.2. 1**

**

Движущие силы – сочетание высокой корреляции между принадлежностью фактора Клинике неврозов и ее общей оценкой и высокой декларируемой значимости.Эти показатели оцениваются как самые важные, т.к. они оказывают выраженное влияние на общую оценку медицинской организации и их значимость осознается потребителями.

Скрытые мотиваторы – сочетание высокой корреляции между принадлежностью характеристики медицинской организации и общей оценкой учреждения и низкой декларируемой значимости.Эти показатели воздействуют на оценку клиники, но недооцениваются пациентами.

Переоцененные факторы – комбинация высокой декларируемой значимостии низкой корреляции между принадлежностью фактора клинике неврозов и ее общей оценкой.

Неважные факторы – сочетание низкой декларируемой значимости и низкой корреляции между оценкой клиники неврозов по этому фактору и ее общей оценкой.

2.2.2 Методология исследования факторов выбора медицинской организации первичными пациентами в частном и государственном сегментах здаравоохранения

Разработка анкеты

Целью исследования было не только выделение факторов, влияющих на выбор медицинской организации, но и выявление ключевых факторов, оказывающих наиболее выраженное влияние на выбор потребителей.

Для этого респондентам предлагался полузакрытый вопрос со списком характеристик, которые могли повлиять на выбор медицинской организации. Респондентам предлагалось выбрать 1 наиболее значимый фактор, второй по значимости фактор и 3-ий по значимости фактор.

Базовый список факторов составлялся на основе данных литературы результатов 3 интервью с первичными пациентами на каждое учреждение. В ходе интервью пациентам задавался открытый вопрос с просьбой перечислить все факторы, на которые они обращали внимание при выборе медицинской организации.

Кроме того, пациентам предоставлялась возможность самостоятельно добавить факторы выбора, если они отсутствовали в предлагаемом им списке. По мере сбора анкет добавленные респондентами факторы добавлялись в список предлагавшихся им вариантов.

2.2.3 Методология исследования факторов оценки сайта частной медицинской клиники и соответствие клиники этим факторам

В ходе экспертного интервью с директором клиники, а также по результатам первых интервью была показана высокая значимость общего впечатления, который создает сайт клиники и информации, размещенной на сайте. Поэтому было принято решение провести исследование факторов, влияющих на общую оценку сайта клиники.

Исследование носило количественный характер и проводилось с использованием разработанной стандартизованной анкеты.

Список факторов включал различные показатели контента (в т.ч. объем, интересность, полезность и понятность медицинской информации, а также объем информации о клинике), дизайн (визуальное оформление) сайта, простоту навигации (поиска информации) и удобность для чтения шрифта (который может быть неудобен для чтения лицами среднего и пожилого возраста).

Структура анкеты

Анкета состояла 3 вопросов:

* о декларируемой значимости факторов оценки сайта
* об общей оценке сайта клиники
* о соответствии сайта выделенным характеристикам

Декларируемая значимость факторов оценки сайтов и соответствие сайта этим факторам проводилась путем анализа доли top-2 («очень важно + скорее важно» и «точно соответствует + скорее соответствует») по 5-балльной шкале.

Для анализа общей оценки сайта применялась 10-балльная шкала.

Анализ данных

Для оценки связи между общей оценкой сайта и его атрибутивными характеристиками применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

При классификации факторов использовалась методика «стратегический квадрант-анализ», в которой в качестве осей использовались «декларируемая значимость» и «истинная значимость» (которая оценивалась как корреляция между принадлежностью фактора сайту и общей оценкой сайта). График делился на 4 квадранта: движущие силы, скрытые мотиваторы, переоцененные факторы и неважные факторы.

2.2.4 Методология изучения маршрутизации пациентов в государственном секторе здравоохранения на догоспитальном этапе

При изучении маршрутизации пациентов в государственном секторе здравоохранения на догоспитальном этапе исследовались:

* Доля пациентов, осматривавшихся психиатром
* Доля пациентов, которым было предложено лечение врачами соматических специальностей и врачами-психиатрами
* Доля пациентов, целенаправленно обратившихся за направлением на госпитализацию в Клинику неврозов
* Доля пациентов, которым выдано направление на госпитализацию без предложения лечения среди тех, кто целенаправленно обратился за направлением на госпитализацию в Клинику неврозов

**2.3 Результаты исследования**

2.3.1 Маршрутизация пациентов государственного сектора здравоохранения на догоспитальном этапе

При изучении маршрутизации на догоспитальном этапе пациентов, впоследствии госпитализированных в Клинику неврозов, был выявлен ряд характерных черт и сделаны предположения о возникающих в связи с этим рисках:

Лишь 25% пациентов на догоспитальном этапе осматривались психиатром, что может приводить к снижению качества лечения в амбулаторном звене и необходимость обращения для лечения в стационар, где доступна психиатрическая помощь.

Другим неожиданным явлением было выявление факта, что лечение было предложено лишь 72% пациентов, осмотренных соматическими врачами. Более того, среди пациентов, осмотренных психиатрами, доля тех, кому было предложено лечение, была еще ниже и составила 64%.

Была высока доля пациентов, которые целенаправленно обратились за получением направления на госпитализацию (46% пациентов, которые обратились к психиатру и 38% пациентов, обратившихся к врачам других специальностей). Среди целенаправленно обратившихся за направлением на госпитализацию к психиатру и врачам других специальностей соответственно 74% и 85% было выписано направление на госпитализацию без предложения им амбулаторного лечения. Данное явление можно расценивать как нарушение естественных этапов оказания медицинской помощи (в основе этого - невыполнение врачом его агентских функций), что является признаком неэффективного выбора.

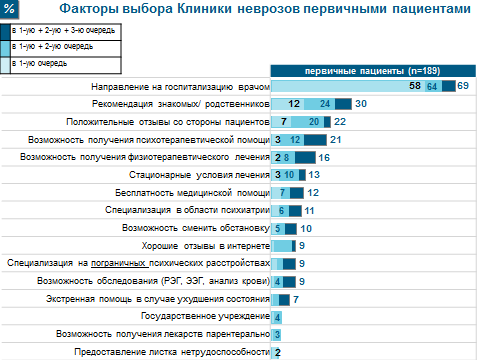
Лишь в 14% случаев при направлении на стационарное лечение пациентам предлагались альтернативные варианты стационаров, несмотря на их наличие. Таким образом, наблюдается искусственное ограничение потребительского выбора со стороны врачей, что является явным нарушением правоприменения статьи 21 Федерального Закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Более того, в случае необходимости повторного обращения за психиатрической помощью пациенты, не удовлетворенные лечением в Клинике неврозов в условиях отсутствия выбора медицинской организации могут отказаться от лечения.

Наконец, при выписке направления в 91% случаев врач ограничивался поверхностной информацией о Клинике Неврозов (а именно о том, что клиника специализируется на лечении пограничных психических расстройств). Это способствует сохранению асимметрии информации между врачом и пациентом, что снижает возможности для осуществления эффективного выбора поставщика услуг пациентом.

2.3.2. Факторы выбора Клиники неврозов первичными пациентами

Ведущим фактором выбора Клиники неврозов первичными пациентами является направление на госпитализацию врачом. Как наиболее важный фактор его оценивали 58% пациентов, как 2-ой по значимости – 6%, 3-ий по значимости – еще 5% пациентов. Это определяет важность агентской роли амбулаторного врача в формировании потребительского выбора пациентов (рис. 3.3.2).

**Рисунок 2.3.2**



Второстепенными, но в совокупности важными факторами выбора Клиники неврозов являются рекомендации знакомых и родственников, положительные отзывы со стороны пациентов, возможность получения психотерапевтической и физиотерапевтической помощи.

В соответствии с важностью фактора направления на госпитализацию врачом выборка первичных пациентов была разделена на 3 сегмента (рисунок 2.3.3):

Сегмент «направление» - пациенты, для которых направление на госпитализацию врачом являлось ведущим фактором обращения к врачу

Сегмент «mix» - пациенты, для которых значение направления на госпитализацию было на 2-ом или 3-м месте

Сегмент «самоход» - пациенты, для которых направление на госпитализацию не было ни одним из 3 наиболее значимых факторов.

Выделенные сегменты сравнивались между собой по доле пациентов, назвавших каждый из факторов как 1 из 3 наиболее важных. Статистический анализ проводился при помощи критерия хи-квадрат и критерия Фишера. Красным цветом обозначена подгруппа, в которой частота изучаемого фактора статистически значимо выше, чем в другой подгруппе (обозначенной синим цветом).

В сегменте «направление» 56% пациентов отмечали наличие направления на госпитализацию как единственный важный фактор. Остальные факторы имели незначительное значение при выборе стационара.

Пациенты из сегмента «самоход» при выборе Клиники неврозов обращали внимание в первую очередь на имидж Клиники неврозов (положительные отзывы пациентов больницы имели значение для 64% пациентов, рекомендации знакомых и родственников – для 38%, хорошие отзывы в интернете – для 20%), а также на лечебные возможности Клиники неврозов (специализация на психиатрической помощи – 25%, на помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами – 18%, возможность получения психотерапии – 39%). Необходимо отметить, что ориентация в качестве факторов выбора на лечебные возможности частично совпадает с факторами выбора частной амбулаторной психиатрической клиники, что является косвенным доказательством того, что данный сегмент потребителей необходимо рассматривать в рамках конкуренции, движимой потребителем, в отличие от сегмента «направление», пациентов из которого можно рассматривать с позиции конкуренции, движимой покупателем. Необходимо отметить, что часть этих факторов (рекомендация знакомых, методы лечения, узкая специализация) совпадают с факторами выбора первичными пациентами медицинской организации в частном секторе. Такое совпадение факторов выбора позволяет предположить, что у тех пациентов, которые осуществляют самостоятельный выбор медицинской организации, факторы выбора определяются не уровнем (амбулаторным/стационарным) оказания медицинской помощи и не сектором (частным/государственным) здравоохранения, а привычками потребления («consumption habits») и жизненным стилем («lifestile index»), одной из характеристик которых является активная собственная роль в лечении.

**Рисунок 2.3.3**



Наконец, в сегменте «направление» лишь 17% пациентов целенаправленно обратились к врачу с целью получения направления на госпитализацию в Клинику неврозов, тогда как в сегменте «самоход» ¾ пациентов обратились для получения направления на госпитализацию в Клинику неврозов». Как будет показано далее, в 82% случаев обращения за направлением на госпитализацию пациенты получали его без предложения пройти амбулаторное лечение. Это также указывает на то, что сегмент потребителей, для которых направление на госпитализацию не являлось фактором выбора медицинской организации, необходимо рассматривать в рамках модели конкуренции, движимой потребителем.

Сегмент потребителей со смешанной мотивацией («mix») по большинству характеристик был сопоставим с сегментом направление.

2.3.3. Факторы удовлетворенности повторных пациентов Клиники неврозов предыдущей госпитализацией и соответствие организации этим факторам

В группу движущих сил (факторов, обладающих высокой корреляцией с общей оценкой Клиники неврозов) попали работа лечащего врача и работа медицинских сестер, что согласуется с данными о ведущей роли такого показателя работы персонала как сфокусированность на нуждах пациента (R=0,7). Примечательно, эти 2 показателя (работа врача и медицинских сестер) характеризовались практически идентичными показателями декларируемой и истинной значимости (рис. 2.3.4).

В группу движущих сил (факторов, влияющих на общую удовлетворенность, но недостаточно осознаваемыми пациентами) попали достаточный объем и качество психотерапии и объем физиотерапевтического лечения. При этом объем и качество психотерапии характеризовался наибольшей корреляцией с общей удовлетворенностью среди всех исследуемых факторов. Это объясняется тем, что пациент в процессе психотерапии формирует тесные эмоциональные отношения с врачом, осуществляющим психотерапию.

В группу возможных стандартов рынка или переоцененных факторов (эта группа характеризуется высокой декларируемой значимостью и низкой корреляцией с общей удовлетворенностью) относятся объем консультаций соматических врачей и полнота функционального обследования. Умеренное значение доля пациентов, считающих, что эти характеристики точно или скорее соответствуют Клинике неврозов (74% и 81% соответственно) (рис. 2.3.4) позволяет рассматривать эти факторы как переоцененные.

**Рисунок 2.3.4**



Наконец, к неважным факторам относятся комфортность палат и уютность территории.

При изучении имиджевых оценок Клиники неврозов (рис. 2.3.5) было показано, что работой медицинских сестер удовлетворены подавляющее большинство потребителей (84%), тогда как работой лечащего врача удовлетворены только 71% пациентов. Это может быть связано, с одной стороны, с более высокими требованиями к работе врача по сравнению с работой медицинских сестер. С другой стороны, это требует повышения удовлетворенности работой врача, для чего необходимо провести исследование, направленное на изучение факторов удовлетворенности работой лечащего врача в психиатрическом стационаре.

Среди недооцененных факторов были уверены в принадлежности характеристики «достаточный объем и качество психотерапии» лишь 66% пациентов. Необходимо отметить, что именно этот показатель демонстрировал наиболее высокую корреляцию с общей удовлетворенностью лечением. Тем самым повышение удовлетворенности объемом и качеством психотерапии является ключевых фактором повышения удовлетворенности лечением. Объемом физиотерапевтического лечения были удовлетворены ¾ пациентов.

**Рисунок 2.3.5**

****

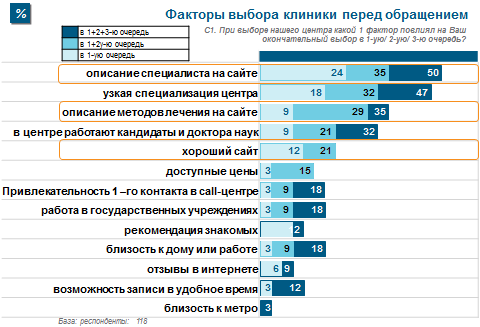
Наконец, полнотой функционального обследования и консультациями соматических врачей были удовлетворены 81% и 74% пациентов соответственно. Однако я рассматриваю эти факторы как переоцененные факторы, что позволяет относиться к ним как ко второстепенным.

Среди неважных факторов оценивали палаты как комфортные 45% потребителей, а считали, что у Клиники неврозов уютная территория, 82% потребителей.

2.3.4. Факторы выбора частной клиники первичными пациентами

В рамках конкуренции, движимой потребителем, пациенты самостоятельно выбирают медицинскую организацию для получения амбулаторных медицинских услуг. При этом наиболее значимым фактором выбора является описание на веб-сайте клиники конкретного врача, к которому решает обратиться пациент (рисунок 2.3.6).

**Рисунок 2.3.6**



Вторым по значимости фактором является специализация медицинской организации на проблемах, по поводу которых обращается пациент. Необходимо отметить, что особенностью маркетинговой стратегии ООО «Биофарм», на базе которого проводилось исследование, является дифференциация от конкурентов путем создания имиджа экспертов в лечении заболеваний, что достигается созданием отдельного веб-сайта для каждого заболевания или узкой группы заболеваний.

Другим важным фактором выбора является описание методов лечения на сайте. Так описания методов лечения на сайтах ООО «Биофарм» включает не только подробное описание действий, выполняемых в процессе работы, но и ориентировочная продолжительность курса лечения, что позволяет потребителям прогнозировать стоимость лечения.

Следующим по значимости фактором выбора является работа в медицинском центре кандидатов и докторов наук. Данная информация вынесена на «шапку» веб-сайтов ООО «Биофарм»: неофициальное название клиники – «Центр психотерапии профессора Малыгина».

Следующим по значимости фактором выбора является работа в медицинском центре кандидатов и докторов наук. Данная информация вынесена на «шапку» веб-сайтов ООО «Биофарм»: неофициальное название клиники – «Центр психотерапии профессора Малыгина».

Еще одним значимым фактором выбора клиники является общее впечатление, которое создает сайт клиники.

Таким образом, 3 из 5 ведущих факторов выбора связаны с веб-сайтом медицинской клиники, что определяет важность изучения факторов оценки сайта медицинской организации.

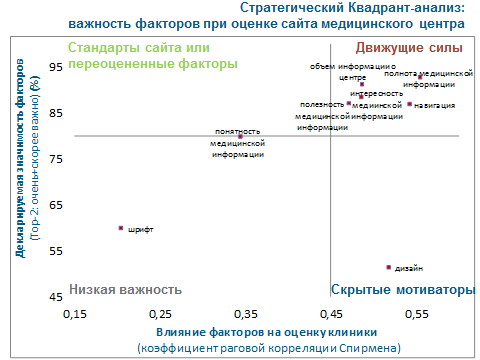
Также необходимо констатировать, что факторы выбора первичными пациентами медицинской организации в частном секторе рынка психиатрических услуг существенно отличаются от факторов выбора первичными пациентами медицинской организации в государственном секторе здравоохранения. Отчасти это может быть объяснено разными «привычками потребления», отчасти различиями между амбулаторным и стационарным уровнями оказания медицинской помощи.

2.3.5. Факторы оценки сайта частной клиники пациентами и соответствие сайта этим факторам

Для изучения факторов оценки сайта частной клиники использовалась методика стратегический квадрант-анализ. При проведении анализа использовались показатели, которые могут быть представлены в порядковом виде (рисунок 2.3.7).

В группу движущих сил попали факторы, характеризующие медицинский контент (объем, интересность, полезность информация о медицинской проблеме), информация о центре (о его врачах и лечебных программах), а также удобство навигации (поиска информации на сайте) – последняя характеристика отражает возможность экономии времени потребителя, необходимого для принятия решения.

**Рисунок 2.3.7**



В группу скрытых мотиваторов вошел дизайн (визуальное оформление) сайта медицинской клиники. Необходимо отметить, что лишь 55% респондентов считали этот фактор важным, тогда как корреляция с общей оценкой сайта составляла 0,52, уступая лишь объему информации о медицинских проблемах и удобству навигации. Это идет в разрез с распространенным среди веб-дизайнеров мнением о приоритете контента над дизайном. В то же время не исключено, что важность дизайна веб-сайта является специфической чертой сегмента психиатрических услуг, т.к. пациенты, страдающие пограничными психическими расстройствами, испытывают выраженный эмоциональный дискомфорт и повышенную потребность в сопереживании.

В группу стандартов работы сайта или переоцененных факторов вошла только понятность медицинской информации. Я оцениваю этот фактор как стандарт работы сайта, т.к. 94% респондентов отметили, что этот показатель соответствует сайту клиники. Также необходимо отметить, что при создании сайтов клиники материалы прочитывались людьми, не имеющими медицинского образования с целью выявления и дальнейшей переработки фрагментов текста, написанных профессиональным медицинским языком.

Наконец, наличие удобного для чтения шрифта является неважным фактором.

**Рисунок 2.3.8**



Сайт медицинского центра соответствовал большей части факторов, попавших в группу движущих сил, по мнению 80 и более % респондентов (рис. 2.3.8). Исключение составил показатель «достаточный объем информации о центре (о его специалистах и программах лечения) – лишь 76% респондентов отметили, что сайт соответствовал этому показателю. С учетом того, что описание специалиста и методов лечения занимают соответственно 1 и 3 место в списке факторов выбора медицинской организации первичными пациентами, необходимо расширение объема этой информации на сайте.

Оценивали дизайн как привлекательный 78% респондентов. Вместе с тем представляется заведомо невозможным создание дизайна, который удовлетворил бы вкусам всех потребителей. Для оценки этого показателя необходимо его сравнение с удовлетворенностью дизайном других сайтов схожей тематики (bench-marking).

Подавляющее большинство респондентов (94%) ответили, что язык, которым написана медицинская информация, доступен для понимания обывателем (человеком без медицинского образования), что позволяет рассматривать этот фактор как стандарт работы сайта.

Также подавляющее большинство респондентов (93%) считают, что сайт написан удобным для чтения шрифтом.

**2.4 Рекомендации**

2.4.1 Пути оптимизации системы здравоохранения с целью повышения эффективности потребительского выбора как для потребителей, так и для системы здравоохранения

Мной были систематизированы явления, характеризующие потребительский выбор на догоспитальном этапе, выдвинуты предположения об их причинах и предложены возможные пути решения (табл. 2.4.1).

Обоснование вероятных причин, а также возможных путей решения, основано на личном опыте работы автора в системе здравоохранения и для подтверждения выдвинутых гипотез необходимо проведение дополнительных исследований, выходящих за рамки настоящей работы.

Вероятно, причина низкой доли пациентов, которые были осмотрены на амбулаторном этапе врачами-психиатрами, является комплексной и включает как низкую доступность психиатрической помощи, так и низкую информированность врачей об имеющихся возможностях амбулаторного лечения (такие возможности есть, в частности в психотерапевтической поликлинике № 223 Департамента Здравоохранения г. Москвы). Таким образом, необходимо повышение информированности врачей об имеющихся возможностях амбулаторного лечения пограничных психических расстройства. Вместе с тем необходимо повышение доступности амбулаторной психиатрической помощи в том числе за счет расширение потребительского выбора за счет частной амбулаторной психиатрической помощи.

Нарушение этапов оказания помощи, которое является признаком неэффективного выбора, вероятно, также носит комплексный характер и с одной стороны является вынужденной мерой в условиях низкой доступности психиатрической помощи в комплексе с низкой информированностью врачей об имеющихся возможностях лечения. С другой стороны, нарушение этапов оказания помощи может быть следствием пассивной роли врача при оказании помощи и желанием избавиться от «непрофильного пациента» за счет отработанных механизмов, а также нежеланием переубеждать пациента, нацеленного на госпитализацию в Клинику неврозов (такое переубеждение подразумевает под собой принятие дополнительной ответственности, часто без имеющихся инструментов для альтернативного решения проблемы). Для перемещения пациентопотока в амбулаторное звено представляется неизбежным введение в функционал врача функции gate-keeping, однако введение этой меры возможно лишь при расширении потребительского выбора за счет амбулаторной сети.

Отсутствие альтернативного предложения стационаров со стороны врачей несмотря на наличие таких стационаров может быть связано как с низкой информированностью врачей о таких возможностях, так и с их неготовностью принимать на себя агентские функции в силу того, что пациент не является прикрепленным к ним, у них отсутствуют прочные связи с пациентом, что ограничивает заинтересованность в его выздоровлении. Одним из возможных путей решения является введение института семейного врача.

Табл. 2.4.1 **Особенности маршрутизации пациентов на догоспитальном этапе и создаваемые ими риски**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Особенности** | **Вероятные причины** | **Возможные пути решения** |
| Низкая частота осмотра амбулаторным психиатром | недоступность амбулаторной помощи | Повышение доступности амбулаторной помощи (психиатрами, неврологами), в т.ч. за счет частного сектора |
| неинформированность врачей о возможностях амбулаторной помощи | информирование врачей |
| Нарушение этапов оказания помощи | Пассивная роль врача | Функция gate-keeping на врача |
| Низкая доступность амбулаторной помощи и неинформированность врачей | Повышение доступности амбулаторной помощи и информированности врачей |
| Отсутствие альтернативного предложения стационаров | Неинформированность врача | информирование врачей о других стационарах |
| Невыполнение агентских функций | Введение института семейного врача |
| Поверхностная информация о Клинике неврозов | Неготовность врачей к партнерским отношениям | Введение института семейного врача, изменение характера отношений с пациентами |
| Отсутствие у врача времени и информации | Печатные брошюры для пациентов, информация в интернет |

Наконец, выдача врачами лишь поверхностной информации о Клинике неврозов может быть связана с их неготовностью к партнерским отношениям с пациентом, сохранением патерналистской модели отношений в системе врач-больной. В то же время продемонстрированное по результатам данного исследования выделение среди первичных пациентов 2 сегментов: 1)ориентирующихся на мнение врача как на ключевой, а часто и единственный фактор 2)ориентирующихся на широкий набор факторов, в частности, разные источники информации, а также на возможности лечения, предоставляемые в медицинской организации – такое выделение предполагает разделение этих 2 сегментов по предпочтительной модели отношений с врачом: для 1-ого описанного мной сегмента, вероятно, комфортна патерналистская модель, тогда как для 2-ого – модель сотрудничества.

2.4.2 Выбор пациентами медицинской организации в государственном секторе здравоохранения

Для повышения конкурентоспособности стационарного учреждения в государственном секторе здравоохранения необходимо привлечение как первичных, так и повторных пациентов. К этим двум категориям потребителей необходим дифференцированный подход.

Первичных пациентов также можно подразделить на 2 подгруппы по методам привлечения:

1. ориентирующихся в первую очередь на мнение врача (в рамках модели конкуренции, движимой покупателем). Для привлечения этой подгруппы пациентов необходима маршрутизация пациентов из амбулаторного звена врачами, работающими в поликлиниках. Маршрутизации вероятно, будет способствовать:

* мотивация администрации поликлиник на стимулирование подконтрольных им врачей на направление пациентов в конкретный стационар
* выдача врачам поликлиник готовых форм направления в стационар
* с учетом того, что не наличие направления не всегда является ведущим фактором выбора медицинской организации необходимо информирование пациентов через амбулаторных врачей или в форме листовок о преимуществах лечения в конкретном стационаре (в первую очередь, на возможность получения психотерапевтической помощи и физиотерапии в случае наличия таких форм лечения), с указанием контактных данных стационара и необходимой для госпитализации документации

1. ориентирующихся в первую очередь на мнение знакомых, отзывы пациентов и другие факторы (наиболее важные из которых – возможность получения психотерапевтического и физиотерапевтического лечения). Основой выдачи рекомендаций и дачи положительных отзывов о медицинской организации является создание положительного имиджа медицинской организации – как среди потребителей ее услуг, так и в других источниках информации (в частности, в интернете, проникновение которого продолжает расти, наиболее быстро в мегаполисах):

* повышение удовлетворенности медицинской помощью требует длительной планомерной работы, успешности которой будет способствовать учет выявленных в исследовании факторов удовлетворенности повторных пациентов
* создание положительного имиджа в интернете складывается из нескольких компонентов: стимулирование удовлетворенных услугами пациентов оставлять отзывы на профильных форумах и блогах, на сайте больницы; оставление положительных отзывов специально обученными сотрудниками медицинской организации или сотрудниками специализирующихся на таких услугах компаний

Для привлечения повторных пациентов необходимо:

1. повышение удовлетворенности пациентов работой медицинским персоналом, в первую очередь врачами, требования к которым, вероятно, выше, чем к остальному медицинскому персоналу. Для этого необходимо выявление в рамках маркетингового исследования факторов, влияющих на удовлетворенность работой врача
2. особое значение имеет повышение удовлетворенности объемом и качеством психотерапевтической помощи. Эта помощь может оказываться как лечащим врачом, так и специальным персоналом, в т.ч. клиническими психологами. Одновременно с этим с учетом недостаточного осознания значения психотерапии необходимо проводить информирование находящихся на лечении пациентов о важности и преимуществах психотерапевтического лечения
3. также необходимо по возможности повысить долю пациентов, получающих физиотерапевтическое лечение и увеличить его объемы в расчете на 1 пациента. Данную меру также необходимо проводить одновременно с разъяснением пациентом значения физиопроцедур.
4. Необходимо, по возможности, поддержать объемы консультаций соматических врачей и проводимой функциональной диагностики
5. Вопреки распространенному мнению, уютность палат в сравнении с перечисленными выше факторами неважной характеристикой, в связи с чем низкий уровень удовлетворенности палатами будет незначительно влиять на уровень удовлетворенности лечением

2.4.3 Выбор первичными пациентами медицинской организации в частном секторе здравоохранения

Для привлечения первичных пациентов в частную медицинскую клинику, оказывающую услуги по лечению пограничных психических расстройств, необходимо формировать ее имидж в соответствии со следующими принципами:

1. Подробное информирование потребителей о специалистах и методах лечения – прежде всего на сайте клиники, а также путем обучения этим навыкам специалистов call-центра. С целью улучшения описания специалистов и методов лечения необходимо проведение маркетингового исследования путем оценки пациентами текущих описаний по следующим параметрам:

* Недостающая информация
* Лишняя информация
* Непонятная информация

1. Поддержание имиджа узкоспециализированного медицинского центра, что является хорошим способом дифференцирования с учетом роста конкуренции в изучаемом сегменте медицинских услуг. Выполнение этой меры возможно путем создания сайтов, посвященных узким медицинским направлениям
2. Привлечение на работу врачей, обладающих ученой степенью, и информирование об этом потребителей
3. Повышение общей оценки сайтов медицинской клиники за счет:

* Отражения медицинского контента
* Поддержания удобства навигации (поиска информации), что легко выполнимо на сайте, посвященном узким медицинским направлениями
* Создание привлекательного дизайна (визуального оформления сайтов) с оценкой промежуточных и текущих вариантов дизайна пациентами клиники в рамках маркетингового исследования

**Заключение**

Таким образом, пограничные психические расстройства характеризуются высокой заболеваемостью (R.C. Kessler, M. Angermeyer, J.C. Anthony, 2007), высокими экономическими потерями (M. Leonardi, 2003; J. Olesen, A. Gustavsson, M. Svensson, 2011), что в сочетании с низкой обращаемостью за медицинской помощью (C. Farmer, P. Farrand, H. O’Mahen, 2012), одной из причин которой является низка доступность психиатрической помощи, указывает на актуальность проблемы потребительского выбора этой категорией больных.

Проблема потребительского выбора является многоаспектной: она ее компонентами являются потребность в выборе, рост которой наблюдается в настоящее время (R.J. Blendon, M. Brodie, J.M. Benson, 1998), возможность осуществления выбора, которая реазлизуетс путем выполнения врачом агентских функций (T. McGuire, 2000).

Выделены различные факторы выбора медицинского учреждения первичными пациентами (F. Akinici, A.E. Esatoglu, D. Tengilimoglu, A. Parsons, 2004), а среди пациентов, обращающихся в медицинскую организацию повторно, важная роль принадлежит удовлетворенности медицинскими услугами (K. Jung, R. Feldmanb, D. Scanlona, 2011). Изучены факторы удовлетворенности медицинскими услугами среди повторных пациентов (L. Goldstein, M.B. Farquhar, C. Crofton, S. Garfinkel, 2005), однако значимость этих факторов различна по результатам разных исследований и зависит от сегмента рынка медицинских услуг (S.S. Liu, A.J. Dubinsky, 2000). Есть отдельные исследования факторов удовлетворенности психиатрической помощью (S.V. Eisen, J.A. Shaul, B. Clarridge и соавт., 1999) и в России (И.М. Шейман, С.В. Шишкин, 2012).

В то же время нет единого мнения о результативности потребительского выбора - в существуют две противоположные точки зрения: 1)Выбор - двигатель конкуренции, которая всегда продуктивна (Porter, 2004). 2)Выбор не приводит к повышению полезности из-за неспособности потребителей оценивать результаты работы врача (A. Enthoven, L. Tollen, 2005). И.М. Шейманом и С.В. Шишкиным (2012) выделено понятие «неэффективного выбора» - выбора, не приводящего к росту индивидуальной полезности и общественного благосостояния), выделены условия, при которых он возникает.

Необходимо подчеркнуть выраженные различия между государственным и частным секторами здравоохранения, что делает невозможным сравнительных характер исследования, в силу чего работа носит описательный характер.

В настоящем исследовании изучены факторы выбора государственной медицинской организации первичными пациентами; факторы удовлетворенности лечением повторными пациентами и соответствие учреждения этим факторам; факторы выбора частной медицинской организации первичными пациентами; факторы оценки сайта частной медицинской клиники первичными пациентами и соответствие сайта этим факторам.

Отдельная часть работы посвящена маршрутизации пациентов в государственном секторе здравоохранения на догоспитальном этапе.

Подводя итог проведенной работе можно сформулировать следующие выводы:

1. Маршрутизация пациентов на догоспитальном этапе характеризуется рядом особенностей:

* Лишь 25% пациентов осматриваются врачом-психиатром, что может привести к снижению качества лечения
* Половина пациентов целенаправленно обращаются за направлением на госпитализацию и подавляющему большинству из них выписывается направление без предложения амбулаторной помощи - это отражает нарушение естественных этапов оказания медицинской помощи и указывает на неэффективный потребительский выбор для системы здравоохранения
* отсутствие альтернативного выбора стационарных лечебных учреждений, несмотря на их наличие, что создает риск отказа от лечения повторных пациентов, неудовлетворенных лечением в Клинике Неврозов
* сохранение информационной асимметрии между врачом и пациентом при предоставлении информации о стационарном учреждении, в которое направляется пациент

1. В государственном секторе здравоохранения первичные пациенты, обращающиеся за стационарной помощью, представляют собой гетерогенную группу, различающиеся по структуре факторов выбора медицинской организации и типу конкуренции:
   1. Среди пациентов, для которых направление на госпитализацию является ведущим фактором выбора, половина ориентируется на этот фактор как на единственный. Эти пациенты редко целенаправленно обращаются за направлением на госпитализацию. В комплексе это позволяет рассматривать эту группу пациентов в рамках конкуренции, движимой покупателем.
   2. Пациенты, не руководствующиеся направлением на госпитализацию, ориентируются на рекомендации знакомых и отзывы пациентов, узкую специализацию медицинской организации и методы лечения, что частично совпадает с факторами выбора частной амбулаторной психиатрической клиники. Эта подгруппа пациентов склонна к целенаправленному обращению за направлением на госпитализацию. В комплексе это позволяет рассматривать эту группу пациентов с позиций конкуренции, движимой потребителем.
2. Среди повторных пациентов медицинской организации в государственном секторе здравоохранения ключевыми факторами удовлетворенности предыдущей госпитализации являются работа медицинского персонала, объем и качество психотерапии и объем физиотерапевтического лечения
3. В частном секторе здравоохранения первичные пациенты при выборе медицинской организации в первую очередь ориентируются на описание специалиста и методов лечения на сайте, общее впечатление от сайта, узкую специализацию клиники и работу с ней сотрудников, обладающих учеными степенями
4. При оценке сайта частной медицинской клиники пациенты в первую очередь ориентируются на медицинское содержание сайта и описание врачей и методов лечения, применяемых в клинике. Также имеют значение удобство навигации и дизайн сайта

**Список литературы**

1. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д. метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре Методические рекомендации Санкт-Петербург, 2007
2. Шейман И.М., Шишкин С.В. Расширение потребительского выбора в здравоохранении: теория, практика, перспективы/ Под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишкина, 2012 – 262 с.
3. Ackerman M.J., Hilsenroth M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. Clinical Psychology
4. Adams E.K., Houchens R., Wright G.E., Robbins J. Predicting hospital choice for rural Medicare beneficiaries: the role of severity of illness. Health Serv Res. 1991 Dec;26(5):583-612.
5. Akinici F., Esatoglu A.E., Tengilimoglu D., Parsons A. (2004). Hospital choice factors: A case study in Turkey, *Health Marketing Quarterly*, 22 (1), 3-19.
6. Al-Doghaither A.H., Abdelrhman B.M., Saeed A.A., Magzoub M.E. Factors influencing patient choice of hospitals in Riyadh, Saudi Arabia The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health 2003 123: 105
7. Belloch A., Del Valle G., Morillo C., Carrió C., Cabedo E. To seek advice or not to seek advice about the problem: the help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2009. 44(4): p. 257-64.
8. Berkowitz E.N., Flexmer W.A. (1981). The market for health care services: Is there a non-traditional consumer? *Journal of Health Care Marketing*, 1, 25-34.
9. Besik T. (1995). Kad n do um uzman doktorlar n seçiminde etkili olan faktörlerin incelenmesi. stanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yay nlanmam Yüksek Lisans Tezi, Istanbul (in Turkish).
10. Blendon R.J., Brodie M., Benson J.M., Altman D.E., Levitt L., Hoff T., Hugick L. (1998). Understanding the managed care backlash. Health Affairs, 14, 80-94.
11. Boscarnio J., Stebier S.R. (1982). Hospital shopping and consumer choice. *Journal of Health Care Marketing*, 2, 23-25.
12. Bronstein J.M., Morrisey M.A. Bypassing rural hospitals for obstetrics care. J Health Polit Policy Law. 1991 Spring;16(1):87-118.
13. Carscaddon. D. M., Marlin, G., and Wells, G. (1990), Rural community mental health satisfaction and psychiatric symptoms. Community Mental Health Journal 26 (4) 309-318.
14. Chang K. (1997), ‘‘Dimensions and Indicators of Patients’ Perceived Nursing Care Quality in the Hospital Setting,’’ Journal of Nursing Care Quality, 11(6), 26-38.
15. Charles C., Gauld M., Chambers L., O’Brien B., Haynes R.B., Labelle R. (1994). How was your hospital stay? Patients’ reports about their care in Canadian Hospitals, *Canadian Medical Association Journal*, 150 (11), 1813-1822.
16. Cohen M.A., Lee H.L. The determinants of spatial distribution of hospital utilization in a region. Med Care. 1985 Jan;23(1):27-38.
17. Daloglu G. (1991). Özel hastaneyi kullananlar n tercih nedenleri ve seçilen hastal k gruplar ndaki ortalama yat süresi. Hacettepe Üniversitesi Sa l k Bilimleri Enstitüsü Yay nlanmam Yüksek Lisans Tezi, Ankara (in Turkish).
18. Donabedian A. (1988), “Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means”, Inquiry, Vol. 25 No. 2, pp. 173-92.
19. Drain M. (2001), “Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions”, Journal of Ambulatory Care Management, Vol. 14 No. 2, pp. 30-46.
20. Dranove D., White W.D., Wu L. “An analysis of admission patterns in local hospital markets” Paper presented in Boston University/ Harvard seminar series, 1988
21. Eells G.T., Fuqua D.R., Boswell D.L. (1999). Factors in clients’ selections of mental health providers. Psychological Reports, 85, 249–254
22. Eisen S.V., Shaul J.A., Clarridge B., Nelson D., Spink J., Cleary P.D., Development of a Consumer Survey for Behavioral Health Services PSYCHIATRIC SERVICES © June 1999 Vol. 50 No. 6 pp 793-798
23. Eisen S.V., Wilcox M., Idiculla T., Speredelozzi A., Dickey B. 2002. ‘‘Assessing Consumer Perceptions of Inpatient Psychiatric Treatment: The Perceptions of Care Survey.’’ Joint Commission Journal on Quality Improvement 28: 510–26.
24. Enthoven A., Tollen L., Competition in health care: it takes system to pursue quality and efficiency// Health affairs, 2005
25. Farmer C., Farrand P., O’Mahen H. I am not a depressed person': how identity conflict affects help-seeking rates for major depressive disorder. // BMC Psychiatry. – 2012 – №12 – P.164 – 174.
26. Friedman-Daugherty L.R. (1998). What do borderlines say they want from their therapists? Dissertation Abstracts International, 59, 4B.
27. Gabott M., Hogg G. (1994), “Uninformed choice”, Journal of Health Care Marketing, Vol. 14 No. 3, pp. 28-34.
28. Garnick D.W., Luft H.S., Robinson J.C., Tetreault J. Appropriate measures of hospital market areas. Health Serv. Res. 1987 Apr;22(1):69-89.
29. Goldstein L., Farquhar M.B., Crofton C., Garfinkel S., Darby C. 2005. ‘‘Why Another Patient Survey of Hospital Care.’’ Health Services Research DOI:10.1111/ j.1475-6773.2005.00477.x.
30. Gooding S. K. (1995). Quality, Sacrifice and Value in Hospital Choice. Journal of Health Care Marketing, 8, 24-31.
31. Gooding S.K. (1996) The Effect of Consumer Perceptions of Quality and Sacrifice on Hospital Choice, Journal of Hospital Marketing, 11:1, 81-94
32. Green A.C., Hunt C., Stain H.J. The delay between symptom onset and seeking professional treatment for anxiety and depressive disorders in a rural Australian sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. - 2012 – Vol.47, №9, - P.1475-1487.
33. Gulliver A., Griffiths K.M., Christensen H. Barriers and facilitators to mental health help-seeking for young elite athletes: a qualitative study. BMC Psychiatry. 2012 Sep 26;12:157.
34. Harris J. (1997), ‘‘Patients Indicate High Satisfaction with Hospital Care’’ Arkansas Business, 14, 20.
35. Heischmidt K.A., Heischmidt C.E. (1991). Hospital choice criteria: An empirical evaluation of active hospital clients. *J Hosp Mark*, 5, 5-16.
36. Heischmidt K.A., Hekmat F, Gordon P. (1994) A Multivariate Analysis of Choice Criteria for Hospitals, Journal of Hospital Marketing, 8:1, 41-54
37. Heischmidt K.A., Hekmat F., Gordon P. (1993). A multivariate analysis of choice criteria for hospitals. *J Hosp Mark*, 8, 41-54.
38. Holden D., Lewine R. (1982), How families evaluate mental health professionals, resources, and effects of illness. Schizophrenia Bulletin 8 626-633.
39. Hsaio W.C. Abnormal economics in the health sector// Health Policy, 1995, Vol. 32, P. 125-139
40. Javalgi R.G., Rao S.R., Thomas E.G. (1991), ‘‘Choosing a Hospital: Analysis of Consumer Tradeoffs’’ Journal of Health Care Marketing, 11, 1 (March), 12-22.
41. John J. (1992). Patient Satisfaction: The Impact of past Experience. Journal of Health Care Marketing, 9, 56-64.
42. Ju J.J., Thomas K.R. (1987), The accuracy of counselor perceptions of client work values and client satisfaction. Rehabilitation Counseling Bulletin 30 (3) 157-166.
43. Jung K., Feldmanb R, Scanlona D Where would you go for your next hospitalization?Journal of Health Economics 30 (2011) 832– 841
44. Karafakioglu M. (1998). Sa l k hizmetleri pazarlamas , Istanbul niversitesi I letme Fakültesi Yay n No: 271, Istanbul (in Turkish).
45. Kessler R.C., Angermeyer M., Anthony J.C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization’s World Mental Health Survey Initiative World Psychiatry 2007 6:3
46. Kokotovic A.M., Tracy T.J. (1987), Premature termination a1 a university counseling center. Journal of Counseling Psychology 31 (I) 80-82.
47. Landsberg G. (1973). Consumers appraise storefront mental health services. Evaluation 1 66-68.
48. Lane P.M., Lindquist J.D. (1994). Hospital choice: A summary of the key empirical and hypothetical findings of the 1980s. In P. Cooper (Ed.), *Health care marketing*, third edition, Maryland: Apsen Publishers, Inc.
49. Lane P.M., Lindquist J.D. (1988), ‘‘Hospital Choice: A Summary of the Key Empirical and Hypothetical Findings of the 1980s,’’ Journal of Health Care Marketing, 8, 4 (December), 5-20.
50. Leister J., Stausberg J. (2007) Why Do Patients Select a Hospital?, Journal of Hospital Marketing & Public Relations, 17:2, 13-31
51. Leonardi M. (2003). WHO’s work to measure functioning, disability and health and the Global Burden of Diseases Study. J of Headache and Pain 4(S1):S12–S18.
52. Lipscomb T.J., Shelley K., Root T Selection Criteria for Choosing Mental Health Service Providers: A Pilot Study, Health Marketing Quarterly, 2010 - 27:4, 321-333
53. Liu S.S., Dubinsky A.J. (2000): Consumers' Perceptions of Health Care, Health Marketing Quarterly, 17:4, 1-20
54. McGlone T.A., Butler E.S., McGlone V.L. (2002) Factors Influencing Consumers' Selection of a Primary Care Physician, Health Marketing Quarterly, 19:3, 21-37
55. McGuire T., Physician Agency// Handbook of Health Economics. Vol. 1? ed. by A.Cutler, J. Newhouse. Elsevier Science, 2000. P. 461-536
56. Meadow H.L., Rahtz D.R., Spotts H.E. (1998) Medical Outshopping Intent, Journal of Hospital Marketing, 12:2, 53-68
57. Morrison M., Murphy T., Nalder C. et al.(2003), “Consumer preferences for general practitioner services”, Health Marketing Quarterly, Vol. 20 No. 3, pp. 3-19.
58. Olesen J., Gustavssonb A., Svensson M., Wittchen H.-U., Jonsson B. European Journal of Neurology 2011 19, 155–162
59. Peyrot M., Cooper P., Schnapf D. (1993), “Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services”, Journal of Health Care Marketing, Vol. 13 No. 1, pp. 24-33.
60. Ramsaran-Fowdar R.R., (2008),"The relative importance of service dimensions in a healthcare setting", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 21 Iss: 1 pp. 104 - 124
61. Reidenbach R., Sandifer-Smallwood B. (1990), “Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach”, Journal of Health Care Marketing, Vol. 10 No. 12, pp. 47-55.
62. Rogers G., and Smith D.P. 1999. ‘‘Reporting Comparative Results from Hospital Patient Surveys.’’ International Journal for Quality in Health Care 11: 251–9.
63. Rohrer J.E., Hilsenrath P. (1999): Client Satisfaction with Substance Abuse Treatment, Health Marketing Quarterly, 17:2, 31-42
64. Sale D.T. (2000), Quality Assurance: A Pathway to Excellence, Macmillan Press, Basingstoke.
65. Shelton P. (2000), Measuring and Improving Patient Satisfaction, Aspen Publishers, Gaithersberg, MD. Measuring the three process segments
66. Shi L., Singh, D. (2001), Delivering Health Care in America: A Systems Approach, Aspen Publishers Inc., Gaithersburg, MD.
67. Sloane G., Tidwell P., Horsfield M. (1999). Identification of the decision maker for a patient’s hospital choice: Who decides which hospital? *J Hosp Mark*, 13, 57-77.
68. Smith P., Market in Health: Esential Areas// Health Markets in Europe Conference. Kranjka Gora, Slovenia. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO, 2009. June 16-17
69. Smith S.M., Clark M. (1994). Hospital image and the positioning of services centers: An application in market analysis and strategy development. In P. Cooper (Ed.), Health Care Marketing, third edition, Maryland: Aspen Publishers, Inc.
70. Tengilimoglu D., Yesiltas M., Kisa A., Dziegielewski S.F. (2007) The Role of Public Relations Activities in Hospital Choice, Health Marketing Quarterly, 24:3-4, 19-31
71. Tengilimoglu D. (2001). Saglik Kuruluslarinda Halkla liskiler (Paublic Relations in Health Institutions), Gazi Kitabevi, Ankara.
72. Vonberg R.-P., Sander C., Gastmeier P. et al. (2008) Care–Acquired Infections: A German Survey on Factors Considered Important in the Choice of a Hospital American Journal of Medical Quality, Vol. 23, No. 1, Jan/Feb 2008
73. Walbridge S., Delene L. et al. (1993), “Measuring physician attitudes of service quality”, Journal of Health Care Marketing, 1993, Vol. 13 No. 1, pp. 6-16.
74. Ware J., Davies-Avery A., Stewart S. (1978), “The measurement of meaning of patient satisfaction”, Health and Medical Care Services Review, Vol. 1 No. 1, pp. 2-15.
75. Wolfe S. (1999), ‘‘Quality vs. Cost,’’ RN, 62(1), 28-33.
76. Wolinsky F.D., Kurz R.S. (1984). How the public chooses and views hospitals. Hospital and Health Services Administration, 29, 58-67.
77. Zeithaml V.A. (1988), “Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model and synthesis of evidence”, Journal of Marketing, Vol. 52, July, pp. 2-22.
78. Zeithaml V.A., Bitner M.J. (2000), Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm, 2nd ed., McGraw-Hill, New York, NY. Importance of Service dimensions

**Приложения**

**Приложение 1.** **Опросник факторов выбора медицинской организации с государственном секторе здравоохранения**

**При выборе Клиники Неврозов какой 1 фактор повлиял на Ваш окончательный выбор в 1-ую очередь/ во 2-3ю очередь/ в 3-ю очередь?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3-ю |
| Рекомендация/ направление на госпитализацию со стороны врача, который Вас лечил/ консультировал до госпитализации в больницу | 1 | 1 | 1 |
| Положительные отзывы о больнице со стороны других пациентов | 2 | 2 | 2 |
| Хорошие отзывы в интернете | 3 | 3 | 3 |
| Рекомендация знакомых/ родственников | 4 | 4 | 4 |
| Бесплатность медицинской помощи | 5 | 5 | 5 |
| Больница специализируется на оказании помощи в области психиатрии | 6 | 6 | 6 |
| Возможность получения психотерапевтической помощи | 7 | 7 | 7 |
| Больница специализируется на оказании помощи больным с пограничными психическими расстройствами | 8 | 8 | 8 |
| Стационарные условия лечения | 9 | 9 | 9 |
| Возможность получения других видов лечения (массаж, бассейн) | 10 | 10 | 10 |
| Возможность оказания экстренной медицинской помощи в случае ухудшения состояния | 11 | 11 | 11 |
| Возможность получения лекарств парентерально | 12 | 12 | 12 |
| Возможность обследования (ЭЭГ, РЭГ, анализ крови, …) | 13 | 13 | 13 |
| То, что больница является государственным учреждением | 14 | 14 | 14 |
| Предоставление листка нетрудоспособности | 15 | 15 | 15 |
| Возможность сменить обстановку | 16 | 16 | 16 |
| Другое (укажите, что именно?) | 98 | 98 | 98 |

**Приложение 2**

**Опросник факторов удовлетворенности предыдущей госпитализацией повторными пациентами государственной медицинской организации**

Все Ваши ответы будут использоваться в обобщенном виде после статистической обработки данных.

Нам очень важно знать Ваше мнение. Пожалуйста, заполните анкету самостоятельно (без помощи других пациентов).

Если Вам сложно ответить на вопрос выберите, пожалуйста, вариант «затрудняюсь ответить»

С1. Оцените, пожалуйста, насколько каждая из этих характеристик важна для Вас при выборе больницы для прохождения лечения от Вашего заболевания? Оцените важность каждой характеристики, пользуясь шкалой от 1 до 5, где 1 – совсем не важно, а 5 – очень важно. Обведите подходящий ответ.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Совсем не важно | Скорее не важно | Отчасти важно, отчасти нет | Скорее важно | Очень важно | **3атрудняюсь ответить** |
| Хорошая работа врача | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Хорошая работа медицинских сестер | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Возможность получения качественной психотерапевтической помощи в достаточном объеме | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Возможность тщательного обследования (ЭЭГ, РЭГ) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| консультации врачей других специальностей в достаточном объеме | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Комфортные условия пребывания | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Уютная территория | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |

C2. В целом как бы Вы оценили больницу по совокупности показателей (местоположение, качество помощи, территория, отзывы пациентов и т.д.) на основании той информации, которая Вам известна? Оцените, пожалуйста, по 10-балльной шкале, где 1- очень плохо, 10 - очень хорошо. Вы можете поставить любую оценку от 1 до 10. Пожалуйста, не завышайте оценку.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
|  | **Очень плохо** | |  |  |  |  |  |  | **Очень хорошо** | |

Оцените, пожалуйста, насколько каждая из этих характеристик соответствует этой больнице? Оцените степень соответствия, пользуясь шкалой от 1 до 5, где 1 – совсем не соответствует, а 5 – точно соответствует.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | совсем не соответствует | Скорее не соответствует | Отчасти соответствует, отчасти нет | Скорее соответствует | Точно соответствует | **затрудняюсь ответить** |
| Хорошая работа врача | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Хорошая работа мед. сестер | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| качественная психотерапевтическая помощь в достаточном объеме | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Достаточный объем других видов лечения (массаж, бассейн и т.д.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Тщательность обследования (ЭЭГ, РЭГ, анализ крови, …) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Достаточный объем консультаций врачей других специальностей | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Комфортные условия пребывания | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Уютная территория | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |

**Приложение 3**

**Опросник факторов выбора медицинской организации с частном секторе здравоохранения**

**С1. При выборе нашего центра что именно повлияло на Ваш окончательный выбор в 1-ую очередь? Во 2-ую очередь? В 3-ю очередь?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **В 1-ую очередь** | **Во 2 очередь** | **В 3-ю очередь** |
| Доступные цены | 1 | 1 | 1 |
| Близкое расположение к дому или работе | 2 | 2 | 2 |
| Близкое расположение к метро | 3 | 3 | 3 |
| В центре работают кандидаты и доктора медицинских наук | 4 | 4 | 4 |
| Центр предоставляет высокое качество помощи | 5 | 5 | 5 |
| Качественная работа телефонного оператора | 6 | 6 | 6 |
| Сотрудники центра совмещают работу в нем с работой в государственных лечебных или образовательных учреждениях | 7 | 7 | 7 |
| Центр специализируется на оказании услуг в области психиатрии и психологии | 8 | 8 | 8 |
| Возможность записаться на прием в удобное для Вас время | 9 | 9 | 9 |
| Наличие хорошего сайта | 10 | 10 | 10 |
| Сайт центра находится на верхних строках в поисковых системах | 11 | 11 | 11 |
| Удобная парковка | 12 | 12 | 12 |
| Другое (что именно?) | 98 | 98 | 98 |

**Приложение 4**

**Опросник факторов оценки сайта медицинской организации с частном секторе здравоохранения**

S4. Ниже перечислены характеристики сайта медицинского или психотерапевтического центра. Оцените, пожалуйста, насколько каждая из этих характеристик важна лично для Вас? Для ответа используйте, пожалуйста, шкалу от 1 до 5, где 1 – совершенно не важно, а 5 – очень важно.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | совершенно не важно | скорее не важно | отчасти важно, отчасти нет | скорее важно | очень важно | затрудняюсь |
| Удобная навигация (поиск нужной информации) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Полезность информации о проблеме | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Интересность информации о проблеме | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Достаточный объем медицинской информации о проблемах, интересующих посетителей | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Достаточный объем информации о центре | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Достаточный объем информации о специалистах центра | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Достаточный объем информации о методах лечения, применяемых в центре | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Простой, понятный язык, которым написана информация/ Не профессиональный язык | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Удобный для чтения шрифт | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Привлекательный дизайн, визуальное оформление страницы | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |

**S10. В целом как бы Вы оценили сайт нашего центра? Оцените, пожалуйста, по 10-балльной шкале, где 1- совсем не понравился, 10 - очень понравился. Вы можете поставить любую оценку от 1 до 10. Пожалуйста, не завышайте оценку.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **совсем не понравился** | |  |  |  |  |  |  | **очень понравился** | |

**S12. Оцените, пожалуйста, насколько каждая из этих характеристик соответствует сайту нашего центра? Для ответа используйте, пожалуйста, шкалу от 1 до 5, где 1 означает, что совсем не соответствует, а 5 – точно соответствует**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Совсем не соответсвует | Скорее не соответсвует | Отчасти соответсвует, отчасти нет | Скорее соответсвует | Точно соответсвует | Затрудняюсь ответить |
| Удобная навигация (поиск нужной информации) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Полезность информации о проблеме | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Интересность информации о проблеме | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Достаточный объем медицинской информации о проблемах, интересующих посетителей | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Достаточный объем информации о центре | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Достаточный объем информации о методах лечения, применяемых в центре | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Достаточный объем информации о специалистах центра | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Простой, понятный язык, которым написана информация/ Не профессиональный язык | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Удобный для чтения шрифт | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| Привлекательный дизайн, визуальное оформление страницы | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |