

Зудин А. Б.¹, Кузнецова М. А.¹, Васильева Т. П.¹, Тырановец С. В.¹, Кузнецова К. Ю.²**СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ВЫБОР ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРЕВЕНЦИИ ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В СИСТЕМЕ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ**

¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;
²ФГБУ «Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора» Управления делами Президента Российской Федерации, 121359, г. Москва

Общеврачебная практика в модернизированных подразделениях первичной медико-санитарной помощи медицинских организаций г. Москвы по обобщенным статистическим показателям занимает ведущее место в рейтинге организаций здравоохранения субъектов Российской Федерации. Вместе с тем в рамках научного исследования выявлены проблемы в достижении целевого показателя: уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики/семейными врачами, составил 54,3%. Одной из факторных причин была высокая степень выгорания врачей (34,1%). Для формирования эффективной программы профилактики разработан и апробирован на пилотной площадке комплекс организационных технологий превенции выгорания. Целью исследований явилась апробация разработанных организационных технологий превенции выгорания врачей общей практики в пилотном проекте.

Авторы применили методологию парного опроса, позволяющего одновременно получить ответы респондентов — пациентов и врачей общей практики — для объективизации результатов исследования, характеризующие исследуемые факторы на фиксированный период времени, за последние 12 мес. Использован метод социологического опроса по двум международным опросникам: EUROPEP — для изучения удовлетворенности пациентов и COSPOQ III — для оценки психосоциального состояния врачей общей практики.

Разработанные организационные технологии превенции выгорания врачей общей практики / семейных врачей позволили повысить показатель удовлетворенности пациентов медицинской помощью до 30,33%, а совокупную эффективность по блокам опросника — до 26,97%. Эффективность превентивных мер достигла 27,28%.

Ключевые слова: выгорание; стратегия организационных технологий; управление качеством медицинской помощи; повышение удовлетворенности.

Для цитирования: Зудин А. Б., Кузнецова М. А., Васильева Т. П., Тырановец С. В., Кузнецова К. Ю. Стратегический выбор организационных технологий превенции выгорания врачей общей практики в системе пациент-ориентированной медицины. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(6):1234—1242. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-6-1234-1242>

Для корреспонденции: Кузнецова Мария Анатольевна, аспирант, мл. научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: Mascha.kuznetsova@yandex.ru

Zudin A. B.¹, Kuznetsova M. A.¹, Vasilyeva T. P.¹, Tyranovets S. V.¹, Kuznetsova K. Yu.²**THE STRATEGIC CHOICE OF ORGANIZATIONAL TECHNOLOGIES PREVENTING BURNING OUT OF GENERAL PRACTITIONERS IN THE SYSTEM OF PATIENT-ORIENTED MEDICINE**

¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;
²The Federal State Budget Institution "The Center of State Sanitary Epidemiological Surveillance" of the Administrative Directorate of the President of the Russian Federation, 121359, Moscow, Russia

The general medical practice in modernized primary health care units of Moscow medical organizations by its general-ized statistical indicators takes the leading place in rating of health care organizations of the Subjects of the Russian Federation. The research study revealed problems in achieving target indicator — level of patient satisfaction with quality of medical care provided by general practitioners/family doctors made up to 54.3%. One of the causes was higher degree of physician burnout (34.1%). To elaborate efficient prevention program, a set of organizational technologies to prevent burnout was developed and tested. The purpose of the study was approbation of developed organizational technologies preventing burnout of general practitioners in the pilot project.

The methodology of pairwise survey permitting to simultaneously obtain answers of respondents — patients and general practitioners — to objectify results of the study, characterizing factors under study at fixed period of time — the last 12 months. The sociological survey was applied on the basis of two international questionnaires — EUROPEP (to study patient satisfaction) and COSPOQ III to evaluate psycho-social state of general practitioners).

The developed organizational technologies of burnout prevention permitted to increase index of patients' satisfaction with medical care up to 30.33%, and cumulative efficiency on blocks of questionnaire up to 26.97%. Conclusion. The efficiency of preventive measures reached 27.28%.

Key words: burnout; organizational technology; strategy; quality; medical care; management; satisfaction.

For citation: Zudin A. B., Kuznetsova M. A., Vasilyeva T. P., Tyranovets S. V., Kuznetsova K. Yu. The strategic choice of organizational technologies preventing burning out of general practitioners in the system of patient-oriented medicine. *Problemy socialnoi gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(6):1234–1242 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-6-1234-1242>

For correspondence: Kuznetsova M. A., the Post-Graduate Student, the Junior Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia. e-mail: Mascha.kuznetsova@yandex.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Введение

Европейский форум пациентов основал систему здравоохранения, ориентированную на пациента, в рамках которой пациенты информированы и вовлечены во все этапы своего лечения. Основным принципом такого подхода был сформулирован на II Всемирном конгрессе пациентов: применение особых коммуникативных приемов, учитывающих внутренние и внешние факторы их влияния на индивидуальные психоэмоциональные и социально-экономические аспекты взаимоотношений между врачом и пациентом для достижения конечной цели — медицинской эффективности здравоохранения [1]. В этом контексте показатель удовлетворенности населения медицинской помощью «отражает степень реализации пациент-ориентированного подхода в оказании медицинских услуг, ассоциированного с лучшими исходами лечения и более благоприятным финансовым состоянием медицинской организации»².

По данным Международной программы социальных исследований, в 2013 г. в России был самый низкий уровень удовлетворенности населения системой здравоохранения (28%) [2]. А в 2018 г. результаты опроса Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), проведенного совместно с компанией BAYER с целью изучения мнения россиян об определенных факторах качества жизни, позволили констатировать, что все тестируемые критерии преодолели пороговое значение «удовлетворенности», набрав 3 из 5 баллов [3].

Статистика обращений населения страны свидетельствует о том, что более 40% жалоб на качество медицинской помощи являются обоснованными (Всероссийский союз пациентов, 2023 г.) [4]. На прошедшем в 2023 г. XIV Всероссийском конгрессе пациентов при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации и со ссылкой на опрос Центра гуманитарных технологий и исследований «Социальная Механика» было отмечено, что только 39,7% россиян в той или иной степени удовлетворены уровнем медицинской помощи в стране [4].

Задачи национального проекта «Здравоохранение» определяют создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь как комплекс мероприятий, направленных на соблюдение приоритета интересов пациента, организацию оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени, повышение качества и доступ-

ности медицинской помощи, обеспечение комфортности условий предоставления медицинских услуг, повышение удовлетворенности уровнем оказанных услуг, сокращение нагрузки на медицинский персонал за счет повышения эффективности деятельности медицинской организации.

Несмотря на растущую литературную базу, содержащую исследования факторов, образующих системные параметры качества медицинской помощи и механизмы их формирования в медицинских организациях (МО), полноценные исследования в области выбора стратегии организационных технологий остаются недостаточно разработанными и относятся к прикладным направлениям исследовательской деятельности. Для претворения в практическую деятельность политики и стандартов качественной медицинской помощи необходимость одновременной работы над улучшением производственной среды относится к приоритетным внутриорганизационным действиям и вмешательствам в процессы обеспечения здоровья медицинского персонала. Ряд исследователей определяют главным аспектом управления эффективностью МО внедрение методик внутреннего контроля по выявлению факторов, мотивирующих/не мотивирующих, профессиональной деятельности врачей общей практики / семейных врачей (ВОП/СВ), а также оценку социальных (психосоциальных) условий производственной среды [5—7].

Исходя из литературных и собственных данных показано, что психосоциальное выгорание является системной проблемой, а не исключительной ответственностью отдельного врача [8—10]. Показано, что многообразие социальных, психоэмоциональных коммуникативных связей в профессиональной среде формирует коллективное мышление и целенаправленное действие показателей эффективности деятельности. Этот процесс со стороны руководителей МО требует использования различных методов внутреннего мониторинга, включающих клиническое наблюдение, создание аналитической группы по улучшению качества и инспекцию объекта. Кроме того, оценка эффективности и анализа того, в какой степени были достигнуты первоначальные цели улучшения в отношении здоровья и благополучия медицинского персонала должны опираться на показатели опроса, о которых сообщают сами медицинские работники (врачи) и косвенно — пациенты.

Результаты внутриорганизационного контроля должны иметь форму публичной отчетности, что впервые было регламентировано в системе российского здравоохранения Приказом Минздравсоцразвития России от 11.05.2007 № 325³.

² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.07.2022 № 495 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации» входящего в национальный проект «Здравоохранение». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_428894/

³ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11.05.2007 № 325 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4084882/>

Материалы и методы

Применена методология парного опроса, позволявшая одновременно получить ответы респондентов — пациентов и ВОП — для объективизации результатов исследования, характеризующие исследуемые факторы на фиксированный период (в течение последних 12 мес). Использован метод социологического опроса по двум опросникам — международному стандартизированному опроснику EUROPER об удовлетворенности пациентов медицинской помощью [11] и валидированному в рамках настоящего исследования русскоязычной версии психосоциальному опроснику COSPOQ III [12]. Нами использованы ключевые вопросы с добавлением 5 оценочных шкал («Проблемы со сном», «Выгорание», «Стресс», «Соматический стресс», «Депрессивные симптомы») для сравнения полученных результатов с наиболее распространенными данными в зарубежных исследованиях. Опрос прошли 11 врачей общей практики и 66 пациентов. Первичные данные проанализированы методами качественной и количественной статистики с использованием пакета Statistica 10.

Исследование одобрено на заседании Независимого этического комитета ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки (протокол № 2 от 17.05.2022). От всех участников было получено информированное согласие.

Результаты исследования

Выполнение поставленной задачи исследования включает стратегические, тактические и оперативные меры программных действий руководящего состава МО по управлению качеством медицинской помощи (рис. 1).

Стратегические меры включают переход с административно-командной формы на форму управления по поддержке инициативной и индивидуальной активности ВОП/СВ, основанной на оптимизации режима работы, снижении административного давления на мотивацию роста и развития профессионального лидерства. Достижение стратегии такой формы управления предполагает установление наиболее значимых управленческих связей и информационных взаимосвязей для коллективного решения задач.

Показателем эффективного решения стратегических мер управления МО является управляемость организационными технологиями превенции неудовлетворенности качеством медицинской помощи со стороны пациентов и превенции выгорания ВОП/СВ до оказания медицинской помощи и достижения критического уровня.

Тактические меры включают проведение мониторинга/внутреннего аудита состояния удовлетворенности населения качеством медицинской помощи, оказываемой ВОП/СВ, и психосоциального состояния ВОП/СВ, определяемые уровнем их удов-

летворенности работой и качеством взаимодействия с пациентами.

Показателями эффективных тактических решений административно-управленческого корпуса являются выбор методологии и методов мониторинга, системность внутреннего аудита, использование данных только для устранения предиктора психосоциального выгорания медицинских работников.

Оперативные меры относятся к решению первоочередных задач по усилению кадрового ресурса в медицинских организациях. К ним относятся:

1) комплектование штатного расписания ПМСП до нормативного уровня врачами общей практики, что значительно сократит существующий предел интенсификации профессиональной деятельности ВОП/СВ и высокий уровень психосоциальных рисков профессионального выгорания;

2) разработка программ по тренингу современных технологий эффективной коммуникации, направленной на улучшение внутриорганизационных процессов взаимодействия с персоналом и пациентами на разных уровнях управления медицинской деятельностью.

В сочетании с данными других собственных исследований, а также включая систематический обзор эффективности стратегий повышения эффективности медицинских услуг [13], разработанные комплексные меры по профилактике выгорания врачей общей практики и семейной медицины основаны на стратегии качества, принятой в значительной части национальных систем здравоохранения в европейских странах [14–16].

С учетом особенностей российской системы управления удовлетворенностью пациента медицинской помощью, оказанной ВОП/СВ, программа «Исполнительное лидерство и благополучие врачей: девять организационных стратегий, способствующих вовлечению и снижению психосоциальных рисков выгорания врачей» [17], практикующаяся в европейских странах, прошла обработку адаптированной версии и апробирована на пилотной площадке на одном из МО Москвы.

Первый этап исследований

Стратегия 1. Признать и оценить проблему

Признание проблемы психосоциального выгорания и неудовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи со стороны руководства является необходимым и первым шагом к достижению целевых показателей в МО.

Для оценки психосоциального состояния ВОП/СВ на пилотной площадке проведен двукратный опрос с интервалом 4 мес: входной — для оценки текущей ситуации и контрольный — для оценки эффективности принятых мер по реализации разработанного комплекса практических рекомендаций.

Параллельно осуществлялся опрос пациентов на каждом этапе исследования с анализом оценочных результатов качества взаимодействия и удовлетворенности медицинской помощью.

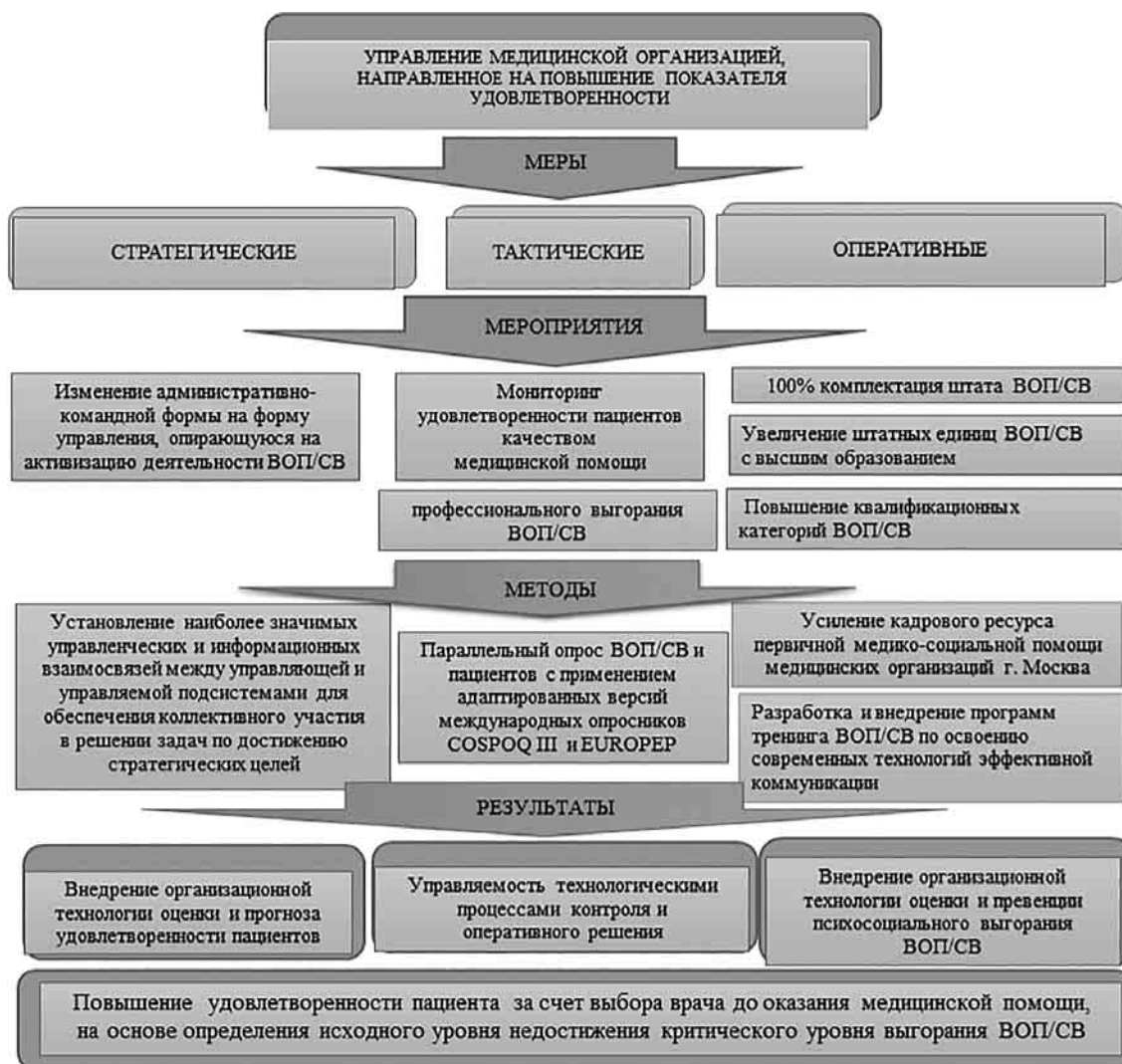


Рис. 1. Комплекс мер медико-организационных предложений по управлению удовлетворенностью пациента медицинской помощью, оказанной ВОП в медицинских организациях Москвы.

Согласно результатам выборочного факторного анализа с применением описательной статистики первого (входного) опроса ВОП/СВ показано, что относительно средних значений низкие оценочные баллы врачами присвоены по следующим шкалам:

- «Отстаете ли Вы от графика выполнения своей работы?» — $36,4 \pm 8,50$ (17,4; 55,3);
- «Работаете ли Вы в высоком темпе в течение дня?» — $72,7 \pm 8,56$ (53,6; 91,8);
- «Приходится ли Вам в рамках вашей работы решать личные проблемы других людей?» — $88,6 \pm 5,18$ (77,1; 100,2);
- «Есть ли у Вас возможность получать новые знания благодаря своей работе?» — $65,9 \pm 3,80$ (57,4; 74,4);
- «Получаете ли Вы заблаговременно на своем рабочем месте информацию, например о важных решениях, изменениях или планах на будущее?» — $68,2 \pm 7,61$ (51,2; 85,1);
- «Приходится ли Вам иногда делать то, что следовало бы сделать по-другому?» — $52,3 \pm 6,27$ (38,3; 66,2);

- «Хорошо планируете рабочий процесс?» — $59,1 \pm 3,80$ (50,6; 67,6);
- «Считаете ли Вы, что Ваша работа отнимает у Вас так много времени, что это отрицательно сказывается на Вашей личной жизни?» — $68,2 \pm 25,23$ (51,2; 85,1);
- «Доверяет ли руководство сотрудникам хорошо выполнять свою работу?» — $72,7 \pm 7,54$ (67,7; 77,8);
- «Решаются ли конфликты честным путем?» — $38,6 \pm 32,33$ (16,9; 60,4);
- «Как часто Вы плохо и беспокойно спали?» — $52,3 \pm 17,52$ (40,5; 64,0);
- «Как часто Вы были физически истощены?» — $63,6 \pm 20,50$ (49,9; 77,4);
- «Как часто у Вас были проблемы с отдыхом?» — $56,8 \pm 25,23$ (39,9; 73,8);
- «Как часто Вы были раздражительны?» — $52,3 \pm 17,52$ (40,5; 64,0).

Это свидетельствует о влиянии факторов психосоциального выгорания на ВОП/СВ.

Общая оценка по шкале «Выгорание» составила $62,5 \pm 3,81$ (59,9; 65,0) балла.

На основании полученных данных проведен предварительный анализ удовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказываемой ВОП/СВ на этом этапе исследования. Данные детализированного анализа доли положительных ответов пациентов по опроснику EUROPER систематизированы по методу интерквартильного ранжирования, условно в две оценочные группы: с низкой (Q2—Q3) и высокой (Q3—Q4) оценкой.

В группе пациентов с «низкой оценкой» — от 50 до 75% (Q2—Q3) — мнения были высказаны по 13 позициям:

- «Вовлекал Вас в процесс принятия решения о медицинской помощи Вам?» — $3,21 \pm 1,29$ (2,75; 3,67) балла;
- «Помогал Вам справиться с эмоциями, связанными с вашим состоянием здоровья?» — $2,94 \pm 1,41$ (2,44; 3,44);
- «Объяснял важность врачебных советов?» — $2,94 \pm 1,44$ (2,43; 3,45);
- «Знал (помнил), что было сделано (сказано) Вам во время предыдущих посещений медучреждения?» — $3,03 \pm 1,29$ (2,57; 3,49);
- «Объяснял цели обследований, анализов и лечения?» — $3,52 \pm 1,52$ (2,98; 4,06);
- «Обеспечивал быстрое облегчение Вашего состояния?» — $3,64 \pm 1,29$ (3,18; 4,10);
- «Способствовал доверительности разговора, чтобы Вам было легче сообщить ему о Ваших проблемах?» — $3,55 \pm 1,33$ (3,08; 4,02);
- «Проявлял заинтересованность Вашей личной ситуацией?» — $3,64 \pm 1,22$ (3,20; 4,07);
- «Разъяснял и подготавливал Вас к тому, что ожидать от стационарного лечения или других специалистов?» — $3,03 \pm 1,45$ (2,52; 3,54);
- «Возможность поговорить с врачом по телефону?» — $2,67 \pm 1,45$ (2,15; 3,18);
- «Время ожидания приема врача (у кабинета)?» — $3,39 \pm 1,19$ (2,97; 3,82);
- «Возможность записи на прием по телефону?» — $3,58 \pm 1,41$ (3,07; 4,08).

Оценка риска снижения удовлетворенности пациента с учетом состояния психосоциального статуса ВОП/СВ и состояния качества взаимодействия врача и пациента была проведена с использованием валидированной и апробированной в исследовании русскоязычной версии международного психосоциального опросника COPSOQ III и разработанной методики квалитметрии. Общая оценка по шкале «Выгорание» составила $62,5 \pm 3,81$ (59,9; 65,0) балла, а количественные показатели соответствовали высокому уровню выгорания у 34,1% ВОП/СВ по 21 показателю определяющих их факторов риска.

Таким образом, в рамках «Стратегии 1» руководством МО признана проблема психосоциального выгорания ВОП, влияющая на низкий уровень удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Для оценки факторов негативного влияния и на основе предложенных практических рекоменда-

ций в МО организованы комплексные меры корректирующих действий, направленные на превенцию выгорания ВОП как фактора низкого взаимодействия и неудовлетворенности пациентов медицинской помощью.

Второй этап исследований

В рамках задачи исследования на втором этапе сформулированы и согласованы для реализации руководством МО организационные технологии управления МО по повышению удовлетворенности пациентов медицинской помощью и снижению факторов выгорания ВОП, негативно влияющих на их взаимодействие.

Перечень организационных стратегий, адаптированных на пилотной площадке и в условиях профессиональной деятельности МО, представлен в табл. 1.

Третий этап исследований

Программа реализации организационных технологий превенции выгорания ВОП/СВ как предиктора низких уровней взаимодействия с пациентом и его удовлетворенности оказываемой медицинской помощью была реализована в течении 3 мес, достаточных для выявления тенденций к изменению текущей ситуации в МО и в дальнейшей перспективе деятельности.

Проведен контрольный опрос одномоментно ВОП/СВ ($n=11$) и пациентов ($n=33$). Анализ оценочных результатов по полному перечню шкалы опросников COSPOQ III и EUROPER с применением описательной статистики и оценки эффективности принятых руководством МО мер позволил сделать следующее заключение.

По врачам общей практики позитивный тренд обозначен дополнительно по 16 шкалам относительно результатов первичного опроса, в их числе «Количественные требования» (+4,54%), «Социальная поддержка коллег» (+7,63%), «Социальная поддержка руководства» (+9,09%), «Предсказуемость» (+9,1%), «Вертикаль доверия» (+10,23%), «Осознание роли» (+11,36%), «Конфликт ролей» (+15,09%), «Качества руководства» (+18,18%), «Конфликты на рабочем месте» (+19,32%), «Эмоциональные требования» (+21,58%), «Признание» (+22,72%), «Удовлетворение от работы» (+22,73%), «Справедливая организация труда» (+23,86%), «Здоровье» (+27,28%), а также снижение по шкалам «Неуверенность в условиях труда» (+20,45%), «Стресс» (+21,21%), «Выгорание» (+24,09%).

Эффективность превентивных мер по снижению негативного воздействия психосоциальных факторов выгорания составила от 4,54 до 27,28% относительно результатов первичного опроса дополнительно по 16 шкалам и со снижением фактора выгорания ВОП/СВ на 24,09%.

По пациентам оценочные результаты имели положительную динамику по 15 позициям в группе с низкой оценкой при первом опросе:

- «Вовлекал Вас в процесс принятия решения о медицинской помощи Вам?» (+8,48%);

Таблица 1

Организационные технологии превенции выгорания ВОП/СВ. (Программа пилотного проекта по стратегическим направлениям деятельности МО)		
Наименование	Содержание	Мероприятие
Стратегия 2	Выбор и поощрение правильных лидеров	Комплексная работа с резервом: Оценка (корректировка) плана работы. С резервом кадров: обучение и развитие наставничества и ротации. Выдвижение в резерв активных и квалифицированных работников. Подготовка их к новым назначениям на конкурсной основе
Стратегия 3	Разработка и осуществление целевых мероприятий	Анализ ситуации для оценки эффективности работы при совмещении должностей ВОП. Формирование Программы командной работы (справедливое распределение рабочей нагрузки). Управление рабочей нагрузкой ВОП. Снижение текучести кадров. Снятие многозадачности нагрузки. Усиление мотивации ВОП. Докомплектация штата
Стратегия 4	Развитие сообщества на работе	Реализация Программы командной работы: — открытое обсуждение предложений по управлению рабочей нагрузкой (врачебные совещания); — структурирование рабочего дня (80% прием, 20% личного времени на развитие), включающее составление контрольного листа рабочих процессов с отметкой объема и времени работы; анализ количества выполненных работ по неправомерным поручениям, — самоконтроль качества работы в ежедневном режиме, — административный контроль соответствия качества работы отработанному времени со стороны ВОП (не реже 2 раз в неделю)
Стратегия 5	Персональные награды и стимулы	Способом открытого обсуждения: — анализ пропускной способности каждого ВОП; — анализ причин отставания или недовольства ВОП; — корректировка индивидуальных графиков ВОП с учетом индивидуальных способностей по реализации качественной работы при высокой рабочей нагрузке; — ротация поручений, дополнительной рабочей нагрузки между ВОП; — определение размеров персональных премий на основе персональных показателей эффективности работы ВОП; — выдвижение кандидатур ВОП на награды руководства, вышестоящего руководства
Стратегия 6	Согласование ценностей и укрепление культуры	Анализ причин и формирование политики предупреждения потенциальных конфликтов по рабочим вопросам. Разработка мероприятий и обеспечение доступности условий к самообразованию ВОП, организации помещений для активного отдыха или релаксации в перерывах рабочего дня
Стратегия 7	Содействие гибкости и интеграции работы и личной жизни	Регулярные встречи для индивидуальной беседы с каждым ВОП. Обсуждение области, по которой нужна поддержка руководства, коллектива. Составление и предварительное ознакомление коллектива ВОП с внерабочими мероприятиями и связанными с этим персональными поручениями. Выкладка на информационном стенде расписание запланированных производственных и непроизводственных мероприятий на текущий год (квартал, 6 мес). Обеспечение врачей корпоративной мобильной связью
Стратегия 8	Предоставление ресурсов для повышения жизнестойкости и заботы о себе	Организация благоприятных условий труда. Контроль факторов, влияющих на психосоциальное состояние ВОП. Корректирующие действия по предотвращению конфликтной ситуации. Профилактические медицинские обследования
Стратегия 9	Содействие и финансирование досуга	Организация культурных мероприятий для проведения досуга в нерабочее время и с семьей на льготных условиях, в том числе с использованием части прибыли организации (включается в бюджетное планирование на следующий год)

- «Обеспечивал быстрое облегчение Вашего состояния?» (+13,94%);
- «Возможность поговорить с врачом по телефону?» (+16,36%);
- «Объяснял цели обследований, анализов и лечения?» (+18,79%);
- «Возможность записи на прием по телефону?» (+19,39%);
- «Проявлял заинтересованность Вашей личной ситуацией?» (+19,4%);
- «Способствовал доверительности разговора, чтобы Вам было легче сообщить ему о Ваших проблемах?» (+21,82%);
- «Помогал Вам справиться с эмоциями, связанными с Вашим состоянием здоровья?» (+24,25%);
- «Знал (помнил), что было сделано (сказано) Вам во время предыдущих посещений медучреждения?» (+25,46%);

— «Время ожидания приема врача (у кабинета)?» (+25,46%);

— «Разъяснял и подготавливал Вас к тому, что ожидать от стационарного лечения или других специалистов?» (+28,49%);

— «Объяснял важность врачебных советов?» (+30,31%).

Эффективность превентивных мер, направленных на повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью в общеврачебной практике, повысилась дополнительно по 15 позициям оценочной шкалы опросника и составила от 8,48 до 30,31%.

Эффективность совокупной оценки до и после проведения организационных технологий превенции неудовлетворенности пациентов медицинской помощью по блокам опроса приведена в табл. 2.

На основе сопоставления средних значений по оценочным баллам на входном и контрольном этапах систематизированы результаты опроса пациен-

Таблица 2

Эффективность совокупной оценки до и после проведения организационных технологий превенции неудовлетворенности пациентов (в %)

Блок опросника EUROPER	До	После	Тренд эффективности
Взаимодействие врач—пациент	71,14	88,18	+17,04
Медицинская помощь	78,78	89,57	+10,79
Информация и поддержка	64,39	87,20	+22,81
Организация	60,60	87,57	+26,97
Доступность	71,81	89,39	+17,58
Общий балл	71,67	88,66	+16,99

тов, в том числе собственных исследований в 2023 г. [18], которые условно обозначены «среднемосковский показатель».

1. Блок «Взаимодействие врач—пациент»

Средний показатель по блоку первичного опроса пациентов составил $22,24 \pm 6,04$ (20,10; 24,38) балла.

Средний показатель по блоку второго (контрольного) опроса пациентов составил $26,45 \pm 3,32$ (25,27; 27,63) балла.

Среднемосковский показатель по блоку был равен $20,36 \pm 3,96$ (19,97; 20,75) балла.

2. Блок «Медпомощь»

Средний показатель по блоку первичного опроса пациентов составил $19,70 \pm 4,97$ (17,94; 21,46) балла.

Средний показатель по блоку второго (контрольного) опроса пациентов составил $22,39 \pm 3,47$ (21,16; 23,63) балла.

Среднемосковский показатель по блоку был равен $20,36 \pm 3,96$ (19,97; 20,75) балла.

3. Блок «Информация»

Средний показатель по блоку первичного опроса пациентов составил $12,88 \pm 4,96$ (11,12; 14,64) балла.

Средний показатель по блоку второго (контрольного) опроса пациентов составил $17,55 \pm 3,71$ (16,23; 18,86) балла.

Среднемосковский показатель по блоку был равен $15,27 \pm 3,96$ (14,88; 15,67) балла.

4. Блок «Организация»

Средний показатель по блоку первичного опроса пациентов составил $6,06 \pm 2,54$ (5,16; 6,96) балла.

Средний показатель по блоку второго (контрольного) опроса пациентов составил $8,76 \pm 1,87$ (8,09; 9,42) балла.

Среднемосковский показатель по блоку был равен $7,14 \pm 2,22$ (6,92; 7,36) балла.

5. Блок «Доступность»

Средний показатель по блоку первичного опроса пациентов составил $21,55 \pm 5,64$ (19,55; 23,54) балла.

Средний показатель по блоку второго (контрольного) опроса пациентов составил $26,82 \pm 3,44$ (25,60; 28,04) балла.

Среднемосковский показатель по блоку равнялся $24,16 \pm 4,54$ (23,71; 24,61) балла.

Динамика изменений представлена на рис. 2.

Таким образом, на основе проведенных корректирующих действий по повышению удовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказанной ВОП/СВ в медицинской организации, а также контрольных оценочных данных эффективности комплексных мер, направленных на превенцию выгорания ВОП/СВ — предиктора низкого уровня взаимодействия и неудовлетворенности пациента, достигнут положительный совокупный эффект.

Заключение

По совокупности действующих факторов негативного влияния на удовлетворенность пациентов, составивших 50,3% по МО Москвы в рамках исследований в 2023 г., и в целях повышения этого показателя был разработан и апробирован на пилотной площадке комплекс практических рекомендаций, что позволило достигнуть позитивного тренда психосоциального состояния врачей общей практики относительно результатов первичных данных дополнительно по 16 позициям оценочной шкалы опросника COSPOQ III с эффективностью превентивных мер от 4,54 до 27,28%.

Разработанные организационные технологии превенции выгорания и снижения качества взаимодействия со стороны ВОП/СВ позволили повысить показатель удовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказываемой ВОП/СВ, по оценочным шкалам опросника EUROPER относительно результатов первичных данных дополнительно по 15 позициям с эффективностью от 8,48 до 30,33%, а совокупная эффективность по блокам опросника име-



Рис. 2. Показатели удовлетворенности пациентов медицинской помощью в динамике.

Здоровье и общество

ла разную динамику с позитивным трендом — от 10,79 до 26,97%.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Портнова О. Б. 2-й Всемирный конгресс пациентов, организованный Международным альянсом организаций пациентов (IAPO). *Справочник врача общей практики*. 2023;(7):18—21.
2. Кислицына О. А. Факторы, оказывающие влияние на удовлетворенность россиян системой здравоохранения. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2020;66(2):8. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1152/30/lang.ru/>
3. Аксенова Е. И., Бессчетнова О. В. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира. Экспертный обзор. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»; 2021. 40 с.
4. Всероссийский конгресс пациентов «Вектор развития: пациент-ориентированное здравоохранение». 22—26 ноября 2023 г. Режим доступа: <https://congress-vsp.ru/xiv/>
5. Глущенко В. В. Мусатова О. А., Мишутин С. А., Пшукова К. А., Сычев В. С. Парадигма формирования политики мотивации персонала высокотехнологичной организации. *Бюллетень науки и практики*. 2019;5(1):264—81.
6. Карпович А. П. Мотивационный потенциал как объект управления в организациях. *Национальные интересы: приоритеты и безопасность*. 2015;11(10):11—7.
7. Цветкова И. И. Факторы, оказывающие влияние на формирование системы мотивации персонала. *Бюллетень науки и практики*. 2016;11(12):210—4.
8. Kavaliauskas P., Nomeikaite A., Gelezelyte O., Kazlauskas E., Smalyte G. Work-related stressors and psychological distress predict career change ideation among Lithuanian healthcare workers. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health*. 2024 Sep 10;37(3):287—99. doi: 10.13075/ijom.1896.02350
9. Yuan T., Ren H., Yin X. How does psychosocial safety climate cross-level influence work engagement and job burnout: the roles of organization-based self-esteem and psychological detachment. *BMC Nurs*. 2024;23(1):389. doi: 10.1186/s12912-024-01935-8
10. Wagner A., Nübling M., Hammer A., Manser T., Rieger MA. Work-SafeMed Consortium. Comparing perceived psychosocial working conditions of nurses and physicians in two university hospitals in Germany with other German professionals — feasibility of scale conversion between two versions of the German Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ). *J. Occup. Med. Toxicol.* 2020;15:26. doi: 10.1186/s12995-020-00277-w
11. Grol R., Wensing M. Patients Evaluate General/Family Practice, The EUROPEP Instrument: The Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care. 2000. Режим доступа: <https://equip.woncaeurope.org/tools/europep>
12. Кузнецова М. А., Васильева Т. П., Тырановец С. В. Международные требования к порядку перевода и культурной адаптации универсального опросника COPSOQ III по оценке психосоциальных условий труда и укреплению здоровья медицинских работников. *Здоровье населения и среда обитания* — ЗНУСО. 2023;31(1):29—33. doi: 10.35627/2219-5238/2023-31-1-29-33
13. Rowe A. K., Rowe S. Y., Peters D. H., Holloway K. A., Chalker J., Ross-Degnan D. Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Glob. Health*. 2018;6(11):e1163—75. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30398-X
14. Busse R., Klazinga N., Panteli D., Quentin W., eds. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019.
15. Kilponen K., Huhtala M., Kinnunen U., Mauno S., Feldt T. Illegitimate tasks in health care: Illegitimate task types and associations with occupational well-being. *J. Clin. Nurs*. 2021;30(13-14):2093—106. doi: 10.1111/jocn.15767
16. Thun S., Halsteinli V., Løvseth L. A study of unreasonable illegitimate tasks, administrative tasks, and sickness presenteeism amongst Norwegian physicians: an everyday struggle? *BMC Health Serv. Res*. 2018;18(1):407. doi: 10.1186/s12913-018-3229-0
17. Shanafelt T. D., Noseworthy J. H. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin. Proc*. 2017;92(1):129—46. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.10.004
18. Кузнецова М. А., Васильева Т. П., Зудин А. Б., Аксёнова Е. И., Груздева О. А., Кузнецова К. Ю. Оценка общеврачебной практики в многомерной конструкции удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2023;67(5):411—6. doi: 10.47470/0044-197X-2023-67-5-411-416

Поступила 21.07.2024
Принята в печать 10.09.2024

REFERENCES

- conversion between two versions of the German Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ). *J. Occup. Med. Toxicol.* 2020;15:26. doi: 10.1186/s12995-020-00277-w
11. Grol R., Wensing M. Patients Evaluate General/Family Practice, The EUROPEP Instrument: The Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care. 2000. Available at: <https://equip.woncaeurope.org/tools/europep>
 12. Kuznetsova M. A., Vasilyeva T. P., Tyranovets S. V. International Requirements for Translation and Cultural Adaptation of the Universal COPSOQ III Questionnaire for Workplace Psychosocial Risk Assessment and Health Promotion in Healthcare Professionals. *Public Health and Life Environment — PH&LE.* 2023;31(1):29–33. doi: 10.35627/2219-5238/2023-31-1-29-33 (in Russian).
 13. Rowe A. K., Rowe S. Y., Peters D. H., Holloway K. A., Chalker J., Ross-Degnan D. Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Glob. Health.* 2018;6(11):e1163–75. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30398-X
 14. Busse R., Klazinga N., Panteli D., Quentin W., eds. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019.
 15. Kilponen K., Huhtala M., Kinnunen U., Mauno S., Feldt T. Illegitimate tasks in health care: Illegitimate task types and associations with occupational well-being. *J. Clin. Nurs.* 2021;30(13-14):2093–106. doi: 10.1111/jocn.15767
 16. Thun S., Halsteinli V., Løvseth L. A study of unreasonable illegitimate tasks, administrative tasks, and sickness presenteeism amongst Norwegian physicians: an everyday struggle? *BMC Health Serv. Res.* 2018;18(1):407. doi: 10.1186/s12913-018-3229-0
 17. Shanafelt T. D., Noseworthy J. H. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin. Proc.* 2017;92(1):129–46. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.10.004
 18. Kuznetsova M. A., Vasilyeva T. P., Zudin A. B., Aksenova E. I., Gruzdeva O. A., Kuznetsova K. Yu. Assessment of general medical practice in a multidimensional design of patient satisfaction with the quality of medical care. *Healthcare of the Russian Federation.* 2023;67(5):411–6. doi: 10.47470/0044-197X-2023-67-5-411-416 (in Russian).