

УДК 614.2+616.9

ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ КАК ФАКТОР УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ

¹А.В.Суворова, ²А.Н.Беляков, ³А.Ф.Махаматова, ⁴А.С.Устинов, ⁵О.С.Левина, ^{1,3}А.Л.Тулупьев, ⁶Л.Николай,
²В.В.Рассохин, ⁶Р.Хеймер

¹Санкт-Петербургский институт информатики и автоматизации Российской академии наук (СПИИРАН), Россия

²Санкт-Петербургский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Россия

³Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

⁴Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия

⁵РОО «Стеллит», Санкт-Петербург, Россия

⁶Йельский университет, Нью-Хейвен, США

DECENTRALIZATION OF HEALTH CARE FOR HIV PATIENTS AS A FACTOR OF PATIENTS' SATISFACTION

¹A.V.Suvorova, ²A.N.Belyakov, ³A.F.Makhamatova, ³A.S.Ustinov, ⁵O.S.Levina, ^{1,3}A.L.Tulupyeu, ⁶L.Niccolai,
²V.V.Rassokhin, ²T.N.Vinogradova, ⁶R.Heimer

¹Saint-Petersburg Institute for Informatics and Automation of the Russian Academy of Sciences,

²Saint-Petersburg Center for Control of AIDS and Infectious Diseases, Russia,

³Saint-Petersburg State University,

⁴Bekhterev's Scientific Research Institute of Psychiatry, Saint Petersburg, Russia,

⁵NGO Stellit, Saint Petersburg, Russia,

⁶Yale University, New Haven, USA

© Коллектив авторов, 2014 г.

Текущая ситуация с эпидемией ВИЧ в России вызывает серьезную озабоченность специалистов в области общественного здоровья. Однако взаимосвязи между показателями, характеризующими структуру системы оказания помощи, и социально-психологическими, поведенческими и другими характеристиками людей, живущих с ВИЧ/СПИД, не были адекватно исследованы. Данное исследование направлено на изучение влияния децентрализации на удовлетворенность пациентов обслуживанием в клиниках. Было проведено интервьюирование 418 пациентов СПб Центра СПИД и отделений хронических вирусных инфекций города Санкт-Петербурга (централизованная и децентрализованная модели оказания помощи соответственно), включающее вопросы об удовлетворенности, опыте обслуживания, а также о социо-демографических характеристиках респондентов. По результатам анализа выявлен ряд достоверных различий: пациенты отделений хронических вирусных инфекций отмечают сокращение сроков в ожидании приема врача, более короткий период времени, затрачиваемого на дорогу, и более глубокие взаимосвязи с врачом. Оценка общей удовлетворенности клиникой является высокой: 86% респондентов отметили высокий уровень общей удовлетворенности. Выявлена сильная значимая взаимосвязь между удовлетворенностью и децентрализованной моделью, а также глубиной отношений врач-пациент. Отмечено, что время ожидания в очереди, время, затрачиваемое на дорогу до клиники, однако, не являются значимыми факторами, влияющими на удовлетворенность. С учетом потенциальных позитивных сторон, представляется перспективным исследовать децентрализацию как один из путей улучшения медицинского обслуживания ВИЧ-инфицированных.

Ключевые слова: ВИЧ/СПИД, удовлетворенность, децентрализация, опыт пациента, модели оказания помощи.

The current HIV epidemic in Russia represents a serious public health concern. However, associations between structure of health care delivery and psychosocial, behavioral and other characteristics of people living with HIV/AIDS have not been sufficiently studied. The purpose of the research is to examine the effect of decentralization of HIV care on patients' satisfaction with care in clinics of St. Petersburg, Russia. We conducted a cross-sectional study with 418 HIV-positive patients receiving care at the St. Petersburg AIDS Center or at District Infectious Disease Departments (centralized and decentralized models, respectively). Face-to-face interviews included questions about psychosocial characteristics, patient's satisfaction with care, and clinic-related patient experience. Our finding showed that patients of District Infectious Disease Departments spent significantly less time in lines and traveling to reach the clinic, and they had stronger relationships with their doctor. The overall

satisfaction with care was high, with 86% of the sample reporting high level of satisfaction. Nevertheless, satisfaction with care was strongly and positively associated with the decentralized model of care and Patient-Doctor Relationship Score. Patient experience elements such as waiting time, travel time, and number of services used were not significant factors related to satisfaction. Given the positive association of satisfaction with decentralized service delivery, it is worth exploring decentralization as one way of improving health care services for people living with HIV/AIDS.

Key words: HIV/AIDS, satisfaction, decentralization, patients' experience, health care models.

Введение. Текущая ситуация с эпидемией ВИЧ в России вызывает серьезную озабоченность специалистов в области общественного здоровья [1]. На конец 2013 года в России официально зарегистрированы свыше 800 тысяч случаев ВИЧ-инфекции [2], однако рост эпидемии продолжается, ставя российскую систему здравоохранения перед серьезной проблемой.

Отметим, что в России система здравоохранения основана на централизованной модели оказания медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД (ЛЖВ), иными словами, представляет собой вертикально организованную систему федеральных, региональных и местных центров борьбы со СПИДом. Так, в августе 1995 г. в ответ на быстрый рост распространенности ВИЧ в России был принят федеральный закон против СПИДа, который содержит действующие в настоящее время указания по предотвращению ВИЧ/СПИДа и по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным. На основании этого закона почти вся деятельность, относящаяся к ВИЧ/СПИДу, поставлена под управление и надзор центрального правительства [3]. Был учрежден Федеральный центр СПИД, 86 региональных и шесть территориальных центров СПИД и Республиканская клиническая инфекционная больница в Санкт-Петербурге. По правительственному указу, Центры СПИД бесплатно предоставляют гражданам широкий спектр услуг, включая как медицинские услуги, так и социальную поддержку ВИЧ-инфицированных. Но проблемы стигматизации, наркомании, дефицит средств антиретровирусной терапии (АРТ) и недостаточная информированность населения по вопросам ВИЧ/СПИДа в России стали причинами того, что далеко не все люди, живущие с ВИЧ инфекцией, обращаются за медицинской помощью и получают АРТ.

Санкт-Петербург, где распространенность ВИЧ-инфекции составляет 1017 случаев на 100 тысяч населения, является одним из городов, наиболее пострадавших от эпидемии [2]. Значительное (и продолжающее расти) число пациентов приводит к перегруженности в работе Центра СПИД [4]. Кроме того, получение помощи людьми, живущими с ВИЧ, осложняется и проблемами, связанными с размером города: для того, чтобы добраться с окраины до центральной части, где расположен Центр СПИД, может быть затрачено до двух часов. Эти факторы в числе других оказывают влияние на то, что,

уровень использования доступных услуг в Санкт-Петербурге недостаточен: к концу 2011 г. общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге составило 47560, но на медицинском обслуживании были лишь 60% из них [5].

Однако в связи с увеличением числа больных, в том числе с тяжелыми формами ВИЧ-инфекции и из-за отдаленности многих районов от Центра СПИД, возникла острая необходимость в оказании помощи больным по месту жительства. С этой целью было издано Распоряжение Комитета по здравоохранению от 09.10.2007 г. № 529-р «О совершенствовании организации медицинского обеспечения ВИЧ-инфицированных в амбулаторно-поликлинических учреждениях Санкт-Петербурга». Оно обеспечивало введение должностей инфекционистов в структуре КИЗов (Кабинет инфекционных заболеваний) городских поликлиник для взрослых. Однако это не сняло нагрузку с Центра СПИД, так как пациенты направлялись в него для проведения анализов и лечения, а сложность процедуры передачи пациентов из КИЗов в Центр СПИД вела к потере большого числа больных.

В связи с этим в 2010 г. во Фрунзенском районе Санкт-Петербурга была внедрена новая модель медицинской помощи ЛЖВ [6, 7]. В ней была предусмотрена организация районного отделения хронических вирусных инфекций (ОХВИ) в поликлинике № 109. ОХВИ обеспечивает универсальный доступ населения района к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции [8,9,10]. Эти услуги включают в себя такие меры, как амбулаторный прием ВИЧ-инфицированных больных; оказание консультативно-диагностической и лечебной помощи больным с ВИЧ-инфекцией и сопутствующими инфекционными заболеваниями, в том числе хроническими вирусными гепатитами; проведение пациентам всех необходимых видов обследования, в том числе обследование на иммунный статус и вирусную нагрузку; получение в Центре СПИД и выдача пациентам препаратов для ВААРТ. Кроме того, в ОХВИ осуществляется поддерживающее консультирование и контроль за формированием приверженности, как к диспансеризации, так и к ВААРТ, а также социальная работа с пациентами с ВИЧ-инфекцией и их родственниками.

В настоящее время эта модель медицинского обслуживания внедрена в 6 из 18 районов города (Василеост-

ровском, Калининском, Колпинском, Московском, Фрунзенском и Красногвардейском).

Таким образом, ОХВИ обеспечивают основную консультативно-диспансерную помощь ЛЖВ, при этом доступность у них выше, а стигматизация ниже (отделения расположены в районных поликлиниках, соответственно нет никаких надписей, связанных с ВИЧ/СПИД). С другой стороны, Центр СПИД предлагает более широкий спектр консультативно-диспансерных и лечебных услуг.

Следует отметить, что основное внимание исследователей по тематике ВИЧ/СПИД в России было привлечено к потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) и к другим группам риска, таким как коммерческие сексуальные работники, заключенные и МСМ [11, 12]. Однако, взаимосвязи между показателями, характеризующими структуру системы оказания помощи, и социопсихологическими, поведенческими и другими характеристиками людей, живущих с ВИЧ/СПИД не были адекватно исследованы. Так, в некоторых исследованиях рассматривали влияние системы оказания помощи, но в других регионах России, не в Санкт-Петербурге [13, 14]. В других работах принимается во внимание только централизованная модель [15, 16].

Целью исследования является изучение различий между централизованной (Центр СПИД) и децентрализованной (Фрунзенское и Колпинское ОХВИ) моделях и на влиянии той или иной модели на итог работы с пациентом. Одним из наиболее часто определяемых итогов является удовлетворенность пациента [17]. Этот важный элемент медицинского обслуживания, ориентированного на пациентов, можно рассматривать как показатель улучшения медицинской помощи [18] с учетом доступа к ней, ее качества, отношений между медицинским работником и пациентом и доступности услуг в материальном плане [19]. Удовлетворенность является условием эффективного медицинского обслуживания и, в то же время, его результатом [19].

Материалы и методы исследования. Опрос проводился весной — осенью 2013 года среди 242 ВИЧ-инфицированных пациентов Центра СПИД и 176 ВИЧ-инфицированных пациентов отделений хронических вирусных инфекций Колпинского и Фрунзенского районов. Эти два ОХВИ были выбраны потому, что были первыми из организованных и действовали не менее двух лет к моменту начала исследования, в то время как открытые позже могли еще не оказать существенного влияния на результирующие показатели пациентов. Критериями включения пациентов в исследование являлись: возраст более 18 лет, ВИЧ-позитивность, наличие медицинской карты в одной из клиник (Центр СПИД, либо Фрунзенский или Колпинский ОХВИ).

Удовлетворенность измерялась во время интервью по пятибалльной Лайкерт-шкале от «вполне удовлетворен»

до «совершенно неудовлетворен», а затем преобразовывалась в бинарный показатель («высокий уровень» и «низкий уровень удовлетворенности»). Показатели опыта обслуживания в клинике включали в себя указание на тип клиники (Центр СПИД или ОХВИ), среднее время в очередях, время в пути до клиники, время после последнего посещения клиники, число посещений в последние 6 месяцев, число предоставляемых в Центре СПИД или ОХВИ услуг, полученных пациентом (другими словами, обращался ли респондент к социальному работнику, дерматологу, педиатру, юристу и т.д.). Для оценки эффекта отношений между пациентом и врачом мы использовали шкалу глубины отношений между пациентом и врачом (Patient-Doctor Relationship Score), дающую оценку «личной связи», которую часто определяют как «межличностный аспект текущих отношений между пациентом и врачом» [20]. Эта шкала имеет диапазон от 0 баллов (безразличие) до 32 баллов (сильная связь) и основана на восьми утверждениях с выбором степени согласия с ними. Кроме того, по записям в медицинской карте оценивались два клинических показателя: подавление вирусной нагрузки (не выявлена или была <50) и регулярность посещений врача пациентом. Также респонденты сообщали пол, возраст, образование, семейное положение, ежемесячный доход, профессиональный статус, а также время с момента выявления ВИЧ.

Для выявления взаимосвязей между типом клиники и исследуемыми факторами был использован критерий χ^2 на независимость и точный критерий Фишера (для малых выборок в таблицах сопряженных признаков), непрерывные переменные анализировались с помощью t -критерия Стьюдента. Достоверными приняты различия с $p < 0,05$. Следующий этап обработки данных включал в себя множественную логистическую регрессию для оценки значимых факторов, влияющих на удовлетворенность. Полная модель для многофакторного анализа включала социо-экономические переменные, опыт обслуживания в клинике, клинические показатели, отношения между врачом и пациентом и тип клиники, значимые факторы были отобраны на основании пошагового выбора модели согласно критериям AIC, BIC и Ср. Для анализа возможных взаимоотношений между факторами в модель были включены потенциальные медиаторы, выявленные в исходных попарных сравнениях (например, взаимодействие между временем ожидания и типом клиники). Все статистические анализы выполнялись в программной среде R версии 3.0.2 [21] с помощью среды разработки RStudio IDE [22].

Результаты и их обсуждение. Выборка почти поровну поделена между мужчинами (58%) и женщинами (42%). Средний возраст 34,3 года. Диагноз ВИЧ установлен в среднем за 6,3 года до интервью. Почти половина (43%) выборки приходится на безработных. Ежемесяч-

ный доход респондентов ниже 25 000 рублей в 59% случаев. В половине случаев (51%) сообщается о наличии постоянного партнера. Сравнение между больными в Центре СПИД и в ОХВИ показывает (табл. 1) достоверные различия по возрасту (он слегка выше в Центре СПИД), сроку после диагноза (больше в Центре СПИД)

зационными аспектами медицинского обслуживания. Так в результате сравнения выявлено, что в ОХВИ короче очереди, пациенты проводят меньше время в пути до клиники, используют более широкий спектр услуг, и отмечают более глубокие взаимоотношения с основным врачом (табл. 2).

Таблица 1

Социально-демографические характеристики пациентов Центра СПИД и отделений хронических вирусных инфекций

	Центр СПИД (n=242)	ОХВИ (n=176)	Всего (n=418)	p
	n (%) или среднее			
Пол: женский	104 (43%)	73 (41%)	177 (42%)	0,837
Образование: высшее	58 (24%)	30 (17%)	88 (21%)	0,037
Время с постановки диагноза, (месяцы)	82,19	65,33	75,31	<0,001
Возраст, (год)	34,89	33,29	34,29	0,023
Семейный статус: нет партнера	120 (50%)	81 (46%)	201 (48%)	0,659
Трудоустройство: да	143 (59%)	91 (52%)	234 (56%)	0,278
Статус трудоустройства: официальное	110 (45%)	57 (32%)	167 (40%)	0,034
Доход: <25 000 руб.	121 (50%)	114 (65%)	235 (56%)	<0,001
Опыт обращения в оба типа клиники: да	8 (3%)	130 (74%)	138 (33%)	<0,001

и наличие работы (процент выше в Центре СПИД) и уровню образования (выше в Центре СПИД).

Оценка общей удовлетворенности клиникой имеет сильное смещение к положительному полюсу (рис. 1): более 85% пациентов отметили, что они «весьма удовлетворены» обслуживанием или «в целом удовлетворе-

Данные таблицы 3 показывают результаты попарного сравнения групп с низким и высоким уровнем удовлетворенности по социально-демографическим характеристикам и показателям опыта обслуживания в клинике, что учитывается затем при многофакторном анализе. По социально-демографическим характеристикам между группами нет до-

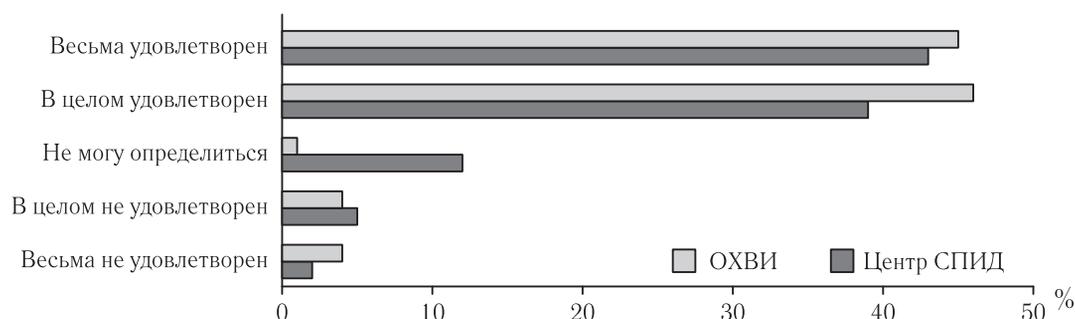


Рис. 1. Общая удовлетворенность клиникой по пятибалльной шкале.

ны». Такой высокий общий уровень удовлетворенности отмечен и во многих других исследованиях, проведенных в разных странах и в разных социо-культурных условиях [17, 23–26]. Отметим, что общая удовлетворенность пациентов ОХВИ статистически значимо выше по сравнению с пациентами Центра СПИД (табл. 2).

Оценка удовлетворенности работой инфекциониста также высокая в обеих клиниках: около 90% респондентов отметили высокий уровень удовлетворенности (рис. 2). Однако различий между клиниками по этому показателю не выявлено.

Таким образом, можно предположить, что на общую удовлетворенность клиникой оказывают влияние и другие факторы, в частности факторы, связанные с органи-

зационными аспектами медицинского обслуживания. Так в результате сравнения выявлено, что в ОХВИ короче очереди, пациенты проводят меньше время в пути до клиники, используют более широкий спектр услуг, и отмечают более глубокие взаимоотношения с основным врачом (табл. 2).

Значимыми факторами, связанными с уровнем удовлетворенности, согласно многофакторному логистическому регрессионному анализу (табл. 4) являются глубина взаимоотношений врач-пациент (положительная связь, OR=1,07) и тип клиники (OR=5,2 для ОХВИ по сравне-

нию с Центром СПИД). Общий список исследованных факторов включает социо-демографические признаки, такие как возраст, пол, образование, доход, а также показатели, связанные с опытом обслуживания, такие как тип

дение, включая соблюдение режима лечения и намерение вернуться в клинику [25, 27, 28]; с более высокой удовлетворенностью больных связаны межличностные факторы, такие как доверие к врачу и его коммуникационные

Таблица 2

Показатели удовлетворенности и опыта обслуживания пациентов Центра СПИД и отделений хронических вирусных инфекций

	Центр СПИД (n=242)	ОХВИ (n=176)	Всего (n=418)	p
	n (%) или среднее			
Общая удовлетворенность: да	197 (82%)	157 (91%)	354 (86%)	0,015
Удовлетворенность инфекционистом: да	216 (90%)	142 (88%)	358 (89%)	0,775
Время в очереди (минуты)				<0,001
<20	42 (18%)	96 (57%)	138 (34%)	
20–40	87 (36%)	69 (41%)	156 (38%)	
>40	111 (46%)	3 (2%)	114 (27%)	
Время на дорогу до клиники (минуты)	48,51	23,29	38,04	<0,001
Число дней с последнего визита	87,61	61,93	77,88	0,326
Число визитов (медиана)	4	4	4	—
Число использованных услуг* (за весь период лечения)	5,14	4,39	4,90	0,012
Число использованных услуг* (за последние 6 месяцев)	3,07	3,89	3,34	0,003
Шкала глубины взаимоотношений врач-пациент	18,33	20,03	19,03	0,023
Регулярность визитов: да	138 (82%)	108 (72%)	246 (77%)	0,055

*Число использованных услуг соответствует числу полученных пациентом услуг из списка предоставляемых в Центре СПИД или ОХВИ (другими словами, обращался ли респондент к социальному работнику, дерматологу, педиатру, юристу и т.д.).

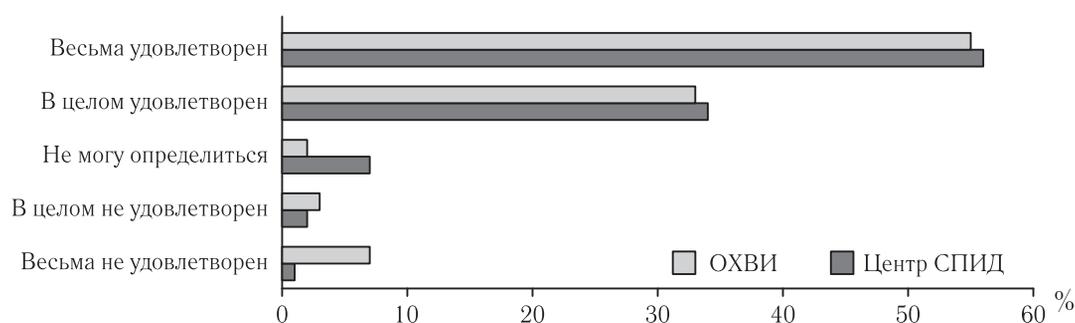


Рис. 2. Удовлетворенность инфекционистом по пятибалльной шкале.

клиники (Центр СПИД или ОХВИ), глубину отношений между врачом и пациентом, время после постановки диагноза, число посещений врача, время пути до клиники, время в очередях, регулярность посещений, число полученных услуг в последние 6 месяцев и вирусную нагрузку.

Результаты регрессионного анализа позволяют предположить, что важными для удержания больного на лечении могут быть такие стороны установок врача при работе с больными из стигматизированных групп, как сочувствие и навыки общения для формирования связи с больным. Такая точка зрения подтверждается и другими исследованиями, отмечающими, что удовлетворенность пациентов теми, кто их обслуживает, влияет на их пове-

навыки [24, 29]; отношения между врачом и пациентом превосходят другие стороны опыта в получении лечения по их связи с общей удовлетворенностью [28, 30]. Однако неясно, какой аспект медицинского обслуживания более всего влияет на его оценку пациентом.

Однако все такие исследования неизменно показывают, что эти факторы объясняют только малую долю варьирования оценок общей удовлетворенности [23]. Некоторые организационные факторы вне контроля оказывающих медицинскую помощь также могут влиять на оценку клиники пациентами. Из наших наблюдений следует, что тип клиники в целом может быть существенным фактором удовлетворенности, в то время как

конкретные обстоятельства, связанные с опытом пациента, такие как время ожидания, время в пути, число посещений, число использованных услуг и вирусная на-

интервьюированием только тех пациентов, которые посещали клинику или которые согласились принять участие в исследовании, мы не могли учесть опыт тех, кто из-

Таблица 3

Социо-демографические характеристики и показатели опыта обслуживания пациентов Центра СПИД и отделений хронических вирусных инфекций

	Низкая удовлетворенность (n=60)	Высокая удовлетворенность (n=354)	p
	n (%) или среднее		
Социо-демографические характеристики			
Пол: женский	28 (47%)	148 (42%)	0,574
Образование: высшее	13 (22%)	70 (20%)	0,789
Время с постановки диагноза (месяцы)	81,26	74,55	0,387
Возраст	35,00	34,19	0,469
Семейный статус: нет партнера	35 (59%)	162 (46%)	0,087
Трудоустройство: да	24 (41%)	208 (59%)	0,016
Статус трудоустройства: официальное	21 (75%)	144 (67%)	0,543
Доход: <25000 руб.	32 (62%)	202 (59%)	0,889
Показатели опыта обслуживания			
Время в очереди (минуты)			0,005
<20	14 (24%)	123 (36%)	
20–40	18 (31%)	135 (39%)	
>40	27 (46%)	87 (25%)	
Время на дорогу до клиники (минуты)	46,09	36,57	0,054
Число дней с последнего визита	93,63	75,26	0,611
Число визитов (медиана)	4,35	5,04	0,094
Число использованных услуг* (за весь период лечения)	4,59	4,99	0,304
Число использованных услуг* (за последние 6 месяцев)	2,86	3,45	0,035
Шкала глубины взаимоотношений врач-пациент	14,74	19,82	<0,001
Регулярность визитов: да	33 (83%)	212 (77%)	0,547

*Число использованных услуг соответствует числу полученных пациентом услуг из списка предоставляемых в Центре СПИД или ОХВИ (другими словами, обращался ли респондент к социальному работнику, дерматологу, педиатру, юристу и т.д.).

грузка, не являются значимыми факторами согласно проведенному статистическому анализу. Отметим, однако, что хотя мы не нашли признаков того, что время ожидания, время в пути, число посещений и число использованных услуг являются значительными факторами удовлетворенности, в нескольких исследованиях, проведенных в разных странах, показано, что время ожидания и сложность административных процедур важны для оценки клиники пациентами [26, 31–33].

Данное исследование имеет некоторые ограничения, которые стоит отметить. Во-первых, интервью проводились сотрудниками Центра СПИД и ОХВИ, что могло привести к смещению оценок в связи с социальной желательностью определенных ответов и, соответственно, к переоценке удовлетворенности. Во-вторых, процедура создания выборки больных могла сама по себе быть фактором смещения оценок: например, менее удовлетворенные пациенты могли быть менее расположенными к участию в интервью или реже посещать клинику. В-третьих,

бегал посещения клиники или отказался от интервью, что также может быть фактором смещения оценки. В результате всего этого мы, возможно, переоценили уровень

Таблица 4

Значимые факторы удовлетворенности клиникой

Фактор	OR	95% CI
Шкала глубины взаимоотношений врач-пациент	1,07	(1,02, 1,13)
Тип клиники: ОХВИ	5,2	(1,18, 22,85)

удовлетворенности, хотя данный факт и не оказывает влияние на результаты сравнения разных клиник. В-четвертых, некоторые пациенты имели опыт обращения в оба типа клиник: 74% пациентов ОХВИ посещали Центр СПИД и 3% пациентов Центра СПИД обращались в ОХВИ. Как следствие, на оценку больными их удовлетворенности мог повлиять прежний опыт и другие субъективные обстоятельства, связанные с лечением.

Заключение. В этом исследовании выявлены различия в опыте пациентов между централизованной и децентрализованной моделями медицинского обслуживания. Как и ожидалось, клиенты ОХВИ проводили меньше времени в очередях и в пути до клиники, кроме того, они отмечают более тесные взаимосвязи с врачами.

Можно констатировать, что в Санкт-Петербурге удовлетворенность медицинским обслуживанием в связи с ВИЧ-инфекцией, являющаяся одним из важных результирующих показателей для пациентов, достаточная, она выше в отделения хронических вирусных инфекций, и ниже в Центре СПИД. С учетом потенциальных пози-

тивных сторон, представляется перспективным исследовать децентрализацию как один из путей улучшения медицинского обслуживания ВИЧ-инфицированных. Однако следует отметить, что на уровень удовлетворенности могут влиять какие-то неучтенные в данном исследовании характеристики медицинского обслуживания.

* * *

Исследование выполнялось в рамках гранта Национальных институтов здоровья США «Training and research in HIV prevention in Russia» (NIH/Yale University 2D43TW001028 — 11A1/M12A11159(A08370)).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Онищенко Г. Г.* Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой в ходе 26-ой специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, июнь 2001 г. Отчетный период: январь 2008 года — декабрь 2009 года. — М., 2010. — URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2010countries/russia_2010_country_progress_report_en.pdf
2. *ВИЧ-инфекция* в Российской Федерации в 2013 г. Справка. Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 2014. — URL: <http://www.hivrussia.org/files/spravka311213.doc>.
3. *Twigg, J.L., Skolnik, R.* Evaluation of the World Bank's Assistance in Responding to the AIDS Epidemic: Russia Case Study. — Washington: The World Bank, 2005. — 77 p.
4. *Рахманова А.Г., Беляков Н.А., Виноградова Т.Н., Волкова Г.В.* Развитие службы ВИЧ-инфекции и хронических вирусных гепатитов в Санкт-Петербурге за 20 лет // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.* — 2010. — Т. 2, № 1. — С. 7–15.
5. *ВИЧ-инфекция* в Санкт-Петербурге: информационно-аналитический бюллетень ВИЧ/СПИД / Под редакцией Н.А. Белякова, В.В. Рассохина. — СПб.: Балтийский образовательный центр, 2012. — № 1. — 80 с.
6. *Рахманова А.Г., Беляков Н.А., Жолобов В.Е., Виноградова Т.Н.* Централизация и децентрализация медико-социальной помощи больным с ВИЧ-инфекцией в условиях развивающейся эпидемии. Городская, муниципальная и смешанные организационные модели // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.* — 2009. — Т. 1, № 2. — С. 73–79.
7. *Виноградова Т.Н., Недодаева Т.С., Рассохин В.В.* Модель оказания амбулаторной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам: проблемы и перспективы // *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях.* — 2011. — № 1. — С. 58–63.
8. *Амбулаторная помощь людям, живущим с ВИЧ: рекомендации для врачей* / Под ред. А.Г.Рахмановой. — СПб., 2011. — 72 с.
9. *Виноградова Т.Н.* О совершенствовании диспансеризации больных хроническими вирусными инфекциями: ВИЧ/СПИДОМ и хроническими вирусными гепатитами в условиях поликлиник // *Медицинский вестник Башкортостана.* — 2011. — Т. 6, № 1. — С. 6–10.
10. *Виноградова Т.Н., Недодаева Т.С., Рассохин В.В., Шабарова З.А.* Модель оказания амбулаторной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам: проблемы и перспективы // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.* — 2011. — № 1. — С. 55–59.
11. *Russian Federation: summary country profile for HIV/AIDS treatment scale-up* / World Health Organization, 2005. — URL: http://www.who.int/hiv/HIVCP_RUS.pdf.
12. *Niccolai L.M., Verevochkin S.V., Tousseva O.V., White E., Barbour R., Kozlov A.P., Heime R.* Estimates of HIV incidence among drug users in St. Petersburg, Russia: continued growth of a rapidly expanding epidemic // *European Journal of Public Health.* — 2011. — Vol. 21, Issue 5. — P. 613–619.
13. *Tkatchenko-Schmidt E., Atun R., Wall M., Tobi P., Schmidt J., Renton A.* Why do health systems matter? Exploring links between health systems and HIV response: a case study from Russia // *Health policy and planning.* — 2010. — Vol. 25, Issue 4. — P. 283–291.
14. *Santibanez S.S., Abdul-Quader A.S., Broyles L.N., et al.* Expansion of outreach through government AIDS centers is needed to prevent the spread of HIV in Russia // *Drugs; Education, Prevention and Policy.* — 2005. — Vol. 12, Issue 1. — P. 71–74.
15. *Long E.F., Brandeau M.L., Galvin C.M., Vinichenko T., Tole S.* Effectiveness and cost-effectiveness of strategies to expand antiretroviral therapy in St. Petersburg, Russia // *AIDS.* — 2006. — Vol. 20, Issue 17. — P. 2207–2215.
16. *Titterton M.* Social policy in a cold climate: Health and social welfare in Russia // *Social policy & administration.* — 2006. — Vol. 40, Issue 1. — P. 88–103.
17. *Sood A., Mazta S., Sharma A.* Scoring satisfaction among patients, attending ART Centre of a medical college in north-west India // *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV.* — 2013. — № 25 (12). — P. 1477–1480. doi:10.1080/09540121.2013.774313.
18. *Zgierska A., Rabago D., Miller M.M.* Impact of patient satisfaction ratings on physicians and clinical care // *Patient Preference and Adherence.* — 2014. — № 8. — P. 437–446. doi:10.2147/PPA.S59077.

19. *Burke-Miller J.K., Cook J.A., Cohen M.H., Hessel N.A., Wilson T.E., Richardson J.L., Williams P., Gange S.J.* Longitudinal relationships between use of highly active antiretroviral therapy and satisfaction with care among women living with HIV/AIDS // *American Journal of Public Health.* — 2006. — № 96. — P. 1044–1051. doi:10.2105/AJPH.2005.061929.
20. *Ridd M.J., Lewis G., Peters T.J.* Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale: Development and Validation // *Annals of family medicine.* — 2011. — No. 9. — P. 538–545. doi: 10.1370/afm.1322.
21. *R: A language and environment for statistical computing: R Foundation for Statistical Computing / R Core Team Vienna, Austria.* Retrieved, 2013. — URL: <http://www.R-project.org>.
22. *RStudio: Integrated development environment for R (Version 0.98.501) [Computer software].* Boston, MA, 2013. — URL: <http://www.rstudio.org>.
23. *Dang B.N., Westbrook R.A., Rodriguez-Barradas M.C., Giordano T.P.* Identifying Drivers of Overall Satisfaction in Patients Receiving HIV Primary Care: A Cross-Sectional Study // *PLoS ONE.* — 2012. — № 7 (8). — e42980. doi:10.1371/journal.pone.0042980.
24. *Crow R., Gage H., Hampson S., Hart J., Kimber A., Storey L., Thomas H.* The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature // *Health Technol Assess.* — 2002. — № 6 (32). — P. 1–244. doi:10.3310/hta6320.
25. *Prau M., Protopopescu C., Raffi F., Rey G., Chne F., Marcellin C., Perronne J.M., Ragnaud C., Leport B.* Satisfaction with care in HIV-infected patients treated with long-term follow-up antiretroviral therapy: the role of social vulnerability // *AIDS Care.* — 2012. — № 24 (4). — P. 434–443. doi:10.1080/09540121.2011.613909.
26. *Devnani M., Gupta A.K., Wanchu A., Sharma R.K.* Factors associated with health service satisfaction among people living with HIV/AIDS: a cross sectional study at ART center in Chandigarh, India // *AIDS Care.* — 2012. — № 24. — P. 100–107. doi:10.1080/09540121.2011.592816.
27. *Beach M.C., Keruly J., Moore R.D.* Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? // *J. Gen. Intern. Med.* — 2006. — № 21 (6). — P. 661–665. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00399
28. *Dang B.N., Westbrook R.A., Black W.C.* Examining the Link between Patient Satisfaction and Adherence to HIV Care: A Structural Equation Model // *PLoS ONE.* — 2013. — № 8(1). — e54729. doi:10.1371/journal.pone.0054729.
29. *Sitzia J., Wood N.* Patient satisfaction: A review of issues and concepts // *Soc. Sci. Med.* — 1997. — № 45 (12). — P. 1829–1843. doi:10.1016/S0277-9536(97)00128-7.
30. *Roberts K.J.* Physician-patient relationships, patient satisfaction, and antiretroviral medication adherence among HIV-infected adults attending a public health clinic // *AIDS Patient Care & STDS.* — 2002. — № 16 (1). — P. 43–50. doi: 10.1089/108729102753429398
31. *Chow M.Y., Li M., Quine S.* Client Satisfaction and Unmet Needs Assessment: Evaluation of an HIV Ambulatory Health Care Facility in Sydney, Australia // *Asia Pac. J. Public Health.* — 2012. — № 24. — P. 406–414. doi:10.1177/1010539510384843
32. *Tran B.X., Nguyen N.P.T.* Patient Satisfaction with HIV/AIDS Care and Treatment in the Decentralization of Services Delivery in Vietnam // *PLoS ONE.* — 2012. — № 7 (10). — e46680. doi:10.1371/journal.pone.0046680.
33. *Wouters E., Heunis C., Rensburg D.V., Meulemans H.* Patient satisfaction with antiretroviral services at primary health-care facilities in the free state, South Africa — A two year study using four waves of cross-sectional data // *BMC Health Services Research.* — 2008. — № 8. — P. 210. doi:10.1186/1472-6963-8-210.

Статья поступила 31.10.2014 г.

Контактная информация: *Суворова Алена, e-mail: suvalv@mail.ru*

Коллектив авторов:

Суворова Алёна Владимировна — кандидат физико-математических наук, научный сотрудник Санкт-Петербургского института информатики и автоматизации Российской академии наук, Россия, 199178, Санкт-Петербург, 14 линия, д. 39, suvalv@mail.ru;

Беляков Андрей Николаевич — экономист Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Россия, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, 179А, andreynbelyakov@gmail.com, тел.: (812) 407-83-37;

Махаматова Алия Фархатовна — инженер-исследователь, аспирант Санкт-Петербургского университета, Россия, 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6, каб. 326, a.makhamatova@gmail.com;

Устинов Андрей Сергеевич — аспирант Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, Россия, 192019, Санкт-Петербург, улица Бехтерева, д. 3, andreystinov29@gmail.com;

Левина Ольга Святославовна — кандидат психологических наук, директор по развитию РОО СПСБН «Стеллит», Россия, 197101, Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 3, spring2005.05@mail.ru;

Тулупьев Александр Львович — доктор физико-математических наук, заведующий лабораторией Санкт-Петербургского института информатики и автоматизации Российской академии наук; профессор, математико-механического факультета Санкт-Петербургского университета, Россия, Санкт-Петербург, 14 линия, д. 39, alexander.tulupyev@gmail.com, тел.: (812) 328–3337;

Николай Линда — PhD, доцент Йельского университета, Нью-Хейвен, США; 60 College St., PO Box 208034, New Haven, CT, USA 06520-8034; linda.nicolai@yale.edu;

Расохин Вадим Владимирович — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела экологической физиологии Научно-исследовательского института экспериментальной медицины СЗО РАН; заместитель руководителя Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Россия, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179, (812) 251-08-53;

Хеймер Роберт — PhD, профессор Йельского университета, Нью-Хейвен, США; адрес: 60 College St., PO Box 208034, New Haven, CT, USA 06520–8034; robert.heimer@yale.edu, тел.: 01-203-785-6732.